



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO.

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

ESCUELA DE BIENESTAR Y SALUD.

CARRERA DE ENFERMERIA.

Dimensión Práctica Del Examen Complexivo Previo A La Obtención Del
Grado Académico De Licenciada(O) En Enfermería.

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADA DE 38.2
SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA
FACTOR MATERNO**

AUTORA

MARGARITA ELIZABETH GUAMBUGUETE

TUTORA.

LICDA. CECILIA OVACO RODRIGUEZ

Babahoyo-Los Ríos-Ecuador

2024

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi fuente de apoyo y motivación, a mis hermanos, mis abuelos y padres que han estado en cada etapa de este proceso.

Por acompañarme y ser mi motor en cada paso que daba, por alentar y no dejarme rendir en mi última etapa universitaria, por sacrificarse y quitarse el pan de la boca para yo poder continuar con mis estudios. Por no abandonarme que a pesar de la distancia siempre los sentía a mi lado apoyándome.

Además, le dedico este trabajo a mis mejores amigas y a mi mejor amigo que fueron mi segunda familia que siempre estuvieron ayudándome y levantándome cada vez que me caía, dando voces de aliento y escuchándome con cada problema que tenía. Por ser mi salvavidas cada vez que sentía que no podía más.

Y ante todo me dedico este trabajo a mí misma, porque a pesar de haberme rendido varias veces tuve la fuerza de voluntad para continuar para valorar todo el esfuerzo que han hecho mis familiares y amigos y me enorgullece saber que este a pocos días de concluir con esta etapa de mi vida que es la universidad.

AGRADECIMIENTO

Quiero dar gracias a Dios por siempre está a mi lado y por darme la pasión de cuidar y servir a quien más lo necesita, por poner en camino esta carrera.

Agradezco infinitamente a mis abuelos ya que por ellos elegí esta carrera para brindarles todos los cuidados que ellos necesiten. A mis hermanos que siempre me han visto con un ejemplo a seguir a pedir de todos mis errores y fracasos.

A mis padres que a pesar de la distancia siempre tenía una llamada de aliento, donde escuchaba voces de orgullo y un cálido amor.

A mis amigos que hice durante mi etapa en la universidad que me brindaron su apoyo incondicional por ayudarme, levantarme y apoyarme. Porque a pesar de las dificultades nunca me han abandonado. A ellos que cada día lo hacían ameno con las experiencias, locuras, risas, chismes y aventuras vividas.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

Babahoyo, 10 de Julio del 2024

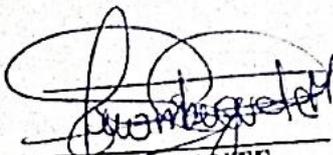
Lcda. Marilú Hinojosa Guerrero
COORDINADORA DE TITULACION CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mi Consideración:

Por medio de la presente, YO **GUAMBUGUETE BARRETO MARGARITA ELIZABETH**, con C.I 020242178-0. Estudiante de la carrera de Enfermería de la **Malla Rediseño** de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, del Proceso de titulación en la **Modalidad Examen Complexivo**, con el debido respeto me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de la propuesta del **TEMA DE CASO CLINICO: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADA DE 38.2 SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA FACTOR MATERNO**, el mismo que fue aprobado por el **DOCENTE TUTOR: Lic. Ovaco Rodríguez Alba Cecilia** del periodo Junio – septiembre del 2024.

Espero que mi petición tenga la acogida favorable, anticipa mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente


ESTUDIANTE



ALBA CECILIA OVACO
RODRIGUEZ

DOCENTE ACADEMICO



Guambuquete.Barreto.Elizabeth.Caso.clinico

8%
Textos sospechosos



7% Similitudes
0% similitudes entre comillas
4% entre las fuentes mencionadas
3% Idiomas no reconocidos (ignorado)
1% Textos potencialmente generados por la IA

Nombre del documento: Guambuquete.Barreto.Elizabeth.Caso.clinico.docx
ID del documento: eb154fe81bdaac2ed95d9d4e1d08d36934eb2b41
Tamaño del documento original: 3,32 MB
Autores: []

Depositante: GOMEZ PUENTE AMADA VIRGINIA
Fecha de depósito: 19/8/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 19/8/2024

Número de palabras: 5147
Número de caracteres: 36.348

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	ve.scielo.org DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA: DIAGNÓSTICO ECOSONOGRÁFICO https://ve.scielo.org/ve.scielo.php?script=sci_arttext&pid=50048-77322006000100003 2 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (78 palabras)
2	www.abclawcenters.com Lesiones por Desproporción Cefalopélvica (CPD) ABC ... http://www.abclawcenters.com/ve/espanol/lesiones-desproporcion-cefalopelvica/	1%		Palabras idénticas: 1% (68 palabras)
3	scielo.sld.cu Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes ... http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=50864-21252018000100005&scr=pt=sci_arttext 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (46 palabras)
4	repositorio.unemi.edu.ec http://repositorio.unemi.edu.ec/milui/bitstream/123456789/5358/1/FACTORES DE RIESGO EN EMB...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (46 palabras)



ALBA CECILIA OVACO RODRIGUEZ

Índice General

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
TEMA DEL CASO CLÍNICO	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUCCIÓN	10
2. PLANTEAMIENTO PROBLEMA	11
2.1 Antecedentes	12
2.2 Datos generales	12
2.3 Examen físico (exploración clínica): Valoración cefalocaudal	13
3. JUSTIFICACIÓN.....	14
4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	15
5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	16
6. MARCO CONCEPTUAL MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS	17
7. MARCO METODOLÓGICO	23
1. Tipo de estudio:	23
2. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.....	23
3. Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo	24
4. Proceso de atención de enfermería	24
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS	37
ANEXOS	39

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EMBARAZADA DE 38.2
SEMANAS DE GESTACIÓN MÁS DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA
FACTOR MATERNO

RESUMEN

La desproporción céfalo-pélvica (DCP) se presenta cuando el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre no son compatibles, lo que impide el parto vaginal a pesar de que las contracciones sean adecuadas. Esta condición puede generar riesgos tanto para la madre como para el bebé, además puede aumentar la tasa de endomiometritis o disminuir el pH fetal y prolongar la estancia hospitalaria.

Para su diagnóstico, se utilizan métodos clínicos entre ellos la pelvimetría por rayos X, la tomografía, la ultrasonografía y la resonancia magnética. El presente estudio de caso trata los cuidados de enfermería que se le brinda a una paciente embarazada de 38.2 semanas de gestación con DCP y contracciones inadecuadas, aplicando la teoría de patrones funcionales de salud de Marjory Gordon para crear un plan de cuidados personalizado.

Palabras claves

Desproporción feto pélvica

Morbimortalidad

Pelvimetría

Pelvis

ABSTRACT

Cephalo-pelvic disproportion (CPD) occurs when the size of the fetus's head and the mother's pelvis are not compatible, preventing vaginal delivery despite adequate contractions. This condition can create risks for both the mother and the baby, it can also increase the rate of endomyometritis or decrease fetal pH and prolong hospital stay.

For its diagnosis, clinical methods are used, including X-ray pelvimetry, tomography, ultrasonography and magnetic resonance imaging. This case study addresses the nursing care provided to a pregnant patient at 38.2 weeks of gestation with PCD and inadequate contractions, applying Marjory Gordon's theory of functional health patterns to create a personalized care plan.

Keywords:

Fetopelvic disproportion

Morbidity and mortality

Pelvimetry

Pelvis

1. INTRODUCCIÓN

La desproporción céfalo-pélvica (DCP) sucede cuando hay una diferencia entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre, lo que puede retrasar o detener la dilatación cervical y el descenso de la cabeza del feto, incluso con contracciones uterinas adecuadas, impidiendo que el parto sea por vía vaginal. Esta condición puede aumentar el riesgo de morbilidad tanto para la madre como para el producto. Además, un parto prolongado incrementa la incidencia de endometritis, reduce el pH fetal y prolonga la hospitalización. Debido a esto, los obstetras han buscado durante años métodos para diagnosticar la DCP de manera temprana y así prevenir complicaciones durante el trabajo de parto. Se han utilizado varios métodos tanto clínicos como paraclínicos para su diagnóstico, incluyendo la pelvimetría por rayos X, la tomografía, la ultrasonografía y, más recientemente, la resonancia magnética nuclear. (Reategui Solis, Elder Favio, 2021)

El presente estudio de caso trata sobre los cuidados de enfermería que se brindaron durante el tratamiento a una paciente embarazada de 38.2 semanas de gestación más desproporción cefalopélvica por factor materno en el área de ginecología del Hospital Alfredo Noboa Montenegro luego de que asistiera a la institución de salud por presentar contracciones primarias inadecuadas.

Se valoró a la paciente utilizando la teoría de Marjory Gordon de los patrones funcionales. Por lo cual se pudo recopilar información relevante para identificar los patrones de salud que se encuentran alterados o disfuncionales. Con base en estos descubrimientos, se procedió a la elaboración de un plan de cuidados de enfermería personalizado, enfatizado en abordar las necesidades específicas del paciente de acuerdo con su condición de salud.

2. PLANTEAMIENTO PROBLEMA

Paciente femenino de 24 años de edad acude al servicio de Emergencia de la institución de salud "Hospital Alfredo Noboa Montenegro" de la Ciudad de Guaranda con un cuadro clínico de embarazo de 38.2 semanas de gestación más dolor en la zona pélvica tipo contracción. En el área se realizan los cuidados de enfermería: Se valoraron las constantes vitales: TA: 110/80 mm/hg; FC:89 ppm; FR: 22 rpm; Tº: 36.5 °C, SPO2: 95%, proteinuria negativa, canalización de vía endovenosa periférica y administración de cloruro de Sodio 0.9% 1000ml a 80ml/h, Ceftriaxona 1 gramo 30 minutos antes de Cirugía.

El médico residente ordena ingreso a Ginecología, exámenes complementarios, tales como: examen hematológico, química sanguínea, tiempos de hemostasia, serología, perfil toxemico y score mama cada 4 horas, con monitoreo fetal cada 8 horas, control obstétrico cada hora.

2.1 Antecedentes

Antecedentes personales: No refiere

- **Antecedentes quirúrgicos:** No refiere
- **Antecedentes familiares:** Hermano Hipotiroidismo
- **Alergias:** No refiere

2.2 Datos generales

NOMBRE Y APELLIDO : NN

EDAD : 24 años

ETNIA : Mestizo

SEXO : Femenino

ESTADO CIVIL : Casada

FECHA DE NACIMIENTO : 13-11-1999

LUGAR DE NACIMIENTO : Guaranda

RESIDENCIA : San José de Chimbo/Bolívar

GRUPO SANGUINEO : Rh O+

RELIGION : Católica

INSTRUCCIÓN : Secundaria

SEGURO SOCIAL : No tiene

NIVEL SOCIOECONOMICO : Medio

Medidas antropométricas

PESO: 77.7 Kg

TALLA: 162 cm

IMC: 29.61

2.3 Examen físico (exploración clínica): Valoración cefalocaudal

Cabeza: normo cefálico sin alteraciones anatómicas

Ojos: pupilas isocóricas, normo reactivas a la luz

Nariz: fosas nasales permeables.

Boca: mucosas orales húmedas

Cuello: simétrico móvil

Tórax: Simétrico, expandible, mamas no secretantes.

Pulmones: con murmullo vesicular conservado.

Corazón: latidos cardiacos rítmicos

Abdomen: globuloso, ocupado por útero gestante acorde a edad gestante, feto único, movimientos fetales perceptibles por la madre

Piel: húmeda y elástica conservada

Uñas: normales, llenado capilar 2 segundos

Extremidades: simétricas, móviles, tono, fuerza y sensibilidad conservada, pulsos distales presentes, no edemas.

Región Genital: Loquios escasos, en adecuada cantidad, no mal olor.

Neurológico: Glasgow 15

3. JUSTIFICACIÓN

La desproporción cefalopélvica (DCP) se refiere a una incompatibilidad entre el tamaño de la cabeza fetal y de la pelvis materna, lo que impide el parto vaginal. Esta condición puede tener varias causas entre las comunes es la opción de tratamientos quirúrgico como la cesárea que ayuda a la obtención del producto. (Santín G, 2021)

El DCP es una condición que no se puede anticipar ni sospechar antes del parto. Durante el embarazo, es imposible saber si la cabeza del feto será desproporcionadamente grande en comparación con la pelvis de la madre. Esto es difícil de prever, ya que la forma de la pelvis se modifica debido a las hormonas liberadas durante el proceso de parto. (Dra. Isabel Carriles , 2021)

Este estudio tiene como objetivo evaluar las complicaciones que pone en riesgo la seguridad materno-fetal, relacionadas con la desproporción cefalopélvica (DCP). Por lo cual, es importante identificar y manejar adecuadamente este problema para evitar riesgos como sufrimiento fetal, parto prolongado o la necesidad de una intervención quirúrgica (cesárea), así como otras complicaciones asociadas con un parto obstruido. Además, es posible prevenir problemas graves como la ruptura uterina, hemorragias posparto e infecciones maternas.

4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente gestante que presenta desproporción cefalopélvica factor materno para proporcionar un cuidado integral, personalizado y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Realizar la valoración por los patrones funcionales según Marjorie Gordon en el área hospitalaria a la paciente gestante.
- Identificar los patrones funcionales alterados para realizar un proceso de atención de enfermería.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería aplicadas a la paciente con desproporción cefalopélvica.

5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Línea: Salud humana.

Sublínea: Salud pública y epidemiológica.

La desproporción cefalopélvica se produce cuando hay una discordancia entre el tamaño de la cabeza fetal y el tamaño de la pelvis materna, lo que da como resultado una "falta de progresión" del parto por razones mecánicas. Si no se aborda, la desproporción cefalopélvica (DCP) puede resultar en un parto obstruido que pone en riesgo la vida de la madre y del feto. Aunque se utiliza tecnología de imágenes para intentar predecir la DCP, la correlación entre la pelvimetría radiológica y los resultados clínicos del parto es limitada.

Realizar una investigación acerca de la desproporción cefalopélvica es eficiente para mejorar la capacidad para atención en el trabajo de parto y ser oportunos para tratar a pacientes con esta malformación.

6. MARCO CONCEPTUAL MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS

SÍNDROME DE DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA (DCP)

La desproporción cefalopélvica se presenta cuando hay una desigualdad entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis de la madre, lo que provoca una obstrucción en el paso del feto a través del canal de parto debido a razones mecánicas. Otras posibles causas de esta desproporción incluyen la presentación o posición anormal del feto que impidan un adecuado descenso por la pelvis. Si estas condiciones no se identifican y no se maneja a tiempo, se pone en peligro la vida tanto de la madre como del producto. (Drs. Peggi Piñango Cruz, Alejandro Rodríguez Penso, Juan F. Fajardo, Freddy Bello., 2020)

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida con un feto normal y buena posición.
- Pelvis normal con un feto grande, anómalo (como en casos de gigantismo o hidrocefalia) o en mala posición.
- Pelvis y feto normales, pero con diámetros feto pélvicos marginales, después de un intento de trabajo de parto fallido.

Signos y síntomas de desproporción cefalopélvica (CPD)

La aparición de ciertas complicaciones durante el trabajo de parto puede señalar un caso de desproporción cefalopélvica. Si el feto permanece en una posición alta a pesar de varias contracciones, esto indica que el descenso a través del canal de parto podría tener dificultades. Aunque existen otras posibles causas, la desproporción cefalopélvica debe ser considerada como una posible razón para la falta de descenso del feto. (Types of Forceps Deliveries, 2022)

Un trabajo de parto prolongado y detenido puede provocar falta de oxígeno, por lo que los profesionales médicos deben estar atentos a los signos de sufrimiento fetal.

Clasificación

A) DCP Absoluto (Verdadera Obstrucción Mecánica)

9 Factor Materno Permanente

- Exostosis Pélvica
- Tumor sacro coccígeo anterior

B) DCP Relativo

- Presentación de cara (mentoposterior)
- Posiciones Occipito-Posterior
- Cabeza en Deflexión

ETIOLOGÍA:

- Malformaciones congénitas fetales.
- Desnutrición materna
- Macrosomía fetal.
- Traumatismos o secuelas ortopédicas maternas
- Diabetes Mellitus 2 (Dra. Ángela Vázquez Márquez, Dr. Carlos Guerra Verdecia, Dra. Valentina Herrera Vicente, Dra. Francisca de la Cruz Chávez y Dr. Ángel M. Almirall Chávez, 2020)

Fisiopatología

La relación entre el tamaño de la cabeza del feto y la pelvis materna no permite el descenso del feto a través del canal pélvico; de producirse, es predecible la presentación de lesiones en el feto y/o en la madre. (Maharaj, 2021)

Aspectos epidemiológicos importantes

La estatura baja de las mujeres, especialmente en las áreas rurales, suele estar asociada con la desnutrición, lo que puede llevar a un desarrollo inadecuado de la pelvis. Además, la alta incidencia de embarazos en adolescentes puede afectar el parto en mujeres que presente pelvis aún no ha alcanzado su desarrollo completo.

Factores de riesgo asociados

1. Medio ambiente

- Considerar aquellas zonas con bajo desarrollo económico condicionantes de desnutrición.

2. Estilos de vida

- Inicio precoz de la vida sexual sin protección.

3. Factores hereditarios

- Diabetes
- Talla corta

4. Otros

- Edad materna avanzada.
- Altura uterina mayor de 35 cm.
- Distocias en los partos anteriores.

Factores de riesgo

Medio ambiente:

- Considerar aquellas zonas con bajo desarrollo económico condicionales de desnutrición.
- Factores hereditarios: Diabetes Mellitus
- Talla corta.
- Otros: Gestantes añosas.
- Altura Uterina > 35cm.
- Distocias en los partos anteriores. (Jacqueline Elizabeth Velasteguí Egüez, Marlene Isabel Hernández Navarro, Jhony Joe Real Cotto, Aurora Jazmín Roby Arias, Hugo Javier Alvarado Franco, Ana Jacqueline Haro Velastegui, 2020)

Exámenes auxiliares

1. De imágenes

Ecografía fetal donde se demuestra macrosomía fetal, o diámetro biparietal > 95 mm.

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

1. Medidas generales y preventivas

Generales

- Identificación, captación, diagnóstico y referencia oportuna de las gestantes.
- Optimizar el sistema de referencia.
- Uso de partograma en todo trabajo de parto.

Preventivo

- Mejorar la nutrición infantil de las niñas.
- Evitar el embarazo en adolescentes.
- Manejo adecuado de la diabetes en la gestación.

2. Terapéutica, establecer metas a alcanzar con el tratamiento

El objetivo es realizar un diagnóstico precoz para definir la modalidad del parto de manera oportuna. Esto es crucial ya que algunas pacientes con estrechez pélvica, pero con fetos de bajo peso pueden aún tener un parto vaginal. Una vez que se ha confirmado la estrechez pélvica o la desproporción cefalopélvica, se optará por una intervención quirúrgica. La paciente será programada para una cesárea electiva o se le realizará una intervención quirúrgica si ya ha comenzado el trabajo de parto. (Mauro Fernandez, Francisco Fuster , 2021)

3. Signos de alarma

- Trabajo de parto prolongado.
- Hiperdinamia uterina.
- Signos de sufrimiento fetal.
- Presentación del anillo de contracción uterina.

4. Criterios de alta

El alta se realizará al cabo de tres días de ser realizada la cesárea y de no presentar ninguna complicación.

5. Pronóstico

Favorable cuando la intervención es oportuna. En el caso de estrechez pélvica se someterá a cesárea electiva en los siguientes embarazos.

En caso de desproporción, dependerá del desarrollo fetal. (Drs. Peggi Piñango Cruz, Alejandro Rodríguez Penso, Juan F. Fajardo, Freddy Bello., 2021)

Complicaciones

Materno

- Hemorragias por desgarros cervicales.
- Ruptura uterina.
- Lesión de partes blandas.

Neonatales

- Asfixia.
- Trauma obstétrico. (Ministerio de salud , 2020)

Cesáreas por desproporción céfalo-pélvica

En la actualidad, el método que se utiliza para detectar la desproporción céfalo pélvica es la cefalopelvimetría mediante esta técnica se puede proponer a la cesárea como una opción para culminar el embarazo en lugar de un parto vaginal.

Este método se realiza en situaciones concretas y se obtienen los resultados a través de radiólogos o laboratorios, los cuales pueden tener criterios variados para seleccionar los puntos o planos a medir y el método a utilizar. (Angel E. Sinchitullo-Castillo, Luis Roldán-Arbieto, Pedro M. Arango-Ochante, 2021)

El personal de obstetricia es quien comprende el mecanismo del parto y los posibles obstáculos que presenta el feto en la posición, encajamiento en el estrecho superior, descenso, rotación y desprendimiento, es el personal que puede valorar las imágenes de la cavidad pélvica. Un obstetra capacitado basándose en

estas imágenes, puede determinar si la cabeza del bebé podrá pasar adecuadamente o si surgirán dificultades para un parto seguro. (Calderón Blanco, Claudia Regina, 2020)

La indicación para una cesárea debe ser clara en el caso de un embarazo a término con presentación cefálica, ya que las presentaciones transversas o pélvicas se manejan directamente con una cesárea programada. Otras indicaciones para la cesárea incluyen la baja estatura materna, la sospecha clínica de pelvis estrecha, o la confirmación documental de una cesárea previa en una primípara sin dicho documento que está nuevamente en un embarazo a término. (Santín, 2021)

7. MARCO METODOLÓGICO

1. Tipo de estudio:

Descriptivo. Permitió recopilar y describir datos precisos sobre la condición de salud del paciente, utilizando la entrevista médica y el historial clínico.

Transversal. Se realizó un seguimiento del caso durante un período de tiempo acotado, evaluando la evolución del paciente con los cuidados de enfermería brindados.

2. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

1. **Patrón percepción-manejo de la salud:** Paciente manifiesta sentirse bien con su estado de salud, refiere no tener alergias, no presenta hábitos tóxicos, presenta buena higiene.
2. **Patrón nutricional-metabólico:** Paciente tiene una dieta balanceada, un IMC de 29.61, mucosa orales húmedas, piel hidratada, afebril, sin presencia de edemas.
3. **Patrón eliminación:** Paciente refiere no tener dificultad para realizar las funciones intestinales y vesicales.
4. **Patrón actividad-ejercicio:** El paciente con frecuencia cardiaca 89 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, presión arterial 110/80 mmHg, saturación de oxígeno de 95%, no presenta dificultad para realizar las tareas del hogar.
No hay alteración en el estado respiratorio ni cardiovascular.
5. **Patrón sueño-descanso:** Paciente descansa oportunamente durante la noche y realiza siestas durante el día.
6. **Patrón cognitivo-perceptual:** El paciente se encuentra consciente, orientado en tiempo y espacio, sin alteraciones auditivas o visuales. Presenta dolor en la zona pélvica consideradas como contracciones primarias inadecuadas.
7. **Patrón autopercepción-autoconcepto:** El paciente muestra conformidad con su cuerpo a pesar de los cambios que ha presentado por el embarazo.
8. **Patrón rol relaciones:** Paciente mantiene una relación de paz y armonía con sus familiares. No presenta alteraciones.

- 9. Patrón sexualidad-reproducción:** Paciente presenta embarazo de 38.3 semanas de gestación, primigesta, no presenta antecedentes de abortos, FCF: 145 latidos por minuto
Actividad uterina 2/10/30/++
Movimiento fetales presentes
- 10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés:** Paciente presenta estrés por temor a alguna complicación durante la intervención quirúrgica (Cesárea).
- 11. Patrón valores-creencias:** Paciente creyente en Dios de religión católica

Patrones funcionales alterados

- Patrón 6: Cognitivo-perceptual.
- Patrón 9: Sexualidad-reproducción.
- Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés.

3. Formulación del diagnóstico presuntivo y definitivo

Diagnóstico presuntivo: Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis.

Diagnóstico definitivo: Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación

Supervisión de otros embarazos de alto riesgo

4. Proceso de atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se lleva a cabo según una evaluación integral y los patrones funcionales afectados en este caso clínico, con el fin de mejorar el estado de salud del paciente. Se ofrece un cuidado de enfermería humanizado, sistemático, racional y organizado.

Diagnóstico de enfermería

Mediante la valoración cefalocaudal al paciente, los patrones funcionales de salud según Marjorie Gordon y exámenes complementarios, se llevó a cabo una evaluación exhaustiva del paciente, abarcando su estado físico, mental y social. Para estructurar la evaluación, se emplearon los patrones funcionales de Marjorie Gordon, obteniéndose los siguientes diagnósticos de enfermería:

- Diagnóstico 1: Dolor de parto
- Diagnóstico 2: Temor

De los diagnósticos anteriormente mencionados se priorizo: Dolor de parto y Temor, por lo cual se procede a usar la tetralogía NANDA, NIC Y NOC para ejecutar el Proceso Atención de Enfermería.

NANDA: 00256
 NOC: 2102
 NIC: 1400

Dominio 12: Confort
Clase 1: Confort físico.
Dx: Dolor de parto (00256)

R/C: Dilatación cervical

E/P: Contracción uterina, expresión facial del dolor

M
E
T
A
S

Dominio: Salud percibida. (V)

Clase: V Sintomatología

Etiqueta: 2102 Nivel del dolor



ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
210201 Dolor referido		X			✓
210204 Duración de los episodios de dolor			X		✓
210206 Expresiones faciales de dolor			X		✓

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: Fisiológico: Básico (1)

Clase: Fomento de la comodidad física. (E)

Etiqueta: Manejo del dolor (1400)



- ACTIVIDADES**
1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes
 2. Proporcionar información acerca del dolor, como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
 3. Enseñar los principios del manejo del dolor

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA						FECHA: 24/09/2024	
DIAGNOSTICO ENFERMERO: Dolor de parto						TIPO DE DX ENFERMERA/O REAL	
OBJETIVOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	FUNDAMENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
Determinar el grado de compromiso de la paciente para aprender a utilizar posturas correctas.	Proporcionar un ambiente terapéutico, garantizando una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada según las indicaciones del médico.	Coordinar con el médico para recibir indicaciones claras sobre la información que debe proporcionarse a la paciente.	Educar a la paciente sobre la medicación indicada y la importancia de mantener posturas correctas en su vida diaria.	Instruir a la paciente sobre todo el proceso, aclarando dudas y reforzando la importancia del autocuidado.	Es fundamental crear un entorno de confianza para que la paciente se sienta cómoda, lo cual facilita su compromiso con el aprendizaje de posturas correctas.	La paciente muestra interés y participación activa en el proceso de aprendizaje, aunque presenta algunas dificultades iniciales.	La paciente está motivada y se esfuerza en realizar los cambios sugeridos, contribuyendo positivamente a su cuidado.
Colaborar en el desarrollo de un plan de fisioterapia para mejorar la mecánica corporal de la paciente.	Implementar el plan de fisioterapia bajo la prescripción médica y apoyar en su aplicación.	Trabajar en conjunto con fisioterapeutas para diseñar y aplicar un plan que promueva una mejor mecánica corporal.	Supervisar y motivar a la paciente durante la realización de los ejercicios, proporcionando retroalimentación continua.	Apoyar a la paciente durante las sesiones de fisioterapia y monitorear su progreso, ajustando las intervenciones según sea necesario.	La fisioterapia contribuye a mejorar la mecánica corporal, promoviendo el bienestar físico y reduciendo el riesgo de complicaciones.	La paciente muestra mejoría en su movilidad y expresa mayor satisfacción con su capacidad para realizar actividades diarias.	La paciente está más animada y comprometida con su rehabilitación, lo cual se refleja en su actitud positiva.
Facilitar la movilidad de la espalda mediante ejercicios de flexión específicos.	Aplicar los ejercicios prescritos por el médico y asegurar que la familia esté involucrada en el proceso de rehabilitación.	Coordinar con fisioterapeutas para guiar a la paciente y su familia en la realización adecuada de los ejercicios.	Orientar a la paciente y a su familia sobre la importancia de los ejercicios de flexión y cómo realizarlos correctamente.	Supervisar la ejecución de los ejercicios, corrigiendo posturas y brindando apoyo emocional durante el proceso.	Realizar ejercicios específicos de flexión ayuda a mejorar la función motora de la paciente, facilitando su movilidad y reduciendo el dolor.	La paciente experimenta menos dificultades para moverse y muestra una mejor actitud hacia su tratamiento.	La paciente se siente más segura y motivada para continuar con su rehabilitación, mejorando su movilidad de manera significativa.
Monitorizar la mejora postural y la mecánica corporal de la paciente.	Observar y documentar los progresos de la paciente en coordinación con el equipo médico.	Evaluar regularmente el estado postural de la paciente y ajustar el plan de cuidado en conjunto con otros profesionales de la salud.	Realizar evaluaciones continuas de la postura y la mecánica corporal, tomando signos vitales y observando la respuesta del cuerpo.	Evaluar el progreso de la paciente, identificando mejoras y áreas que necesitan más atención.	La monitorización continua permite identificar cambios positivos y realizar ajustes en el plan de cuidado según sea necesario.	La paciente muestra mejoras en su postura y reporta menos dolor, lo cual refleja el éxito del plan de intervención.	La paciente expresa satisfacción con los cuidados recibidos y siente que ha ganado mayor control sobre su estado físico.

NANDA:00148
 NOC: 1210
 NIC: 5270

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
Clase: Respuestas de afrontamiento (2)
Dx: Temor (00148)

R/C: Embarazo al alto riesgo

E/P: Impaciencia, sentimiento de temor

M
E
T
A
S

Dominio: Salud psicosocial (3)

Clase: Bienestar psicológico (M)

Etiqueta: Nivel de miedo (1210)

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
121005 Inquietud		X			✓
121015 Preocupación por la fuente del miedo			X		✓
121031 Temor verbalizado		X			✓

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: Conductual (3)

Clase: Ayuda para el afrontamiento (R)

Etiqueta: Apoyo emocional (5270)

- ACTIVIDADES**
1. Comentar la experiencia emocional con el paciente.
 2. Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores
 3. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA							FECHA: 24/09/2024
DIAGNOSTICO ENFERMERO: Temor							TIPO DE DX ENFERMERA/O REAL
OBJETIVOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA DEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INTERDEPENDIENTE	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA INDEPENDIENTE	EJECUCIÓN	FUNDAMENTO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
Reducir el nivel de temor de la paciente ante el proceso de labor de parto.	Proveer información detallada sobre el proceso de parto, incluyendo los procedimientos que se realizarán y el uso de analgesia si es necesario, según las indicaciones del médico.	Coordinar con el equipo de salud, incluyendo obstetras y anestesiólogos, para desarrollar un plan de manejo del dolor y apoyo emocional adecuado.	Ofrecer apoyo emocional, escuchar activamente las preocupaciones de la paciente, y proporcionar técnicas de relajación, como respiración profunda y visualización positiva.	Informar a la paciente sobre el proceso de parto, responder preguntas y desmitificar conceptos erróneos que puedan aumentar su temor.	La educación adecuada y el apoyo emocional son fundamentales para reducir el temor, mejorando la experiencia de parto y promoviendo el bienestar de la madre y el bebé.	La paciente se muestra más calmada y expresa una mayor comprensión y aceptación del proceso de parto.	La paciente manifiesta sentirse más segura y preparada para el trabajo de parto gracias a la información y el apoyo recibido.
Fomentar la sensación de control y participación activa de la paciente en su propio proceso de parto.	Brindar a la paciente opciones de analgesia y métodos de alivio no farmacológicos, siguiendo las indicaciones médicas.	Colaborar con el equipo de salud para establecer un plan de parto personalizado que incluya las preferencias de la paciente.	Enseñar a la paciente y a su acompañante técnicas de manejo del dolor, como cambios de posición, masajes y uso de la pelota de parto.	Instruir a la paciente sobre diferentes métodos de manejo del dolor y permitirle elegir las técnicas que desee utilizar durante el trabajo de parto.	La participación activa de la paciente en la toma de decisiones contribuye a reducir su nivel de ansiedad y miedo, aumentando su sensación de control y empoderamiento.	La paciente muestra disposición para participar en la toma de decisiones relacionadas con su parto y se siente más confiada en su capacidad para manejar el dolor.	La paciente expresa sentirse empoderada y menos temerosa, lo cual facilita una experiencia de parto más positiva.
Facilitar un entorno seguro y de apoyo durante el trabajo de parto.	Preparar la sala de parto con los equipos necesarios y coordinar con el personal para garantizar la privacidad y comodidad de la paciente.	Involucrar al acompañante designado por la paciente en el proceso, brindándole orientación sobre cómo ofrecer apoyo emocional efectivo.	Crear un ambiente tranquilo, controlando la iluminación, el ruido y la temperatura, y asegurando que la paciente tenga acceso a sus objetos personales y de confort.	Asegurar que el entorno esté adecuado para las necesidades de la paciente y su familia, y proporcionar acompañamiento constante durante el trabajo de parto.	Un entorno seguro y de apoyo emocional es clave para reducir el temor y promover un trabajo de parto más tranquilo y eficaz.	La paciente se siente más tranquila y apoyada, mostrando menos signos de ansiedad o temor.	La paciente expresa que el entorno le ayuda a sentirse más relajada y preparada para el trabajo de parto.
Proporcionar educación sobre los signos de progresión normal del trabajo de parto.	Explicar a la paciente los signos esperados durante el trabajo de parto, como la frecuencia y duración de las contracciones, siguiendo las guías médicas.	Coordinar con el equipo de salud para realizar controles periódicos del progreso del trabajo de parto y brindar retroalimentación continua a la paciente y su familia.	Informar a la paciente sobre las etapas del trabajo de parto, los cambios esperados en su cuerpo y el manejo de cada fase, utilizando lenguaje claro y comprensible.	Monitorear la progresión del trabajo de parto y mantener a la paciente informada sobre su evolución, utilizando términos adecuados y fomentando preguntas.	La comprensión del proceso fisiológico del parto ayuda a reducir el miedo, al aumentar la sensación de control y anticipación de los eventos.	La paciente manifiesta una comprensión clara del proceso de trabajo de parto y se muestra menos temerosa ante los cambios en su cuerpo.	La paciente participa activamente en su proceso de parto y se siente más tranquila al comprender cada etapa del mismo.

RESULTADOS

Seguimiento:

Día 1.

Fecha: 24/06/2024 Hora: 11:06

Valoración en el Área de Emergencia

Paciente femenino de 24 años con un diagnóstico médico embarazo de 38.2 semanas de gestación, atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis. Problema: riesgo de deterioro hemodinámico, riesgo de compromiso materno fetal, dificultad para controlar el dolor, riesgo de caídas. Intervenciones: control de score mama al momento con una puntuación de 0.

(PA: 110/80 MMHG, FC: 89X, FR: 20 X, T°C: 36.5 °C, SO2: 95 %)

Control de la escala de EVA, mantener en NPO, canalización de la vía periférica, reposo absoluto, aplicar protocolo de identificación del paciente, envió de muestras a laboratorio, educar sobre las normas ESAMYN, aplicar protocolo de administración de medicación, aplicar protocolo de prevención de caídas. Evaluación: paciente consciente orientada al momento hemodinámicamente estable facies pálidas semihidratado abdomen gestante, movimientos fetales percibidos por la madre, presenta, con riesgo medio de caídas, paciente ingresa al área de ginecología.

Valoración en el Área de Ginecología

Fecha: 24/06/2024 Hora: 12:01

Paciente con diagnóstico de embarazo de 38.2 semanas de gestación + DCP factor materno. Problema: Riesgo de dolor, riesgo de caídas. Intervenciones: Control de signos vitales, valoración del score mama, manejo de protocolo de identificación de la paciente, valoración de escala de Morse, valoración de movimientos fetales, valoración de perdidas transvaginales, preparar a la paciente para la cesárea, administrar profilaxis según prescripción médica, proporcionar confort y seguridad. Evaluación: Paciente ingresa al servicio de ginecología en silla de ruedas en compañía de personal de enfermería y familiares, con signos vitales estables, score mama de 0 de puntos, abdomen gestante, manifiesta dolor moderado tipo contracción de forma intermitente, con EVA de 2/10, no manifiesta perdidas transvaginales, movimientos

fetales presentes perceptibles por la madre, se administra la medicación prescrita, vía periférica permeable, pendiente procedimiento quirúrgico.

Valoración en el Área de Centro Obstétrico

Fecha: 24/06/2024 Hora: 14:27

Paciente femenino de 24 años de edad con diagnóstico de puerperio quirúrgico inmediato, estable. Problema. Riesgo de alteración hemodinámica, riesgo de caídas. Intervenciones: Monitorización continua de signos vitales, control de score mama cada 15 minutos, masaje uterino cada 15 minutos , control de involución uterina, control de apósitos de herida quirúrgica, control de loquios, control de sonda vesical, administración de medicación prescrita, control de vía periférica, control escala de EVA y escala de BROMAGE , ayuda al manejo materno, educación en planificación familiar, aplicar protocolo de caídas , aplicar protocolo de medidas trombo embolicas. Evaluación: Paciente ingresa a URPA bajo efectos de anestesia raquídea consciente, orientada, con score mama de puntuación 0, FC 82 x min, TA 130/80 mmHg, FR 20x min, T° 36.5°C, SO2 93%, alerta, proteinuria en tirilla negativo, mamas normo secretantes, fondo uterino en 0 previa realización de masaje uterino, herida quirúrgica cubierta con apósito compresivo limpio y seco, por sonda vesical elimina diuresis de aspecto normal, loquios hemáticos en moderada cantidad, vía periférica permeable, se administra mediación prescrita escala de EVA de 0/10, escala de BROMAGE de 3/3 no movilidad ni sensibilidad de miembros inferiores, presencia de vendaje en miembros inferiores sin signos de presión pulso distal presente. Se ayuda en el manejo materno, se brinda educación en planificación familiar. Escala Morse riesgo medio.

Valoración en el Área de Ginecología

Fecha: 24/06/2024 Hora: 17:10

Paciente femenino con diagnóstico médico de puerperio quirúrgico se acude al llamado de enfermería para retirar a paciente. La cual permaneció en URPA 2 horas después de la intervención quirúrgica.

Problema. Riesgo de alteración hemodinámica, riesgo de caídas. Riesgo de infección de herida quirúrgica. Intervenciones. Control de signos vitales, control de involución uterina, control de apósitos de herida quirúrgica, control de loquios, control de sonda vesical, administrar medicación prescrita, control de vía periférica, control

escala de EVA, ayuda al manejo materno, educación en planificación familiar, signos de peligro para la madre y el niño aplicar protocolo de caídas.

Evaluación. Paciente al momento consciente orientada en tiempo espacio y persona, signos vitales: FC 65 lpm, TA 110/60 mmHg, FR 20 rpm, T° 37°C, SO2 94 %, proteinuria en tirilla negativo, score mama de 0, mamas normosecretantes, fondo uterino en 0, herida quirúrgica cubierta con apósito compresivo limpio y seco, externamente sonda vesical permeable, loquios hemáticos en moderada cantidad, escala de EVA de 1/10, en miembros inferiores presencia de vendaje sin signos de presión, pulso distal presente. Se ayuda en el manejo materno, se brinda educación en planificación familiar. Escala morse riesgo medio, cuidados de enfermería.

DIA 2

Fecha: 25/06/2024 Hora: 06:21

Paciente consciente y orientada en tiempo espacio y persona, con signos vitales dentro de parámetros normales, alerta, proteinuria en tirilla negativa score mama puntuación 0 FC 71x min, TA 100/60 mmHg, FR 18x min, T 36.9 °C, SO2 91% , facies semipalidas hidratada abdomen suave depresible a la palpación a nivel de herida quirúrgica con apósito compresivo limpio y seco altura de fondo uterino en O -1, loquios hemáticos en poca cantidad, pendiente diuresis espontanea se administra medicación prescrita, bajo riesgo de caídas, se brinda apoyo en manejo materno, se imparte educación sobre importancia de lactancia materna y planificación familiar, se brinda medidas de confort y seguridad

Fecha: 25/06/2024 Hora: 17:30

Problema. Riesgo de infección de herida quirúrgica, dolor, riesgo de caídas.

Intervenciones. mamas, control de fondo uterino y loquios, control de herida quirúrgica, valoración de escala del dolor, cuidados de Dish, administración de medicación prescrita, medidas de seguridad y confort, aplicar protocolo de caídas, educación sobre ESAMYN, ayuda en manejo materno

Evaluación. Paciente en reposo relativo, consciente y orientada, con signos vitales dentro de parámetros normales, alerta, proteinuria en tirilla negativa score mama puntuación de 0, facies pálidas, hidratada, abdomen suave depresible a la palpación herida quirúrgica en proceso de cicatrización, altura de fondo uterino en O -1, loquios

hemáticos en poca cantidad, diuresis espontanea, se administra medicación prescrita, bajo riesgo de caídas, se brinda apoyo en manejo materno, se imparte educación sobre importancia de lactancia materna y planificación familiar, se brinda medidas de confort y seguridad.

DIA 3

Fecha: 26/06/2024 Hora: 06:45

Paciente al momento no refiere molestias consciente y orientada, con signos vitales dentro de parámetros normales, alerta, proteinuria en tirilla negativa, Score mama puntuación 0, facies pálidas, herida quirúrgica en proceso de cicatrización, fondo uterino en involución, loquios hemáticos en poca cantidad, diuresis espontanea, se administra medicación prescrita, bajo riesgo de caídas, se brinda apoyo en manejo materno, se imparte educación sobre la importancia de lactancia materna y planificación familiar, se brinda medidas de confort y seguridad.

El medico indica que la paciente se encuentra hemodinámicamente estable con exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales con indicaciones de alta médica. Por lo que indica referencia inversa a Centro de Salud Chimbo, post-consejería en VIH y VRDL, asesoría y consejería en planificación familiar, además de los signos de alarma que puede presentar el recién nacido y la madre.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La desproporción céfalo-pélvica se considera como un problema para el parto vaginal debido a que existe una diferencia entre las dimensiones de la cabeza fetal y la pelvis de la madre. En la pelvis materna distocias Oseas y de las partes blandas; en el feto presenta anomalías del desarrollo y de la posición. La forma de la pelvis se debe a la simétrica de los diámetros que se estudian en cada una de los sectores en que se divide el canal del parto. La alteración de la longitud de dichos diámetros conducirá distintos tipos de deformación ósea pelviana.

Paciente al ingresar al área de emergencia se le realizaron exámenes complementarios de control para evaluar el estado del paciente. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: glóbulos blancos $8.64 \times 10^3/\text{UL}$, glóbulos rojos $4.56 \times 10^6/\text{UL}$, hemoglobina 13.4g/dL, hematocritos 42.4%, Vol. Corp. Medio (MCV) 92.9fL, Hemo. Corp. Medio (MCH) 29.4 pg, Conc. HGB. Corp. Medio (MCHC) 31.6 g/dL, plaquetas $284 \times 10^3/\text{UL}$, Neutrofilo 64%, linfocitos 29%, monocitos 5%, eosinófilo 2%, tiempo de protrombina (TP) 11.4 seg, glucosa en ayunas 100.8mg/dl, urea 22.9 mg/dl, transaminasa pirúvica (ALT) 19.3 U/L, prueba cualitativa para sífilis no reactiva, grupo sanguíneo O, factor RH positivo, VIH no reactivo, gamaglutamil transferasa 17 U/L.

Considerando el estado de la paciente y de acuerdo a la valoración del médico se determinó el ingreso al área de Ginecología para el adecuado procedimiento para el bienestar de la madre y del feto, ya que debido a la estrechez de la pelvis por parte de la madre impedía la culminación del embarazo por parto vaginal por el cual el medico indico que se realizara un procedimiento quirúrgico por vía alta (cesárea). Después del tiempo considerado la paciente recibió el alta al igual que el producto.

CONCLUSIONES

En conclusión, se considera a la desproporción céfalo-pélvica (DCP) como una condición en la cual la cabeza del feto es demasiado grande para atravesar la pelvis de la madre durante el parto. Por lo tanto, el diagnóstico de DCP se puede sospecharse durante el embarazo a través de ecografías que evalúan el tamaño del feto y la pelvis materna. Mediante la valoración de los patrones funcionales según Marjorie Gordon se detectaron alteraciones en los patrones cognitivo-perceptual, sexualidad-reproducción y adaptación- tolerancia al estrés.

El manejo de pacientes con DCP se requiere una evaluación continua con un monitoreo cercano del progreso del parto y el bienestar fetal. Por lo cual se realizó tres procesos de atención de enfermería para brindar los cuidados adecuados y óptimos a la paciente y el producto. Tomando en cuenta que la paciente se realizó una cesárea para la culminación del embarazo lo cual permitió un parto seguro tanto para la madre como para el producto, reduciendo significativamente los riesgos asociados con un intento de parto vaginal fallido.

La desproporción céfalo-pélvica es una condición seria que requiere de una evaluación e intervenciones adecuadas del personal de salud que la esta atendiendo para una recuperación óptima y así garantizar la seguridad de la madre y el producto. Durante la estadía en la institución de salud se realizaron los adecuados cuidados a la madre y al producto por lo cual no presentaron ninguna complicación.

RECOMENDACIONES

1. Brindar al paciente información completa y detallada sobre las intervenciones que se le realizaron y los cuidados que debe tener en caso de otro embarazo ya que puede nuevamente presentar desproporción cefalopélvica, incluir una explicación de los síntomas, el tratamiento indicado y cómo manejar la complicación de manera efectiva. Enfatizar la importancia de seguir estrictamente el plan de tratamiento prescrito por el médico.
2. Instruir al paciente sobre los cuidados que debe tener después de la intervención quirúrgica, además de incluir los cuidados que le debe proporcionar a su bebe.
3. Educar a la paciente acerca de los signos de alarma tanto en ella como en él bebe. Además de fomentar el apego madre e hijo, lactancia materna exclusiva y los controles médicos y los programas de inmunizaciones que se proporcionara al bebe.

REFERENCIAS

- Angel E. Sinchitullo-Castillo, Luis Roldán-Arbieto, Pedro M. Arango-Ochante. (2021). *Scielo*. Obtenido de Factores asociados a partos por cesárea: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312020000300444&script=sci_arttext&tlng=pt
- Calderón Blanco, Claudia Regina. (2020). *Portal Regional da BVS*. Obtenido de Cesáreas por desproporción cefalopélvica: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835542>
- Carriles, D. (2021). *NATALIBEN*. Obtenido de La desproporción cefalopélvica: <https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea/desproporcion-cefalopelvica-causa-cesarea>
- Dra. Ángela Vázquez Márquez, Dr. Carlos Guerra Verdecia, Dra. Valentina Herrera Vicente, Dra. Francisca de la Cruz Chávez y Dr. Ángel M. Almirall Chávez. (2020). *Scielo*. Obtenido de Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2001000200012&script=sci_arttext
- Dra. Isabel Carriles . (2021). *NATALBEN*. Obtenido de La desproporción cefalopélvica: <https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea/desproporcion-cefalopelvica-causa-cesarea>
- Drs. Peggi Piñango Cruz, Alejandro Rodríguez Penso, Juan F. Fajardo, Freddy Bello. (2020). *SciELO*. Obtenido de DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA: DIAGNÓSTICO ECOSONOGRÁFICO: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100003
- Drs. Peggi Piñango Cruz, Alejandro Rodríguez Penso, Juan F. Fajardo, Freddy Bello. (2021). *Scielo*. Obtenido de DESPROPORCIÓN FETOPÉLVICA: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100003

- Jacqueline Elizabeth Velasteguí Egüez, Marlene Isabel Hernández Navarro, Jhony Joe Real Cotto, Aurora Jazmín Roby Arias, Hugo Javier Alvarado Franco, Ana Jacqueline Haro Velastegui. (2020). *Scielo*. Obtenido de Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000100005&script=sci_arttext
- Maharaj, D. (2021). *NCBI*. Obtenido de Evaluación de la desproporción cefalopélvica: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20633305/>
- Mauro Fernandez, Francisco Fuster . (2021). *Revista Medica* . Obtenido de Pelvimetria en la presentación pelvica : <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/524/art7.pdf>
- Ministerio de salud . (2020). *Guía de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología* . Obtenido de Incompatibilidad feto pelvica y estrechez pelvica : <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4687418/Gu%C3%ADa%20de%20pr%C3%A1ctica%20cl%C3%ADnica%20sobre%20incompatibilidad%20feto%20p%C3%A9lvica%20y%20estrechez%20p%C3%A9lvica.pdf?v=1686839244>
- Reategui Solis, Elder Favio. (2021). *Renati*. Obtenido de Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3040372>
- Santín G. (2021). *medigraphic.com*. Obtenido de Ginecología y Obstetricia: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=29115>
- Santín, G. (2021). *Cesáreas por desproporción céfalo-pélvica*. Obtenido de Cesáreas por desproporción céfalo-pélvica: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2021/gom116f.pdf>
- Types of Forceps Deliveries. (2022). *American Baby- Children*. Obtenido de Lesiones por Desproporción Cefalopélvica (CPD): <https://www.abclawcenters.com/espanol/lesiones-desproporcion-cefalopelvica/>

ANEXOS

 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA					
INSTITUCION DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			N° HISTORIA CLINICA	
			PARROQUIA	CANTON	PROVINCIA		
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO	000158		GUARANDA	BOLIVAR	00000000	
APELLIDOS NOMBRES				EDAD		SEXO (M/F)	
I				A. 24	M. 7	D. 24	MUJER
1. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO							
<p>PACIENTE CON EMBARAZO DE 38.3 SEMANAS ACUDE CON CONTRACCIONES PRIMARIAS INADECUADAS SE DECIDE INGRESO PARA TERMINAR EMBARAZO POR VIA LATA POR DCP FACTO MATERNOPRESIÓN ARTERIAL 110/80 F. CARDIACA min 89 F. RESPIRATORIA min 20 TEMP. BUCAL °C TEMP AXILAR °C 36.50 PESO Kg. 77.70 TALLA m 162.00GLASGOW OCULAR (4) 0 VERBAL (5) 0 MOTORA (6) 0 TOTAL (15) REACCIÓN PUPILAR DER. REACCIÓN PUPILAR IZQ. T. LLENADO CAPILAR 0 SATURA OXÍGENO 95 PROTEINURIA NEGATIVA SCORE MAMA: 0</p> <p>EXAMEN FISICO</p> <p>fcf: 145</p> <p>activida uterina 2/10/30++</p> <p>mov fetales presentes</p>							
2. RESUMEN DE EVOLUCION Y COMPLICACIONES							
<p>NOTA POSTCESAREA</p> <p>BAJO NORMAS DE ASEPSIA Y BAJO ANESTESIA RAQUIDEA SE REALIZA CESAREA DE EMERGENCIA POR DIAGNOSTICO PREOPERATORIO: EMBARAZO DE 38.3 SG POR FUM 37 POR ECOGRAFIA + LABOR DE PARTO FASE LATENTE + COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL</p> <p>DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO: IDEM</p> <p>HALLAZGOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ÚTERO INCREMENTADO DE TAMAÑO, ACORDE CON EDAD GESTACIONAL. 2. LIQUIDO AMNIOTICO ADECUADA CANTIDAD CLARO CON GRUMUS. 3. RECIÉN NACIDO VIVO, SEXO: FEMENINO, APGAR: 9/9. PESO: 3550 TALLA: 49 PC 35 CAPURRO 38 SG 4. PLACENTA FUNDICA ANTERIOR. 5. ANEXOS MACROSCÓPICAMENTE NORMALES. 6. SANGRADO APROXIMADO 400ML. 7. SEGMENTO FINO 8. VEJIGA DE IMPLANTACION ALTA 							

Ilustración 1. Evolución medica

4. TRATAMIENTO			
No	FECHA	MEDICO	DESCRIPCION
1	2024-06-24 10:40:00	CAMAS ACERO LUIS GUILLERMO	INDICACIONES INGRESO GINECOLOGIA CESAREA <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingreso a Ginecología 2. NPO 3. Score mana cada 4 horas 4. Monitoreo fetal stat y cada 8 horas 5. Control obstétrico cada hora 6. Reposo Absoluto 7. Protocolo de cirugía segura 8. Vendaje de miembros inferiores 9. Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar a 80 ml hora 10. Ceftriaxona 1 gramo 30 minutos antes de Cirugía 11. Biometría Hemática Química Sanguínea Tiempos de Hemostasia Serología Perfil Toxémico 12. Eco Obstétrica 13. Comunicar Anestesiología 14. Comunicar a Neonatología 15. Parte Operatorio 16. Consentimiento y autorización 17. Valoración e Indicaciones de Ginecólogo de Turno. 18. betametazona 12 mg im stat

Ilustración 2. Indicación del área de ginecología

1. ESTUDIO DE IMAGENOLÓGIA REALIZADO							
RX CONVENSIONAL	TOMOGRÁFIA	RESONANCIA	ECOGRAFÍA	X	PROCEDIMIENTO	OTROS	
DESCRIPCION: ECOGRAFIA DE ÚTERO GRÁVIDO. RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN; COMPLETA (EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA COMPLETA)							
2. INFORME DE IMAGENOLÓGIA							
EXAMEN: ECOGRAFIA OBSTETRICA.							
INFORME:							
Útero gestante, se observa:							
Feto único, vivo, cefálico, longitudinal, dorso izquierdo .							
DBP: 9.1 cm L.F: 7.2 cm CA: 33.7 cm PC: 33.4 cm PESO: 3224 gramos aprox.							
PERFIL BIOFISICO:							
Movimientos fetales: presentes y normales.							
Postura y tono fetal: normal.							
Movimientos respiratorios fetales: normales.							
Volumen de líquido amniótico: ILA: 10.2 cm							
Cardiotocografía: Corazón con cuatro cavidades, FCF: 145 por minuto.							
Placenta: postero fúndica Grado II-III de maduración.							
CONCLUSIÓN:							
Embarazo único de 37.3 semanas por Eco + /- 1 semana. PERFIL BIOFISICO: 10/10.							
Atentamente,							
Dra. Indira Nuñez Lopez.							
MEDICO HANM							

Ilustración 3. Resultados de ecografía obstétrica.