



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA SEGUN LA TEORÍA DE  
MARJORY GORDON EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POSPARTO  
INMEDIATO

MOGROVEJO CAILLAGUA CARLOS ALFREDO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA SEGUN LA TEORÍA  
DE MARJORY GORDON EN PACIENTE CON HEMORRAGIA  
POSPARTO INMEDIATO

MOGROVEJO CAILLAGUA CARLOS ALFREDO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

EXAMEN COMPLEXIVO

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA SEGUN LA TEORÍA DE MARJORY  
GORDON EN PACIENTE CON HEMORRAGIA POSPARTO INMEDIATO

MOGROVEJO CAILLAGUA CARLOS ALFREDO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ROMERO ENCALADA IRLANDIA DEIFILIA

MACHALA, 06 DE ENERO DE 2021

MACHALA  
06 de enero de 2021

# Carlos Mogrovejo

*por* Carlos Mogrovejo

---

**Fecha de entrega:** 18-dic-2020 10:09a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1478615934

**Nombre del archivo:** Carlos\_Alfredo\_1.docx (24.41K)

**Total de palabras:** 1912

**Total de caracteres:** 10104

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, MOGROVEJO CAILLAGUA CARLOS ALFREDO, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Proceso de atención de enfermería según la teoría de Marjory Gordon en paciente con hemorragia posparto inmediato, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

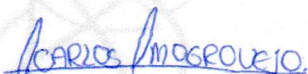
El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 06 de enero de 2021



MOGROVEJO CAILLAGUA CARLOS ALFREDO  
1105940207

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo va dedicado principalmente a Dios que asido mi fortaleza durante estos años de preparación llenándome de muchas bendiciones a lo largo de mi carrera. A mi madre y hermana mayor quienes me han apoyado durante mi carrera Universitaria y jamás me negaron su apoyo; les agradezco por todo el esfuerzo y sacrificio que han hecho para que yo pueda salir adelante. También esto va dedicado a mis hermanas, a quienes las quiero infinitamente, hoy puedo decir que, con esfuerzo y mucha dedicación podemos lograr nuestras metas.

Carlos Mogrovejo

## **AGRADECIMIENTO**

Mi eterno agradecimiento a todos mis docentes de la carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala que a través del tiempo me fueron formando para que en un futuro ser un gran profesional igual que ellos basados en la empatía y amor al prójimo ,a mi tutora Licenciada Irlanda Romero por ser una persona muy importante que me apoyo durante la realización de este trabajo , además también a licenciada Marlene Chamba y Linda Salvatierra por su tiempo y su magnífica contribución para que este trabajo salga excelente , les quedo eternamente agradecido a todas ustedes. .

Carlos Mogrovejo

## **RESUMEN**

La hemorragia en postparto inmediato es una emergencia obstétrica que pone en riesgo el estado hemodinámico de la paciente y de no ser corregida a tiempo puede desencadenar consecuencias fatales, en el presente reactivo práctico abordaremos los aspectos más importantes la definición, tipos, clínica, tratamiento a través del diagnóstico enfermero. La teoría de Marjory Gordon nos direcciona al momento de brindar atención a las necesidades de la paciente a través de la identificación de los patrones funcionales alterados en la hemorragia posparto. El objetivo de este trabajo se fundamenta en la elaboración de planes de cuidado frente a la hemorragia postparto inmediato, mediante la valoración objetiva utilizando la taxonomía nanda nic y noc para la disminución de complicaciones obstétricas. El rol del enfermero en la hemorragia posparto es muy importante, somos la primera línea de diagnóstico y podemos hacer la diferencia para prevenir las complicaciones derivadas de esta emergencia obstétrica y alcanzar los objetivos de reducción de MM que están establecidos en las metas de calidad de atención sanitaria del País.

**Palabras Clave:** Hemorragia postparto, Adolescente Gestante, Proceso Atención Enfermería, Teoría de Marjory Gordon.



## **ABSTRACT**

Immediate postpartum haemorrhage is an obstetric emergency that puts the hemodynamic status of the patient at risk and if not corrected in time it can trigger fatal consequences, in this practical reagent we will address the most important aspects: definition, types, clinical, treatment through nursing diagnosis. Marjory Gordon's theory guides us in providing attention to the needs of the patient through the identification of altered functional patterns in postpartum hemorrhage. The objective of this work is based on the development of care plans for immediate postpartum hemorrhage, through objective assessment using the nanda nic and noc taxonomy for the reduction of obstetric complications. The role of the nurse in postpartum hemorrhage is very important, we are the first line of diagnosis and we can make a difference to prevent complications derived from this obstetric emergency and achieve the MM reduction objectives that are established in the quality of care goals health of the Country.

**Keywords:** Postpartum Hemorrhage, Pregnant Woman , Nursing Care Process, Marjory Gordon's Theory

## INDICE

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	3
1. INTRODUCCION	6
2. DESARROLLO	7
<b>2.1 HEMORRAGIA POSPARTO</b>	<b>7</b>
2.1.1 Hemorragia posparto inmediata	7
2.1.2 Hemorragia posparto tardía o secundaria	7
2.1.3 Causas	7
2.1.4 Síntomas	7
2.1.5 Factores de riesgo	8
2.1.6 Diagnostico	8
2.1.7 Tratamiento	8
<b>2.2 TEORÍA DE ENFERMERIA DE MARJORY GORDON</b>	<b>10</b>
<b>2.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO</b>	<b>11</b>
<b>2.4 PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA (PAE)</b>	<b>11</b>
2.4.1 Valoración	11
2.4.2 Diagnostico	11
2.4.3 Planificación	12
2.4.4 Ejecución	12
2.4.5 Evaluación	12
2.4.6 PAE en paciente con hemorragia posparto inmediata	12
CONCLUSIÓN	14
BIBLIOGRAFÍA	15

## 1. INTRODUCCION

La hemorragia en el posparto inmediato constituye una problemática sanitaria en nuestro país y todo el mundo ya que al año 132.000 madres mueren por hemorragias no controladas (1). Es importante recalcar que en los últimos 20 años con la implementación de los ODS la erradicación de la Muerte Materna se estableció como indicadores de calidad en los sistemas sanitarios del país. Aproximadamente el 90% de casos se da en países en vías de desarrollo, según la OMS las tasas más altas de MM se ubican en el norte de África y Asia como la India, a su vez América Latina ha logrado reducir durante la última década los índices de MM como Bolivia y Honduras a la cabeza con -61% y Ecuador con -44% (2). Se espera que hasta el 2030 se llegue a una reducción de solo 70 casos de MM por cada 100.000 partos (3).

Las complicaciones obstétricas en un 90% son prevenibles, la Hemorragia primaria postparto es la pérdida de sangre en la puerpera  $>500$  ml x 24h (2). Los datos de la OMS evidencian que 14'000.000 de mujeres registraron un cuadro de hemorragia, es por ellos que se deben implementar protocolos que permitan un diagnóstico temprano para realizar la intervención oportuna, aplicando estrategias como un triaje obstétrico adecuado (4).

El personal de enfermería tiene un rol preponderante en la atención de la mujer embarazada porque identifica factores de riesgo así como signos de alarma de manera adecuada; dentro de las acciones prioritarias esta la administración de terapia farmacológica profiláctica con uterotónicos como Oxitocina después del parto; Verificar el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, es importante que el alumbramiento se dé por sí solo sin tirar o manipular la placenta, estas medidas son protocolizadas ya que las complicaciones hemorrágicas se dan dentro de las primeras 4 horas del parto y de no ser corregidas pueden complicarse y terminar en histerectomía parcial o total como el reactivo práctico en estudio (5).

Elaborar planes de cuidado frente a la hemorragia postparto inmediato, mediante la valoración objetiva utilizando la taxonomía NANDA, NIC y NOC para la disminución de complicaciones obstétricas.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1 HEMORRAGIA POSPARTO**

Se la denomina como la pérdida hemática desmedida desde el alumbramiento hasta el final de la etapa puerperal lo cual requiere atención inmediata por el personal profesional. La etapa puerperal concluye hasta la semana doce pospartos, por lo que se incorporaron HPP primarias y secundarias o tardías (6).

La definición de hemorragia posparto es una pérdida de sangre de más de 500 ml por el parto vaginal mientras que por la cesárea supera los 1.000 ml. Para los fines clínicos, es vital valorar la pérdida de sangre que puede causar inestabilidad hemodinámica a la paciente, menudo su cuantificación es inexacta (7).

#### **2.1.1 Hemorragia posparto inmediata**

Se presentan durante las veinticuatro horas después del parto. Se estima que la mayor parte de las hemorragias posparto inmediato son a causa de la atonía uterina o se podría decir que no hay contracción adecuada del útero después del nacimiento del bebe (7).

#### **2.1.2 Hemorragia posparto tardía o secundaria**

Esta hemorragia presentara manifestaciones clínicas luego de las 24h postparto e incluso hasta 6 semanas después del parto. La HPP tardía se podría dar por la retención de restos placentarios o infecciones (7).

#### **2.1.3 Causas**

Las hemorragias posparto se deben a: Debilidad uterina (70%) Ruptura uterina Placenta preservada o parte de la placenta, Traumatismo del canal de parto blando (parto, traumatismo espontáneo, episiotomía) Coagulación intravascular difusa e Útero invertido (8).

#### **2.1.4 Síntomas**

- Sangrado transvaginal abundante.
- Frecuencia Cardíaca
- Hipotensión.
- Pérdida de la conciencia.
- Hipertermia
- Desaturación.
- Lesión del canal del parto.
- Laceración del tracto genital inferior (9).

### **2.1.5 Factores de riesgo**

- Edad materna (más de 35 años o menos de 19 años).
- Multiparidad.
- Antecedentes patológicos. (Diabetes Mellitus, hipertensión gestacional).
- Gestación postérmino.
- Preclamsia.
- Macrosomía fetal.
- Polihidramnios.
- Trabajo de parto disfuncional.
- Inducción con oxitocina.
- Hematoma retro placentario.
- Corioamnionitis (10) .

### **2.1.6 Diagnostico**

Según Vargas Chávez y Duarte Jeremías, en su artículo de hemorragia posparto refieren que para poder establecer el diagnóstico de enfermería en una paciente con HHP se evalúa la altura y tono uterino, loquios y se realiza la anamnesis para establecer síntomas o signos de hipovolemia. Vale acotar que en algunas mujeres no se evidencia sangrado transvaginal o intraabdominal después del parto vaginal o cesaría por lo que no se puede hacer un diagnóstico oportuno y es de gran relevancia que se haga una valoración física constante (11).

Es muy importante que el personal de enfermería haga una buena valoración basado en la taxonomía NANDA, NIC y NOC para poder dar una buena atención en pacientes de posparto , porque veces la vasodilatación también tiene su causa y que puede ser por la anestesia neuroaxial que va acompañado de algunas reacciones vaso vágales que causan mareos, sincope, taquicardia e hipotensión en algunas ocasiones , aunque son poco probables después del parto y son reversibles y no peligrosas (11).

### **2.1.7 Tratamiento**

Según Camacho castro y Rubio Romero en su publicación refieren que, Para dar tratamiento a una hemorragia posparto, se hace uso de fármacos que ayudan a provocar contracciones uterinas, estos son los llamados uterotónicos. Entre ellos tenemos:

#### ***Oxitocina***

Es una hormona que segrega el hipotálamo, de la cual en las mujeres en labor de parto se puede utilizar la forma sintética para prevenir las hemorragias o post parto para controlarlas la vida de la oxitocina como medicamento es corta de aproximadamente 5 minutos y tiene una acción casi inmediata después de la

administración I.M en los primeros 2-3 minutos teniendo un efecto residual de hasta una hora para corregir o disminuir el caso de hemorragia post parto inmediato (12).

En el componente materno es el tratamiento de primera respuesta con una dosis estándar en 10 UI en la forma I.M o de 5 UI en la I.V aplicada apenas se detecta la hemorragia para mitigar la pérdida sanguínea y posteriormente se mantiene con bomba de infusión con 40-167 mU/min en un lapso de 4 horas en conjunto con esto se administrará en la paciente terapia farmacológica y líquidos (12).

### ***Ergometrina***

Este medicamento es considerado un alcaloide, que su función es producir contracciones arrítmicas y tetánicas del miocito uterino (miometrio); su vida media es de 30 min - 2 horas, con 2-3 minutos en su inicio de acción después de ser administrado. Es utilizado como un fármaco de segunda línea, puede ser de manera simultánea o sin oxitocina.

Se contraindica este medicamento a pacientes con HTA, preclamsia, cardiopatías o quien esté en tratamiento para el VIH relacionado a los inhibidores.

De los revisado en cuanto a su posología; es en primera dosis 0.2 mg IM, luego una segunda dosis administrar 0.2 mg IM de 15 a 20 minutos durante la primer ahora, y así repetir cada 4 – 6 horas como máximo hasta 1mg, siendo así e 5 dosis de 0.2 mg durante las 24 horas por IM (12).

### ***Misoprostol***

Es un medicamento que cumple su función similar a la prostaglandina E1, cuando se administra por vías digestivas (sublingual, rectar, oral, etc.), puede dar como efecto nausea, diarrea, cefalea, vómito, broncoespasmo y taquicardia. Sin embargo, por vía rectar incide con menor presencia de estos efectos adverso, pero su inicio de acción tarda más tiempo, aunque perdura su efecto, por otra parte, si es administrada por vía bucal su acción de inicio es más rápido (12).

Su dosis por vía sublingual es de 800 ug, pero cuando no se dispone de oxitocina o esta ha fallado. Vía oral de 600 ug o 1000 ug por vía rectal.

El uso del misoprostol solo se administra de forma necesaria, es decir cuando los medicamentos de primera y segunda línea ya mencionados han fallado o por indisponibilidad de oxitocina (12).

### ***Carboprost***

Se usa con una función parecida al misoprostol, pero esta vez sustituirá a la 15-metil PGF2 Alpha otra prostaglandina que tomará el segundo puesto en la línea de tratamiento de la HPP. Tenemos una dosis de 0.25mg que se administra I.M C/ 15-90min con una máxima de 8 dosis, no pudiendo exceder los 2mg (12).

### **Ácido tranexámico**

Este fármaco pertenece a los medicamentos llamados antifibrinolíticos, su función es impedir la degradación de coágulos sanguíneos presentes, toma lugar de uso en pacientes con hemorragia postparto (12).

Se recomienda hacer uso de este fármaco cuando no se ha podido controlar el sangrado con uterotónicos o cuando se hay diagnóstico de sospecha relacionado con un desgarro, siendo de dosis única, por vía IV de 1g (12).

### **Procedimientos quirúrgicos.**

Como recurso definitivo se recurre a la cirugía entre los procedimientos que tenemos son el curetaje, suturación y reparación uterina, la aplicación de un torniquete en el lugar del útero donde se dé la pérdida, uno de los más efectivos procedimientos es ligar en bloques los vasos sanguíneos de las arterias/venas uterinas, en casos donde la arteria iliaca sea la que este comprometida también se puede proceder a la ligadura de la misma en casos extremos se realiza histerectomía total o parcial (11).

Por otro lado, se puede ocluir con la inserción de un balón en la Arteria aorta, este proceso se realiza también en la iliaca, pero de manera intermitente, también se puede embolizar selectivamente las arterias comprometidas dependerá esto del caso de la paciente (11).

Además, podemos reponer a la paciente con transfusiones de plaquetas, células sanguíneas empacadas, crioprecipitados o plasma fresco congelado.

Entre las intervenciones no quirúrgicas tenemos el masaje uterino, taponamiento uterino o los fluidos IV (11).

## **2.2 TEORÍA DE ENFERMERIA DE MARJORY GORDON**

Marjory Gordon una de las figuras más representativas de la enfermería elaboro una teoría de atención establecida por 11 diferentes patrones, en la Hemorragia post parto se alteran varios de estos patrones tales como, nutrición, cognitivo perceptual y seguridad

protección en el reactivo práctico presentada evidencia la intervención inmediata para evitar complicaciones potencialmente mortales (13).

- **Patrón de Nutrición:** se debe realizar un registro de cuanta sangre ha perdido la paciente
- **Cognitivo:** debemos asegurarnos del estado de conciencia de la paciente podemos por ejemplo realizar escala de Glasgow (14).
- **Seguridad/Protección:** valorar en la paciente los signos y síntomas de la hipotermia y evitar complicaciones (14).

### **2.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente de 17 años de edad, con 36 semanas de gestación que presenta contracciones uterinas de 3 a 10 minutos, con pérdida de tapón mucoso, a la valoración del ginecólogo esta con el 90% de borramiento y 10 cm de dilatación es su segundo hijo, pasa inmediatamente a sala de parto se obtiene producto único vivo de sexo masculino en buenas condiciones, madre y recién nacido pasan a sala de recuperación sin novedad con signos vitales estables. A las 22 horas después del parto se observa paciente con pálida hipotensa 80/50 ml de hg, piel fría, diaforética, con pérdida de la conciencia; al examen físico (ginecológica revisión de loquios) se observa sangrando transvaginal en abundante cantidad; se activa código rojo y luego de su estabilización en relación a la hemorragia pasa a sala de centro obstétrico; donde le realizan histerectomía abdominal total. Paciente pasa a sala de recuperación con PA 100/70ml de hg, t° 36,2°Cy continua en observación.

### **2.4 PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA (PAE)**

Se trata de un conjunto de 5 pasos que permiten al personal de enfermería satisfacer las necesidades del paciente de manera personalizada

#### **2.4.1 Valoración**

Las pacientes en el puerperio inmediato son propensas a varias complicaciones como hemorragias, rupturas de vejiga, etc., por lo que se debe realizar una minuciosa valoración, revisar los loquios, pérdida de la volemia, se debe valorar el llenado capilar, la coloración de las fascias, estado de conciencia, signos de hipotensión, para proceder al siguiente paso (15).

#### **2.4.2 Diagnóstico**

Luego de realizar la valoración se procede al diagnóstico real o de riesgo partiendo del criterio clínico del personal de enfermería. Lo primero que se debe corregir es la volemia hasta estabilizar los signos vitales de la paciente en este paso nos guiaremos por la NANDA (14).



### 2.4.3 Planificación

Luego del diagnóstico se planificará como se resolverá la necesidad específica de la paciente y para esto nos apoyaremos en el NOC (15).

### 2.4.4 Ejecución

Aquí se realizan las actividades que se necesitan para tratar el diagnóstico y llegar a los objetivos de la planificación usando esta vez la taxonomía NIC (15).

### 2.4.5 Evaluación

Después de realizar los pasos anteriores volvemos al NOC buscando los objetivos de la planeación y valoramos si las necesidades de la paciente fueron satisfechas, con una puntuación de 1-5 así podremos tener un mejor panorama de los resultados de nuestra intervención (15).

### 2.4.6 PAE en paciente con hemorragia posparto inmediata

<b>DIAGNOSTICO MEDICO</b>	Hemorragia posparto inmediato
<b>VALORACIÓN</b>	Sangrado transvaginal > 1000 ml
<b>DIAGNOSTICO ENFERMERÍA</b>	<b>DOMINIO 2</b> <b>CLASE: 5. Hidratación.</b> (000270) Déficit de volumen de líquidos R/C hemorragia posparto M/P Sangrado transvaginal excesivo
<b>NOC</b>	<b>Severidad de la pérdida de sangre</b>
<b>NIC</b>	<b>Administración de Hemoderivados (4030)</b> 1. Verificar las órdenes del médico. 2. Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente. 3. Verificar que sea el paciente correcto, el grupo sanguíneo, el grupo Rh, el número de la unidad y la fecha de la caducidad y registro según el protocolo del centro. 4. Monitorizar los signos vitales. 5. Monitorizar la aparición de reacciones transfusionales. 6. Registrar la duración de la transfusión. 7. Registrar el volumen transfundido. 8. Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o hemoderivados cada vez, a menos que sea necesario debido al estado del receptor. 9. Verificar vía específica para hemoderivados.
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distensión abdominal. (3)</li><li>• Sangrado vaginal. (4)</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la hemoglobina. (4)</li> <li>• Disminución del hematocrito. (4)</li> </ul>
--	--

<b>DIAGNOSTICO MEDICO</b>	Hemorragia posparto inmediato
<b>VALORACIÓN</b>	Hipotensión
<b>DIAGNOSTICO ENFERMERÍA</b>	<b>DOMINIO 2</b> <b>CLASE: 5. Hidratación.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (000270) Déficit de volumen de líquidos R/C hemorragia posparto M/P Hipotensión 80/50.</li> </ul>
<b>NOC</b>	<b>Severidad de la hipotensión.</b>
<b>NIC</b>	<b>Manejo del shock (4250)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorizar los signos vitales, presión arterial ortostática, estado mental y diuresis.</li> <li>2. Colocar a la paciente en una posición que optimice la perfusión, instaurar y mantener la permeabilidad de las vías áreas según corresponda.</li> <li>3. Vigilar la pulsioximetría, según corresponda.</li> <li>4. Administrar oxígeno y/o ventilación mecánica según corresponda.</li> <li>5. Controlar el ECG.</li> <li>6. Controlar las tendencias de los parámetros hemodinámicos.</li> <li>7. Administrar líquidos IV mientras se controlan las presiones hemodinámicas.</li> </ol>
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga (3)</li> <li>• Latido cardiaco irregular (4)</li> <li>• Visión borrosa (4)</li> <li>• Hemorragias nasales (5)</li> </ul>

<b>DIAGNOSTICO MEDICO</b>	Hemorragia posparto inmediato
<b>VALORACIÓN</b>	Pálida, piel fría, pérdida de la conciencia.
<b>DIAGNOSTICO ENFERMERÍA</b>	<b>DOMINIO 11</b> <b>CLASE: 6. Termorregulación.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (00006) Hipotermia R/C Enfermedad Actual M/P piel fría, pálida.</li> </ul>
<b>NOC</b>	<b>Severidad de la Hipotensión. (2114)</b>
<b>NIC</b>	<b>Regulación de la temperatura. (3900)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comprobar la temperatura al menos 2 horas, según corresponda.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración según corresponda.</li> <li>3. Observar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>4. Utilizar un colchón de calentamiento, mantas calientes y un ambiente cálido para elevar la temperatura corporal.</li> <li>5. Administrar medicamentos antipiréticos, si está indicado.</li> </ol>
<b>EVALUACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez (3)</li> <li>• Piel Fría (4)</li> <li>• Hipotensión (5)</li> <li>• Ortostática (5)</li> </ul>

### **CONCLUSIÓN**

La hemorragia posparto inmediato en la actualidad sigue siendo unos de los más grandes problemas a nivel del mundo ya que es una de las causas más frecuente en muertes maternas , y uno de los problemas obstétricos más comunes en los servicios de salud , aunque en la actualidad se ha tomado fuertes políticas a nivel de salud para la protección de la vida de la madre y del niño aun esto no se cumple en su totalidad , es por eso que el rol de enfermería es muy importante ya que mediante la valoración física se puede obtener un pronto diagnóstico y poder prevenir posibles complicaciones , en este reactivo practico hemos identificado y analizado algunos factores de riesgo como la edad de la gestante y la multiparidad .

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera YH, Díaz DM, Padrón ZM, Poblet MAC, Castro BA, Hernández MR. Caracterización de pacientes que requirieron histerectomía obstétrica de urgencia. Cienfuegos, 2013-2015. Medisur. 2018 Abril; 16(2).
2. Cedeño JBV, Intriago MAM, Intriago DKS. Correcto uso e importancia del traje antishock en hemorragia postparto. DOMINIO DE LAS CIENCIAS. 2020 Octubre 01; 6(4).
3. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas. OMS. .
4. Callol JLM, Muñoz CI, Martínez DJ, Muñoz YB. Competencias en profesionales de enfermería: triage obstétrico: atención a la hemorragia posparto. Hospital Guevara. Curso 2018-2019. INFOMED. 2020 Julio.
5. Fernández-Lara J, Toro-Ortiz J, Martínez-Trejo Z, Maza-Labastida SDI, Villegas-Arias M. Tasa de hemorragia, histerectomía obstétrica y muerte materna relacionada. Ginecología y obstetricia de México. 2017 Abril; 85(4).
6. Álvarez Silveira , García Lavandeira , Rubio Cid. Factores de riesgo de la evolución de la hemorragia posparto a hemorragia posparto severa: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex. 2015; 83.
7. Pública. MdS. Prevención diagnóstico y tratamiento de la hemorragia posparto. Guía de Práctica Clínica. [Online].; 2013. [cited 2020 Diciembre 6. Available from: <http://salud.gob.ec>.
8. Suárez González , Santana Beltrán , Gutiérrez Machado , Benavides Casal , Pérez de Prado. Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. Scielo. 2016; 42(4).
9. Liu Y, Shen Y, Zhu W, Bo Qiu J, Huang Q, Qin Ye W. Clinical assessment indicators of postpartum hemorrhage: A systematic review. Chinese Nursing Research. 2017 Diciembre; 4: p. 170-177.
10. Columbié Fariñas T, Pérez Castillo , Cordero Gonzalez. Factores asociados a la hemorragia obstétrica en el postparto inmediato: Hospital Juan Bruno Zayas. Revista Médica Sinergia. 2019 Octubre; 4(10).
11. Vargas Chaves , Duarte Jeremías. Hemorragia Postparto. Revista Médica Sinergia. 2020; 5.
12. Camacho-Castro A, Rubio-Romero. Recomendaciones internacionales para el tratamiento médico. Scielo. 2015; 64.
13. Sáez ZA, Martínez EML, Castaño CD, Ferrer MBC. Estudio comparativo de la recuperación postparto en base a los Patrones de Marjory Gordon. Enfermería Global. 2019 Octubre 14; 18(53).
14. NANDA International. DIAGNOSTICOS ENFERMEROS Definiciones y Clasificación 2015-2017 Herdman TH, Kamitsuru S, editors.: Elsevier ; 2015.
15. García JGT, Rivera LES. Proceso de atención de Enfermería con riesgo alto, por hemorragia post parto inmediato. Ocronos. 2019 Julio 20.