



Cuando remitir desde atención primaria una gestante a urgencias

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

Para cumplir el objetivo, hacemos un boceto del tipo de mujer que acude a nuestra consulta de A.P





¿ QUÉ PATOLOGÍAS SON MÁS FRECUENTES EN UNA GESTANTE PARA DERIVAR A URGENCIAS ?

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

Tras una búsqueda de información en :

- Instituto Nacional de Estadística
- Instituto Estadística de la Comunidad de Madrid
- Bases de datos en A.P
- Estudio de campo en diferentes centros de salud

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

Datos de la Comunidad de Madrid

Las mujeres representamos el 52%

Un 45% en Activo

Un 30% valoran su estado de salud regular o malo

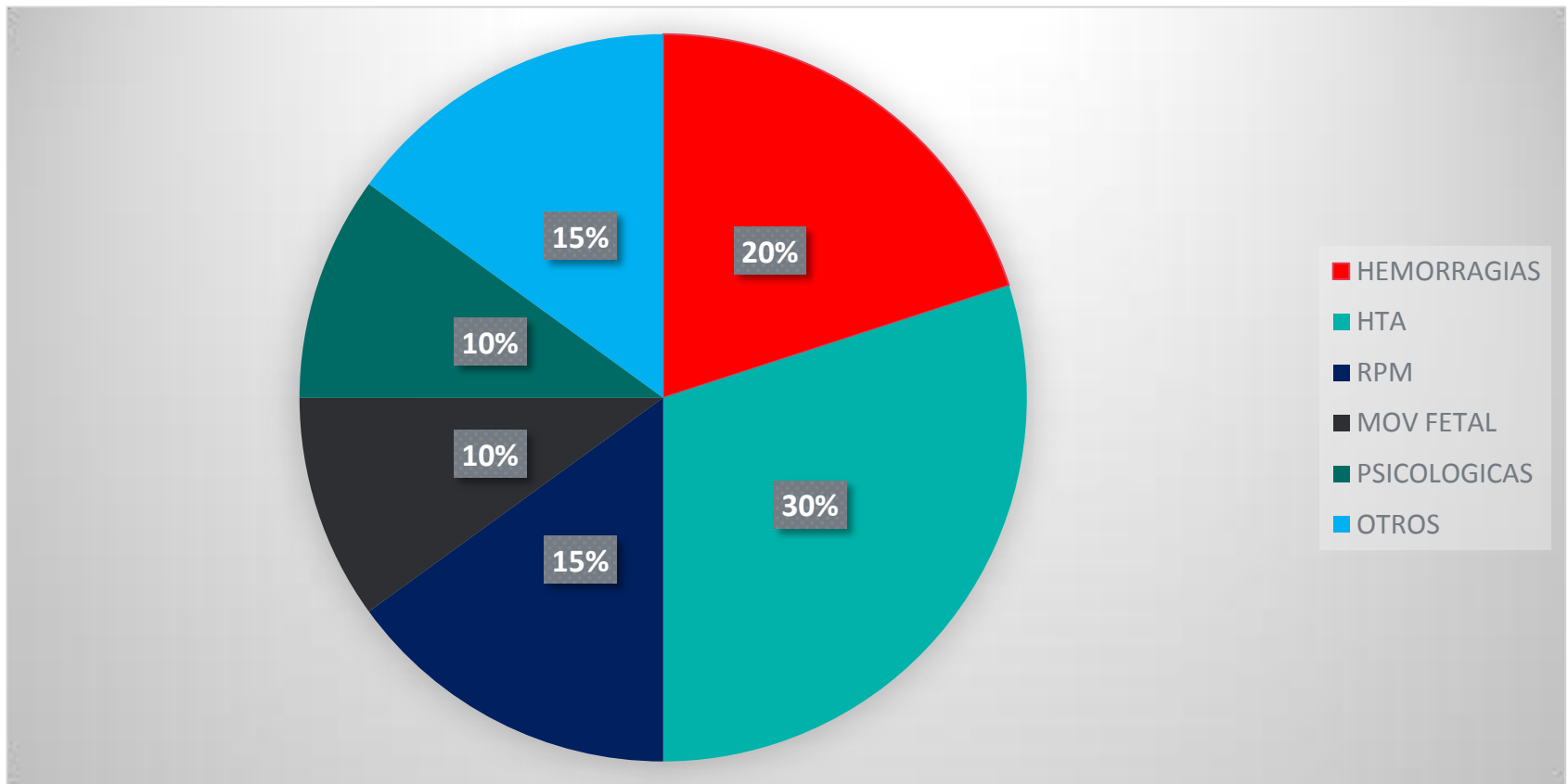
64,879 nacimientos, en 2017, la tercera comunidad autónoma en n de nacimientos

Edad media de la mujer cuando tiene su primer hijo son 32,50 años

1 de cada 4 R.N es de madre extranjera

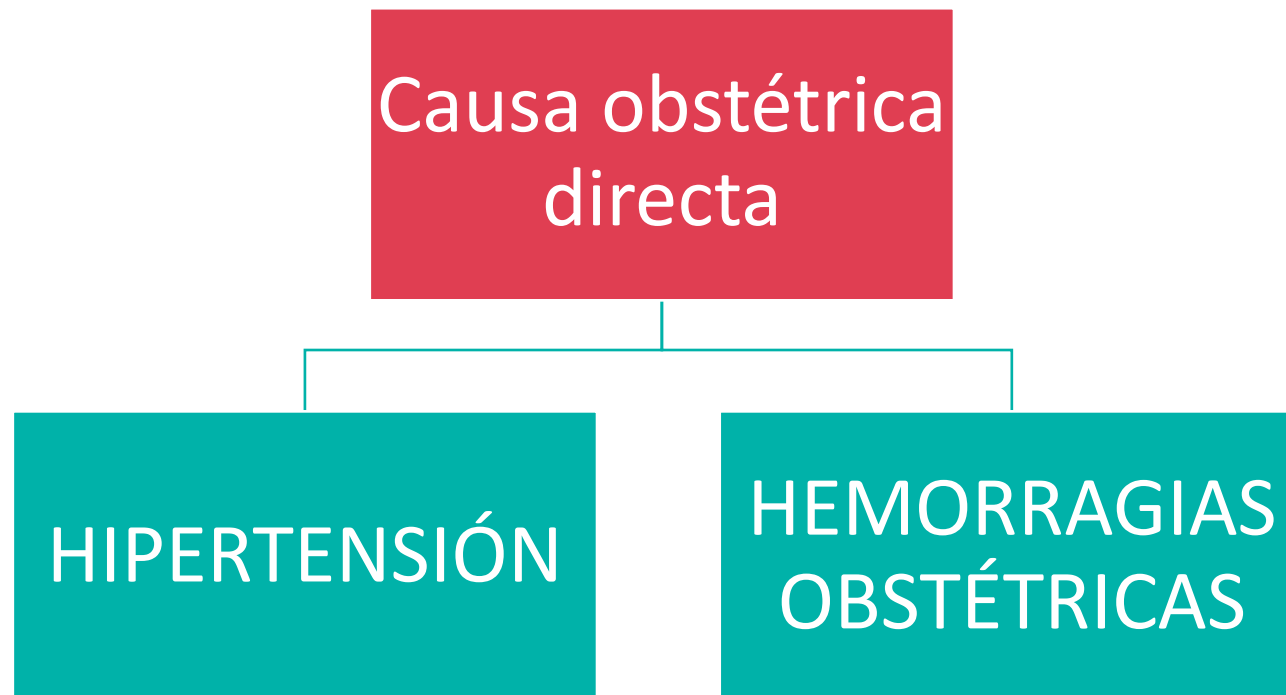
CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

PATOLOGIAS CON MAYOR MORBIMORTALIDAD



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

MORBIMORTALIDAD MATERNA



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

DIAGNÓSTICO DE HTA

■ **TA $\geq$ 140/90 mmHg EN 2 TOMAS SEPARADAS AL MENOS 6 H EN EL TRASCURSO DE UNA SEMANA.**

■ **TOMA ADECUADA DE TENSIÓN:** gestante sentada, con los pies apoyados y los brazos a la altura del corazón. Se debe medir tras 10 minutos de reposo.



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

PREECLAMPSIA

- Se asocia **HTA y PROTEINURIA** (≥ 300 mg en orina 24h, ≥ 30 md/dl en muestra aislada, 1+ tira reactiva)
- Causada por la implantación poco profunda de la **placenta** que se torna hipóxica, ocasionando una reacción inmune caracterizada por la secreción de toxinas que actúan sobre el endotelio vascular. Causa **genética**.
- A partir de la **20 semana**.
- Puede ocurrir hasta en el **10%** de los embarazos.
- Los **edemas no** se incluyen en los criterios diagnósticos , debido a su alta prevalencia durante el embarazo.

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

PREECLAMPSIA LEVE

Diagnóstico

- TA > **140/90** en dos determinaciones separadas 6 horas.
- **Proteinuria** de 24 horas > 300 mg, o > de 30 en determinación en muestra aislada.
- Edemas
- Ningún otro criterio de preeclampsia grave.

Tratamiento

- Control clínico y de TA cada 24h.
- Reposo relativo.
- Dieta **normocalórica, normosódica, y normoproteica.**
- TTO farmacológico: persistencia TAS >160mmHg TAD >100 mmHg. Labetalol, hidralazina, alfametildopa. **No descensos bruscos** de TA ni necesidad de TA muy bajas.
- TTO definitivo: finalizar gestación (37 semanas).

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

PREECLAMPSIA GRAVE

Uno o más criterios

- TA $\geq$ de **160 / 110** mmHg en dos determinaciones separadas 6 horas y en reposo.
- **Proteinuria $\geq$ 2 g en orina 24h , Oliguria $\leq$ de 500 ml en 24h, creatinina sérica $>1,2$ mg dl**
- Alteraciones **neurológicas** : cefalea, visión borrosa, escotomas, amaurosis, hiperreflexia.
- Aumento de peso $>$ de 2kg .
- **Dolor en epigastrio o hipocondrio derecho**
- **Nauseas y vómitos**
- Alteraciones **fetales CIR.**



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

■ El **síndrome de HELLP** es una variante de la preeclampsia grave:

- Plaquetas $< 100.000/\mu\text{l}$
- Aumento LDH $> 600 \text{ IU/l}$
- GOT $> 72 \text{ UI/l}$

■ La **ECLAMPSIA** es la aparición en una gestante con preeclampsia de convulsiones tipo gran mal.



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

PREECLAMPSIA GRAVE

TRATAMIENTO

- Objetivo: control TA < 160/110 mmHg y $\geq 140/90$
- Fármacos I.V.: Labetalol, Hidralazina, Sulfato de Mg.
- Finalización de la gestación: -No control de hipertensión. -Pródromos de eclampsia. Signos de SPBF.
- Si se controla la TA y en función de la edad gestacional: -< 34 semanas: intentar prolongar gestación 48 h para madurar los pulmones del feto. -> 34 semanas: finalizar gestación.

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

HEMORRAGIAS DEL PRIMER TRIMESTRE

- Pueden deberse a amenazas de aborto.
- Abortos en curso.
- Acompañados de dolor abdominal.
- Embarazos ectópicos.



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

PLACENTA PREVIA

- La placenta se implanta o se desplaza de manera total o parcial en la porción inferior del útero, pudiendo ocluir el cuello uterino.
- Suele ocurrir en el segundo-tercer trimestre.
- Es una de las principales causas de hemorragia antes del parto.
- Clínica:



- **sangrado brusco**, intermitente, **sin dolor**, **sin contracciones**.
- tendencia a los **coágulos**.
- **se repiten**, aumentando la intensidad y frecuencia de los episodios.

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

HEMORRAGIAS OBSTETRICAS

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

- Es la separación total o parcial de la placenta de su inserción antes del nacimiento.
- Es la segunda causa de metrorragia en el tercer trimestre.
- Puede ocurrir hasta en un 3% de los partos.
- Causas diversas como hipotensión, consumo de drogas como la cocaína, hipertensión, traumatismos, cordón corto, pérdida líquido amniótico, poli hidramnios.
- Clínica, **sangrado oscuro no abundante, dolor abdominal, hipertoniá** uterina, distres fetal.
- complicaciones maternas como shock hipovolémico, CID, Apoplejía uteroplacentaria.
- Complicaciones fetales, hipoxia, anemia, prematuridad, muerte fetal.

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

MOVIMIENTOS FETALES

- La percepción materna de una disminución de los movimientos fetales constituye un motivo de consulta en urgencia entre el **5 y el 15%**, durante el tercer trimestre.
- Se consideran como un parámetro eficaz en el estudio del **bienestar fetal**.
- Su aumento se asocia con las aceleraciones transitorias de la FCF en el test basal.
- Su disminución se asocia a complicaciones perinatales {**CIR, parto prematuro, malformaciones, exitus fetal**}
- La **correcta información** a la gestante ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones asociada a la disminución de movimientos fetales.
- Son detectados por primíparas a las 18-22 sem y por multíparas a las 16-18 sem.

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

MOVIMIENTOS FETALES

SIGNOS DE ALARMA

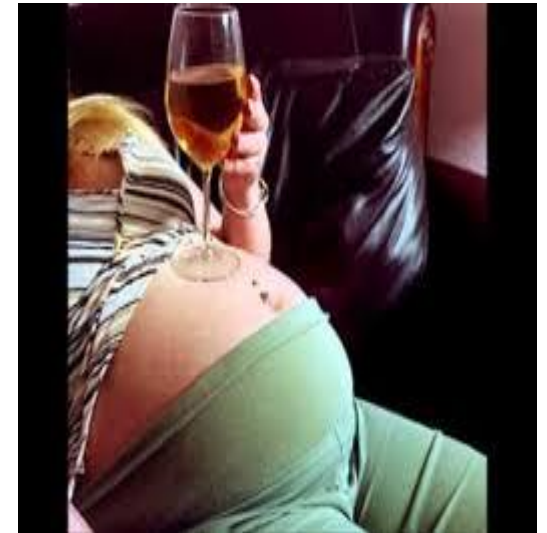
- No percepción de movimientos fetales > 24 sem.
- Ausencia total de movimientos que dura mas de 2 h {no esperar 24h}.
- Disminución de la percepción habitual de los movimientos que dura mas de 12h.
- Contaje dirigido, [momento del día en el que en condiciones normales este activo, después de las comidas y en DLI] < 10 mov en 2h.
- < 10 movimientos en 12 h.
- Factores que disminuyen los movimientos, tabaco y alcohol, medicamentos sedantes, antidepresivos, estrés, largos periodos de tiempo de pie, actividad física intensa.

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

MOVIMIENTOS FETALES

FACTORES DE RIESGO

- Obesidad
- Preeclampsia
- Isoinmunización
- Diabetes
- Gestación múltiple.
- Drogadicción alcoholismo.
- Cardiopatía
- Macrosomía



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

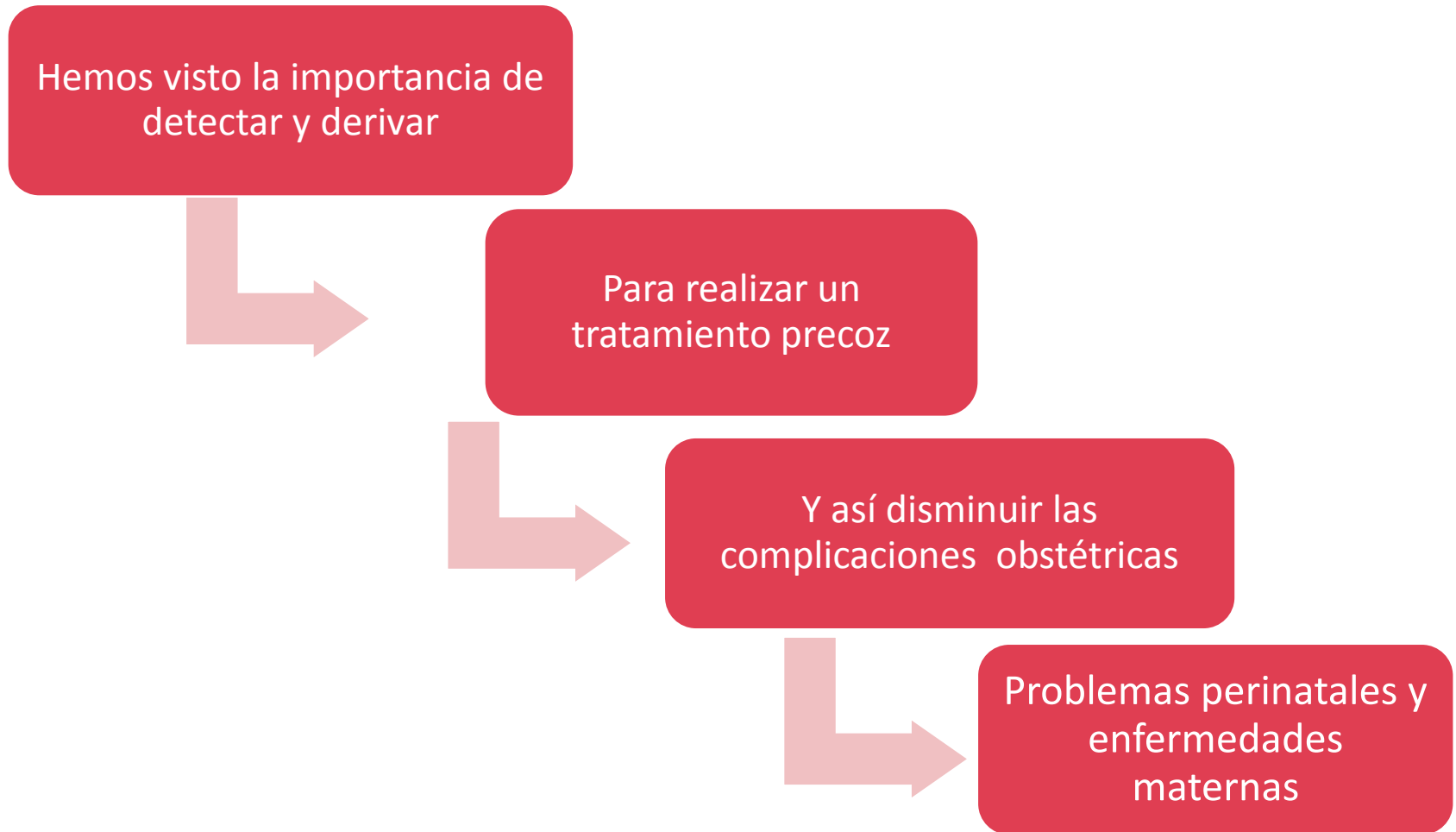
MOVIMIENTOS FETALES

EN URGENCIAS

- Anamnesis.
- Exploración física y gineco/obstétrica.
- RCTG.
- ECOGRAFIA. perfil biofísico.



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS



CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

PORQUE **TODOS**
TANTO ATENCIÓN
PRIMARIA COMO
ATENCIÓN
HOSPITALARIA



SOMOS
PARTE DEL
ENGRANAJE

CUANDO REMITIR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA UNA GESTANTE A URGENCIAS

QUE HACE POSIBLE LA VIDA





Muchas gracias



La salud persona a persona

ELENA DIAZ BUSNADIEGO

Teléfono

Email