

---

# MANUAL OBSTÉTRICO

**Informe final del Grupo de Trabajo de Obstetricia del  
Consejo Nacional de la Salud Pública Holandesa**

**(Versión abreviada)**

---

**Granada 2004**

Este Manual ha sido traducido por encargo de la **Asociación Andaluza de Matronas**, con la autorización de la **Asociación Holandesa de Matronas**

En su traducción han participado:

Michelle Hoekstra

José Ignacio Matute Albo y Noelia Ibáñez Gil (Matronas)

Revisión y Coordinación: Blanca Herrera Cabrerizo y M<sup>a</sup> Casilda Velasco Juez

## **Contenidos**

Declaración de principios

Declaración conjunta

1. Introducción

2. El Manual Obstétrico

- 2.1. Objetivos
- 2.2. Fundamentos
- 2.3. El Grupo de Trabajo de Obstetricia (GTO)

3. Contenidos del Manual Obstétrico

- 3.1. Cooperación obstétrica
- 3.2. Requisitos de calidad para los profesionales de la obstetricia
- 3.3. Ecografía obstétrica
- 3.4. Auditoría perinatal
- 3.5. Lista de Indicaciones Obstétricas
- 3.6. El Manual Obstétrico en el futuro
- 3.7. Estado de los informes y consejos

4. Revisión de la Lista de Indicaciones Obstétricas

- 4.1. Premisas básicas
- 4.2. Método de trabajo
- 4.3. Estado de la Lista de Indicaciones Obstétricas revisada y su uso en la práctica diaria
- 4.4. Directrices para el diseño de la interconsulta

5. Lista de Indicaciones Obstétricas

6. Lista de indicaciones para la exploración ecográfica

7. Bibliografía

## **Declaración de Principios**

Este Manual es una guía para ayudar a los profesionales de la obstetricia a proporcionar una atención de alta calidad, eficiente e individualizada.

El Manual se caracteriza por la búsqueda de calidad, eficacia y cooperación. Se ha conseguido este objetivo mediante acuerdos, en base al más alto nivel de evidencia científica y a las decisiones consensuadas entre las diferentes asociaciones profesionales involucradas en la atención obstétrica. Las recomendaciones del Manual están firmemente interrelacionadas y por lo general solo pueden ser aplicadas dentro del principio de la colaboración. Por consiguiente, este Manual está dirigido a estimular la cooperación mutua y cercana entre todos los profesionales de la obstetricia.

## **Declaración Conjunta**

Las Juntas Directivas de la Real Organización Holandesa de Matronas (KNOV), la Asociación Nacional de Médicos de Familia (LHV) (con la aprobación de la Sociedad de Médicos de Familia Holandesa (NHG)) y la Asociación Holandesa para Obstetricia y Ginecología (NVOG) ratifican este informe durante la Junta General de los representantes de sus organizaciones profesionales.

Las Juntas Directivas de las tres asociaciones profesionales instan a sus miembros a que utilicen las recomendaciones de este informe en su práctica profesional diaria y a la colaboración con otros profesionales de la obstetricia.

Amstelveen, December 1998

La Real Organización Holandesa de Matronas

La Asociación Nacional de Médicos de Familia

La Asociación Holandesa de Obstetricia y Ginecología

## 1. Introducción

El Manual Obstétrico, hecho *por y para* profesionales de la obstetricia, se publicó en la primavera de 1999 y fue realizado por el Grupo de Trabajo de Obstetricia (GTO). Este último es una plataforma de debate entre la Real Organización Holandesa de Matronas (KNOV), la Asociación Nacional de Médicos de Familia (LHV) y la Asociación Holandesa de Obstetricia y Ginecología (NVOG). El “College voor Zorgverzekeringen” (entonces conocido como “Ziekenfondsraad” [Consejo de Salud Pública holandesa]) se hizo cargo de la coordinación y la secretaría.

El cuidado obstétrico en Holanda está basado en el principio de selección de riesgos. Las mujeres embarazadas de bajo riesgo reciben atención obstétrica de nivel primario proporcionada por matronas (de manera independiente) o, en algunos casos, por médicos de familia. Las mujeres con un perfil obstétrico de alto riesgo reciben atención de nivel secundario, proporcionada por obstetras. Las mujeres de bajo riesgo pueden elegir un parto en casa o en hospital, con su profesional de la atención primaria. Las mujeres que han sido evaluadas como de riesgo obstétrico elevado dan a luz en el hospital con un profesional de la atención secundaria.

Si se presentan problemas obstétricos durante el embarazo o el parto, el profesional de la atención primaria puede consultarlo con el de la secundaria, y remitirle a la paciente si fuera oportuno. El profesional de la atención secundaria también puede enviar a mujeres de vuelta a la atención primaria en el momento en que el problema deja de ser un factor de riesgo. El sistema está basado en el principio de cooperación mutua entre los profesionales de la atención primaria y secundaria.

El objetivo de este Manual de Obstetricia es fomentar esta cooperación. Asimismo pretende optimizar la calidad y la eficacia de la atención proporcionada. Cinco secciones desarrollan estos objetivos: Cooperación obstétrica, Requisitos de calidad para grupos de profesionales de la obstetricia, Lista de Indicaciones Obstétricas, Ecografía obstétrica y Auditoría perinatal.

El uso del manual ayuda a asegurar el cuidado obstétrico de calidad y la organización de alto nivel que caracteriza la obstetricia holandesa.

Para aquellos que están especialmente interesados en conocer los cuidados en el sistema obstétrico holandés, la sección más interesante es la de “Selección de riesgos”. La “Lista de Indicaciones Obstétricas” fue desarrollada para servir de guía en este sistema de selección de riesgos. Para elaborar esta lista se han analizado más de cien indicaciones obstétricas y médicas, y basándose en la mejor evidencia existente, se indica el profesional más apropiado para atender cada caso.

Esta versión abreviada del Manual contiene una traducción de la Lista de Indicaciones completa. Sin embargo, es fundamental conocer los principios básicos del sistema obstétrico holandés para poder entender bien esta sección. Por esta razón, hemos incluido en esta publicación una selección de otros temas relevantes, algunos resumidos.

El Grupo de Trabajo de Obstetricia espera que esta traducción resumida del Manual proporcione una idea clara de la organización de la atención obstétrica en Holanda y está abierto a cualquier tipo de comentarios que quieran hacer los lectores.

Amstelveen, Mayo 2000

## 2. El Manual de Obstetricia

### 2.1. Objetivos

El objetivo principal del Manual es proporcionar las herramientas necesarias para asegurar que la selección de riesgos dentro del campo de la obstetricia se aplica de forma adecuada. El profesional de la atención primaria (matrona o médico de familia) es el primer responsable de este proceso de selección de riesgos. El Manual es un documento de consenso que refleja los acuerdos alcanzados por todos los grupos profesionales involucrados en la atención obstétrica.

### 2.2. Fundamentos

Durante la elaboración del Manual se han tomado en consideración las siguientes premisas básicas:

1. Hay que garantizar la continuidad de la alta calidad de la atención obstétrica que en la actualidad se proporciona en Holanda, y mejorarla cuando sea necesario.
2. Se debe evitar la medicalización de la atención obstétrica, es más, hay que oponerse activamente a ella. Partiendo de esta base, el Grupo de Trabajo de Obstetricia estima que, al mismo tiempo que existen partos hospitalarios de alto y de bajo riesgo, el parto en casa debe continuar siendo una opción viable que hay que fomentar siempre que sea posible.
3. El Grupo de Trabajo de Obstetricia considera de gran importancia el uso óptimo de la pericia y los conocimientos de los diferentes grupos de profesionales en la atención obstétrica. Por consiguiente, se considera que la atención durante el embarazo, parto y puerperio normal pertenece al grupo de profesionales de la atención primaria. Según la selección de riesgos ejercida por estos profesionales de la atención primaria, el seguimiento del embarazo, parto y puerperio evaluados como de riesgo pertenece al grupo de profesionales de la atención obstétrica secundaria.
4. La selección de riesgos y la derivación de mujeres embarazadas a la atención obstétrica secundaria es responsabilidad del profesional de la atención primaria, que está cualificado para realizar esta tarea. Con el fin de asegurar que dicha selección y derivación tienen lugar de modo apropiado, es necesario poder acceder a la pericia de los profesionales de la atención secundaria por medio de la **consulta**. (El acuerdo entre los profesionales de la atención primaria y secundaria sobre un caso individual será de ahora en adelante denominada "la consulta"). Los profesionales de la atención primaria también deben tener la posibilidad de utilizar los medios de la atención secundaria cuando sea necesario y cuando esté justificado.
5. El Grupo de Trabajo de Obstetricia considera que una buena cooperación entre los grupos profesionales involucrados en la atención obstétrica es de gran importancia para una atención óptima, especialmente tratándose de un sistema en el que el parto en casa y la atención postnatal domiciliaria siguen siendo una opción válida en los casos de embarazo, parto y puerperio normal.
6. A la hora de utilizar la Lista de Indicaciones Obstétricas para regular la atención como se indica en los puntos anteriores, la competencia y la responsabilidad de cada profesional de la atención obstétrica deben ser debidamente respetadas.
7. Esta Lista es el resultado del consenso entre los grupos profesionales involucrados, y tiene en cuenta el contexto de la práctica profesional. El Consejo de Salud Pública asumió el papel de iniciar, facilitar y asesorar este trabajo, y ratifica por tanto todo lo que ha sido acordado por los grupos profesionales.

## **2.3. El Grupo de Trabajo de Obstetricia**

El Grupo de Trabajo de Obstetricia (GTO), responsable de la redacción del Manual, fue compuesto por un número igual de representantes de las tres asociaciones profesionales (KNOV, LHV, NVOG), además de un representante de la “Inspección Sanitaria” (IGZ) del gobierno nacional. El presidente y el secretario fueron asignados por el Consejo de Salud Pública. Su papel fue prestar orientación y apoyo. La tarea del representante de la IGZ fue la de proporcionar consejo y supervisión. Los representantes de los grupos profesionales fueron responsables de formular y debatir los objetivos, sus contenidos y mantener informadas a sus respectivas organizaciones profesionales.

Se formaron subgrupos para tres temas (ecografía obstétrica, auditoría perinatal y revisión de la Lista de Indicaciones Obstétricas). Cada asociación profesional contaba con una representación de dos personas en cada subgrupo. Fueron apoyados por los representantes del Consejo de Salud Pública, que también formaba parte del GTO. La toma de decisiones, tanto en el GTO como en los subgrupos, estaba siempre basada en el consenso sobre todos los temas y en la ratificación por parte de las tres asociaciones profesionales.

## **3. Contenidos del Manual Obstétrico**

Los cinco temas tratados en el Manual son importantes para la práctica obstétrica diaria. Cada uno es claramente una parte específica de la colaboración obstétrica y puede servir de apoyo para esta.

Estos temas son: Diseño de la cooperación obstétrica, Requisitos de calidad para profesionales de la obstetricia, Auditoría perinatal, Ecografía obstétrica y Lista de Indicaciones Obstétricas.

Para conseguir una atención obstétrica eficaz es importante que estos temas se vean como un conjunto, el núcleo del cual está formado por la cooperación. Las recomendaciones de los diferentes informes están basadas en el más alto grado de evidencia científica. Se utilizó el sistema de “cascada” del Consejo de Salud Pública (la medicina basada en evidencia, meta-análisis, consenso, artículos de revisión, opinión de expertos).<sup>1</sup>

Para aquellos interesados en el sistema obstétrico holandés, el apartado sobre la selección de riesgos (la Lista de Indicaciones Obstétricas) es de gran importancia. La Lista completa está incluida en esta versión abreviada del Manual. Los demás apartados están resumidos a continuación.

### **3.1. Cooperación obstétrica**

El objetivo de la cooperación obstétrica es fomentar la colaboración estructural entre matronas, médicos de familia y ginecólogos, de tal manera que se optimice el cuidado individualizado de cada gestante. Este objetivo se puede lograr llegando a acuerdos sobre la atención individual, la organización de la atención obstétrica y la calidad de la atención que se proporciona.

Este apartado contiene recomendaciones sobre el diseño de la colaboración obstétrica. El carácter de los consejos es general y descriptivo. De este modo, se puede llegar a acuerdos más específicos a nivel regional, ajustados a la situación local.

---

<sup>1</sup> Véase consejo “Suitable Usage”, ‘Ziekenfondsraad’, no. 588, 1993.

En muchos sitios de Holanda ya existe una cooperación eficaz entre la atención primaria y secundaria, sea o no formalmente reconocida. Los consejos incluidos en este Manual provienen en su mayoría de la experiencia obtenida en estos casos. Los objetivos de ciertos apartados de este Manual (por ejemplo las Indicaciones B de la Lista de Indicaciones Obstétricas y las indicaciones para el uso de ecografía) solo pueden ser logrados dentro de una organización estructurada basada en la colaboración.

### **3.2. Requisitos de calidad para profesionales obstétricos**

Una atención obstétrica de alta calidad requiere profesionales cualificados para ello. En este apartado se presta atención a los requisitos de calidad que tienen que cumplir los tres diferentes grupos de profesionales que proporcionan la atención obstétrica (matronas, médicos de familia y ginecólogos). Estos requisitos están divididos en una parte conjunta y otra específica para cada grupo. Los requisitos de calidad conjuntos están formulados de tal manera que concuerden con los de las tres asociaciones profesionales. Asimismo se presta atención a los requisitos sobre actualización de conocimientos y experiencia (incluyendo el registro y la certificación de los mismos), accesibilidad y disponibilidad, organización de la consulta y equipamiento necesario, el registro de la atención (como por ejemplo, el intercambio de datos y participación en el Registro Obstétrico Nacional).

### **3.3. Ultrasonido obstétrico**

Este apartado apoya el uso de ecografía tanto en la atención primaria como en la secundaria. Se proporciona un resumen de las indicaciones obstétricas específicas para el uso de esta herramienta. Para estas indicaciones en cuestión, los profesionales de la atención primaria pueden solicitar e interpretar exploraciones con ultrasonido sin intervención alguna de la atención secundaria. Una matrona o un médico de cabecera puede llevar a cabo exploraciones ecográficas, siempre que hayan sido entrenados en esta tecnología. Las indicaciones se encuentran en la lista de la sección 6.

Esta sección contiene los requisitos en cuanto a conocimientos y experiencia del personal que utiliza el ecógrafo, tanto en la atención primaria como en la atención secundaria. Se hace hincapié en la pregunta de si una exploración ecográfica en el primer trimestre (para determinar las semanas de gestación) y otra en el segundo trimestre (para determinar posibles malformaciones) deberían de ser introducidas para todas las embarazadas de forma rutinaria. Basándose en un análisis extenso de la literatura científica, se ha llegado a la conclusión de que esta herramienta diagnóstica no aporta una clara contribución a la reducción de la morbilidad o mortalidad perinatal, criterio en función del que se evaluaban los consejos de los subgrupos. El Grupo de Trabajo de Obstetricia aún no ha llegado a un acuerdo sobre la necesidad del uso de la ecografía, utilizando otro criterio: el de la calidad de la atención obstétrica. También ha tomado en cuenta el hecho de que aún existen dudas sobre la viabilidad de proporcionar estas exploraciones rutinarias a todas las mujeres embarazadas. Es importante tener en cuenta que el uso rutinario de la ecografía como herramienta diagnóstica tendría efectos de gran alcance sobre la práctica obstétrica. El Grupo de Trabajo de Obstetricia ha decidido vigilar de cerca los avances de los conocimientos al respecto y adaptar el Manual en consecuencia cuando sea necesario.

### **3.4. Auditoría Perinatal**

El objetivo de la Auditoría Perinatal es analizar y mejorar la calidad de la atención obstétrica mediante el registro y formular recomendaciones para mejorar dicha calidad. Este apartado contiene recomendaciones para establecer un sistema de registro nacional y un análisis estructural de muertes perinatales. Los profesionales individualmente o las consultas regionales/locales depositarán sus informes en una oficina (que aún está por crear). Una forma agregada de este análisis podrá ser devuelta a los grupos profesionales o, si se prefiere, al profesional de manera individual. A continuación, el profesional o su consulta pueden tomar medidas para mejorar la calidad si es posible.

Las recomendaciones pertenecientes a la Auditoría perinatal sólo abarcan por el momento la muerte perinatal. Este apartado está enfocado hacia el futuro y necesita una elaboración más detallada antes de poder ponerla en práctica.

### **3.5. La Lista de Indicaciones Obstétricas**

Una versión íntegra de este informe se incluye en el capítulo 4, después del cuál viene la Lista Específica de Indicaciones Obstétricas

### **3.6. El Manual Obstétrico en el futuro**

Es importante recalcar que los contenidos del Manual Obstétrico describen la situación en 1998.

La primera Lista de Indicaciones Obstétricas apareció en 1959: la llamada “Lista de Kloosterman”. Se publicó una nueva versión de esta lista en 1987, y se acordó que la lista sería actualizada periódicamente si fuese necesario. En el Manual Obstétrico se ha hecho realidad esta actualización y se han añadido otros temas pertenecientes a la atención obstétrica.

El Grupo de Trabajo de Obstetricia supone que el Manual necesitará ser revisado en el futuro, según los cambios de opiniones e ideas científicas. Asimismo el Grupo de Trabajo Obstétrico supone que los temas “Cooperación Obstétrica” y “Auditoría Perinatal” requerirán una mayor elaboración.

También será necesario abarcar temas nuevos e incluirlos en ediciones futuras del Manual. Se pretende, por tanto, que este Manual sea un documento dinámico, que necesitará ser actualizado continuamente. Las Juntas Directivas de las organizaciones profesionales implicadas han aprobado la continuidad del Grupo de Trabajo.

### **3.7. Estado de los informes y consejos**

Como se ha declarado anteriormente, los consejos en este informe están basados en la evidencia científica de los protocolos médicos y/u obstétricos. Asimismo se llegó al consenso entre las asociaciones profesionales. Como consecuencia, las secciones mencionadas arriba forman una base para proporcionar una atención óptima e individualizada. El objetivo de hacer unas normas obstétricas lo más uniformes posibles y, considerando la eficacia, las secciones han alcanzado el estado de “consejo de expertos” para los profesionales obstétricos. Teniendo en cuenta su responsabilidad individual, se permite a los profesionales desviarse del protocolo



aconsejado, si los cuidados médicos u obstétricos de sus pacientes así lo requieren. Por supuesto, esto sólo debería ocurrir cuando se base en una argumentación racional y bajo la responsabilidad profesional del que proporciona los cuidados.

Los consejos en este informe, basados en la evidencia científica y el consenso entre los profesionales, forman la garantía de una atención de óptima calidad. Es posible que matronas, médicos de familia y ginecólogos dentro de la estructura de colaboración obstétrica regional decidan desviarse de estas directrices. Si las partes involucradas, llegan a acuerdos que no figuran en el Manual, tienen que asegurarse de que la atención prestada siga siendo de alta calidad, que permanezca eficaz, y que esté regida por una base científica muy similar a la descrita en este informe. La persona responsable de la atención debe de ser identificable para todas las partes (incluidas las pacientes). Por eso, solo los profesionales dentro de una estructura de colaboración obstétrica pueden hacer acuerdos que difieran de las directrices del este Manual.

## **4. Revisión de la Lista de Indicaciones Obstétricas**

La Lista de Indicaciones Obstétricas contribuye al fomento de una atención obstétrica óptima. Como tal, es la herramienta para la toma de decisiones, hecho por y para los profesionales de la obstetricia que utilizan la selección de riesgos.

### **4.1. Premisas básicas**

La principal premisa básica es la de que el embarazo, el parto y el puerperio son procesos fisiológicos que pueden tener lugar en casa. Otra premisa básica es la necesidad de usar óptimamente la pericia de los diferentes profesionales de la obstetricia. Basándose en esta premisa, los embarazos, partos y puerperios normales pertenecen al campo de los profesionales de la atención primaria. Cuando un profesional de este nivel cataloga un embarazo, parto o puerperio como de "riesgo", este se deriva al campo de los profesionales de la atención secundaria. Se formulan directrices para el asesoramiento y la consulta con el objetivo de asegurar una óptima selección y remisión.

### **4.2. Método de Trabajo**

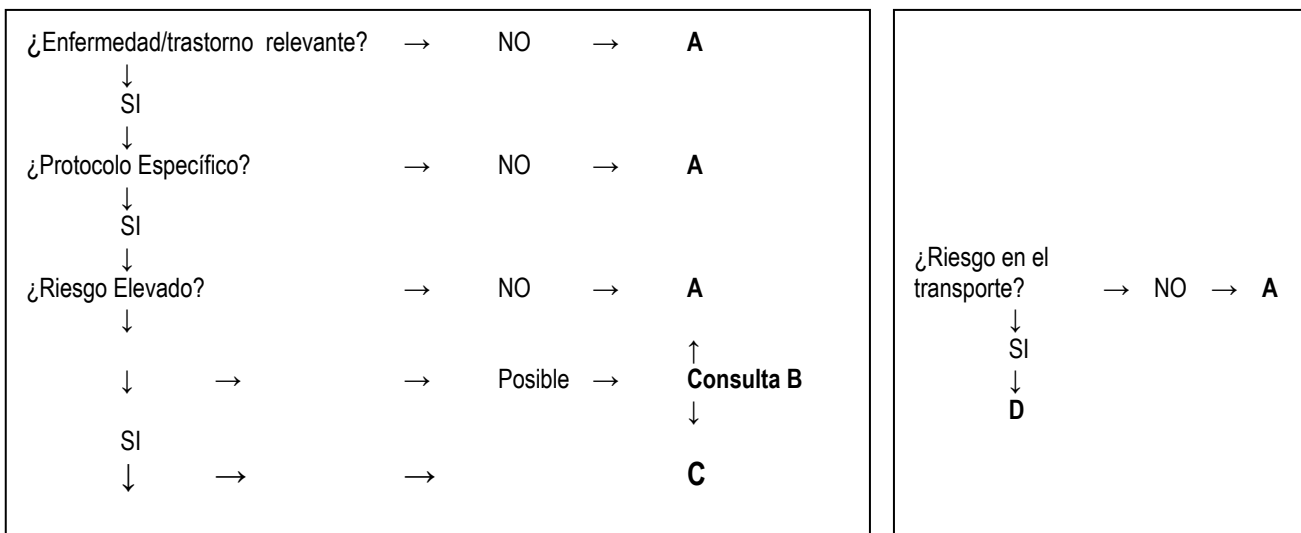
La Lista de Indicaciones Obstétricas está basada en la lista que se publicó en 1987.

El subgrupo (SVI) que fue creado para la revisión de la lista de 1987 utilizó las siguientes preguntas como punto de partida:

1. ¿Cuáles son las enfermedades y/o trastornos relevantes para el progreso y el resultado del embarazo, parto y puerperio?
2. ¿Para qué enfermedades y/o trastornos tienen consecuencias relevantes el embarazo, parto y puerperio?
3. ¿Cuál es el protocolo médico/obstétrico más indicado considerando el historial y la investigación médica?
4. ¿Cuáles son los riesgos implicados que se derivan del protocolo elegido (véase la pregunta anterior)?
5. ¿Cuál es el profesional más indicado para atender a la mujer durante el embarazo y el parto en la situación dada?

En la lista revisada no se ha cambiado la división en las categorías A, B, C y D de la lista de 1987. Sin embargo, la estructura para la toma de decisiones es diferente en comparación con la lista anterior. El énfasis recae ahora en la responsabilidad individual de la persona que proporciona la atención en la situación en cuestión; los límites prefijados al campo de trabajo de los diferentes grupos de profesionales de la obstetricia ya no son lo más importante. Lo que sigue siendo fundamental es que la mujer reciba una atención óptima durante su embarazo y parto. La idea de que “una vez que se haya remitido a una mujer a la atención obstétrica secundaria, ella tenga que continuar allí” ha sido abandonada. Esto significa que puede volver a la atención primaria si la razón por la que se le remitió ha dejado de existir.

**Organigrama para determinar la responsabilidad de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, tal y como fue utilizado en la preparación de la Lista de Indicaciones revisada.**



A. Atención obstétrica primaria: La responsabilidad de la atención obstétrica en la situación descrita recae sobre el profesional de atención primaria, es decir, la matrona o el médico de familia.

B. Interconsulta: Implica una evaluación por parte de los profesionales tanto de la atención primaria como de secundaria. La situación individual de la mujer embarazada se evalúa y se llega a un acuerdo sobre la responsabilidad de la atención obstétrica basado en las cinco preguntas mencionadas arriba. Tendrá lugar una consulta a no ser que ya existan acuerdos estructurales a nivel local. La sección sobre cooperación obstétrica proporciona más información sobre este tipo de acuerdos.

C. Atención obstétrica secundaria: Se trata de una situación que requiere la atención de un obstetra durante el tiempo que dure la afección.

D. Atención obstétrica primaria transferida: La responsabilidad continúa siendo del profesional de atención primaria (matrona/médico de familia), pero en esta situación es necesario que el parto tenga lugar en un hospital, con el objetivo de evitar un posible riesgo durante el transporte.

### **4.3. Estado de la Lista de Indicaciones Obstétricas revisada y su uso en la práctica diaria**

La Lista de Indicaciones Obstétricas tiene un doble objetivo:

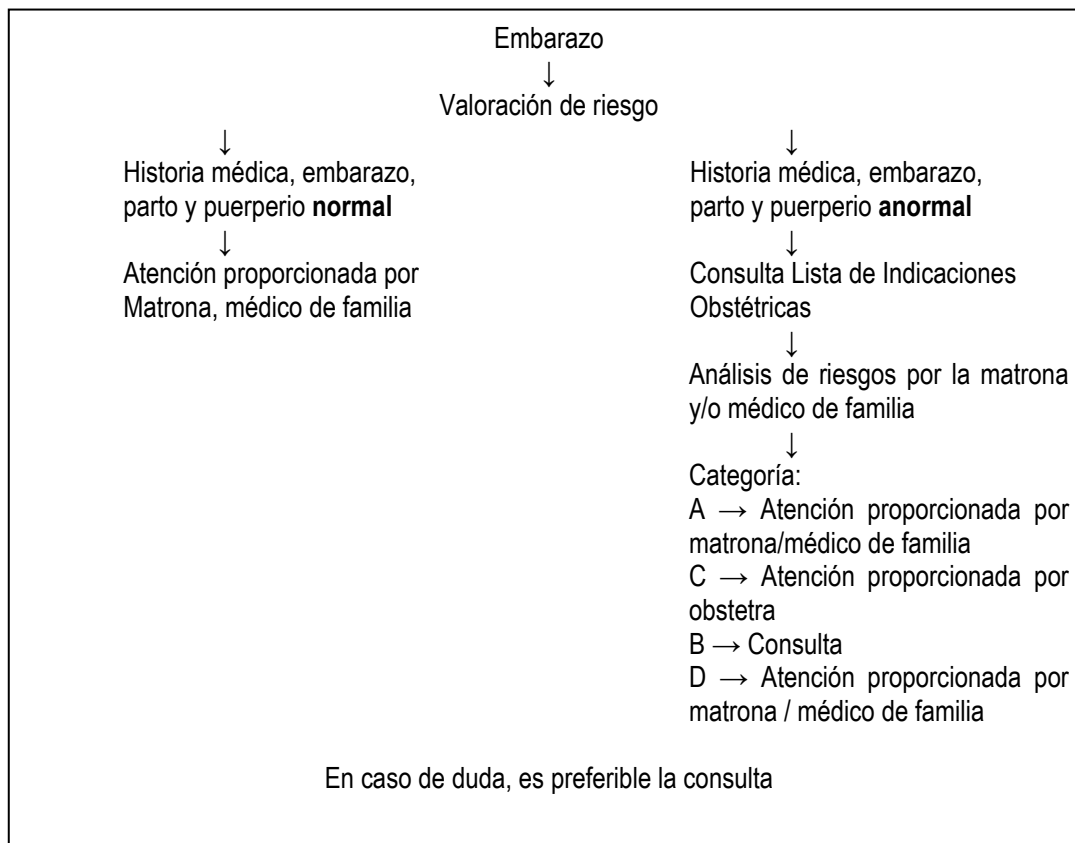
1. La Lista proporciona a los profesionales consejos, bien basados en la evidencia o en el consenso, respecto al nivel de atención obstétrica en situaciones específicas.
2. La Lista forma un conjunto completo de directrices basadas en la pregunta de qué protocolo obstétrico elegido puede ser defendido en respuesta a las preguntas de otros (por ejemplo, compañías de seguros y clientes).

La lista y la manera en la que se ha elaborado el asesoramiento respecto a los protocolos obstétricos forman una guía para la atención responsable. Contiene recomendaciones bien fundadas, y al mismo tiempo su diseño no es directivo o autoritario. Se pueden tomar decisiones alternativas en situaciones puntuales, siempre y cuando estas se basen en argumentos racionales. Se espera que la Lista se convierta en una norma profesional como resultado de su uso en la práctica y su actualización continua, basándose en nuevos datos y criterios.

Es importante enfatizar que la Lista de Indicaciones Obstétricas y las directrices para su uso deben verse en el contexto de los puntos de vista formulados en este Manual en cuanto a los requisitos de calidad y la cooperación entre los diferentes profesionales involucrados en la atención obstétrica. La intención es optimizar esta cooperación, con lo que a su vez aumenta la calidad de la atención prestada. El Grupo de Trabajo de Obstetricia se da cuenta de que las directrices probablemente no servirán suficientemente en situaciones de conflicto, ya que estas tienen con frecuencia un trasfondo histórico. Los informes seccionales “Cooperación obstétrica” y “Requisitos de calidad para profesionales de la obstetricia” profundizan en la necesidad de una colaboración eficaz, proporcionando métodos de atención para estimular y dar forma a la misma.

Son especialmente las embarazadas con afecciones no ginecológicas las que suelen necesitar de la atención de otros profesionales, como puede ser un médico de familia (que no atiende lo que es el parto en sí), un especialista médico no-obstetra o profesionales paramédicos o de enfermería. Los acuerdos sobre la responsabilidad, el intercambio de información y la coordinación de la atención prestada en tales situaciones, no han sido elaborados aún en el Manual Obstétrico. Asimismo, en la presente Lista, las indicaciones en las categorías B y D necesitan una elaboración más detallada por lo que respecta a los acuerdos específicos sobre la remisión de pacientes y la consulta urgente y no-urgente. Estos conllevan la logística de la disponibilidad, el intercambio de información, el modo de consulta, la comunicación con el paciente y otros asuntos semejantes. La estructura de tales acuerdos y el desarrollo de la cooperación interdisciplinaria son sobre todo un tema a solucionar en el ámbito local y regional. El Grupo de Trabajo de Obstetricia expone su punto de vista respecto al desarrollo y la continuidad de la cooperación en la sección sobre el Diseño de la Cooperación Obstétrica.

Se ha elaborado el siguiente diagrama de decisiones para su uso en la práctica diaria:



#### 4.4. Directrices para el diseño de la situación consultiva

La cooperación entre los profesionales de la atención primaria y secundaria se da de manera más obvia en la situación de la categoría B, las cuales conllevan evaluación en los campos que coinciden entre la atención primaria y secundaria. Por lo tanto, estas indicaciones son la razón por la que se produce la consulta. En cada situación es necesario tener en consideración las posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de la pericia de los diferentes profesionales. Lo más importante es que el protocolo obstétrico que se acuerde seguir conduzca a una atención óptima en el caso individual. Las responsabilidades de cada profesional tienen que estar claramente definidas.

Las siguientes directrices servirán para optimizar la cooperación obstétrica en la situación consultiva:

1. Durante el protocolo obstétrico de derivación y consulta, los diferentes profesionales involucrados respetarán las respectivas responsabilidades y competencias profesionales de cada uno. Proporcionar una atención de calidad es una responsabilidad compartida, aparte de la responsabilidad individual por cada cliente en particular. Debería ser reconocido el hecho que tanto la atención obstétrica primaria como la secundaria tienen su propia pericia específica, cada una diferente en carácter, pero igual en valor.
2. La consulta sobre un caso individual entre los profesionales de la atención primaria y secundaria será incorporada por todos ellos como una parte integral de la profesionalidad con la que llevan a cabo su práctica. La consulta incluye por un lado a la

matrona y al médico de familia, activos en la obstetricia, y por otro lado al obstetra y a los especialistas médicos, como el pediatra u otro especialista.

3. La iniciativa de una consulta puede llegar de ambos lados. En la situación-B, dentro del marco de la selección de riesgos, el profesional de la atención primaria suele tomar la iniciativa. Los consejos generales y específicos de la Lista de Indicaciones obstétricas juegan aquí un papel importante. La no-conformidad con la Lista es posible (como queda dicho arriba y en la Lista) siempre y cuando ésta se base en consideraciones racionales.
4. La consulta sobre una situación específica empieza por un informe escrito del profesional de la atención primaria para el especialista. Este contiene toda la información obstétrica relevante (preferiblemente incluye una copia del Documento de Salud de la Embarazada) y una definición específica del problema.
5. Después se procede a concertar una cita entre la paciente y el especialista. El especialista abrirá una historia (incluso en los casos en que su implicación está limitada a una sola consulta) y dejará constancia escrita de sus conclusiones y sus consejos bien fundamentados para el profesional de la atención primaria.
6. Otras formas de consulta (por ejemplo, por teléfono o por escrito) son posibles si los dos profesionales opinan que esto está justificado. Incluso en estas situaciones, se dejará constancia escrita de los resultados.
7. La situación en cuestión puede llevar a la derivación de la gestante a un profesional de la atención secundaria, a la atención primaria continuada o a alguna forma de atención conjunta. Esta decisión se tomará después de la consulta entre el profesional de nivel primario y el especialista, en la que se determinará cuál será el protocolo más apropiado a seguir y cuál el profesional más indicado para llevarlo a cabo. Si se decide por una atención conjunta, se acordará una división de responsabilidades claramente definida.
8. Se informará a la paciente del protocolo que se ha elegido durante la consulta entre los profesionales de la atención primaria y secundaria.
9. Los profesionales llevarán a cabo el protocolo mutuamente acordado. Si se lleva a cabo otro protocolo distinto de éste, el otro profesional implicado será informado de ello, incluyendo los motivos que han llevado al cambio y toda la información relevante.
10. Los profesionales involucrados en la consulta se mantendrán informados mutuamente sobre el progreso del caso. Se proporcionará, en particular, información específica sobre los resultados (parto y puerperio, salud de madre e hijo). El caso en cuestión se evaluará conjuntamente siempre que se considere necesario. Las posibles causas de morbilidad/mortalidad serán siempre debatidas conjuntamente.
11. Los casos en los que no se cumpla con los puntos 3 y 9, o en los que exista una diferencia estructural de opinión entre profesionales, serán debatidos dentro de las estructuras regionales existentes para la colaboración entre la atención primaria y secundaria.

La Lista específica de Indicaciones Obstétricas se encuentra reproducida en la siguiente sección.

## 5. Lista de Indicaciones Obstétricas

A continuación se reproduce la Lista específica de Indicaciones Obstétricas. Incluye una explicación de la descripción del profesional obstétrico y directrices para manejar la interconsulta. La Lista está dividida en seis grupos principales, dentro de los que se hace referencia a las diferentes enfermedades y trastornos obstétricos y médicos. En los casos que lo han requerido se proporciona una explicación sobre el protocolo obstétrico a seguir, relacionado con las indicaciones específicas y la base del protocolo de derivación. La columna derecha muestra el profesional más indicado para cada indicación.

**El principal objetivo de la Lista de Indicaciones Obstétricas es proporcionar una guía para la selección de riesgos. La principal responsabilidad de esta selección de riesgos recae sobre el profesional de atención primaria: la matrona o el médico de cabecera. El Manual es un documento de consenso que muestra los acuerdos a los que han llegado los grupos profesionales, según su estructura de toma de decisiones.**

Explicación de los códigos para los profesionales:

<b>Código</b>	<b>Descripción</b>	<b>Profesional</b>
<b>A</b> Atención obstétrica primaria	La responsabilidad de la atención obstétrica en la situación descrita recae sobre el profesional de atención primaria	matrona/médico de familia
<b>B</b> Interconsulta	Este es un caso de evaluación que involucra tanto a la atención primaria como a la atención secundaria. La situación individual de la embarazada en cuestión se evalúa y se llega a un acuerdo sobre en quién recae la responsabilidad de su atención obstétrica	depende de los acuerdos
<b>C</b> Atención obstétrica secundaria	Esta es una situación que requiere la atención secundaria de un obstetra mientras el trastorno persista	obstetra
<b>D</b> Atención primaria transferida	La responsabilidad obstétrica sigue siendo del profesional de la atención primaria, pero en esta situación es necesario que el parto tenga lugar en un hospital, con el fin de evitar posibles riesgos por transporte durante el parto	matrona/médico de familia

## Lista de Indicaciones Obstétricas específicas

### 1. Trastornos preexistentes no ginecológicos

En los casos de trastornos preexistentes relevantes para la obstetricia, suele haber otros profesionales de la salud involucrados en la atención a la embarazada, aparte de la matrona. Por tanto, en los casos que requieren consulta, es necesario incluir a todos los profesionales involucrados. Por esta razón, para los trastornos de la categoría B en esta sección hay que contar con la colaboración de otros fuera del campo de la obstetricia. También es importante prestar atención a la orientación de mujeres que están considerando la posibilidad de quedarse embarazadas.

1.1	Epilepsia, sin medicación.	A
1.2	Epilepsia, con medicación. Se recomienda el diagnóstico prenatal respecto al trastorno y su medicación. Una atención óptima requiere consulta entre todos los profesionales implicados (matrona, médico de familia, obstetra, neurólogo).	B
1.3	Hemorragia subaracnoidea, aneurismas. La atención durante el puerperio puede ser a nivel primario.	C
1.4	Esclerosis múltiple. Dependiendo de la condición neurológica, habrá que considerar la posibilidad de que se produzcan retención de orina y un parto complicado. Para una atención óptima, se indica consulta entre todos los profesionales involucrados.	B
1.5	Hernia nucleii pulposi (HNP o Hernia de Disco). Representa una situación C en casos de una recién sufrida HNP o donde aún se dan síntomas neurogénicos. Es una situación A después de una hernia tratada, especialmente si ha habido un embarazo normal anterior. Tanto el historial médico como la condición clínica son relevantes.	A/C
1.6	Trastorno de la función pulmonar. La opinión del especialista debe de ser tomada en cuenta durante la evaluación.	B
1.7	Asma. La atención durante el embarazo, parto y puerperio solo puede ser a nivel primario cuando la paciente presenta intervalos largos de ausencia de síntomas, independientemente de si utiliza terapia inhaladora o no. Se recomienda consulta con el médico de familia o el especialista involucrado.	A/C
1.8	En casos de un proceso de tuberculosis activa y tratamiento posterior, debe de haber consulta con el médico involucrado y el obstetra, en lo que se refiere a la condición clínica y la atención al embarazo y el parto. En casos de tuberculosis no-activa, la atención al embarazo y parto puede tener lugar a nivel primario.	C A
1.9	Infección VIH. Como resultado de las actuales posibilidades de terapia médica para prevenir la transmisión vertical, estas pacientes deben de ser atendidas durante el embarazo y el parto en un hospital preparado para el tratamiento de VIH y el SIDA.	C

1.10	Hepatitis B con serología positiva (Hbs-IgG+). Es importante saber que desde 1988 se lleva a cabo un programa de detección de esta serología en mujeres embarazadas.	A
1.11	Hepatitis C. Se recomienda consulta con el obstetra y seguimiento por parte del pediatra.	B
1.12	Cardiopatía con consecuencias hemodinámicas. El embarazo y el parto tendrán un efecto sobre las relaciones hemodinámicas pre-existentes. Es importante una evaluación cardiaca.	C
1.13	Proceso tromboembólico. Son de importancia la patología subyacente y la presencia de un historial médico familiar positivo. Es importante la orientación preconceptiva.	B
1.14	Trastornos de coagulación.	C
1.15	Trastornos de la función renal. Con un trastorno de la función renal, con o sin diálisis, se recomienda remisión a la atención secundaria.	C
1.16	Hipertensión. La hipertensión pre-existente, con o sin medicación, requerirá remisión a la atención secundaria. La Sociedad Internacional para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo ha definido la hipertensión como: - Un acontecimiento puntual de tensión arterial diastólica de 110 mm Hg o más (Korotkoff IV). - Una tensión arterial diastólica de 90 mm Hg o más en dos mediciones subsiguientes de la tensión arterial, con un intervalo de al menos 4 horas entre ambas. Habrá que distinguir entre una tensión arterial diastólica por debajo de 95 mm y una de 95 mm o más. La mujer embarazada con una tensión diastólica de entre 90 y 95 mm debe ser vigilada de cerca; a partir de los 95 mm, es necesaria la derivación a la atención secundaria.	A/C
1.17	Diabetes mellitus.	C
1.18	Hipertiroidismo.	C
1.19	Hipotiroidismo. En casos de eutiroides bioquímico, sin anticuerpos y sin medicación, o estable a base de medicación con levotiroxina, la atención puede tener lugar a nivel primario. Si se administra medicación con levotiroxina, se recomiendan pruebas específicas debido a la frecuente necesidad de incrementar la dosis durante el embarazo.	B
1.20	Anemia, debida a la falta de hierro. La anemia se define como Hb<6.0 mmol en algún momento de la gestación.	B
1.21	Anemia, otras. Incluye hemoglobinopatías.	B
1.22	Enfermedad intestinal inflamatoria. Incluye colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.	C



1.23	Enfermedades sistémicas y enfermedades raras. Se incluyen trastornos maternos raros como la enfermedad de Addison y de Cushing. También están incluidos el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome antifosfolípido (SAF), la esclerodermia, la artritis reumática, la periartrosis nodosa, el síndrome de Marfan y la enfermedad de Raynaud, entre otros.	C
1.24	Consumo de drogas duras (heroína, metadona, cocaína, drogas de diseño, etc.) Se debe prestar atención a su consumo en el momento presente. Un análisis de orina puede resultar útil cuando en el historial médico se detecta consumo en el pasado. Está indicada la participación del pediatra en el seguimiento posparto.	C
1.25	Abuso de alcohol. El síndrome alcohólico fetal es importante. Está indicada la participación del pediatra en el seguimiento posparto.	C
1.26	Trastornos psiquiátricos. La atención durante embarazo y parto dependerá de la gravedad y el alcance del trastorno psiquiátrico. Está indicada la consulta con el médico encargado del caso.	B

## 2. Trastornos ginecológicos preexistentes

2.1	Reconstrucción del suelo pélvico. Se refiere a una colposuspensión después de prolapso, fístula o laceración perineal antigua. Dependiendo de la causa, la técnica quirúrgica utilizada y los resultados logrados, el obstetra determinará el protocolo a seguir con respecto al parto. Se pueden considerar una cesárea electiva o una episiotomía precoz, que debe ser suturada por el obstetra. Si el protocolo elegido no requiere ninguna medida especial o destreza quirúrgica específica, la atención durante el parto puede ser a nivel primario.	C
2.2	Amputación cervical. Conización. Crioterapia y electrolisis. La aplicación práctica del protocolo obstétrico en este campo puede elaborarse mediante acuerdos mutuos locales. Si después de una conización ha tenido lugar un embarazo y un parto sin complicaciones, el siguiente embarazo y parto pueden tener lugar a nivel primario.	C B A
2.3	Miomectomía (serosa, mucosa). Dependiendo de la relación anatómica, hay que considerar la posibilidad de una alteración del progreso del embarazo o el parto.	B
2.4	Anomalías en la citología cervical (diagnóstico, seguimiento). Debe establecerse una diferenciación entre el protocolo obstétrico y el ginecológico. Puede estar indicada la consulta con el ginecólogo incluso sin consecuencias obstétricas. Las mujeres embarazadas no están incluidas en el programa nacional de detección de cáncer cervical. El seguimiento ginecológico no presenta ningún impedimento para la atención obstétrica primaria.	B/A
2.5	Hija de madre tratada con <i>Diethylstilbestrol (DES)</i> (sin tratamiento y bajo supervisión). Debe establecerse una diferenciación entre el protocolo obstétrico y el ginecológico. Puede ser necesaria la atención ginecológica relacionada con los problemas que genera el DES, mientras la atención obstétrica puede tener lugar a nivel primario.	B
2.6	DIU in situ.	B

	Gestación después de la extracción del DIU.	A
2.7	Gestación después de un tratamiento de infertilidad. No comporta un riesgo obstétrico elevado. Sin embargo, en la práctica, el deseo de la paciente de ser atendida a nivel secundario juega un papel importante en este caso, incluso cuando el embarazo y el parto se presentan sin complicaciones.	A
2.8	Deformaciones pélvicas (trauma, ruptura de la sínfisis, raquitismo). Debe de haber consulta al principio del tercer trimestre. Hay que señalar que la atención secundaria no ha demostrado tener ningún valor añadido en casos de inestabilidad pélvica y disfunción de la sínfisis púbica.	B
2.9	Circuncisión femenina/mutilación genital femenina. La circuncisión como tal puede requerir una atención psico-social añadida. En caso de deformaciones anatómicas serias, debe de haber consulta en el tercer trimestre.	A/B

### 3. Historial médico-obstétrico

3.1	Incompatibilidad activa de grupo sanguíneo (Rh, Kell, Duffy, Kidd). Incompatibilidad ABO. En casos de antagonismo ABO, tanto el embarazo como el parto pueden tener lugar con atención primaria, pero hay que estar alerta a posibles problemas neonatales. Está indicada la consulta.	C B
3.2	Hipertensión inducida por gestación en el embarazo anterior. Preclampsia en el embarazo anterior. Síndrome HELLP en el embarazo anterior.	A B C
3.3	Aborto repetitivo ( $\geq 3$ veces). En el caso de que un aborto ocurra de nuevo habrá que considerar un estudio del material fetal. También se aconseja la orientación genética antes de la concepción.	A
3.4	Parto antes de término (<37 semanas) en un embarazo anterior. Si ha habido un embarazo normal posterior a un parto prematuro, el siguiente embarazo puede tener lugar en atención primaria.	B
3.5	Insuficiencia cervical (y/o procedimiento de Shirodkar). Está indicada la atención secundaria hasta la semana 37, en un embarazo a término se permite el parto en casa. Si el embarazo siguiente ha sido normal, los futuros embarazos y partos pueden ser atendidos a nivel primario.	C/A
3.6	Desprendimiento placentario.	C
3.7	Extracción con fórceps o ventosa. Es importante la información del historial obstétrico. Si la documentación muestra un caso de un parto asistido sin complicaciones, el actual embarazo y parto pueden ser atendidos a nivel primario. Si no existe documentación o si hay señales de un parto anterior asistido con complicaciones, debe de haber consulta.	A/B
3.8	Cesárea.	C
3.9	CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado). Bajo peso al nacer o una clara hipoglucemia neonatal relacionada con retraso en el crecimiento fetal.	C
3.10	Asfixia. Definido como APGAR < 7 a los 5 minutos. Es importante saber si se ha consultado con un pediatra por asfixia en el parto anterior.	B
3.11	Muerte perinatal. Se requiere consulta. Es importante saber si hubo un embarazo normal posterior a la	B

	muerte perinatal. En ese caso, embarazo y parto pueden ser atendidos a nivel primario.	
3.12	Niño anterior con trastorno congénito y/o hereditario. Es importante conocer el carácter del trastorno y qué diagnósticos se llevaron a cabo en su día. Si en el momento no se puede discernir ningún trastorno, la atención puede volver al nivel primario.	B
3.13	Hemorragia posparto como consecuencia de una episiotomía.	A
3.14	Hemorragia posparto como consecuencia de ruptura cervical (clínicamente demostrada). Se supone en este caso que hay una posibilidad de recurrencia; el embarazo y parto pueden ser atendidos a nivel primario, pero se puede decidir que el parto tenga lugar en el hospital.	D
3.15	Hemorragia posparto, otras causas (>1000 cc). Vista la posibilidad de recurrencia, aunque el embarazo y el parto siguientes pueden ser atendidos a nivel primario, se puede decidir permitir que el parto tenga lugar en el hospital.	D
3.16	Extracción manual de la placenta en un embarazo anterior. Vista la posibilidad de recurrencia, el embarazo y el parto siguientes pueden ser atendidos a nivel primario, pero con el parto en el hospital. Si el parto siguiente a aquel en el que tuvo lugar la extracción manual de la placenta ha seguido un curso normal, embarazo y parto posteriores pueden ser atendidos a nivel primario. Si en el parto anterior se diagnosticó placenta ácreta, se requiere atención obstétrica secundaria.	D
3.17	Desgarro perineal de 4º grado (con/sin recuperación funcional). Si se ha logrado la recuperación funcional después del desgarro, el embarazo y parto siguientes pueden ser atendidos a nivel primario. Se debería considerar la posibilidad de practicar una episiotomía precoz durante el parto. Si fue necesaria cirugía de reconstrucción secundaria, está indicada la remisión a la atención secundaria (similar a las indicaciones para la reconstrucción del suelo pélvico). Si no se ha logrado una recuperación funcional después del desgarro, el parto deberá ser atendido a nivel secundario.	A/C
3.18	Diástasis de la sínfisis del pubis. La atención del embarazo y parto a nivel secundario no ha demostrado tener ningún valor añadido en casos de inestabilidad pélvica o diástasis de la sínfisis del pubis.	A
3.19	Depresión posparto. La atención del embarazo y parto a nivel secundario no ha demostrado tener ningún valor añadido en casos donde en el historial figura depresión posparto. La depresión posparto ocurre tanto tiempo después del parto que incluso el puerperio puede ser atendido a nivel primario.	A
3.20	Psicosis posparto. Es necesario distinguir si hay un largo historial de medicación previa. Es importante tener una evaluación psiquiátrica de la gravedad de la psicosis y el riesgo de recurrencia.	A
3.21	Gran multiparidad. Definido como paridad >5. La atención del embarazo y parto a nivel secundario no ha demostrado tener ningún valor añadido.	A
3.22	Embarazo postérmino. El embarazo postérmino en el historial obstétrico no tiene ningún valor predictivo para el curso del embarazo y el parto actuales.	A

#### 4. Trastornos desarrollados o descubiertos durante el embarazo

En esta sección, las situaciones de la categoría C, necesitan de la supervisión a nivel secundario durante el tiempo en el que el problema descrito exista. Si deja de existir, la paciente puede ser remitida a la atención primaria.

4.1	Duración del embarazo dudosa con amenorrea >20 semanas Se requiere consulta cuando la duración del embarazo es incierta después de 20 semanas de amenorrea. Durante las primeras 20 semanas, el profesional de la atención primaria tiene acceso a suficientes herramientas diagnósticas adicionales.	B
4.2	Anemia (Hb<6.0 mmol/l). Es importante que se analice el carácter y la severidad de la anemia en una consulta.	B
4.3	Infecciones recurrentes del tracto urinario (>2 veces). Se requiere un análisis adicional de la infección. Son importantes los riesgos de trastornos de la función renal y los de parto prematuro. El curso de los diagnósticos adicionales puede tener lugar dentro del marco de acuerdos mutuos entre los tres grupos profesionales.	B
4.4	Pielonefritis. Para el tratamiento de la pielitis se requiere el ingreso en hospital, por lo que la atención tendrá que ser a nivel secundario. Después del tratamiento con éxito de la pielitis, la atención del embarazo y el parto pueden volver al nivel primario.	C
4.5	Toxoplasmosis, diagnóstico y tratamiento. Se requiere remisión a la atención secundaria tanto para el diagnóstico como para el protocolo terapéutico.	C
4.6	Rubeola. En el caso de una infección primaria por rubeola durante el embarazo se debe tener en cuenta el riesgo elevado de retraso en el crecimiento fetal, de parto prematuro y de trastornos visuales y auditivos.	C
4.7	Citomegalovirus. Se debe tener en cuenta un riesgo elevado de morbilidad posterior y de muerte perinatal.	C
4.8	Herpes genital (infección primaria). Herpes genital (recurrente). Durante una infección primaria existe un (pequeño) riesgo de infección fetal trasplacentaria. En el primer año después de la infección primaria existe una frecuencia más alta de recurrencias y excreción viral asintomática. Si una infección primaria ocurre poco antes o durante el parto, existe un riesgo elevado de herpes neonatal. Debido a la posibilidad de tratamiento con medicación antiviral, está indicada la remisión a la atención secundaria para infecciones primarias. Para recurrencias y cuando exista herpes genital en el historial médico, es aconsejable llevar a cabo un cultivo viral de la orofaringe del neonato.	C A
4.9	Infección con el Parvo virus. Esta infección puede conducir a anemia y hidropesía fetal. Existe la posibilidad de tratar estos problemas.	C
4.10	Varicela / herpes Zóster. Se refiere a una infección materna. La infección primaria con varicela / herpes zoster durante el embarazo puede requerir el tratamiento de la mujer embarazada con inmunoglobulina debido al riesgo del síndrome de varicela fetal. Si la varicela ocurre poco antes del nacimiento o durante el puerperio temprano, existe un riesgo de infección neonatal. El tratamiento de la madre y el niño con un medicamento antiviral puede estar indicado. Si se trata de un caso de herpes zóster, no hay riesgo de síndrome de varicela	B

	fetal.	
4.11	Hepatitis B (Hbs-IgG+).	A
4.12	Hepatitis C. Es necesaria la remisión a la atención secundaria para consulta. Hay que prestar atención al seguimiento por el pediatra.	B
4.13	Tuberculosis. Se refiere a un proceso tuberculoso activo.	C
4.14	Infección VIH. Como resultado de las actuales posibilidades de terapia médica para prevenir la transmisión vertical, estas pacientes deben de ser atendidas durante el embarazo y el parto en un hospital preparado para el tratamiento de VIH y el SIDA.	C
4.15	Sífilis. Serología positiva y tratada. Serología positiva y sin tratar por el momento. Infección primaria. Hay que prestar especial atención a la colaboración entre los profesionales de atención primaria y secundaria involucrados en el caso. Es importante asegurarse de un perfecto intercambio de información entre la matrona, el médico de familia, el obstetra y el internista. Acuerdos estructurales pueden ser elaborados en colaboración a nivel local.	A B C
4.16	Hernia nucleí pulposi (hernia discal), ocurrida durante el embarazo. Se determinará el protocolo en función de las dolencias y los síntomas clínicos. Si ya no existen dolencias, la atención puede tener lugar a nivel primario.	B
4.17	Laparotomía durante el embarazo. En cuanto se ha cicatrizado la herida, y si el carácter de la operación no supone más riesgos obstétricos, la embarazada puede volver a ser atendida a nivel primario. Durante la hospitalización el obstetra estará involucrado en la atención. Si no existen más consecuencias obstétricas la embarazada puede volver a ser atendida a nivel primario.	C
4.18	Citología cervical PAP III ó más. De importancia aquí es que puede ser necesaria más atención ginecológica (para diagnóstico posterior). Sin embargo, el embarazo y el parto pueden ser atendidos a nivel primario.	B
4.19	Uso de medicamentos. Obviamente, lo importante aquí es el efecto de la medicación en la mujer embarazada y en el feto. También hay que prestar atención a los efectos en la lactancia y el período neonatal. En caso de duda, debe de haber consulta. <sup>2</sup>	A/B
4.20	Consumo de drogas duras (heroína, metadona, cocaína, drogas de diseño, etc.) Es importante conocer la severidad de la adicción a las drogas duras, y sus efectos durante el embarazo, el parto y el puerperio, en especial para el neonato.	C
4.21	Abuso de alcohol. Conlleva el síndrome alcohólico fetal. La participación a largo plazo del pediatra puede ser necesaria durante el seguimiento.	C

<sup>2</sup> Nota: se encuentra información en el NIAD (TEL.:+31 30 2971100) y en el centro de teratología del RIVM (TEL.:+31 30 2742017)

En España existe el SITE (Servicio de Información telefónica a las embarazadas) (TEL. 918222436) y el SITTE (Servicio de información telefónica de teratógenos de España) (TEL. 91822435). A ambos teléfonos se puede llamar de 9.00 a 15.00 para cualquier consulta relacionada con medicamentos, alimentos, sustancias tóxicas para el embarazo, etc.

4.22	Trastornos psiquiátricos (neurosis, psicosis). Son importantes la gravedad de los problemas psiquiátricos y la opinión del médico a cargo del tratamiento.	A/C
4.23	Hiperemesis gravídica. Es necesaria la remisión a la atención secundaria para el tratamiento de esta condición. Después de la recuperación, la atención del embarazo y el parto pueden tener lugar a nivel primario.	C
4.24	Embarazo ectópico.	C
4.25	Diagnóstico prenatal. Hay que prestar atención al posible riesgo de malformaciones congénitas. Si no se hallan, la atención puede volver a nivel primario. En casos de una indicación relacionada con la edad, se puede remitir directamente del nivel primario a un centro genético.	C
4.26	Sospecha de malformaciones fetales.	B
4.27	Rotura prematura de membranas antes del término (<37 semanas amenorrea).	C
4.28	Diabetes Mellitus (incluido diabetes gestacional).	C
4.29	Hipertensión inducida por el embarazo. Se refiere a hipertensión (según la definición de la ISSHP, véase 1.16) en la segunda mitad del embarazo de una mujer anteriormente normotensa. Se distingue entre una tensión arterial diastólica por debajo de 95 mm y una de 95 mm o más. La mujer embarazada con una tensión diastólica de entre 90 y 95 mm debe ser vigilada de cerca; a partir de los 95 mm, la remisión a la atención secundaria es necesaria	A/C
4.30	Preeclampsia, preeclampsia sobreañadida, síndrome HELLP. Preeclampsia es una combinación de hipertensión inducida por el embarazo y proteinuria. Esta última se define por un albustix ++ en una muestra de orina o por una excreción total de proteína de 30 mg o más, durante un periodo de 24 horas. Una preeclampsia sobreañadida existe cuando se da proteinuria durante un embarazo de una mujer con hipertensión pre-existente. El síndrome HELLP se caracteriza por la combinación de hemólisis, trastorno de la función hepática y una disminución en el número de plaquetas.	C
4.31	Incompatibilidad de grupo sanguíneo.	C
4.32	Trombosis.	C
4.33	Trastornos de la coagulación.	C
4.34	Pérdidas de sangre recurrentes antes de las 16 semanas.	B
4.35	Pérdidas de sangre después de las 16 semanas. Después de que las pérdidas hayan cesado, la atención puede volver al nivel primario si no se han encontrado causas agravantes.	C
4.36	Desprendimiento placentario.	C
4.37	Evaluación de la discordancia tamaño uterino/fecha probable de parto. Existe una discordancia negativa tamaño/fecha si el crecimiento del útero se retrasa de 2 a 4 semanas con respecto al tamaño normal según la duración del embarazo.	B
4.38	Evaluación de la discordancia positiva tamaño uterino/fecha probable de parto.	B
4.39	Embarazo postérmino. Se refiere a una amenorrea que dura más de 294 días.	C
4.40	Parto prematuro (o amenaza de). En cuanto deje de existir la amenaza de parto prematuro, la atención del embarazo y el parto puede continuar a nivel primario.	B
4.41	Insuficiencia cervical.	C

	Una vez que el embarazo ha llegado a 37 semanas, la atención puede seguir a nivel primario.	
4.42	Diástasis de la sínfisis del pubis (inestabilidad pélvica). Se refiere a dolencias que han empezado en el embarazo actual.	A
4.43	Embarazo múltiple.	C
4.44	Presentación anómala a término (incluye presentación de nalgas).	C
4.45	Cabeza sin encajar a término. Si se sospecha a término una desproporción céfalo-pélvica, placenta previa o una patología semejante, está indicada la consulta.	B
4.46	Mal control de embarazo cerca del término. Hay que prestar atención a la situación doméstica. La falta de atención prenatal puede indicar problemas psicosociales. Esto puede conducir a consulta y un parto hospitalario.	A
4.47	Bebé que va a ser dado en adopción. La futura adopción suele ir acompañada de problemas psicosociales. Esto puede conducir a la consulta y un parto hospitalario.	A
4.48	Feto muerto. Si la madre prefiere dar a luz en casa, la atención que recibe debe de ser la misma que la que recibiría en el hospital. Hay que prestar atención al examen postmortem de acuerdo con el protocolo.	C
4.49	Fibromas de relevancia obstétrica (miomas). Dependiendo de las proporciones anatómicas, hay que tomar en cuenta la posibilidad de alguna alteración en el progreso del embarazo o el parto.	B

## 5. Trastornos durante el parto (intrapartum)

Para la categoría C en esta sección, cuando se da una de las situaciones abajo mencionadas, se debe intentar lograr una condición óptima para la atención intrapartum, aún cuando pueda ser urgente remitir a la atención secundaria. Cuando se remite desde la situación domiciliaria, el riesgo durante el transporte de la mujer debe ser incluido en las consideraciones.

5.1	Presentación anómala del niño, no una posición anómala.	B
5.2	Indicios de sufrimiento fetal. Es importante que el sufrimiento fetal pueda ser expresado de diferentes maneras (el ritmo cardíaco fetal, líquido amniótico teñido de meconio).	C
5.3	Muerte fetal intrapartum. Hay que prestar atención al examen postmortem.	C
5.4	Rotura prematura de las membranas. Se debe remitir a la atención secundaria en el curso de las primeras 24 horas desde la rotura.	C
5.5	No progresión en la primera fase del parto. Se habla de no progresión en la primera fase del parto cuando las contracciones son buenas, tanto en intensidad como en frecuencia y, sin embargo, no hay cambios en el cervix o progreso en la dilatación después de la fase latente en 4 horas. Es necesaria la consulta para poder determinar el tratamiento basándose en el análisis de la posible causa.	B
5.6	No progresión en la segunda fase del parto Se habla de no progresión en la segunda fase del parto en casos con dilatación	C

	completa, rotura de membranas, contracciones fuertes y suficiente esfuerzo por parte de la madre después de un máximo de una hora.	
5.7	Pérdida de sangre excesiva durante el parto. El grado de la pérdida de sangre durante el parto no se puede medir objetivamente; hay que estimarlo. La pérdida de sangre excesiva puede indicar una patología grave.	C
5.8	Desprendimiento placentario.	C
5.9	Prolapso del cordón umbilical.	C
5.10	Retención placentaria. No siempre es posible estar completamente seguro de la retención de una parte de la placenta. Si existe una duda razonable, hay que remitir a la atención secundaria.	C
5.11	Desgarro perineal de 4 ° grado.	C
5.12	Líquido amniótico teñido de meconio.	C
5.13	Fiebre. Obviamente es importante descubrir la causa de la fiebre. En particular, hay que tener en cuenta la posibilidad de una infección intrauterina, en cuyo caso habría que considerar la administración de antibióticos intraparto.	C
5.14	Analgesia. Es importante ser consciente de los efectos en la dilatación y los riesgos de depresión respiratoria. El uso de analgésicos durante el parto es un tema que se puede discutir a nivel local y con la ayuda de ciertas directrices. Se debería intentar llegar a un consenso bien fundamentado.	B
5.15	Hematoma vulvar. El protocolo del tratamiento se determinará en función de las dolencias intrapartum y el puerperio temprano.	C
5.16	Se refiere a la ruptura de la sínfisis. Es necesario diferenciarla de la inestabilidad pélvica. No está demostrado el valor añadido de la consulta en casos de inestabilidad pélvica.	B
5.17	Parto sin ninguna atención prenatal anterior. Una falta de atención prenatal puede ser un indicio de la existencia de problemas psicosociales, y en particular de una adicción. La monitorización intraparto, el análisis serológico y la inmunización son de suma importancia.	C

## 6. Trastornos que puedan surgir durante el puerperio

6.1	Fiebre puerperal. Es importante descubrir la causa. En casos de duda razonable, habría que considerar la remisión a la atención secundaria.	A/C
6.2	Amenaza de eclampsia, sospecha de síndrome HELLP.	C
6.3	Trombosis.	C
6.4	Psicosis. Es importante involucrar al médico de cabecera y al psiquiatra en el tratamiento del trastorno psiquiátrico.	B
6.5	Hemorragia posparto.	C
6.6	Hospitalización del niño. Obviamente es importante involucrar al médico de cabecera y al pediatra. La vinculación entre madre e hijo es muy importante en el periodo inmediatamente posterior al nacimiento.	C



## 6. Lista de indicaciones para la exploración ecográfica

Según los resultados del Subgrupo de Exploración con Ecografía (véase sección 3.3), se han determinado las siguientes indicaciones para exploraciones de este tipo. Estas pueden ser realizadas y evaluadas por ecografistas cualificados de la atención primaria o solicitadas por profesionales de la atención primaria sin ninguna intervención de la atención secundaria.

Indicaciones 1er trimestre	Indicaciones 2º trimestre	Indicaciones 3er trimestre
Pérdidas de sangre	Sospecha de embarazo múltiple	Sospecha de embarazo múltiple
Edad gestacional dudosa	Latido fetal negativo	Sospecha de presentación anómala
Sospecha de embarazo múltiple		Latido fetal negativo
Latido fetal negativo después de 12 semanas de gestación		

El Grupo de Trabajo de Obstetricia quisiera hacer el siguiente comentario: la descripción de estas indicaciones para realizar y evaluar exploraciones con ecografía en la atención primaria implica que todas las demás indicaciones pertenecerán a la atención secundaria, por tanto los protocolos tomarán como pauta a seguir la Lista de Indicaciones Obstétricas.

No se aconseja el uso rutinario de ecografía para medir la longitud cráneo-caudal (CRL) durante el primer trimestre, ni para detectar anomalías congénitas en el segundo trimestre, ya que no existen suficientes pruebas de mejoría en los índices de morbilidad y mortalidad perinatal como consecuencia de estas exploraciones. Recomendamos la reconsideración a nivel nacional de los resultados finales para determinar el valor de esta forma de diagnósticos, así como la investigación de las consecuencias de la exploración con ultrasonido rutinaria para la práctica obstétrica en la atención primaria.

## 7. Bibliografía

1. Albertsson Wikland K, Wennergren G, Wennergren M, et al. Longitudinal follow-up of growth in children born small for gestational age. *Acta Paediatr* 1993; 82(5): 438-43.
2. Aldous MB, Edmonson MB. Maternal age at first childbirth and risk of low birth weight and preterm delivery in Washington State. *JAMA* 1993; 270(21): 2574-7.
3. Bauer K, Cowett RM, Howard GM, et al. Effect of intrauterine growth retardation on postnatal weight change in preterm infants. *J Pediatr* 1993; 123(2): 301-6.
4. Belizan JM, Villar J, Repke J. The relationship between calcium intake and pregnancy-induced hypertension: up-to-date evidence. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158(4): 898-902.
5. Berg CJ, Atrash HK, Koonin LM, et al. Pregnancy-related mortality in the United States, 1987-1990. *Obstet Gynecol* 1996; 88(2): 161-7.
6. Berry CW, Brambati B, Eskes TK, et al. The Euro-Team Early Pregnancy (ETEP) protocol for recurrent miscarriage. *Hum Reprod* 1995; 10(6): 1516-20.
7. Bianco A, Stone J, Lynch L, et al. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol* 1996; 87(6): 917-22.
8. Bobrowski RA, Bottoms SF. Underappreciated risks of the elderly multipara. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172(6): 1764-7.
9. Boer K, Smit BJ, van Huis AM, et al. Substance use in pregnancy: do we care? *Acta Paediatr Suppl* 1994; 404: 65-71.
10. Brandenburg H, Meulen JH, van der, Jahoda MG, et al. A quantitative estimation of the effect of prenatal diagnosis in dizygotic twin pregnancies in women of advanced maternal age. *Prenat Diagn* 1994; 14(4): 243-56.
11. Cnattingius S, Forman MR, Berendes HW, et al. Delayed childbearing and risk of adverse perinatal outcome. A population-based study. *JAMA* 1992; 268(7): 886-90.
12. Curzi Dascalova L, Peirano P, Christova E. Respiratory characteristics during sleep in healthy small-for-gestational age newborns. *Pediatrics* 1996; 97(4): 554-9.
13. Davey DA, MacGillivray I. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158(4): 892-8.
14. Drugan A, Johnson MP, Reichler A, et al. Second-trimester minor ultrasound anomalies: impact on the risk of aneuploidy associated with advanced maternal age. *Obstet Gynecol* 1996; 88(2): 203-6.
15. Edge V, Laros RK, Jr. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168(6 Pt 1): 1881-4.
16. Ekblad U, Grenman S. Maternal weight, weight gain during pregnancy and pregnancy outcome. *Int J Gynaecol Obstet* 1992; 39(4): 277-83.

17. Ekblad U, Vilpa T. Pregnancy in women over forty. *Ann Chir Gynaecol Suppl* 1994; 208: 68-71.
18. Elissen M, Knuist M. Het natriumbeperkt dieet in een vroedvrouwenpraktijk. *Tijdschr Verloskundigen* 1993; 18(1): 6-10.
19. Elzen HJ, van den, Cohen Overbeek TE, Grobbee DE, et al. Early uterine artery Doppler velocimetry and the outcome of pregnancy in women aged 35 years and older. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5(5): 328-33.
20. Emens JM. Continuing problems with diethylstilboestrol. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101(9): 748-50.
21. Epelboin S, Bulwa S. Pharmacovigilance et reproduction: le mauvais exemple du Distilbene. *Contracept Fertil Sex* 1993; 21(9): 658-72.
22. Erp EJM, van. DES, overbodige medicalisering of onderschat probleem? *Ned Tijdschr Obstetrie Gynaecologie* 1995; 108(10): 396.
23. Feige A, Douros A. Mortalität und Morbidität kleiner Frühgeborener ( < 1500 g) in Abhängigkeit von Poleinstellung und Entbindungsmodus. *Z Geburtshilfe Neonatol* 1996; 200(2): 50-5.
24. Fox R, Barry C. Stilboestrol exposure in utero and risk of pre-eclampsia [letter; comment]. *Lancet* 1995; 345(8952): 800.
25. Fretts RC, Schmittiel J, McLean FH, et al. Increased maternal age and the risk of fetal death. *N Engl J Med* 1995; 333(15): 953-7.
26. Galtier Dereure F, Boulot P. Complications obstetricales du surpoids maternel. *Contracept Fertil Sex* 1994; 22(2): 113-6.
27. Galtier Dereure F, Montpeyroux F, Boulot P, et al. Weight excess before pregnancy: complications and cost. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1995; 19(7): 443-8.
28. Gherpelli JL, Ferreira H, Costa HP. Neurological follow-up of small-for-gestational age newborn infants. A study of risk factors related to prognosis at one year of age. *Arq Neuropsiquiatr* 1993; 51(1): 50-8.
29. Giusti RM, Iwamoto K, Hatch EE. Diethylstilbestrol revisited: a review of the long-term health effects. *Ann Intern Med* 1995; 122(10): 778-88.
30. Gurtler F, Gurtler U. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei adiposen-Frauen. *Zentralbl Gynäkol* 1989; 111(14): 988-94.
31. Heimann F, Messerer D, Baltzer J. Schwangerschaft, Geburtsverlauf und Fetal Outcome bei Frauen über 40 Jahre. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1993; 53(6): 411-5.
32. Hokken Koelega AC, Ridder MA, de, Lemmen RJ, et al. Children born small for gestational age: do they catch up? *Pediatr Res* 1995; 38(2): 267-71.
33. Hordnes K, Bergsjø P. Severe lacerations after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72(6): 413-22.

34. Isaacs JD, Magann EF, Martin RW, et al. Obstetric challenges of massive obesity complicating pregnancy. *J Perinatol* 1994; 14(1): 10-4.
35. Johnson SR, Kolberg BH, Varner MW, et al. Maternal obesity and pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1987; 164(5): 431-7.
36. Kalache A, Maguire A, Thompson SG. Age at last full-term pregnancy and risk of breast cancer. *Lancet* 1993; 341(8836): 33-6.
37. Knuist, M., Bonsel, G.J., Zondervan, H.A., and Treffers, P.E. When to intensify fetal and maternal surveillance in women with hypertensive disorders in pregnancy? A multi-centre prospective cohort study. In Press.
38. Kuo VS, Koumantakis G, Gallery ED. Proteinuria and its assessment in normal and hypertensive pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(3): 723-8.
39. Langer O, Langer N. Diabetes in women older than 40 years of age. Social and medical aspects. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20(2): 299-311.
40. Lansac J. Delayed parenting. Is delayed childbearing a good thing? *Hum Reprod* 1995; 10(5): 1033-5.
41. Le Thai N, Lefebvre G, Stella V, et al. Grossesse et obesite. A propos d'une etude cas-temoins de 140 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1992; 21(5): 563-7.
42. Levine RU, Berkowitz KM. Conservative management and pregnancy outcome in diethylstilbestrol-exposed women with and without gross genital tract abnormalities. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(5): 1125-9.
43. MacGillivray I. Pre-eclampsia. The hypertensive disease of pregnancy. London: W.B. Saunders, 1983.
44. Mancuso A, D'Anna R, Leonardi R. Pregnancy in the obese patient. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 39(2): 83-6.
45. Melchor JC, Rodriguez Alarcon J, Fernandez Llebraz L, et al. Delayed childbearing and pregnancy outcome. *Zentralbl Gynäkol* 1994; 116(10): 566-70.
46. Mikulandra F, Perisa M, Merlak I, et al. Pregnancy and delivery in women aged 35 years and over. *Zentralbl Gynäkol* 1993; 115(4): 171-6.
47. Mittendorf R, Williams MA. Stilboestrol exposure in utero and risk of pre-eclampsia [letter]. *Lancet* 1995; 345(8944): 265-6.
48. Nazer J, Cifuentes L, Ruiz G, et al. Edad materna como factor de riesgo para malformaciones congenitas. *Rev Med Chil* 1994; 122(3): 299-303.
49. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. NVOG richtlijn Zwangerschapshypertensie. Utrecht: NVOG, 1997.
50. NHG-standaard miskraam (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1997;40:661-70
51. NHG standaard zwangerschap en kraambed. In: Thomas S, et al., red. NHG-standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Bunge, 1996; 305-22.

52. O'Reilly Green C, Cohen WR. Pregnancy in women aged 40 and older. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20(2): 313-31.
53. Ott WJ. Small for gestational age fetus and neonatal outcome: reevaluation of the relationship. *Am J Perinatol* 1995; 12(6): 396-400.
54. Palo P, Erkkola R. Risk factors and deliveries associated with preterm, severely small for gestational age fetuses. *Am J Perinatol* 1993; 10(1): 88-91.
55. Peipert JF, Bracken MB. Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993; 81(2): 200-5.
56. Phillips OP, Cromwell S, Rivas M, et al. Trisomy 21 and maternal age of menopause: does reproductive age rather than chronological age influence risk of nondisjunction? *Hum Genet* 1995; 95(1): 117-8.
57. Piper JM, Langer O, Xenakis EM, et al. Perinatal outcome in growth-restricted fetuses: do hypertensive and normotensive pregnancies differ? *Obstet Gynecol* 1996; 88(2): 194-9.
58. Plockinger B, Povse B, Ulm MR, et al. Ist das Komplikationsrisiko nach Amniozentese von der Indikation zum Eingriff abhängig? Eine Auswertung von 2066 Punktionen. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1996; 56(3): 128-31.
59. Pongthai S. Labour and delivery of obese parturients. *J Med Assoc Thai* 1990; 73(Suppl 1): 52-6.
60. Pons JC. Exposition in utero au diethylstilboestrol et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris* 1994; 23(5): 592-5.
61. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and older. *Obstet Gynecol* 1995; 85(1): 65-70.
62. Ranta P, Jouppila P, Spalding M, et al. The effect of maternal obesity on labour and labour pain. *Anaesthesia* 1995; 50(4): 322-6.
63. Rasmussen S, Bungum L, Hoie K. Maternal age and duration of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73(3): 231-4.
64. Raymond EG, Cnattingius S, Kiely JL. Effects of maternal age, parity, and smoking on the risk of stillbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101(4): 301-6.
65. Read AW, Stanley FJ. Small-for-gestational-age term birth: the contribution of socio-economic, behavioural and biological factors to recurrence. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1993; 7(2): 177-94.
66. Rosso P, Salas SP. Mechanisms of fetal growth retardation in the underweight mother. *Adv Exp Med Biol* 1994; 352: 1-9.
67. Seufert R, Casper F, Krass A, et al. Die späte Erstgebärende - ein geburtshilfliches Risikokollektiv? *Zentralbl Gynäkol* 1994; 116(3): 169-72.
68. Sibai BM. Eclampsia. In: Rubin PC red. *Hypertension in pregnancy*. Amsterdam: Elsevier, 1988: 320-1.

69. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162(2): 311-6.
70. Smit BJ, Boer K, van Huis AM, et al. Cocaine use in pregnancy in Amsterdam. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 404: 32-5.
71. Sung IK, Vohr B, Oh W. Growth and neurodevelopmental outcome of very low birth weight infants with intrauterine growth retardation: comparison with control subjects matched by birth weight and gestational age. *J Pediatr* 1993; 123(4): 618-24.
72. Taddei S, Virdis A, Mattei P, et al. Aging and endothelial function in normotensive subjects and patients with essential hypertension. *Circulation* 1995; 91(7): 1981-7.
73. Taylor DJ. Epidemiology of hypertension during pregnancy. In: Rubin PC red. *Hypertension in pregnancy*. Amsterdam: Elsevier, 1988: 223-40.
74. Vercellini P, Zuliani G, Rognoni MT, et al. Pregnancy at forty and over: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 48(3): 191-5.
75. Verheijen RH, Schijf CP, Dongen PW, van, et al. Gynaecologische en obstetrische consequenties van blootstelling aan diethylstilbestrol (DES) in utero herbelicht. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991; 135(3): 89-93.
76. Vik T, Vatten L, Markestad T, et al. Morbidity during the first year of life in small for gestational age infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1996; 75(1): F33-7.
77. Vree B, de, Martens G, Verdonk P, et al. Zwanger na 40 jaar: wat is het verloskundig risico? *Epidemiologische gegevens voor Vlaanderen en literatuuroverzicht*. TFO 1996; 10(4): 70-4.
78. Wingfield M, Donnelly VS, Kelehan P, et al. DES clinic--the first six months. *Ir Med J* 1992; 85(2): 56-8.
79. World Health Organization Study Group. *The hypertensive disorders of pregnancy*. Geneva: WHO, 1987. WHO technical report series, 758.
80. Xu SX. Follow-up study on physical and mental development in small-for-gestational age infants. *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih* 1993; 28(2): 70-2,121.
81. Yang YC, Chang FM, Yao BL, et al. Clinical case-controlled study of small-for-gestational-age babies. *J Formos Med Assoc* 1993; 92(2): 128-32.
82. Yau KI, Chang MH. Growth and body composition of preterm, small-for-gestational-age infants at a postmenstrual age of 37-40 weeks. *Early Hum Dev* 1993; 33(2): 117-31.