



VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Maternidades Vulnerables, 2019

*"La esperanza no es un optimismo ciego.
No es ignorar la enorme tarea por
delante o los obstáculos que se encuentran
en nuestro camino. La esperanza es esa
fuerza dentro de nosotros que insiste..."*
Barack Obama

Diciembre, 2019

Índice

1. El respeto a la integridad personal de las mujeres embarazadas y a su capacidad de decisión.
2. ¿Qué es la Violencia Obstétrica?
3. Prácticas sanitarias constitutivas de violencia obstétrica.
4. Consecuencias de la violencia obstétrica para la madre y el neonato.
5. Impacto de la violencia obstétrica en las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad.
Principales recomendaciones incumplidas de las autoridades sanitarias españolas e internacionales.
6. Sistemas de información a las mujeres embarazadas para prevenir la violencia obstétrica.
7. Sistemas de control de calidad y cambios organizativos necesarios en los hospitales para erradicar las prácticas sanitarias más dañinas.
8. Articular y divulgar la voz de las mujeres como sujetos de derechos en relación con la prevención y erradicación de la violencia obstétrica.
9. Referencias bibliográficas.

1. El respeto a la integridad personal de las mujeres embarazadas y a su capacidad de decisión

La violencia contra la mujer sigue siendo una pandemia global. Es una violación de los derechos humanos que se ha constituido como un fenómeno invisible durante décadas, siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

Según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.” Es vital conocer las diversas formas de violencia y profundizar en el cuerpo de creencias que justifica la dominación de la mitad de la humanidad. Un tipo de violencia de género, según las definiciones anteriores, sería la violencia obstétrica.

2. ¿Qué es la violencia Obstétrica?

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Países como Venezuela, Argentina y México penalizan las conductas de este tipo de violencia. Aunque España aún no las ha tipificado específicamente, las prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas en nuestro país, ya que suponen la vulneración de derechos básicos contemplados en Convenios internacionales, así como en nuestra Constitución.

3. Prácticas sanitarias constitutivas de violencia obstétrica

Se considerarán actos constitutivos de VO los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas (litotomía), existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- El trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y posparto, ya sea a la mujer o a el/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados.

¿Cuál es la situación actual de la VO?

La VO es hoy día un grave problema global de salud pública, que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y bebés, algo que la OMS ha advertido en un su declaración del 30.09.2014, "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto", en la que denuncia públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen este tipo de violencia, pro-moviendo la implantación de políticas de control de calidad en los centros sanitarios y la implicación de todos los intervinientes, incluidas las mujeres, a quienes se exhorta a denunciar las malas praxis y a reclamar un trato digno y respetuoso hacia sí mismas y sus bebés.

También las estadísticas de los resultados del “Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud” de diciembre de 2012 (documento completo aquí) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en relación con las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN), alertan de que “en general, se observa un amplio margen de mejora en todas las prácticas clínicas, líneas de intervención, sistemas de información y aspectos organizativos” y se insta a la supresión urgente de prácticas injustificadas que derivan en nefastas consecuencias para las madres y los bebés. Entre los resultados del informe podemos observar los siguientes datos:

- El doble de partos inducidos (19,4%) del porcentaje recomendado por la EAPN (<10%).
- 26% de cesáreas cuando su índice adecuado está entre el 10% y el 15%. El porcentaje de cesáreas continúa en constante subida año tras año.
- El 87,4% de los partos se atienden en posición de litotomía (posición supina con las piernas levantadas).
- Casi 3 veces más episiotomías (corte en el periné. 41,9%) en partos eutócicos (normales sin complicaciones) de las sugeridas (<15%).
- 20% de partos instrumentales, cuando en la Estrategia se concretó que no sobrepasaran el 15%.
- 44,2% de partos vaginales tras cesáreas (PVDC) cuando el porcentaje adecuado conforme a la evidencia recomienda un 60-80%.
- Un 50,2% de contacto precoz madre-recién nacido, muy por debajo de la tasa recomendada de >80%.
- El 26,1% de las mujeres encuestadas reconoció que se les practicó la maniobra de Kristeller (empujar el fondo del útero con un brazo para acelerar la expulsión del bebé), a pesar de que es una intervención totalmente desaconsejada por la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal, por el alto riesgo de rotura uterina y otras complicaciones en mamá y bebé. Hacer hincapié en que esta práctica no aparecía en las historias clínicas a pesar de que las madres reconocieron haberla sufrido.

El Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) de la asociación El Parto es Nuestro, recogió y analizó casi 2000 cuestionarios digitales de mujeres cuyos partos ocurrieron entre noviembre de 2015 y septiembre de 2016. El formulario online recabó información sobre distintos aspectos relacionados con el parto. Algunos de los resultados más llamativos fueron:

- En un 70,3% de los casos, los y las profesionales que entraron en la habitación y las trataron no se presentaron ni informaron de su categoría profesional. En el 66% de los casos no se pidió permiso para tratar a las usuarias.
- En un 33,8% de los casos, alguien les dijo que lo estaban haciendo mal y en un 32,5% alguien criticó sus expresiones de dolor, gritos o gemidos.
- Un 50,7% de las mujeres no fueron informadas de la intervención (inducción, Kristeller, episiotomía...) que se les iba a realizar. En un 60,8% de los casos tampoco se les indicó por qué una determinada maniobra estaba aconsejada en su caso.
- En un 76,6% de los casos no se les habló de las distintas opciones de actuación, incluyendo el manejo expectante (no hacer nada). Generalmente tampoco se explicaron las posibles consecuencias a las usuarias (80,4%) y/o los efectos secundarios de la intervención (84,6% de los casos). En más de la mitad de los casos (50,1%), se actuó prescindiendo del consentimiento de las mujeres.
- Una cuarta parte (25,3%) fue tratada despectivamente por presentar el plan de parto. En un 65,8% de los casos no fue respetado. Al 55,7% no se les permitió comer ni beber, al 53,2% deambular, ni usar material personal como música o ropa propia (58,2%) o material de soporte (52%).
- Al 66,7% de las madres no se les explicó ni se les pidió consentimiento para cada actuación sobre sus bebés, a los cuales no tuvieron libre acceso en un 42,7% de los casos. A un 42,6% se les obligó a salir cuando se realizaron procedimientos o pruebas a sus bebés.

La Relatora Especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović señala: "Durante mi mandato, también he examinado las formas nuevas y emergentes de violencia, como la violencia en línea contra las mujeres, la violencia contra la mujer en la política y en las elecciones, y el maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto, incluida la violencia obstétrica, que apareció definida como una violación de los derechos humanos por primera vez en mi informe presentado a la Asamblea General de las Naciones Unidas en octubre de 2019[i]".

Destacamos del informe de julio de 2019, el apartado C) Manifestaciones del maltrato y la violencia de género en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud, en los siguientes puntos:

16. Las dolorosas historias contadas por las mujeres en las comunicaciones recibidas por la Relatora Especial pusieron de manifiesto que el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto en los centros de salud se producen en todo el mundo y afectan a las mujeres de todos los niveles socioeconómicos (...).

17. Los nuevos movimientos sociales que exigen que se respeten los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto, que han surgido desde 2015 en varios países, han arrojado luz sobre las pautas del maltrato y la violencia que sufren las mujeres (...).

24. La cesárea o el parto por cesárea es el uso de la cirugía para alumbrar a los niños cuando médicamente es necesario y cuando un parto vaginal pondría a la madre o al niño en situación de riesgo. Cuando está justificado desde el punto de vista médico, es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo, recientemente ha habido una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo, y en América Latina y Europa este tratamiento está sustituyendo al parto vaginal o se está eligiendo como forma preferida de alumbramiento. En muchos ordenamientos jurídicos, el interés del feto prevalece sobre los derechos de la mujer embarazada, lo que da lugar a situaciones en las que, deliberadamente, no se consulta a las mujeres en lo referente a la decisión de parir o no al niño mediante cesárea. También hay pruebas que sugieren que las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud deficientes donde los servicios se planifican y gestionan centrándose en la eficacia en función de los costos y el tiempo. Además, las cesáreas pueden programarse y pueden realizarse en días laborables seleccionados, frente a los fines de semana, y los médicos suelen cobrar honorarios más altos de las compañías de seguros privadas por esta práctica. Cuando se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura. El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica ha señalado específicamente el uso excesivo de la práctica de la cesárea en muchos países como prueba de una medicalización excesiva durante el parto y considera que “las mujeres no tienen la posibilidad de elegir libremente entre distintas formas de dar a luz”, especialmente si la primera opción es una cesárea.

25. La episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y trata-miento inhumano y degradante. Se ha recibido mucha información de mujeres preocupadas por su uso sin consentimiento informado. Otro problema es su uso excesivo o rutinario, contrario a las recomendaciones de la OMS²⁸. La práctica de la episiotomía oscila entre el 30 % de las mujeres que dan a luz de forma vaginal en México, el 50 % en Italia²⁹ y hasta el 89 % en España³⁰. En particular, la información de que se dispone es que el 61 % de las mujeres que fueron sometidas a la episiotomía en Italia no recibieron suficiente información, y que no se solicitó en ningún momento su consentimiento informado. La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer.

26. El uso de personal médico sin experiencia para llevar a cabo los exámenes ginecológicos puede causar daño a las mujeres embarazadas, y el uso excesivo de la oxitocina sintética como agente utilizado para inducir las contracciones y el alumbramiento también presenta un daño para su salud. Aplicada de forma indebida, la oxitocina puede causar mortinatalidad y ruptura uterina, y puede ocasionar que grandes dolores a la madre si no se suministra medicación para el alivio del dolor.

27. La práctica de la presión manual del fondo uterino durante la segunda fase del alumbramiento, también conocida como “maniobra Kristeller”, ya no está recomendada por la OMS, pero sigue siendo una práctica generalizada, a veces con el codo, el ante brazo o con todo el cuerpo, con el fin de ocasionar la expulsión del bebé. Su aplicación varía de un país a otro, y alcanza sus mayores tasas de aplicación en Honduras, donde se usa en una proporción que se sitúa entre el 50 % y el 70 %, de los partos vaginales.

28. Asimismo, las mujeres han informado de que algunos centros de salud han actuado sin respeto a su intimidad y a la confidencialidad cuando realizan los exámenes vaginales durante el parto, incluso delante de terceros, permiten que los estudiantes de medicina observen a las mujeres durante el parto, y comparten con terceros la información sobre su salud, por ejemplo, su condición de seropositivas, en el contexto del alumbramiento.

29. Además, se ha informado de que los procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida, se realizan a menudo sin anestesia. Por otra parte, varias mujeres alegaron ser víctimas de un procedimiento de sutura tras la episiotomía; este procedimiento, que aplica más puntos de los necesarios, los llamados “puntos para el marido”, se lleva a cabo, supuestamente, en pro de la satisfacción sexual del esposo. Esta práctica es consecuencia de unos nocivos estereotipos patriarcales y de la desigual relación entre hombres y mujeres. El Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes ha observado que “estos malos tratos van desde alargar los plazos para llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, como suturar las heridas del parto, hasta no emplear anestesia”.

30. Las mujeres también han denunciado una falta de autonomía y capacidad de toma de decisiones, incluida la posibilidad de elegir su posición de parto preferida en los hospitales públicos, mientras que sobre la posición para dar a luz hay una mayor flexibilidad en las maternidades privadas.

31. Muchas mujeres procedentes de diferentes partes del mundo han descrito prácticas profundamente humillantes, agresiones verbales y observaciones sexistas durante la atención del parto, que tienen lugar tras las puertas cerradas de los centros de salud. Solo desde hace poco las mujeres han empezado a hablar sobre las burlas y los reproches, insultos y gritos que sufren por parte de los trabajadores sanitarios. Especialmente se han destacado las observaciones sexistas y ofensivas (...).

32. El consentimiento informado para el tratamiento médico relacionado con los servicios de salud reproductiva y el parto es un derecho humano fundamental. Las mujeres tienen derecho a recibir toda la información sobre los tratamientos recomendados a fin de que puedan

pensar y adoptar decisiones bien informadas. La International Federation of Gynecology and Obstetrics reconoce que la obtención del consentimiento informado es una obligación, aun cuando pueda ser difícil y llevar tiempo 37. En las comunicaciones enviadas por más de 40 organizaciones no gubernamentales se hizo hincapié en la falta de consentimiento informado o en su uso indebido.

38. El consentimiento informado es un proceso de comunicación e interacción continua entre el paciente y el personal sanitario, y una firma por sí sola no es una indicación de consentimiento informado. El personal sanitario debe adoptar una actitud proactiva a la hora de facilitar la información. Para que el consentimiento sea válido, debe ser voluntario, y la persona debe contar con toda la información. El consentimiento del paciente es necesario independientemente del procedimiento, y la persona puede retirar su consentimiento en cualquier momento según el principio de una atención centrada en el paciente. La información debe proporcionarse de un modo y en un idioma que sea comprensible, accesible y adecuado para las necesidades de la persona que debe adoptar la decisión. El nivel de formación, la discapacidad física o intelectual y la edad de la persona deben tenerse en cuenta a la hora de determinar la manera en que debe proporcionarse tal asesoramiento e información, y deben respetarse las necesidades y las preferencias de dicha persona.

4. Consecuencias de la violencia obstétrica para la madre y el neonato

La VO es un asunto de salud pública que requiere un fuerte compromiso con la salud de las mujeres, tanto por parte de las propias usuarias como de los profesionales que las atienden. El cuerpo de las mujeres se ha convertido en un lugar de paso, al servicio de una medicina defensiva, fría y androcéntrica, que fragmenta sistemáticamente la experiencia de la mujer, medicalizando su vida sexual y reproductiva. El paradigma médico actual ignora y olvida los aspectos psicosociales y emocionales del proceso del embarazo y parto, banalizando las consecuencias que sus prácticas tienen en la vivencia emocional

y que afectan de forma directa en la salud de la mujer y del bebé, sobre todo, en el inicio de la maternidad y en el vínculo materno-infantil.

El reconocimiento que lentamente se está haciendo de este tipo de violencia como “**estructural**”, permite pasar del análisis de lo privado a lo público, a lo social y a lo político. Las distintas integrantes del Observatorio de la Violencia Obstétrica en España intentan investigar al respecto desde sus diferentes campos de trabajo, de cara a dar un cuerpo y un soporte al constructo. Por ejemplo, en el «**3er Congreso Internacional de Psicología Clínica y de la Salud en Niños y Adolescentes**», celebrado del 16-18 de Noviembre de 2017 en Sevilla, la Psicóloga **Cristina Medina**, presentó los resultados de su **Revisión Sistemática sobre este tipo de violencia a nivel mundial**. En dicho estudio, la Dra. Medina-Pradas revisó las bases de datos PUBMED, PSYCINFO y WEB OF SCIENCE hasta agosto 2017 y analizó los 34 estudios publicados en distintos países y ámbitos profesionales sobre VO. En general, se reflejan tasas significativas de prácticas de violencia obstétrica, desprendiéndose las siguientes conclusiones, entre otras:

- El **29%** de las mujeres han percibido **algún tipo de abuso en sus partos** por parte de los/las profesionales que las atendieron.
- El **67%** reportó **no haber recibido información previa o consentimiento** para rutinas médicas. El **49%** fue objeto de un **trato deshumanizante** por parte de los y las profesionales.
- La **mayoría de las mujeres** que dieron a luz por **cesáreas** se sintieron **frustradas debido a las rutinas médicas** (no se les permitió estar acompañadas, hubo separación madre-bebé, etc.).
- Entre el **1% y el 6%** de las mujeres desarrollaron **Síndrome de Estrés Postraumático (SEPT) completo** después del parto y el **35%** de las mujeres **presentaron algún grado de síntomas de SEPT** después del parto.
- Se confirma una **fuerte asociación real** entre los diversos indicadores de **violencia obstétrica y la depresión posparto**.

Respecto a los **profesionales de la salud** puso de manifiesto que:

- El **estrés postraumático contribuye al desgaste de las profesionales** de la matronería: Intención de **abandonar la profesión**, **reacciones traumáticas de horror**, **sentimientos de culpa** traumáticos y una experiencia traumática personal en los partos, **se asociaron con probabilidad de sufrir TEPT** (el cual se manifestó en el **17%** de las matronas).

- Los profesionales pueden ejercer **violencia obstétrica debido a la falta de habilidades técnicas** para lidiar con los aspectos emocionales y sexuales del parto, por **traumas no resueltos** o por el **agotamiento profesional**.
- Una **simulación, un programa de capacitación en equipo y debates sobre la atención de rutina** tienen un impacto en la **adopción de prácticas basadas en la evidencia**, lo que contribuye a una **mayor calidad de la atención**.

Se determinó que aunque el término **“Violencia Obstétrica”** se conoce cada vez más, ni los **actos constitutivos de VO**, ni los **mecanismos para reclamar o ayudar** a las víctimas, están **nada claros**. El principal obstáculo que encuentran es la **conceptualización habitual** de la violencia obstétrica desde el contexto médico como un **problema básicamente de calidad de atención**. Asimismo, se destacaba la importancia de **dar visibilidad al problema** y la necesidad de **atención por parte de la sociedad** y los/as profesionales para contribuir al **tratamiento de los casos y enfatizar su prevención**, siendo urgente el desarrollo de investigaciones psicológicas e intervenciones psicoterapéuticas.

5. Impacto de la violencia obstétrica en las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad

El reconocimiento que lentamente se está haciendo de este tipo de violencia como **“estructural”**, permite pasar del análisis de lo privado a lo público, a lo social y a lo político.

Actualmente se están realizando diversos trabajos de investigación, en los que se analiza la conceptualización, las prácticas constitutivas de VO y sus tasas, la asociación entre VO y depresión posparto y/o SEPT (Síndrome de Estrés Postraumático), las líneas de actuación ante los casos de este tipo de violencia, los tipos de atención sanitaria (psicológica, física y fisioterápica) necesarias para las madres y las medidas a instaurar entre los profesionales sanitarios.

La erradicación de la VO pasa por la instauración de medidas multisectoriales. El punto de partida debe ser dar visibilidad a este problema de manera urgente y enfatizar la prevención como principal medida, junto con la investigación (psicológica, biológica, fisioterápica, social y económica) de los casos de VO. Además de programas de capacitación para los profesionales sanitarios y un empoderamiento de la sociedad, con el objetivo de que puedan exigir/asegurar el cumplimiento de sus derechos en la atención de su embarazo, parto, posparto y/o en el resto de su vida sexual.

Todas estas medidas deben estar sustentadas en una legislación específica, que garantice una atención excelente y el bienestar biopsicosocial de madres y bebés.

Principales recomendaciones incumplidas de las autoridades sanitarias españolas e internacionales.

- **Rasurado y enema:** El enema o rasurados sin indicación de que se esté realizando o sin consentimiento expreso de la mujer, son un atentado a su derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la CE. El profesional sanitario vulnera su obligación legal prevista en la ley 41/2002 de autonomía del paciente de informar de todos los procedimientos sobre el paciente y usuario y su obligación legal de solicitar el consentimiento de todas las intervenciones médicas que realice.
- **Acompañamiento durante el proceso:** En nuestra ley autonómica está reflejada como un derecho. En caso de que no se permita el acompañamiento, el profesional sanitario estaría vulnerando la normativa propia de la comunidad donde se encuentre el hospital, al impedir el ejercicio de los derechos legales de los pacientes/usuarios recogidas en esta.
- **Tactos, vía y rotura de bolsa/separación de membranas:** Los tactos vaginales, la colocación de la vía periférica o la amniotomía rutinaria realizada sin la previa información o el consentimiento expreso de la mujer, son un atentado a su derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la CE. El profesional sanitario vulnera su obligación legal prevista en la ley 41/2002 de autonomía del paciente de informar de todos los procedimientos sobre el paciente y usuario y su obligación legal de solicitar el consentimiento de todas las intervenciones médicas que realice.
- **Oxitocina:** El empleo de oxitocina rutinaria sin informar a la mujer, o sin el consentimiento expreso constituyen una auténtica mala praxis, es una actuación contraria a la "Lex Artis médica" o el buen hacer del

médico. Omitir de forma voluntaria, o bien por ignorancia, a la mujer todos los riesgos inclusive los ajustados a su propia historia clínica, que puede conllevar la introducción de oxitocina sintética en su cuerpo, es una auténtica negligencia en el ejercicio de la profesión sanitaria, una actuación en contra de la lex Artis y además vulnera el código deontológico (médico y de enfermería).

- **Monitorización continua e ingesta de alimentos y líquidos:** Una mujer a la que no le permiten la libre deambulación, que ingiera alimentos o líquidos, o postrarla en la cama en contra de su voluntad con la monitorización continua utilizada de forma rutinaria, vulnera su derecho fundamental a libertad deambulatoria reconocida también en la CE además de la ley de autonomía del paciente. El artículo 542 del CP indica lo siguiente: "incurrirá en pena de inhabilitación especial para el empleo o cargo público por tiempo de 1-4 años la autoridad o funcionario público que a sabiendas, impida a una persona el ejercicio de otros derechos cívicos reconocidos por la CE y las leyes", por ejemplo ocurriría al impedirnos la libertad deambulatoria y demás aspectos recogidos en este último punto. No informar de los riesgos de la monitorización continua incurre en el mismo delito.
- **Manejo del dolor durante el parto:** No informar de los distintos métodos de alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos, incluidos los ajustados a su propia historia clínica, no está cumpliendo sus obligaciones legales sobre informar adecuadamente para que pueda tomar una decisión de manera informada. La introducción de analgesia por vía oral o gotero sin consentimiento, atenta contra el derecho fundamental de la integridad física y moral, es una actuación contraria a la Lex artis, a la ley de autonomía del paciente, incluso es constitutivo de delitos penales, sanciones administrativas y disciplinarias.
- **Posición de litotomía durante el expulsivo:** No permitir a la mujer permanecer en la postura que desee durante el expulsivo atenta contra la libertad deambulatoria. Aquí también hay que tener en cuenta también el art 542 del CP.
- **Episiotomía:** Realizar una intervención quirúrgica como es la episiotomía sin un consentimiento por escrito adecuado y completo, atenta contra el derecho fundamental a la integridad física y moral, una actuación contraria a la lex artis, una violación de la ley de autonomía del paciente, una violación del código deontológico y además son constitutivos de responsabilidades penales, civiles, administrativas y disciplinarias.

Alumbramiento: El manejo activo con uso de oxitocina sin consentimiento informado por escrito, atenta contra el derecho fundamental de la integridad física y moral, es una actuación contraria a la Lex artis,

a la ley de autonomía del paciente, incluso es constitutivo de delitos penales, sanciones administrativas y disciplinarias.

- **Pinzamiento temprano del cordón:** No cumplir el deseo del pinzamiento tardío por causa injustificada puede conllevar incumplir la obligación del personal sanitario de velar siempre por el interés superior del menor (ley estatal y autonómica), incumple la evidencia científica, incumple la convención de derechos del niño que recoge el derecho a tener siempre el más alto nivel posible de salud, impide el ejercicio de la patria potestad de los padres al dar el consentimiento informado por el menor en ese momento tan importante. Y si no se ha realizado por la ignorancia de los beneficios o ignorancia en la realización de la técnica, el profesional sanitario incumple su obligación legal y deontológica de formarse de manera continuada, que además es constitutivo de sanciones civiles y disciplinarias y además afecta al derecho fundamental a la integridad física.
- **Parto instrumental:** El uso de instrumental sin el consentimiento expreso de la mujer sin informarle de todos los riesgos inherentes, viola el derecho fundamental de la integridad física de madre y bebé y lo anteriormente mencionado en las intervenciones rutinarias.
- **Cesárea:** La cesárea practicada sin el consentimiento informado de la mujer tiene las mismas aplicaciones legales que la episiotomía. La realización de una cesárea programada por preferencia del personal sanitario para agilizar el parto, o por la ignorancia de la posibilidad de parto vaginal (ej: gemelar, PVDC) implica también faltar a la obligación legal que tiene el profesional sanitario de ACTUAR EN BENEFICIO para la sociedad, el interés y la salud del ciudadano a quien presta el servicio, incumplir sus obligaciones deontológicas sus criterios de normopraxis (lex artis y los usos generales de la profesión), incumplir su obligación de utilizar los medios, instrumental y los servicios de la salud en beneficio del paciente con criterios de eficiencia y evitar su uso en beneficio de terceras personas, incumple su obligación legal y deontológica de formación continuada y todo ello es constitutivo de sanciones administrativas y disciplinarias.
- **Contacto madre/recién nacido:** No cumplir con el deseo de los padres de realizar el contacto piel con piel por causa injustificada conlleva incumplir la obligación del personal sanitario de velar siempre por el interés superior del menor (ley orgánica de PROTECCIÓN JURÍDICA del menor y la normativa autonómica), incumple la evidencia científica que define como vital este inicio del vínculo para la salud del bebé y para la madre, incumple la convención de derechos del niño que recoge el derecho a tener siempre el más alto nivel posible de salud y a no ser separado de sus padres en contra de la voluntad de estos, impide

el ejercicio de la patria potestad de los padres al dar el consentimiento informado por el menor en ese momento tan importante. Y si no se ha realizado por la ignorancia de los beneficios, el profesional sanitario incumple su obligación legal y deontológica de formarse de manera continuada, que además es constitutivo de sanciones civiles y disciplinarias y además afecta al derecho fundamental a la integridad física del bebé ejercido/reclamado por sus padres como representantes legales y además separar al menor de los padres sin consentimiento de los mismos, vulnera incluso el derecho a la libertad deambulatoria del bebé (a través de sus padres).

- **Lactancia materna:** La falta de asesoramiento en materia de lactancia materna, tanto en relación a la información de sus beneficios como a la explicación de la técnica de amamantamiento, conlleva que si no se ha realizado por ignorancia del personal sanitario incumple su obligación legal y deontológica de formación continuada, que es constitutivo de sanciones administrativas y disciplinarias y además vulnera la convención de derechos del niño (vinculante para España) que recoge el derecho a tener siempre el más alto nivel posible de salud, en su art 24 cuando indica lo siguiente: "Los Estados partes reconocen del disfrute del niño al más alto nivel posible de salud. Los Estados parte asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular adoptarán las medidas apropiadas para: e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental".

Incumplir implica también esa falta de asesoramiento en lactancia materna, la obligación del personal sanitario de velar por el interés superior del menor y ejercer su profesión siempre en beneficio del paciente y del usuario.

En definitiva, el profesional que no cumple la Estrategia de Atención al Parto Normal está incumpliendo las leyes de nuestro ordenamiento jurídico.

6. Sistemas de información a las mujeres embarazadas para prevenir la violencia obstétrica.

Existen dos maneras de erradicar esta violencia de los hospitales: informando a las madres y sus familias para empoderarlas y denunciando las agresiones vividas en los paritorios para que los profesionales sean debidamente sancionados.

Colocación de carteles en los hospitales que adviertan sobre la violencia obstétrica, como una forma más de violencia de género.

Colocación de carteles sobre el parto humanizado y buenas prácticas.

Información a las mujeres en gestación sobre las leyes que las amparan, el programa de UNICEF, EAPN, e información del Ministerio de Salud que procure una maternidad segura y centrada en la familia.

Este tipo de violencia es invisible porque está normalizada y porque muchas mujeres no denuncian después de haberla sufrido, bien por desconocimiento de su situación de víctima, bien por falta de recursos de cualquier tipo, bien por miedo a represalias futuras en la atención. Además, está institucionalizada porque el médico tiene más poder por sus conocimientos en el momento del parto.

7. Sistemas de control de calidad y cambios organizativos necesarios en los hospitales para erradicar las prácticas sanitarias más dañinas.

Atención basada en la personalización de la usuaria, sus gustos, preferencias y en el documento de consentimiento informado (plan de parto) y no en protocolos, o en clasificaciones de alto/bajo riesgo.

La atención de todo el proceso de maternidad (embarazo, parto y posparto), para embarazos de bajo riesgo, sean procurados por matronas por defecto, tanto en la sanidad privada como en la pública. En el caso del parto, adecuar Casas de parto dirigidas por matronas, anexas a hospitales, o con quirófano y unidad obstétrica para su uso en caso requerido.

Procurar que el seguimiento del embarazo en cualquier Comunidad Autónoma, sea procurada por la matrona en partos de bajo riesgo, o por el/la ginecólogo/a en caso de alto riesgo y no por médicos de familia.

Apoyo de un enfoque fisiológico del trabajo de parto y el parto. Informar y formar a los prestadores de salud en una serie de sugerencias sobre cómo mejorar la atención prenatal y aumentar la confianza de las mujeres durante el período prenatal y apoyar el parto fisiológico, para mejorar así los resultados para madres y bebés y cumplir así las recomendaciones internacionales, la EAPN y la legislación vigente.

Adecuar los hospitales con atención materno-infantil y las maternidades para adaptar su logística a la ley vigente y a la EAPN: UCIS neonatales abiertas 24h, respetar el piel con piel con la madre en quirófano, REA adecuado para continuarlo, hospitalización conjunta en caso necesario, habitaciones adaptadas a las necesidades no sólo de la madre y su bebé sino del resto de la familia y que aseguren su intimidad y una vivencia positiva, Formación y actualización de todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que atiendan en cualquier

parte del proceso a la mujer embarazada y/o su bebé en prácticas que fomenten el parto fisiológico y la lactancia materna.

Adhesión del programa de Paciente Experta Embarazada en todas las Comunidades autónomas.

Adhesión en la Sanidad Pública y subvención de la atención domiciliaria del parto por parte de matronas, para las mujeres con embarazos de bajo riesgo que así lo deseen. Crear protocolo para mantener una comunicación fluida y constante entre todos los prestadores de salud.

8. Articular y divulgar la voz de las mujeres como sujetos de derechos en relación con la prevención y erradicación de la violencia obstétrica.

Creación de un Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) a nivel estatal y autonómico, que vele por el cumplimiento exhaustivo de la ley actual y asegure una atención basada en la evidencia científica actualizada como la procurada por la EAPN. Que el Observatorio inicie de oficio procedimientos administrativos cuando una madre denuncie VO.

Que el OVO procure atención especializada especialistas perinatales.

9. Referencias Bibliográficas.

Antibióticos intraparto:

- [Antibióticos intraparto favorecen las bacterias resistentes en el bebé](#), Redacción médica 2017.
- [Antibióticos durante el parto para la colonización materna por estreptococos del grupo B](#), Cochrane 2.009 (no evidencia de efectividad profilaxis antibiótica).
- [Asociación entre uso antibióticos y trastornos mentales posteriores](#), JAMA Pschiatry 2018.

Cesárea:

- [¿Cuándo está indicada la cesárea?](#), EPEN.
- [La cesárea](#), EPEN.
- [¿Por qué no programar una cesárea?](#) EPEN.
- [El impacto de una cesárea](#), EPEN.
- [¿Conoces el motivo de tu cesárea?](#), Por un parto respetado.
- Apoyo cesáreas, EPEN.
- [Riesgo de cesárea aumenta cuanto menor es la dilatación en ingresar en el hospital para parir](#), Journal of Perinatology 2015.
- [Ingresar en el hospital antes de fase activa de parte incrementa riesgo de cesárea](#), Birth issues in perinatal care (Febrero 2017), también llega a esta conclusión este estudio al Midwifery de Elsevier 2018.
- [Estimar el peso fetal mediante ecografías \(alto margen de error\) aumenta el riesgo de intervenciones innecesarias incluyendo la cesárea innecesaria](#), Obstetrics & Gynecology 2016.
- [¿Cesárea? Las mujeres de clase alta en Noruega y Finlandia empiezan a rechazarlas](#), Acta sanitaria.

- [Estimar el peso fetal aumenta el Merkel de cesárea](#) , Obstetrics & Gynecology 2016.
- [Riesgo de cesárea se reduce si vida saludable](#) , The BMJ 2017.
- [Contacto piel con piel tras las cesáreas. Aspectos prácticos para la Puesta en marcha](#), Asociación Española de Pediatría 2017.
- [Failure to progress](#), Evidence based birth 2017.
- [Efectos a Largo Plazo de haberse sometido a una cesárea](#), Agosto 2017. *(Mayor Merkel de hemorragias, infecciones, trombo o muerte a Corto Plazo. Ma yor Merkel de tener problemas de fertilidad, implantación anormal de placenta, repeticiones de cesárea o muerte intrauterina en próximas gestaciones. Una nueva investigación revela que además una o más cesáreas previas aumentan el Merkel de histerectomía a Largo Plazo, y de complicaciones derivadas de esta Intervención en comparaciones con mujeres que no tenían una cesárea anterior).*
- [Mayor Merkel de cesárea en hospitales Privados](#), BMJ Journals 2017
Efecto de % cesáreas en incidencia futura de placenta previa, accreta y mortalidad materna , Journal Maternal Fetal Neonatal Medicine, Noviembre 2011 *(Si el Porcentaje de cesáreas Sigue aumentando, la incidencia anual de placenta previa, placenta accreta y la mortalidad materna también crece exponencialmente, concluye éste análisis).*
- [Cesárea programada tiene mayor riesgo de muerte en madres y bebés](#), (mayo 2018 vía El confidencial).
- [Balance of long term benefits and risks of cesarean delivery explained](#), Junio 2018.
- [Nacimiento por cesárea y posibles alternaciones neuronales](#) , según estudio Georgia State University octubre 2018.
- [Cesarea aumenta por tres el Merkel de muerte materna](#), European Journal of Obstetrics 2018.
- Bibliografía complementaria: La cesárea, de Michel Odent.

Comer y beber durante el parto:

- [Eating and drinking during labor](#), Evidence based birth 2017.
- IV fluids during labor , Evidence based birth 2017.

Cordón umbilical:

- Nudo verdadero de cordón: No asociados a peores resultados, Journal of Perinatology 2018.
- [El cuento chino de la circular de cordón](#) , Juan Martínez Uriarte.
- [La famosa circular de cordón](#), Por un parto respetada.
- [Las vueltas de cordón no tienen repercusión en los resultados perinatales](#) , Gynecology & Obstetrics 2015.
- [La vuelta de cordón, el perfecto chivo expiatorio](#), Crianza Natural.

Desproporción cefalopélvica:

- [Pelvis estrecha y desproporción cefalopélvica](#) , Por un parto respetado.
- [Lo que no sabías de tu pelvis, vista como una mariposa](#) , comadrona Ascensión Gómez para Tu bebé.

Diabetes gestacional:

- [Diabetes gestacional](#), EPEN.
- [¿Bebés muertos de hambre?](#) Sobre la atención a la diabetes gestacional , EPEN.
- [Diabetes mellitus durante la gestación](#), DLL.
- [Cribaje universal de diabetes gestacional no justificación, sin evidencia](#) , Cochrane 2017.
- [Planificar parte de mujeres con diabetes gestacional](#) , Cochrane 2018 *No está justificado el parto planificado (inducción o cesárea programada) en diabetes gestacional.*

Donación del cordón:

- [Campaña "Donación de sangre de cordón: Un negocio? Que no te engañen "](#) Mujer Luz Diciembre 2018.
- [Campaña contraria a la evidencia científica del Banco de Tejidos pone en riesgo la salud de los bebés: las mujeres merecemos tener toda la información](#) , Mujer luz 2017.
- [Nacer asfixiada / o - El coste oculto del corte precoz del cordón umbilical](#) , Isabel Fernández del Castillo.
- [Confesiones de una excomadrona-vampiro , Midwife thinking](#)
[Comunicado de la Comisión Europea sobre los bancos de sangre de cordón](#) (*Explican que no existe aún evidencia ni siquiera de los hipotéticos beneficios a largo plazo a nivel terapéutico ni de que pueda ser efectivamente utilizada*).
- [Randomized Control Trial Efectos de transfusión placentaria, Journal of Midwifery & women 's health](#), sept 2.017 (*Estudio que analiza los Efectos positivos inmediatos del clampaje tardío del cordón umbilical en comparaciones con el clampaje Temprano ENCUENTRA mayor concentraciones de hemoglobina sin diferencias en el aumento de hiperbilirrubinemia en los bebés que tuvieron un corte tardío del cordón umbilical*).
- Dejar latir el cordón hasta el final tiene consecuencias en el desarrollo cerebral, The Journal of Pediatrics 2018.

Epidural:

- [La epidural](#) , EPEN.
- [La epidural no se inocua](#) , EPEN.
- [¿Epidural salva vidas?](#), EPEN.
- Efectos de la epidural sobre el bebé , Midwifery 2015 (Apgar más bajo, más admisiones a unidades de neonatos, más necesidad de ser resucitados, inicio de la lactancia más tardío).
- Epidural y oxitocina sintética aumentan riesgo angustia y depresión posparto, vía Women 's Health 2017

- [Uso epidural durante el parto posible asociación a adicción a opioides posteriormente en la vida](#) , Medical Hypotheses 2018.

Episiotomía:

- Mitos sobre la episiotomía, El parto es nuestro.
- [Episiotomía como Ejemplo del encarnizamiento contra la mujer: Cuando las Creencias tropiezan con la ciencia](#) , Acta sanitaria
- Revisión Cochrane de Febrero de 2017 afirma que la creencia de que la episiotomía rutinaria reduce el trauma perineal / vaginal no está justificado por la evidencia.

Estreptococo B:

- Cultivo del estreptococo grupo B, que saber?, DLL.
- [Estreptococo agalactiae](#) , EPEN.
- [Estreptococo positivo y parto en casa](#) , Por un parto respetado.
- [Parir en casa con estreptococo positivo](#) , NAC.
- [En caso de estreptococo positivo, ¡que no os separen!](#) EPEN.
- [Estreptococo B y ley de autonomía 41/2002](#) , DLL.
- [Comité independiente en Inglaterra desrecomana el cribado de estreptococo B por falta de evidencia](#) , 2017.
- Group B Streptococ, Evidence based birth 2014.
- [Antibióticos durante el parto para la colonización materna por estreptococos del grupo B](#) , Cochrane 2.009 (no evidencia de efectividad profilaxis antibiótica).
- *Revisión RCOG (2,017) sobre administración intraparto de antibióticos, conclusiones: no recomienda cribado universal, no recomienda administración antibióticos de manera preventiva, en caso de rechazar antibióticos intraparto no está justificado administrar antibióticos al bebé sin signos de infección ni separarlo de su madre.*
- [Cribado universal puede causar más daño que bien](#) , BMJ 2019.

Fecha probable de parto:

- [El mito del embarazo de 40 semanas ha caído](#) , EPEN.
- [Embarazo, ¿40 semanas?](#), EPEN.
- [La longitud de un embarazo puede variar hasta cinco semanas en cada mujer](#), 2013 NIEHS.
- [Due date](#) , Evidence based birth 2015.

Inducción:

- [Inducción al parto](#) EPEN.
- [¿Inicio espontáneo o inducción?](#) EPEN.
- [Maniobra de Hamilton](#) , Matrona Online.
- [Nacer en horario laboral](#), EPEN.
- [Inducción en caso de bolsa rota](#) , Revisión Cochrane 05 2017.
- [La inducción al parto aumenta el riesgo de cesárea](#) , Obstetrics & Gynecology 2017.
- [Inducción aumenta el riesgo de cesárea en caso de cesárea previa](#), Birth Issues in Perinatal care, 05 2017.
- Hoja de Frambuesa (frambuesa) vía Evidence Based Birth (*poca evidencia sobre efectividad para inducir y evidencia de posibles efectos transgeneracionales como pubertades tempranas*).
- Inducción en primíparas, Journal of Women's Health diciembre 2017 (*El 45.8% de las mujeres fueron inducidas. El 53% de las inducciones fueron miedo cosas subjetivas. El 30% de inducción acabaron con una cesárea*).
- [Inducción antes de llegar a cabo probablemente no compensa posibles beneficios para la cantidad de riesgos](#) , octubre 2018.
- [Crítica a estudio Arrive](#) , Sarah Buckley 2018.

Líquido Amniótico:

- [La batallita del líquido Escaso](#) , Juan Martínez Uriarte.
- [La maldición del líquido teñido de meconio](#) , Matrona Taurt.
- [Los mitos del líquido amniótico teñido con meconio durante el parto](#), Aivis Sissa
- [Inducción por bajo líquido amniótico no justificada \(evidencia baja\) Premature rupture of membranas](#) , Evidence based birth 2017
- [Amniótico Fluid Volume: too much, too little oro who knows?](#) Midwife thinking, diciembre 2017

Macrosomía:

- Bebé macrosómico ("bebé grande"), EPEN.
- [No hay evidencia de métodos diagnósticos capaces de detectar debidamente y en cualquier caso, no está demostrado que detectar "macrosomas" mejore los resultados perinatales](#) , COCHRANE.
- Big babies, Evidence based birth 2016.

Maniobra de Hamilton:

- Maniobra de Hamilton , Matrona Online.
- [No os bajéis las bragas](#) , EPEN.

Maniobra de Kristeller:

- [Maniobra de Kristeller](#) , EPEN.
- Campaña [STOP Kristeller](#) , EPEN.
- [Maniobra Kristeller: Sus consecuencias en la madre y condiciones bio-éticas](#), NAYSHA YAMILET BECERRA CHAUCA, 2015.

Matronas:

- Reducir el estrés que sufren las matronas, clave para mejorar resultados perinatales, Nursing Times
- [¿Por qué una matrona?](#) EPEN
- [La matrona en España](#) , EPEN
- [Las matronas fomentan el parto fisiológico en comparaciones con obstetras](#) , Midwifery 2017
- [Task shifting Midwifery Support Workers as the second health worker at home birth in the Uk: a qualitative study](#) , Midwifery Journal, marzo 2018
- link a post divulgativo , link a estudio completo febrero 2018, (Estados Unidos: Nueva investigación ENCUENTRA que el acceso a los cuidados durante el embarazo, parto y postparto miedo parte del portal matronas Mejora significativamente los Resultados maternos y fetales: *-Menor% cesáreas -Mayor % partos vaginales después de cesárea -Mayor% partos espontáneos vaginales -Menor Probabilidad de partos prematuros-Menor Merkel bebés de bajo peso al nacer-Mayor% de lactancia materna al nacer ya los 6 meses).*
- [Parte atendido por comadronas disminuye complicaciones al parto para mujeres de bajos ingresos](#), octubre 2018.

Métodos de alivio del dolor:

- [Metaanálisis sobre aromaterapia para controlar dolor en parte concluye que es efectiva y segura](#), vía Women and Birth, 2018

Monitorización:

- [Registro cardiorácica, "correas"](#), DLL
- [Revisión Cochrane 2.017 que compara monitorización electrónica permanente con la intermitente](#): monitorización permanente electrónico no justificado según evidencia a todas las mujeres y aumenta 20% riesgo de cesárea.

- [Electronic fetal monitoring, cerebral palsy and caesarean section: Assumption versus evidence](#) , BMJ 2016 (publicación que explora las razones por las que se continúa monitorizando electrónicamente de manera continua las mujeres durante el parto a pesar de la evidencia de que este sistema aumenta innecesariamente las cesáreas - debido a falsas detecciones de sufrimiento fetal) y aumenta la parálisis cerebral).
- [Medio siglo de monitorización fetal continua electrónica y bioética: el silencio habla más alto que las palabras](#) . Maternal health neonatology and perinatology septiembre 2017 (Monitorización electrónica desaconsejada ya que en mujeres sanas los riesgos probados superan los supuestos beneficios).

Oxitocina:

- Oxitocina sintética: precauciones y alertas, EPEN.
- Oxitocina sintética y Merkel de depresión postparto y ansiedad Terra Mater.
- Oxitocina sintética y riesgo de angustia y depresión en el primer año des-pués del parto, Pubmed 02 2017.
- Epidural y oxitocina sintética aumentan riesgo angustia y depresión pos-parto, vía Women 's Health 2017 (La epidural y la oxitocina sintética en el parto aumentan el Merkel de ansiedad y depresión en el postparto. Además también han mostrada interferir con el vínculo materno-filial y la lactancia materna).
- Estudios que vinculan oxitocina sintética durante el parto y autismo: [Increased risk of Autism ...](#) Smallwood M., Sare A., Baker E., Hannusch R., Kwessi E., Williams T. ASN NEURO (2016) [Oxytocin-Augmented labor and risk for Autism in malas](#) Weisman O., AGERBA E., Carter CS., Harris JC et al. Behav Brain Res (2015) [Association of Autism with induced oro Augmented Childbirth in ...](#) Gregory SG, Anthopolos R, Osgood CE, Grotegut CA, Miranda Mi JAMA Pediatrics (2013).

Parto múltiple:

- [Parto vaginal más seguro que cesárea en caso de parto múltiple](#), *Obstetrics & Gynaecology* 2017.
- [Inducción en gemelos aumenta riesgo cesárea](#) , *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015.
- [Parto múltiple](#), EPEN.

Parto de nalgas:

- Mi bebé está de nalgas, qué opciones tengo? *DLL (Nota, nuevo estudio de mayo de 2017 que puede encontrar aquí desmiente riesgo de lesiones neurológicas más alto a nalgas).*
- [De nalgas](#), EPEN.
- [Parto vaginal de nalgas](#), EPEN.
- [Breeches babies](#), *Evidence based birth* 2012.
- Science Direct, Nov 2.017 (Hospital de 3º nivel en Francia cambia en 2012 el protocolo para la atención del parto de nalgas pasando de la cesárea electiva a la promoción del parto vaginal de nalgas. Los Resultados muestran un aumento significativo de los partos vaginales de nalgas, una reducción importante de las cesáreas electivas y de emergencia con Resultados neonatales similares. El parto vaginal de nalgas se seguro, y estudios como este muestra que es posible un cambio de atención Hacia las presentaciones podálicas.)
- [Estudio Cohortes sobre parto vaginal de nalgas en domicilio](#), 2018.

Parto domiciliario:

- Parto seguro, parto en casa. [Ciencia contra Creencias](#), *Acta sanitaria Parto a domicilio, seguro y cubierto por el seguro* , *Acta sanitaria Listado estudios sobre la seguridad del parto en casa Parir en casa en comunidades rurales, estudio en Estados Unidos*, *Birth Issues in Perinatal care*, nov 2017 (Existe la creencia de que el parto en casa en zonas rurales y con difícil o limitación acceso a hospitales no es seguro. Este estudio examina los Resultados maternos y neonatales en mujeres de bajo Merkel que planearon un parto en casa o en casa de partos en zonas rurales de EEUU. Los Resultados concluyen que es igual

de seguro para madres y bebés dar a luz en casa o en casas de parto en zonas rurales que en zonas urbanas).

Parte atendido por partera vs. por obstetra

- [Partes vaginales espontáneos atendidos por comadronas y obstetras en hospitales estadounidenses el 2014](#), *Journals of Midwifery s and Women 's Health*, 08 2017 (Nueva investigación que analiza los Resultados de partos vaginales atendidos por matronas en comparaciones con partos vaginales atendidos por médicos ENCUENTRA menor Merkel de lesiones perineales graves, menor Merkel de inducción y menor uso de epidural en las mujeres atendidas por matronas, sin diferencias en los Resultados neonatales. Otro dato significativo fue que los partos de más de 42 semanas de gestación son atendidos más a menudo por matronas).
- [Tipo de profesional que atiende el parto y lactancia materna exclusiva satisfactoria](#), *Journal of Midwifery s and Women 's Health*, septiembre 2.017 (La lactancia materna exclusiva Reducir texto
 estar asociada al profesional que atiende el parto, según concluye esta investigación. El estudio encontró mayor Probabilidad de lactancia materna exclusiva a los 3 meses de edad Cuando el parto FUE atendido por matronas, en comparaciones con los atendidos por médicos).
- [Unidades obstétricas a cargo de comadronas comparadas con otros modelos](#), *Revisión Cochrane* abril 2016 (La atención por comadronas es asociado con varios Efectos beneficiosos para las madres y los recién Nacidos y no se identificaron Efectos negativos en comparaciones con los modelos de atención por médicos y de atención compartida. Los Efectos beneficiosos principales fueron la reducción del uso de epidurales, así como menos episiotomías o partos instrumentales. También aumentaron las Probabilidad de ser atendida por una comadrona conocida fomentando la Continuidad de cuidados y la satisfacción materna. Además, fue menos probable que las pacientes que recibieron atención por comadronas Tuviera un parto prematuro o perdieran su hijo antes de las 24 semanas de gestación. Se concluye que el modelo de atención más seguro y satisfactorio para las mujeres con embarazos normales son los modelos liderados por matronas).
- [Guía de asistencia al parto en casa](#), COIB, 2010.

Parto en agua:

- Seguro para la madre y para el bebé, vía Midwives of New Jersey.

- Waterbirth , Evidence based birth 2014.
- [Seguro para la madre y el bebé](#) , vía Medscape 07 2018.
- Seguro para la madre y el bebé , vía Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, 2019.

Parto prematuro:

- Los pulpitos , Mi reino por un caballo
- [The hospital where parientes care for premature babies](#), BBC
- [Método madre canguro](#), OMS
- [Un salvavidas llamado método madre canguro](#) , EPEN.
- [En prematuros extremos la lactancia materna reduce morbomortalitat por enterocolitis necrotizante](#)., Evidencias en Pediatría 2017.

Parto Vaginal:

- [Prolonged second stage of labor](#), Evidence based birth 2017.

Parto Vaginal después de Cesárea (PVDC):

- [Parto vaginal después de cesárea](#) , EPEN.
- [Parto vaginal después de cesárea](#) , DLL.
- [Inducción aumenta el riesgo de cesárea en caso de cesárea previa](#), Birth Issues in Perinatal care, 05 2017.
- [Estudio demuestra que aumenta la probabilidad de conseguir PVDC en caso de embarazo y parto atendido por partera](#) , Midwifery 2017.
- [La versión cefálica externa \(VCE\) está recomendada también en caso de cesárea previa](#) , Obstetrics & Gynecology 2013.
- [Mayor Probabilidad de éxito para conseguir PVDC en parto domiciliario que en unidades obstétricas](#) , BJOG 2016.
- [PVDC después de 2 o 3 cesáreas con % de seguridad y éxito similares a PVDC después de 1 cesárea](#) , BJOG 2010.

Piel con piel:

- [Estudio vincula no hacer piel con piel con más del doble de riesgo de hemorragia post parto](#) (Noviembre 2015).
- [Campaña ¡Que no os separen!](#) de El parto es nuestro.
- [Contacto piel con piel en las Cesáreas](#), Comité de Lactancia Materna de AEPED, 2017.

Placenta:

- La placenta, esa gran desconocida, EPEN.
- [¿Qué ocurría con la placenta?](#), EPEN.
- [La placenta también es nuestra](#), EPEN.
- [Placenta previa](#), EPEN.
- [Desprendimiento de la placenta](#), EPEN.
- [Placenta y parte hospitalario](#), DLL.
- [La milonga de la placenta vieja](#), Juan Martínez Uriarte.
- [Posicionamiento de la placenta es irrelevante hasta la semana 32-36 según la guía nice.](#)
- [Envejecimiento de la placenta](#) (sin evidencia) BMJ 1997.
- [Manejo activo o fisiológico de la placenta](#), vía Laia Casadevall 2018.
- [Placentofagia no es peligrosa.](#) (Estudio más grande hasta la fecha con 23.000 participantes concluye que las madres que habían consumido su placenta no perjudicar a sus bebés en comparación con las que no lo habían hecho), News Medical mayo 2018.

Pujos dirigidos Vs Pujos espontáneos:

- [Estudio aquí](#), *Women and birth 2018* (Los pujos dirigidos se asociaron a expulsivos más largos, mayor Merkel de episiotomía, mayor Necesidad de reanimación neonatal y peores puntuaciones en el test de APGAR. En partos fisiológicos se debe evitar dirigir los pujos y dejar que la mujer siga su instinto).

Suplementos en el embarazo:

- Desmantelando el negocio de los multivitamínicos para embarazadas: Sólo deberías volver lo que necesitas, Bebés y más 2.016.
- [Un excesivo de ácido fólico podría aumentar el Merkel de autismo en el bebé](#), Bebés y más 2.016.
- [Too much folate in pregnant women Increases risk for Autism, study suggests](#) , Science News 2016.
- Iodine supplementation for women before, during or after pregnancy, Cochrane 2.017 (en general calidad evidencia muy baja, además evidencia de posibles riesgos).
- [Asociación entre toma de multivitamínicos y duración de la gestación en embarazos de bajo riesgo](#), *Pubmed 2016*
- [¿Debo tomar vitaminas durante el embarazo?](#) Laia Casadevall 2018.
- Suplemento yodo Informe técnico Concejo de Asturias 2015: (No Se recomienda la suplementación farmacológica universal con yodo durante el embarazo y la lactancia).

Tactos:

- Tactos vaginales durante el embarazo DLL.
- [La ciencia de los tactos vaginales, Parte I](#) . Diario de una mamífera.
- [La ciencia de los tactos vaginales, Parte II](#) . Diario de una mamífera.
- [El mito de los exámenes vaginales](#), 2016 Very well.

Test de O'Sullivan:

- [El test de O'Sullivan](#) , EPEN.
- [La prueba de la glucosa: El test de O'Sullivan con desayuno protesta](#), EPEN.
- [Cribaje universal de diabetes gestacional no justificación, sin evidencia](#) , Cochrane 2017.

Violencia Obstétrica:

- La Violencia Obstétrica se hace visible para la ONU: https://elpais.com/elpais/2019/09/25/mamas_papas/1569401750_024829.html.
- [Violencia obstétrica: violencia de género y violación de derechos humanos](#) , Acta sanitaria.
- [Las secuelas de la violencia obstétrica](#) , Ibone Olza.
- [Declaración para la prevención y erradicación de la violencia obstétrica](#) , Organización Mundial de la Salud.
- [Observatorio Violencia Obstétrica](#), EPEN.
- [La depresión post parto y el "bajón hormonal": primero no dañar](#), Isabel Fernández del Castillo.
- [Atención al parto y autoridad](#), Isabel Fernández del Castillo.
- [El parto, mortalidad materna y encarnizamiento médico](#), Acta Sanitaria.
- Estrategia de atención al parto normal, el Ministerio de Sanidad de España.
- [Atención al parto normal](#) , Generalidad de Cataluña.
- [Guías NICE](#) (Revisiones 2017).
- [Nacer en horario laboral](#) , EPEN.
- [Cómo las intervenciones en el parto afectan a la salud mental de la madre](#), Tierra mater 2017.

Vitamina K:

- [Revisión Cochrane 2009](#).
- [Vitamin K for newborn](#), Evidence based birth 2015.
- [Vitamina K, ¿qué opciones tenemos? ¿qué evidencia hay?](#) Mujer luz 2018.

10. Declaración de autoría.

La Sra. Azucena Manzanares del Olmo, experta en Violencia Obstétrica y miembro del Observatorio de la Violencia Obstétrica, asesora de lactancia y psicóloga en formación es autora de este Informe y responsable de su orientación, contenidos y fuentes utilizadas.

Este Informe ha sido un encargo de la Asociación Salud y Familia en el marco del Programa *MATERNIDADES VULNERABLES* y en su producción han sido relevantes las aportaciones de Assumpta Baig Torras, Josefina Altés Campa y Mari Nieves Gómez Crespillo.

El Programa *MATERNIDADES VULNERABLES* ha sido financiado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, convocatoria de subvenciones para la realización de actividades de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.



Associació Asociación
SALUD y FAMILIA

Diciembre 2019. Barcelona.
Composición de Portada: Pere Anglada.
Diseño y maquetación: Carolina Herrera.

Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento – NoComercial-SinObraDerivada- 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visitar: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

