



Temas de Enfermería Obstétrico-Ginecológica: el papel de la Matrona

Varios autores

Palmito Books

Título: Temas de Enfermería Obstétrico-Ginecológica: el papel de la Matrona

© Nuria Sola Rubio, Alberto Jáimez Rodríguez, Raquel Díez-Canseco Palomo, Ana Lucía
Añoover Serrano, 2023

Reservados todos los derechos

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 270 del Código Penal, podrán ser castigados con penas de multa y privación de libertad quienes reproduzcan o plagien, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, fijada en cualquier tipo de soporte sin la preceptiva autorización.

Palmito Books®

Publicado en formato CD-ROM

1ª edición: diciembre 2023

ISBN: 978-84-10035-14-0

Depósito Legal: D.L. MU 1106-2023



Índice

Prefacio	7
La violencia obstétrica en los procedimientos obstétrico-ginecológicos.....	9
Percepción de la violencia obstétrica en un hospital.....	15
Buenas prácticas de enfermería obstétrico-ginecológica	41

Prefacio

En el amplio campo de la enfermería obstétrico-ginecológica, el papel de la matrona es fundamental. Su presencia y cuidado abarcan desde el inicio del proceso gestacional hasta el parto y el postparto, garantizando la salud y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Sin embargo, en este contexto, también surgen desafíos y preocupaciones, entre ellos, la violencia obstétrica.

El presente libro, "Temas de Enfermería Obstétrico-Ginecológica: el papel de la matrona", se presenta como una contribución esencial para comprender y abordar estas cuestiones fundamentales en el ámbito de la salud materno-infantil. A lo largo de sus capítulos, se exploran aspectos esenciales que van desde la violencia obstétrica en los procedimientos obstétrico-ginecológicos hasta la percepción de esta problemática en entornos hospitalarios específicos, como el caso de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo en un hospital de Toledo.

El primer capítulo, "La violencia obstétrica en los procedimientos obstétrico-ginecológicos", sumerge al lector en una reflexión profunda sobre un fenómeno que, lamentablemente, aún persiste en muchos contextos de atención médica. A través de un análisis detallado, se exploran las diversas formas en que esta violencia se manifiesta durante el embarazo, el parto y el postparto, poniendo de relieve la importancia de identificar y combatir estas prácticas para garantizar una atención respetuosa y centrada en las necesidades de las mujeres.

El segundo capítulo, "Percepción de la violencia obstétrica en un hospital", proporciona una visión específica y detallada sobre cómo esta problemática es percibida y experimentada en un entorno hospitalario concreto. A través de datos empíricos y testimonios reales, se analizan las percepciones de mujeres, matronas y otros profesionales de la salud, proporcionando una comprensión más completa de los factores que contribuyen a la violencia obstétrica y las posibles estrategias para abordarla de manera efectiva.

El tercer capítulo, "Buenas prácticas de enfermería obstétrico-ginecológica", pretende establecer los roles de la matrona que son indispensables para prevenir la violencia obstétrica. En este apartado, se exploran las prácticas y enfoques que

promueven una atención humanizada, basada en la evidencia y centrada en el respeto a la autonomía y la dignidad de las mujeres. Desde el acompañamiento emocional hasta la promoción de la lactancia materna, se destacan intervenciones y políticas que pueden transformar radicalmente la experiencia de la maternidad para mejor.

A lo largo de estas páginas, se invita al lector a reflexionar, cuestionar y comprometerse con la búsqueda de una atención obstétrico-ginecológica más justa, equitativa y compasiva. En un mundo donde cada nacimiento debería ser motivo de celebración y alegría, es fundamental erradicar la violencia obstétrica y promover prácticas que honren la dignidad y los derechos de todas las personas involucradas en el proceso de dar vida.

Este libro no pretende ser simplemente un compendio de conocimientos, sino una llamada a la acción para todos aquellos que trabajan en el campo de la enfermería obstétrico-ginecológica. Solo a través del compromiso colectivo y la colaboración interdisciplinaria podremos construir un futuro donde todas las mujeres puedan recibir una atención respetuosa, segura y centrada en sus necesidades durante el embarazo y el parto. En este sentido, cada capítulo es una pieza crucial en el rompecabezas de la transformación de la atención obstétrica, y juntos, esperamos que puedan guiar el camino hacia un mañana más humano y compasivo para todas las madres y sus familias.

La violencia obstétrica en los procedimientos obstétrico-ginecológicos

Nuria Sola Rubio, Alberto Jáimez Rodríguez, Raquel Díez-Canseco Palomo,
Ana Lucía Añover Serrano

La violencia obstétrica (VO) se conoce como las prácticas y conductas llevadas a cabo por los profesionales sanitarios a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio que pueden ser percibidas como violentas. Se incluyen actos realizados sin consentimiento, intervenciones dolorosas sin anestésicos, obligar a parir en una posición determinada o prestar atención medicalizada excesiva, innecesaria o iatrogénica. En este concepto también abarca violencia del tipo psicológica, como dar a la paciente un trato infantil, paternalista o despectivo¹. Asimismo, podría definirse como el acto de ignorar la autonomía y autoridad que las mujeres poseen respecto sus cuerpos, sexualidad y sus bebés².

Se trata de una violencia estructural e institucional que nace de una cultura patriarcal que afecta a diversos ámbitos, como el de Ciencias de la Salud¹.

La violencia obstétrica se entiende como violencia institucional, simbólica y estructural.

El aspecto institucional se muestra en las reacciones de los profesionales ante alternativas propuestas por la mujer a la atención hospitalaria o ante el supuesto exceso de preguntas que la mujer puede hacer. La dimensión estructural se ve reflejada por el sistema de roles contruidos en el marco de las instituciones hospitalarias. Se basa en las desigualdades entre los distintos roles (médico-paciente) definidas por las conocidas “asimetrías de poder”. El elemento simbólico se refiere a toda aquella violencia que no se ve pero que legitima la posición de autoridad del sanitario y la de dependencia y pasividad de la mujer².

Se sabe que la VO puede ser de tipo físico y psicológico. Entre las prácticas físicas se encuentran aquellas que se realizan innecesariamente y sin consentimiento de la

paciente como la episiotomía rutinaria, la maniobra de Kristeller, cesáreas injustificadas, entre otras. Respecto a la violencia de tipo psicológico, debemos tener en cuenta que la mujer se encuentra en una situación de vulnerabilidad emocional en el momento del parto. Dificultar el apego precoz, críticas por llorar o gritar durante el parto, burlas o comentarios descalificantes, falta de atención o proporcionar escasa información puede hacer que la mujer refiera un trato deshumanizante por parte del personal sanitario^{3,4}.

Comúnmente, por parte de los profesionales de la salud, existe una dificultad para identificar como autor de la VO en sus diferentes formas, justificando su práctica como actos necesarios y naturales que se realizan por el bien de las gestantes y sus bebés, legitimando así sus acciones. Esta forma de banalizar la VO, naturaliza estas conductas y las normaliza, contagiándose esta falsa normalidad de unas mujeres a otras, siendo muy difícil la visibilización del problema, convirtiéndose en más peligrosa aún.

La VO no es sólo una consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género. La imagen culturalmente consolidada de la mujer como reproductiva, sumisa e inferior física y moralmente genera un precedente para la dominación, control y coacción de sus cuerpos y su sexualidad⁵.

Infantilización de la mujer, comportamiento paternalista hacia ellas, trato deshumanizador o pérdida de autonomía son algunas de las actitudes que se sustentan en un modelo biomédico hegemónico y patriarcal que ilegítima el poder las de las mujeres sobre sus cuerpos^{5,6}.

La violencia de género constituye un problema de salud pública. Y dentro de ella, como hemos mencionado con anterioridad, encontramos la VO como una forma más de ejercerla. Trabajar sobre las bases donde se asienta la VO y el contexto social, promover el empoderamiento de las mujeres y poder dotarles de la información y capacidad de elección, se convierten en elementos clave para que las mujeres ejerzan el control sobre sus propios cuerpos^{5,6}.

El estudio más reciente encontrado sobre VO en España recoge datos sobre la percepción de las mujeres atendidas entre 2009 y 2018. En cuanto a los resultados que se obtuvieron destaca que el 38,3% de la muestra indicó haber sufrido VO. Por

otro lado, el 67,9% consideró que las instituciones de salud como el Ministerio de Sanidad, Servicios de Salud, Gerencias y Consejerías no promovieron ni apoyaron los derechos en materia de embarazo, parto, puerperio y lactancia⁷.

Otro dato alarmante es que casi la mitad de la muestra (45,9%) indicó que no fueron informadas sobre los procedimientos a los que iban a ser sometidas, y no se les solicitó su consentimiento, y el 48% indicó que les fue imposible resolver sus dudas o expresar sus preocupaciones y miedos⁷.

El 44,4% percibió que les habían sometido a procedimientos innecesarios y/o dolorosos, de las cuales, al 83,4% no se les aportó razones o no les pidieron consentimiento informado, o bien no consintieron la práctica. El 34,5% manifestó que les criticaron mediante comentarios denigrantes o irónicos su comportamiento, y el 31,4% les trataron con apodosos o diminutivos infantiles. Sólo el 20,2% indicó que se les respetó su plan de parto⁷.

La VO no sólo existe en países de bajos ingresos, sino que también existe en países de ingresos más altos como son España o Italia, por lo que es un tema que debería seguir investigándose.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, y sabiendo que en la actualidad la violencia obstétrica tiene cada vez un papel más importante en la sociedad, resulta necesario conocer la percepción de la violencia obstétrica en matronas y ginecólogas para analizar mejor la manera de actuar de los profesionales y tener una mayor conciencia de las acciones realizadas en el momento del parto.

A nivel legal, todavía no existe un consenso sobre la definición del concepto de VO, no obstante, varias organizaciones internacionales como la OMS señala que existe evidencia sobre el maltrato que reciben muchas mujeres en centros de salud y hospitales⁸. A nivel europeo, la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo se refirió a la VO como una forma de violencia que ha estado escondida durante mucho tiempo⁹.

Para poder hacer frente a este tipo de violencia estas organizaciones han propuesto diferentes estrategias a llevar a cabo que implicarían medidas como un mayor compromiso por parte de los gobiernos para realizar investigaciones que permitan conocer el impacto que puede tener en la salud de la mujer, así como promover una

mayor conciencia y formación en los profesionales que trabajan en este ámbito, ofrecer apoyo a las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica así como asegurar que los profesionales entiendan la importancia de la relación entre el paciente y el profesional^{8,9}.

Venezuela ha sido el primer país del mundo en incluir la violencia obstétrica en sus leyes. En el artículo 51 de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, considera como tipo de violencia obstétrica cualquier acción por parte del personal sanitario que impida el apego precoz sin causa justificada, obligar a las mujeres a parir en posición supina existiendo método para la realización de parto vertical, no atender eficazmente las emergencias obstétricas, alterar el proceso de parto de bajo riesgo sin el previo consentimiento de la mujer así como, la realización de una cesárea existiendo condiciones para el parto natural¹⁰.

En España, no existe actualmente ninguna ley a nivel nacional que mencione el término de VO. No obstante, a nivel autonómico Cataluña ha sido la primera comunidad en hacer referencia a este término. En la Ley 17/2020, que modifica la Ley 5/2008 del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, se menciona el término de VO y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos que “consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas”¹¹.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de las Naciones Unidas, instó a España a respetar la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres en cada etapa del parto, no solamente mediante la modificación de leyes sino también mediante cambios en las costumbre y práctica de los trabajadores, tras ser considerada España responsable de VO¹².

Referencias

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A, Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 2 de agosto de 2022];35(3):211-2. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Montero Sanz NA. Violencia obstétrica en España:: Lo que no se nombra, no existe. Dialnet. Rev Sanit Investig [Internet]. 2021 [citado 2 de agosto de 2022];2(9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8080980>
3. Valenzuela-Banda A, De la Torre Rodríguez FA. Violencia obstétrica. Artículo de revisión. Lux Médica [Internet]. 20 de mayo de 2019 [citado 3 de agosto de 2022];14(41):43-58. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2012>
4. Melo A da S, Silva SBS da, Costa FB da, Barbosa M do SA, Nascimento KC do, Reis RP dos. Assistência de enfermagem frente à violência obstétrica: um enfoque nos aspectos físicos e psicológicos / Nursing assistance in front of obstetric violence: a focus on physical and psychological aspects. Brazilian J Dev [Internet]. 2020 [citado 3 de agosto de 2022];6(10):83635-50. Disponible en: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/19127>
5. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev LatinoAm Enfermagem [Internet]. 2018 [citado 3 de agosto de 2022];26:e3069. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6280177/pdf/0104-1169-rlae-26-e3069.pdf>
6. Lévesque S, Ferron-Parayre A. To Use or Not to Use the Term "Obstetric Violence": Commentary on the Article by Swartz and Lappeman. Violence Against Women [Internet]. 2021 [citado 4 de agosto de 2022];27(8):1009-1018. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8127656/pdf/10.1177_10778012219_96456.pdf

7. Mena-Tudela D et al. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res an Public Heal* [Internet]. 2020 [citado 3 de agosto de 2022];17(21):7726. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
8. OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud [Internet]. OMS; 2014 [citado 4 de agosto 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
9. Committee on Equality and Non-Discrimination [Internet]. Parliamentary Assembly; 2019 [citado 2 de agosto 2022]. Disponible en: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28236&lang=en>
10. Ley Orgánica de Reforma a la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, número 6667 Extraordinario, (16 de diciembre de 2021).
11. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. Boletín Oficial del Estado, número 11, (13 de enero de 2021), páginas 3096 a 3113.
12. Díaz García LI, Fernández M. Y. Situación legislativa de la violencia obstétrica en américa latina: El Caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)* [Internet]. 2018 [citado 2 de agosto de 2022];(51):123-143. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-68512018000200123

Percepción de la violencia obstétrica en un hospital

Ana Lucía Añoover Serrano, Nuria Sola Rubio, Alberto Jáimez Rodríguez,
Raquel Díez-Canseco Palomo

La violencia obstétrica es un problema de salud pública que afecta a mujeres en todo el mundo durante el proceso de embarazo, parto y postparto. Este fenómeno se manifiesta a través de diversas formas de maltrato, desde la falta de respeto y la discriminación hasta la violencia verbal, física y emocional por parte de profesionales de la salud durante la atención obstétrica. La violencia obstétrica (VO) se refiere a las prácticas y comportamientos que los profesionales de la salud pueden tener con las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio que pueden ser considerados violentos. Se incluyen actos realizados sin consentimiento, intervenciones dolorosas realizadas sin anestésicos, obligar a parir en una posición determinada o proporcionar atención medicalizada excesiva, innecesaria o iatrogénica. Este concepto también incluye violencia psicológica, como tratar a la paciente de manera infantil, paternalista o despectivo¹. Asimismo, se podría definir como el acto de ignorar la autonomía y autoridad que tienen las mujeres en relación con sus cuerpos, sexualidad y bebés².

Este problema ha recibido cada vez más atención en los últimos años debido a su impacto en la salud y el bienestar de las mujeres, así como en la calidad de la atención obstétrica. La violencia obstétrica puede tener consecuencias físicas y psicológicas negativas para las mujeres, incluida la disminución de la satisfacción con la atención recibida, el aumento del estrés y la ansiedad, y en casos extremos, complicaciones médicas graves.

En el contexto de la investigación propuesta, es fundamental comprender la percepción de la violencia obstétrica desde la perspectiva de los profesionales de la salud, en este caso, las matronas y ginecólogas de un hospital en Toledo. Estos profesionales desempeñan un papel crucial en la atención obstétrica y están en una

posición única para identificar y abordar la violencia obstétrica en su práctica diaria. Sin embargo, la falta de conciencia o reconocimiento de este problema por parte de los profesionales de la salud puede contribuir a su perpetuación y a la falta de atención adecuada a las necesidades y derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto.

Por lo tanto, investigar la percepción de la violencia obstétrica entre las matronas y ginecólogas no solo ayudará a comprender mejor este fenómeno, sino que también proporcionará información valiosa para el diseño de intervenciones y políticas destinadas a prevenir y abordar la violencia obstétrica, mejorar la calidad de la atención obstétrica y promover el respeto de los derechos reproductivos de las mujeres.

Hipótesis

Existe una alta percepción de violencia obstétrica por parte del equipo de paritorio de Toledo.

Las características sociodemográficas, edad, profesión, años de experiencia influyen en la percepción de violencia obstétrica.

Objetivos

Objetivo general

Conocer la percepción de la violencia obstétrica en las matronas y ginecólogas de un hospital de Toledo.

Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población a estudio.
- Determinar y describir las principales acciones que se consideran VO.

- Analizar si existen diferencias en la percepción de VO entre matronas y ginecólogas.

Metodología

El diseño de estudio del presente trabajo de investigación se basa en un estudio transversal descriptivo observacional para conocer la percepción sobre la violencia entre los profesionales sanitarios del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Toledo.

Para la recogida de datos de este estudio, se ha optado por la utilización del cuestionario PercOV-S (Perception of Obstetric Violence in Students) (*Anexo I*) validado en español.

El cuestionario consta de 33 ítems que miden las percepciones sobre VO mediante una escala Likert de 5 niveles (1: sin VO; 5: mucha VO). Los ítems están divididos en tres espacios: antes del parto, durante el parto o cesárea y después del parto. Para la validación de dicho cuestionario, se propuso clasificar los ítems en dos dimensiones:

Dimensión 1 titulada “Violencia obstétrica protocolizada o visible” correspondientes a con los ítems 1,2,3,4,6,15,16 y 28 y la dimensión 2 titulada “Violencia obstétrica no protocolizada o visible” correspondientes a los ítems 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33.

Las puntuaciones más altas indican una mayor percepción de violencia obstétrica. Se considera una percepción alta de violencia obstétrica cuando la puntuación media global es mayor o igual a 4,14.

Para calcular la puntuación global del PercOV-s, se debe realizar la media del total de ítems, es decir un sumatorio del resultado de todos los ítems y dividir este resultado por el número de ítems (33 ítems).

Respecto al periodo de estudio, la recogida de datos se realizó entre los meses de enero, febrero y marzo de 2023. Posteriormente, el análisis e interpretación de los datos se llevó a cabo entre abril y mayo del mismo año.

La población de estudio son las matronas y ginecólogos, incluyendo los residentes de ambas profesiones, del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Toledo. Debido al continuo cambio que se produce en la plantilla de trabajadores, en concreto, en las matronas, se ha tenido en cuenta a aquellos profesionales que se encontraban trabajando en los meses en los que se realizaba la recogida de datos. Por tanto, quedan excluidas aquellas matronas o ginecólogas no activas laboralmente en ese periodo de tiempo o que no rellenaron el cuestionario en el tiempo delimitado.

Se ha obtenido una participación de 53 personas en total, teniendo en cuenta que la población a estudio es de alrededor de 102 personas, lo que conlleva a un 51,96% de participación.

Asimismo, se elaboró una hoja de recogida de datos *ad hoc* según las variables sociodemográficas escogidas (*Anexo II*), siendo las siguientes: edad (menos de 30 años, entre 30 y 50 años, más de 50 años), sexo (hombre o mujer), profesión (matrona, residente de matrona, ginecóloga, residente de ginecología) y años de experiencia (menos de 5 años, entre 5 y 15 años, más de 15 años) que se adjuntó al cuestionario PercOV-S. Se distribuyó a través de *Formularios Google* enviando el enlace a los diferentes miembros del servicio.

Según nuestra muestra, se obtiene que no sigue una distribución normal, por lo que se han utilizado pruebas no paramétricas para el estudio estadístico, siendo las pruebas escogidas la U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Chi-Cuadrado.

Resultados

Perfil sociodemografico de la muestra

Se recopilaron 53 cuestionarios. Del total de la muestra de profesionales sanitarios, el 90,6% (n = 48) fueron mujeres. El 75,5% (n = 40) procedían del grupo profesional de matronas, mientras que el 24,5% (n = 13) de ginecólogas. En relación con la edad, un 28,3 % (n = 15) tenía menos de 30 años, mientras que el 64,2% tenía entre 30 y 50 años (n = 34) y por último el 7,5% (n = 4) tenía más de 50 años. En cuanto a los años de experiencia, un 34% (n = 18) cuenta con menos de 5 años, el 43,4% (n = 23) tiene entre 5 y 15 años y, por último, el 22,6% (n = 12) cuenta con

más de 15 años de experiencia. La *Tabla 1* muestra las variables sociodemográficas y de control de la muestra total y distribuidas en los grupos de profesionales sanitarios. Los *Gráficos 1, 2, 3 y 4* muestran la distribución de la muestra según las variables sociodemográficas.

TABLA 1. Variables sociodemográficas y de control de la muestra (n = 53)

Variable	Total		Matronas		Ginecólogas	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Hombres	5	9.4	5	12.5	0	0.0
Mujeres	48	90.6	35	87.5	13	100
Edad						
Menos de 30 años	15	28.3	11	27.5	4	30.8
Entre 30 y 50 años	34	64.2	25	62.5	9	69.2
Más de 50 años	4	7.5	4	10.0	0	0.0
Años de experiencia						
Menos de 15 años	18	34.0	14	35.0	4	30.8
Entre 15 y 30 años	23	43.4	19	47.5	4	30.8
Más de 30 años	12	22.6	7	17.5	5	38.5

GRÁFICO 1. Diagrama de sectores según profesión sanitaria

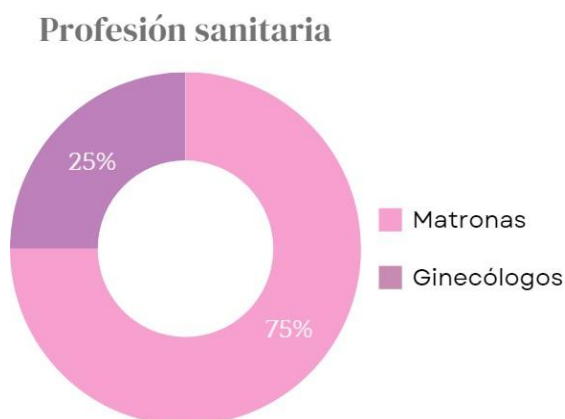


GRÁFICO 2. Diagrama de sectores según sexo

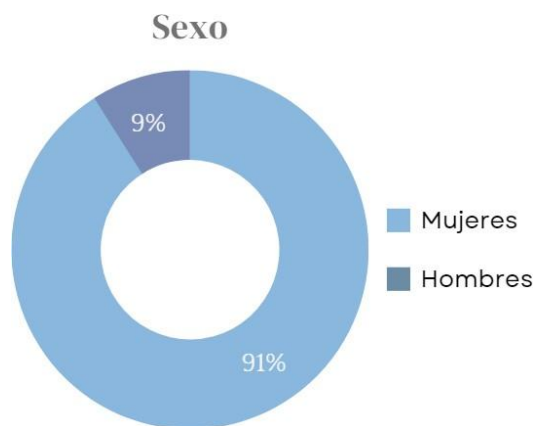


GRÁFICO 3. Diagrama de sectores según edad

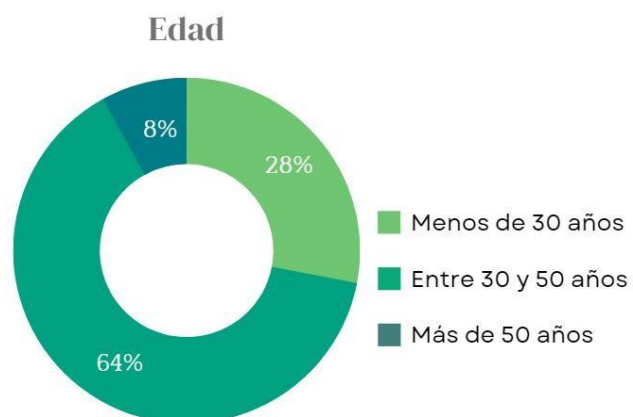


GRÁFICO 4. Diagrama de sectores según años de experiencia



Percepción de la violencia obstétrica (PercOV-S)

La puntuación media global del cuestionario PercOV-S fue de 3,5792 puntos ($DE \pm 1,08080$; $IC95\% = 3,2813 - 3,8771$), indicando una percepción de violencia obstétrica moderada. El dominio 1 que hace referencia a la violencia obstétrica protocolizada o visible (incluyendo los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 15, 16 y 28) obtuvo una puntuación media de 2,9316 ($DE \pm 0,827$; $IC95\% = 2,70-3,15$), lo que sugiere una percepción de violencia obstétrica baja. La media para el dominio 2, que hace referencia a la violencia obstétrica no protocolizada o no visible (que incluye el resto de los ítems), fue de 3,786 puntos ($DE \pm 1,238$; $IC95\% = 3,44-4,12$), lo que denota violencia obstétrica moderada.

Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global del cuestionario entre la percepción de la VO entre matronas y ginecólogas ($p = 0,005$) y en ambas dimensiones ($p = 0,004$ y $p = 0,009$), sin embargo, en cuanto a los ítems, sólo en nueve de los treinta y tres ítems se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, según el grupo profesional (*Tabla 2*), siendo los ítems 3, 4, 5, 10, 15, 19, 20, 21, y 27. Destaca la media superior del dominio 1 (violencia obstétrica protocolizada o visible) en las matronas ($M = 3,109$) frente a la media de puntuaciones de este dominio en ginecólogas ($= 2,384$). En las puntuaciones medias totales la media fue superior en matronas ($M = 3,696$) frente a la media en ginecólogas ($M = 3,219$). Existe mayor dispersión y variabilidad en el grupo de matronas ($DE \pm 1,16$; $\sigma^2 = 1,348$) que en el de ginecólogas ($DE \pm 0,70$; $\sigma^2 = 0,496$). Con esto podríamos decir que en el grupo de matronas se tienen percepciones más variadas en cuanto a la VO, mientras que las ginecólogas tienen percepciones similares.

TABLA 2. Resultados del PercOV-S, sus dimensiones e ítems según profesión sanitaria

PercOV-S	Matronas		Ginecólogas		p ^a
	Media	DE	Media	DE	
<i>Resultado total</i>	3,696	1,16	3,219	0,704	0,005
<i>Dominio 1 "Violencia obstétrica protocolizada o visible"</i>	3,109	0,799	2,384	0,679	0,004
1. Canalizar vía intravenosa al ingreso a las gestantes	1,85	1,442	1,69	1,494	0,499

Percepción de la violencia obstétrica en un hospital

2. Para aliviar el dolor, hay que decirle a la mujer la mejor posición para colocarse	2,20	1,305	1,92	1,605	0,264
3. Administrar medicación para acelerar el proceso del parto	3,00	1,359	2,15	1,068	0,037
4. Administración de un enema	3,70	1,588	2,62	1,502	0,025
6. Realizar el rasurado genital.	3,73	1,679	2,92	1,656	0,182
15. En la fase de expulsivo, el profesional debe asegurarse que la mujer esté colocada en posición de litotomía.	3,68	1,623	2,46	1,127	0,005
16. Durante el expulsivo y postparto inmediato, la mujer puede estar acompañada si no se instrumenta el parto o si éste no es una cesárea.	3,03	1,527	2,23	1,739	0,116
28. Inmediatamente después del nacimiento, el cordón umbilical debe ser cortado.	3,70	1,604	3,08	1,801	0,241
Dominio 2 "Violencia obstétrica no protocolizada o invisible"	3,884	1,323	3,486	0,908	0,009
5. Romper artificialmente la bolsa para acelerar el proceso de parto	3,18	1,259	2,15	1,068	0,015
7. Si la mujer está muy inquieta, puede ser sujeta.	4,15	1,610	4,23	1,536	0,869
8. Realizar tacto vaginal sin consentimiento de la mujer.	4,00	1,754	4,23	1,481	0,893
9. No ofrecer medidas para tratar el dolor.	3,98	1,510	4,00	1,732	0,730
10. Intentar convencer a la mujer del uso de la epidural.	3,38	1,372	2,23	1,013	0,006
11. No preservar la intimidad de la mujer.	4,10	1,598	4,15	1,463	0,725
12. Intentar convencer a la mujer de la realización de una cesárea para terminar el parto sin dolor y/o más rápidamente.	4,15	1,610	4,31	1,494	0,847
13. Convencer a la mujer de las decisiones clínicas tomadas sin considerar su opinión.	4,08	1,542	3,46	1,613	0,111
14. Tomar imágenes sin permiso durante el parto.	4,25	1,548	4,23	1,481	0,552
17. Realizar una episiotomía, en caso de ser necesario, sin pedir permiso previamente.	3,50	1,502	2,69	1,548	0,111
18. Verbalizar o expresar: "Es que no sabes empujar".	4,05	1,552	4,00	1,472	0,616
19. Realizar la maniobra de Kristeller (apretar el útero de la mujer en el momento de la contracción coincidiendo con el empuje).	4,03	1,493	2,77	1,013	0,002
20. Realizar una episiotomía sin anestesia.	3,75	1,428	2,85	1,068	0,018
21. Prohibición de beber y/o comer durante el parto.	3,75	1,235	2,69	1,109	0,007

22. No proporcionar abrigo/calefacción durante el parto.	3,78	1,687	3,92	1,441
23. Verbalizar o expresar: "Deja de quejarte, que tampoco es para tanto".	4,08	1,607	4,23	1,481
24. Intentar que la mujer no grite explicándole que puede asustar al resto de mujeres.	3,78	1,717	3,85	1,519
25. Realizar una cesárea justificándola con la lentitud de la dilatación.	3,43	1,599	2,62	1,387
26. Ante la necesidad de la realización de una cesárea de urgencia, el/la ginecólogo/a explica el contenido del consentimiento informado; pero no hace falta asegurarse de que la gestante es consciente de lo que se le está explicando ni tampoco firmar ningún consentimiento.	3,73	1,450	2,62	1,710
27. No permitir el acompañamiento durante la cesárea/parto instrumentado.	4,05	1,197	2,92	1,382
29. Ante un desgarro, suturar sin anestesia.	4,05	1,568	3,92	1,553
30. Separar a la madre del bebé, sin razón médica avalada por la evidencia científica.	4,20	1,620	4,38	1,502
31. El contacto piel con piel debe realizarse tras la revisión pediátrica del neonato por parte de los profesionales sanitarios (matrona y/o pediatría).	3,68	1,623	3,15	1,676
32. Facilitar el descanso materno, aunque no se haya establecido la lactancia materna, llevando el bebé al nido.	3,85	1,578	3,31	1,797
33. Dar al recién nacido hospitalizado otra alimentación que no sea leche materna, sin la autorización de la madre.	4,18	1,567	4,23	1,363

a. Prueba de Mann-Whitney

En el *Gráfico 5* se observan que existen valores atípicos en el grupo de matronas, con puntuaciones menores a 2,5. Por lo que, a continuación, se dividió el grupo de matronas en Matronas típicas (puntuación media total > 2,5; n = 31) y Matronas atípicas (puntuación media total < 2,5; n = 8), las cuales son las que tuvieron menor percepción de violencia obstétrica. En la *Tabla 3* se analizó la relación entre las matronas atípicas y el sexo, edad y años de experiencia. En cuanto al sexo y edad se obtuvieron resultados no significativos ($p = 0,248$ y $p = 0,136$ respectivamente). Tras el análisis de asociación entre matronas atípicas y los años de experiencia se encontraron resultados estadísticamente significativos ($p = 0,042$), por lo que podríamos decir que la baja percepción de VO (del resultado total < 2,5) se asocia con los años de experiencia de las matronas.

GRÁFICO 5. Diagrama de cajas de grupo profesional (eje X) y puntuación media total del PercOV-S (eje Y)

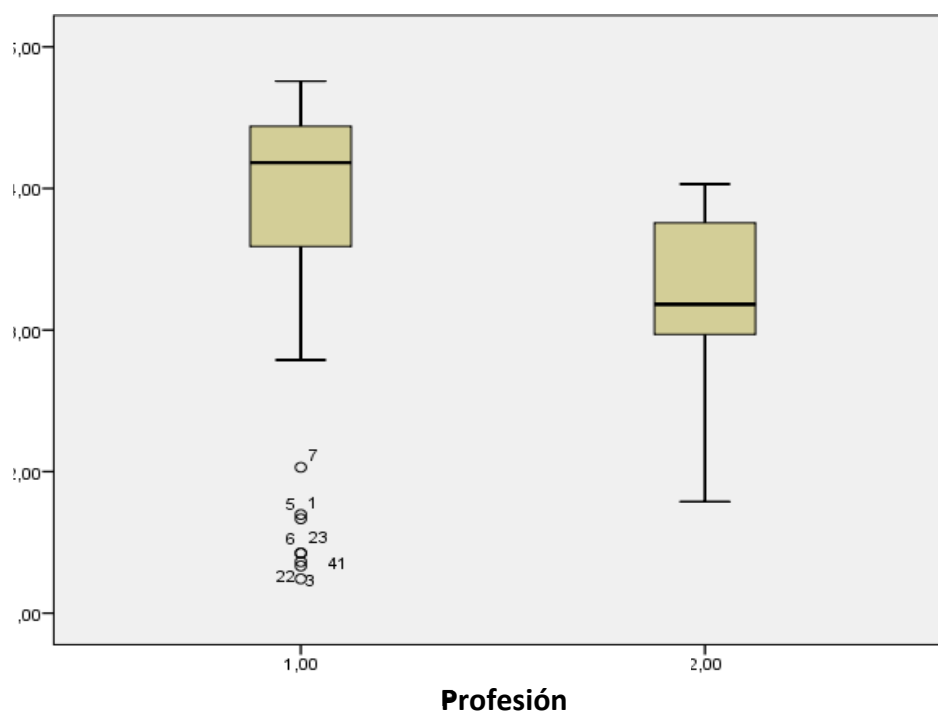


TABLA 3. Resultados del PercOV-S en matronas según sus puntuaciones

Matronas	Resultado total < 2,5		Resultado total > 2,5		p ^a
	n	%	n	%	
Sexo					0,248
Hombres	2	25	3	9,7	
Mujeres	6	75	28	90,3	
Edad					0,136
Menos de 30 años	0	0,0	11	35,5	
Entre 30 y 50 años	7	87,5	17	54,8	
Más de 50 años	1	12,5	3	9,7	
Años de experiencia					0,042
Menos de 15 años	0	0,0	14	45,2	
Entre 15 y 30 años	5	62,5	13	41,9	
Más de 30 años	3	37,5	4	12,9	

a. Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

La *Tabla 4* ofrece resultados descriptivos y comparativos tanto de la puntuación global del PercOV-S como de las dimensiones, por sexo, edad y años de experiencia.

TABLA 4. Resultados descriptivos y comparativos de las dimensiones y puntuación global por variable sociodemográfica y de control

Variable	Resultado total			Dominio 1			Dominio 2		
	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p
<i>Sexo</i>			0,148 ^a			0,891 ^a			0,057 ^a
<i>Hombres</i>	2,89	1,404		2,85	1,00		2,90	1,552	
<i>Mujeres</i>	3,65	1,033		2,94	0,819		3,878	1,183	
<i>Edad</i>			0,486 ^b			0,987 ^b			0,320 ^b
<i>Menos de 30 años</i>	4,018	0,553		3,00	0,779		4,344	0,507	
<i>Entre 30 y 50 años</i>	3,413	1,213		2,90	0,855		3,575	1,404	
<i>Más de 50 años</i>	3,34	1,123		2,875	0,973		3,49	1,231	
<i>Años de experiencia</i>			0,033 ^b			0,622 ^b			0,017 ^b
<i>Menos de 15 años</i>	4,043	0,513		3,076	0,731		4,353	0,472	
<i>Entre 15 y 30 años</i>	3,582	1,243		2,896	0,967		3,801	1,393	
<i>Más de 30 años</i>	2,876	1,064		2,781	0,691		2,906	1,285	

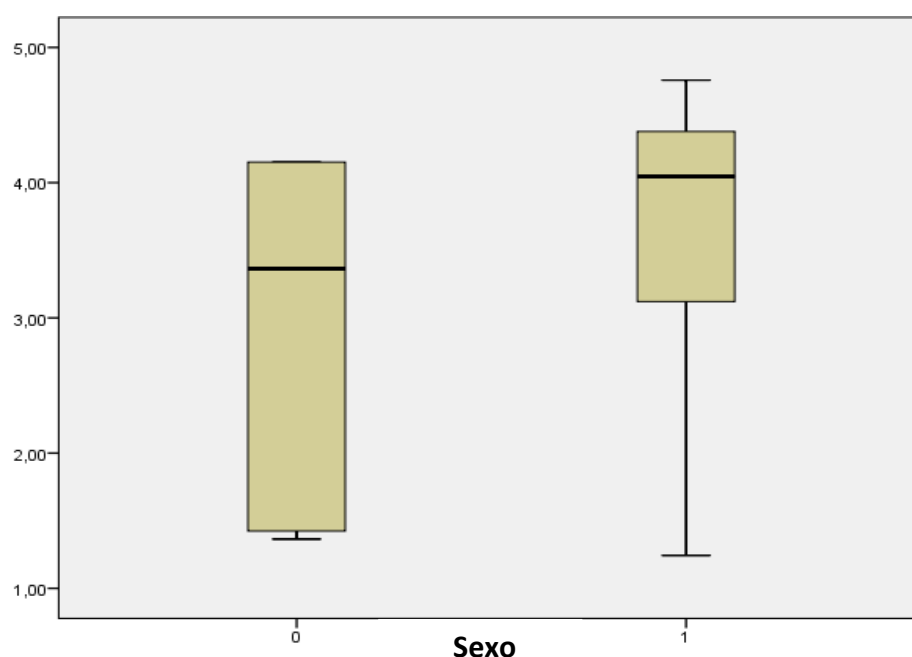
a. Prueba de U de Mann-Whitney

b. Prueba de Kruskal-Wallis

En la variable sexo se obtuvo un resultado estadísticamente no significativo en la puntuación total del PercOV-S ($p = 0,148$), al igual que en ambas dimensiones ($p = 0,891$ y $p = 0,057$). Por lo que no se puede afirmar que exista relación entre el sexo y la percepción de VO.

En el grupo de hombres existe mayor variabilidad y dispersión de respuestas tanto en la puntuación total como en ambas dimensiones ($DE \pm 1,40$; $\sigma^2 = 1,971$) mientras que en el grupo mujeres las respuestas tienen menor variabilidad y dispersión ($DE \pm 1,033$; $\sigma^2 = 1,069$), pudiéndose observar en el *Gráfico 6*.

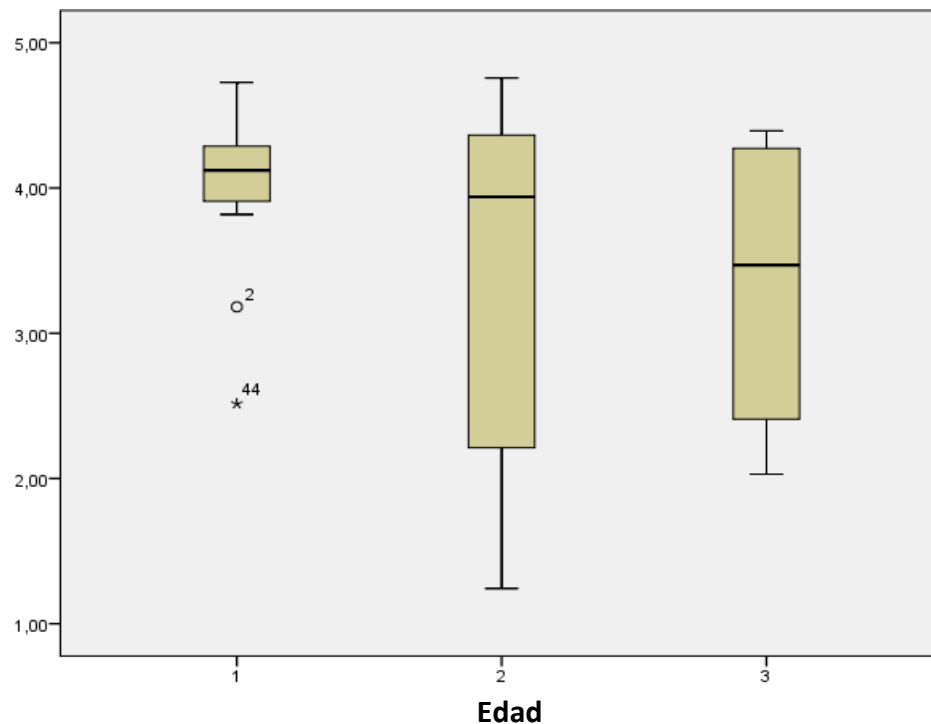
GRÁFICO 6. Diagrama de cajas de sexo y puntuación media total del PercOV-S



En la variable edad no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en la puntuación total ($p = 0,486$) ni en ninguna dimensión ($p = 0,987$ y $p = 0,320$), por lo que no se puede afirmar que exista relación entre la edad y la percepción de VO.

También, se observó que al aumentar la edad disminuyen las medias de las puntuaciones totales y en las dos dimensiones, es decir, es menor la percepción de la VO. En el grupo de edad menos de 30 años se obtuvo una media de 4,018, mientras que en el grupo de edad entre 30 y 50 años la media fue de 3,413 y en el grupo de edad más de 50 años la media fue de 3,34. Además en el grupo de menos de 30 años se tenía una percepción similar en lo que respecta a este concepto con menor dispersión y variabilidad de respuestas ($DE \pm 0,553$; $\sigma^2 = 0,306$), mientras que en los otros dos grupos las respuestas son más dispersas y variables (entre 30 y 50 años con $DE \pm 1,213$; $\sigma^2 = 1,473$ y mayores de 50 años con $DE \pm 1,123$; $\sigma^2 = 1,263$). Se puede observar esto en el *Gráfico 7*.

GRAFICO 7. Diagrama de cajas de edad y puntuación media total del PercOV-S



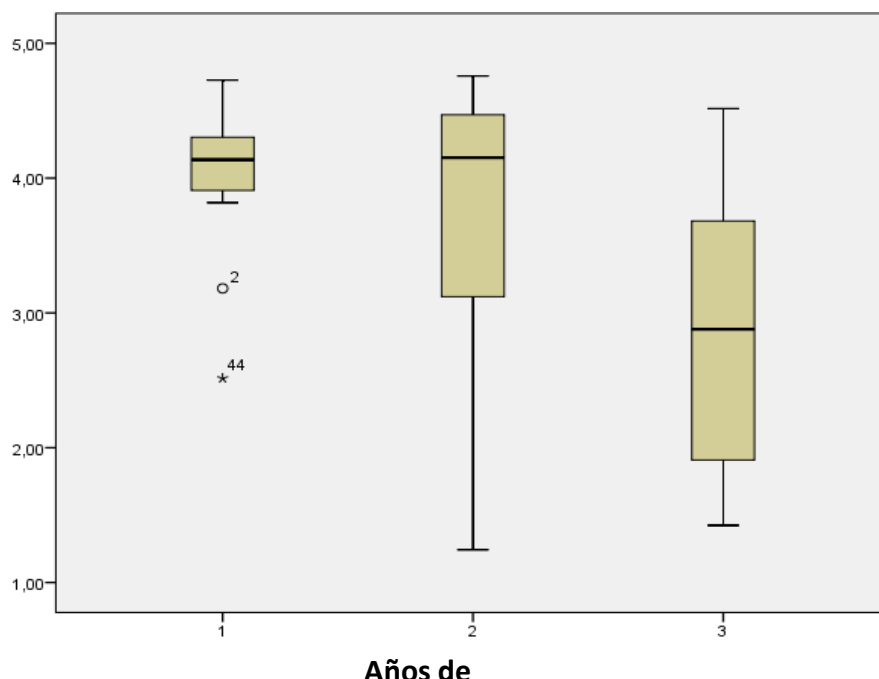
Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en los grupos de años de experiencia tanto en la puntuación total del cuestionario ($p = 0,033$) como en el dominio 2 que sería la violencia obstétrica no protocolizada o invisible ($p = 0,017$). Sin embargo, en estos grupos por años de experiencia no se observó diferencias en el dominio 1 que sería la violencia obstétrica protocolizada o visible ($p = 0,622$).

Al igual que ocurría con la edad, al aumentar los años de experiencia las medias de las puntuaciones totales y ambas dimensiones disminuyen, por lo que, según aumenta la experiencia profesional se puede afirmar que existe menor percepción de la VO. En el grupo de años de experiencia de menos de 5 años se obtuvo una media de 4,043, mientras que en el grupo de años de experiencia entre 5 y 15 años la media fue de 3,582 y en el grupo con más de 15 años de experiencia la media fue de 2,876.

En el grupo de menos de 5 años hubo menor dispersión y variabilidad de resultados, teniendo similar percepción de VO ($DE \pm 0,513$; $\sigma^2 = 0,263$), al contrario, que en los otros dos grupos donde las respuestas fueron más dispersas y variables

(entre 5 y 15 años de experiencia con $DE \pm 1,243$; $\sigma^2 = 1,545$ y con más de 15 años una $DE \pm 1,064$; $\sigma^2 = 1,133$). En el *Gráfico 8* se puede visualizar esto.

GRÁFICO 8. Diagrama de cajas de años de experiencia y puntuación media total del PercOV-S



Discusión

Los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto que el perfil que tiene mayor percepción sobre violencia obstétrica es matrona/ón, de edad menor a 30 años y con menos años de experiencia profesional.

Para empezar, respecto a los años de experiencia, cabe destacar que la percepción de VO y el sistema de salud paternalista están muy relacionados, por lo que esto podría explicar que las personas con menos años de experiencia laboral tienden a abandonar este paternalismo y a tener mayor percepción de VO al no haber estado tanto tiempo en contacto con este tipo de atención a la mujer. De hecho, en el estudio descriptivo en el que participaban matronas de sistema público de salud de Baleares³ referían que se pretendía respetar las decisiones de la mujer mientras

que no contradijese la del profesional, creyendo que la de este era mejor que la del paciente, lo que denota cierto grado de paternalismo. Además, al igual que en nuestra investigación, Juan Miguel Martínez-Galiano et al.⁴ concluyó que las matronas con menos años de experiencia tenían una mayor percepción sobre VO, hecho que se coincide con nuestro estudio.

Podemos decir que en el estudio llevado a cabo por Ainoa Biurrun-Garrido, Serena Brigidi y Desirée Mena-Tudela⁵ en estudiantes de medicina que participaron en el I Congreso de Medicina Feminista del CEEM (Colegio Estatal de Estudiantes de Medicina), los participantes obtuvieron una puntuación media en el cuestionario de 3,83, puntuación ligeramente mayor a la obtenida en este trabajo (3,58), mientras que en otro estudio que fue realizado por Desirée Mena-Tudel et al.⁶, los estudiantes de enfermería, medicina y residentes de matrona obtuvieron una puntuación media de 4,14.

A pesar de que el concepto de VO fue descrito por primera vez recientemente, la puntuación media obtenida en el cuestionario en nuestro estudio nos hace pensar que los participantes conocen el concepto de VO, están familiarizados con él y saben identificar acciones durante la práctica diaria que corresponden a VO, al igual que en el estudio de Martínez-Galiano et al.⁴. Esto puede deberse a la divulgación que han realizado muchas mujeres en diversas plataformas digitales en las que han podido difundir sus experiencias y a artículos e informes científicos que han favorecido el conocimiento del concepto de VO^{7,8}.

Los valores de las desviaciones típicas en los diferentes estudios 0,61⁵ vs 0,61⁶ vs. 1,08 muestra una mayor disparidad de valores entre matronas y ginecólogos que entre estudiantes de medicina, enfermería y residentes de matrona que muestran percepciones similares.

En lo que respecta a los diferentes dominios, Ainoa Biurrun-Garrido, Serena Brigidi y Desirée Mena-Tudela⁵, obtuvieron una puntuación en el primer dominio de 2,79 similar al de este estudio 2,93, frente a la puntuación obtenida en el estudio de Desirée Mena-Tudela et al.¹⁶ de 3,17. En el segundo dominio, las puntuaciones obtenidas en el estudio de Ainoa Biurrun-Garrido, Serena Brigidi y Desirée Mena-Tudela⁵ fue de 4,16, puntuación parecida a la obtenida por Desirée Mena-Tudela et al.⁶ en estudios de la salud de 4,27. No obstante, en este estudio se obtuvo una

puntuación de 3,78, por lo que nos indicaría que los profesionales sanitarios tienen una menor percepción en cuanto a violencia obstétrica no protocolizada como romper bolsas para acelerar el parto o realizar episiotomía sin previo consentimiento de la mujer. Asimismo, continuando con el segundo dominio cuyos ítems han sido percibidos en menor medida como VO, puede ser debido a la interpretación del significado del concepto *violencia obstétrica*, el cual puede dar a entender a actitudes o acciones violentas físicamente o agresivas, dejando de lado las no visibles. De hecho, en el estudio de Martín-Badía et al.⁹ en el que participaron matronas de la Comunidad Autónoma de Cataluña referían que se vulneraban los cuatro principios básicos de la bioética siendo la no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía en el momento que existía VO hacia la mujer y que ocurría en la mayor medida de manera no visible, oculta o silente y describían acciones como las de no informar adecuadamente a la mujer o no proporcionar el consentimiento informado, faltas de respeto, la infantilización o cosificación de la mujer. También, cabe añadir que resulta complejo para los profesionales que presencian VO hacia la mujer preservar los derechos de la mujer por miedo a crear conflicto con compañeros de trabajo, convirtiéndose así en cómplices de la VO con la carga emocional que supone¹⁰.

Para obtener una visión global, desde la perspectiva de la mujer como usuaria y receptora de VO, encontramos artículos en los que refieren haber sufrido VO con acciones y actitudes que encajan más en el segundo dominio correspondiente a la violencia obstétrica no protocolizada o invisible y describen falta de consentimiento informado y trato deshumanizante en los que incluyen obstaculizar el piel con piel precoz, llorar o gritar durante el parto, manifestar miedo o inquietudes o recibir burlas o comentarios irónicos^{11,12}. A pesar de esto, cabe recordar que el segundo dominio es el que ha obtenido menor puntuación media en el cuestionario en nuestro estudio. Asimismo, finalizando con el perfil de la paciente, se ha encontrado posibles factores de riesgo que pueden hacer que una mujer sea más vulnerable a sufrir VO, siendo la edad (mujeres jóvenes) y bajo nivel socioeconómico^{13,14}.

Respecto a los ítems del cuestionario, Desirée Mena Tudela et. al⁶ obtuvieron mayor número de ítems con una puntuación correspondiente a una alta percepción de VO entre residentes de matrona y estudiantes de medicina en comparación con nuestro estudio. En el grupo de matronas se encuentran 5 ítems (7, 12, 14, 30, 33)

con una puntuación mayor a 4,14, mientras que en el grupo de residentes de matrona del estudio nombrado se encuentran 24 ítems (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33). En el grupo de ginecólogos, se hallan 8 ítems (7, 8, 11, 12, 14, 23, 30, 33) con una puntuación mayor a 4,14 frente a 15 ítems (7, 8, 9, 11, 12, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 33) del grupo de estudiantes de medicina. A pesar de que los resultados obtenidos sobre percepción de violencia obstétrica son más altos en el grupo de matronas, se han obtenido mayor número de ítems con una puntuación correspondiente a una alta percepción de VO en el grupo de ginecólogos. Este suceso es contrario en el estudio de Desirée Mena Tudela et al.⁶ en el que es en el grupo de los estudiantes de matrona donde se encuentran mayor número de ítems con una puntuación correspondiente a una mayor percepción de VO.

La población estudiada en su mayoría en este estudio han sido matronas, en este sentido un estudio observacional que fue realizado por Juan Miguel Martínez-Galiano et al.⁴, concluyó que las matronas poseían una alta percepción sobre VO, sin embargo, se usó una escala diferente, aunque con similares ítems a la utilizada en este estudio.

Limitaciones y sesgos

Tras la realización del estudio y el análisis de los resultados se han encontrado ciertas limitaciones y sesgos que van a ser descritos a continuación.

A pesar, de haber mandado el correo a todo el profesional médico del servicio de Ginecología y Obstetricia, llama la atención el número tan bajo de participación en este cuestionario, en concreto en ginecólogos y residentes de ginecología, hecho que pueda deberse o bien al desconocimiento de la VO o bien a que este término siga siendo un tabú.

Asimismo, actualmente existen escasos estudios científicos publicados acerca de la violencia obstétrica en los que se haya utilizado el cuestionario PercOV-S, por lo que dificulta la comparación de los resultados obtenidos en el estudio.

Conclusiones

En general y teniendo en cuenta los objetivos planteados en este trabajo podemos decir que existe una percepción moderada sobre la VO dentro de los profesionales sanitarios del Hospital Universitario de Toledo. Además, en base a los resultados encontrados podemos decir que existe diferencias en cuanto a la percepción de VO entre matronas y ginecólogos, siendo mayor entre matronas. A pesar de esto, teniendo en cuenta la muestra de estudio de ginecólogos, los datos sobre percepción de VO podrían variar si la muestra fuese mayor.

En cuanto a la diferencia estadísticamente significativa hallada en este estudio entre las matronas con más años de experiencia, podríamos decir que con los años de actividad laboral se adquieren determinados comportamientos que se integran como habituales y normales, por lo que no se clasificarían como VO. Esto, puede ser debido al paradigma biomédico centrado en la patologización de un proceso fisiológico como es el parto, ya que las matronas más experimentadas se formaron en ese paradigma.

En cuanto a las principales acciones que las matronas y ginecólogos del HUT consideran VO, las que tuvieron una menor puntuación fueron: canalización de una vía venosa, decirle a la mujer la mejor posición para colocarse para aliviar el dolor y romper artificialmente la bolsa para acelerar el proceso de parto. Por otro lado, las acciones que tuvieron mayor puntuación fueron: sujetar a la mujer si está muy inquieta, intentar convencer a la mujer de la realización de una cesárea para acabar el parto con menos dolor y/o más rápidamente, tomar imágenes sin permiso durante el parto, separar a la madre del bebé sin razón médica avalada por la evidencia científica y dar al recién nacido hospitalizado otra alimentación que no sea leche materna, sin la autorización de la madre, prácticas que por otro lado no son reconocibles en nuestro medio laboral ya que no se practican rutinariamente.

No obstante, teniendo en cuenta lo anteriormente descrito creemos necesario nuevas líneas de investigación, ya que actualmente la literatura científica respecto a la VO es escasa. Así mismo, sería interesante que los diferentes profesionales sanitarios se formasen en dicho tema. Además, creemos que la creación de leyes que incluyan dicho término y sus diferentes acciones pueden contribuir a tener una mayor percepción de la violencia obstétrica y a mejorar las actuaciones de los

sanitarios, así como, que las gestantes participen en las diferentes tomas de decisiones.

Aspectos éticos

El estudio planteado se adecuó a lo señalado por la Declaración de Helsinki de 1964, a lo dispuesto en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y Garantía de los Derechos Digitales.

Este estudio cualitativo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Toledo (*Anexo III*). En todo momento se garantizó la confidencialidad de la información obtenida durante el proceso de investigación, y no se utilizó para cuestiones ajenas a la misma.

Referencias

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A, Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 2 de agosto de 2022];35(3):211-2. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Montero Sanz NA. Violencia obstétrica en España:: Lo que no se nombra, no existe. Dialnet. Rev Sanit Investig [Internet]. 2021 [citado 2 de agosto de 2022];2(9). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8080980>
3. Biurrun-Garrido A, Brigidi S, Mena-Tudela D. Percepción de estudiantes de ciencias de la salud sobre la violencia obstétrica. Enfermería Clínica [Internet]. 2023 [citado 3 de junio de 2023];33(3):234–43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-percepcion-estudiantes-ciencias-salud-sobre-S113086212300044X#:~:text=Los%20datos%20evidencian%20una%20marcada,frente%20a%20la%20violencia%20obst%C3%A9trica>
4. Mena-Tudela D, Cervera-Gasch A, Alemany-Anchel MJ, Andreu-Pejó L, González-Chordá VM. Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado 4 de junio de 2023];17(21):8022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33143368/>
5. Llobera Cifre R. Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas Humanization of obstetric attention: what midwives think [Internet]. Matronas Prof. 2018 [citado 20 de junio de 2023];19(1): 12-20. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/04/Original_Humanizacion.pdf
6. Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Rubio-Álvarez A, Ortiz-Esquinas I, Ballesta-Castillejos A, Hernández-Martínez A. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2023 [citado 4 de junio de 2023];20(6):4930. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10049399/>

7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Comunicado S.E.G.O.: «Violencia Obstétrica» [Internet]. Vol. 4. 2021 [citado 24 de junio de 2023]. p. 6. Disponible en: <https://www.fundacionvoto.org.ar/noticias-novedades/docs/comunicado-sego-julio2021.pdf>
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. El CGCOM Rechaza El concepto de “violencia obstétrica” para describir Las prácticas profesionales de asistencia al embarazo, Parto y Posparto en España [Internet]. CGCOM; 2021 [citado 22 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.cgcom.es/noticias/el-cgcom-rechaza-el-concepto-de-violencia-obstetrica-para-describir-las-practicas>
9. Martín-Badia J, Obregón-Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Obstetric violence as an infringement on basic bioethical principles. Reflections inspired by focus groups with midwives. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023];18(23):12553. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12553/htm>
10. Oliveira VJ, Penna CM de M. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. Texto e Context Enferm [Internet]. 3 de julio de 2017 [citado 20 de junio de 2023];26(2):e06500015. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nPqfV5Jt6NRFq86tnDFFgnb/?lang=en>
11. Figueroa-Palomino OE, Hurtado-Lagarda R, Valenzuela-Coronado DG, Bernal-Cruz JD, Duarte-Gutierrez CD, Cázares-González FA. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias sonorenses. Rev del Dep Enfermería la Univ Son [Internet]. 2017 [citado 20 de junio de 2023];(11):14-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7932939>
12. Poo AM, Gallardo MJ, Herrera-Contreras Y, Baeza B. Representation of obstetric violence as understood by professional midwives in the city of Temuco. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2021 [citado 20 de junio de 2023];86(4):374-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000400374&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Terán P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2013 [citado 20 de junio de 2023];73(3):171-80. Disponible en:

https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7932939&info=resumen&idoma=E_NG

14. Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review. Medwave [Internet].2020 [citado 20 de junio de 2023];20(9):e8047. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/347464661_Percepcion de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstetrica en Chile una revisi on panoramica](https://www.researchgate.net/publication/347464661_Percepcion_de_actores_involucrados_acerca_del parto humanizado y la violencia obstetrica en Chile una revisi on panoramica)

Anexos

Anexo I. Percepción de la Violencia Obstétrica PercOV-S

Establece una puntuación del 1 (nada) al 5 (mucho), colocando una “X” dentro del recuadro donde corresponda, según el grado en que consideres que las siguientes actuaciones son violencia obstétrica:

PercOV-S	Escala Likert				
	1	2	3	4	5
<i>Antes del parto</i>					
1. Canalizar vía intravenosa al ingreso a las gestantes					
2. Para aliviar el dolor, hay que decirle a la mujer la mejor posición para colocarse					
3. Administrar medicación para acelerar el proceso del parto					
4. Administración de un enema					
5. Romper artificialmente la bolsa para acelerar el proceso de parto					
6. Realizar el rasurado genital.					
7. Si la mujer está muy inquieta, puede ser sujeta.					
8. Realizar tacto vaginal sin consentimiento de la mujer.					
9. No ofrecer medidas para tratar el dolor.					
10. Intentar convencer a la mujer del uso de la epidural.					
11. No preservar la intimidad de la mujer.					
12. Intentar convencer a la mujer de la realización de una cesárea para terminar el parto sin dolor y/o más rápidamente.					
13. Convencer a la mujer de las decisiones clínicas tomadas sin considerar su opinión.					
<i>Durante el parto</i>					
14. Tomar imágenes sin permiso durante el parto.					
15. En la fase de expulsivo, el profesional debe asegurarse que la mujer esté colocada en posición de litotomía.					
16. Durante el expulsivo y postparto inmediato, la mujer puede estar acompañada si no se instrumenta el parto o si éste no es una cesárea.					
17. Realizar una episiotomía, en caso de ser necesario, sin pedir permiso previamente.					
18. Verbalizar o expresar: “Es que no sabes empujar”.					
19. Realizar la maniobra de Kristeller (apretar el útero de la mujer en el momento de la contracción coincidiendo con el empuje).					
20. Realizar una episiotomía sin anestesia.					
21. Prohibición de beber y/o comer durante el parto.					

22. No proporcionar abrigo/calefacción durante el parto.

23. Verbalizar o expresar: "Deja de quejarte, que tampoco es para tanto".

24. Intentar que la mujer no grite explicándole que puede asustar al resto de mujeres.

Cesárea

25. Realizar una cesárea justificándola con la lentitud de la dilatación.

26. Ante la necesidad de la realización de una cesárea de urgencia, el/la ginecólogo/a explica el contenido del consentimiento informado; pero no hace falta asegurarse de que la gestante es consciente de lo que se le está explicando ni tampoco firmar ningún consentimiento.

27. No permitir el acompañamiento durante la cesárea/parto instrumentado.

Después del parto

28. Inmediatamente después del nacimiento, el cordón umbilical debe ser cortado.

29. Ante un desgarro, suturar sin anestesia.

30. Separar a la madre del bebé, sin razón médica avalada por la evidencia científica.

31. El contacto piel con piel debe realizarse tras la revisión pediátrica del neonato por parte de los profesionales sanitarios (matrona y/o pediatría).

32. Facilitar el descanso materno, aunque no se haya establecido la lactancia materna, llevando el bebé al nido.

33. Dar al recién nacido hospitalizado otra alimentación que no sea leche materna, sin la autorización de la madre.

Anexo II. Variables sociodemográficas

1. Sexo

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

2. Edad

- ☐ Menos de 30
- ☐ Entre 30-50
- ☐ Más de 50

3. Profesión

- ☐ Matrona
- ☐ Ginecóloga
- ☐ Residente de ginecología
- ☐ Residente de matrona

4. Años de experiencia

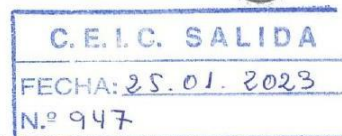
- ☐ Menos de 5 años
- ☐ Entre 5-15 años
- ☐ Más de 15 años

Anexo III. Dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Médica



COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE TOLEDO

email:ceic-cto-secretario@sescam.jccm.es



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON MEDICAMENTOS

D. Gonzalo Hernández Martínez, secretario técnico del Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos del "Complejo Hospitalario Universitario de Toledo"

CERTIFICA:

Que en este Comité en su reunión de fecha 25 de enero de 2023, ha evaluado el estudio:

"PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO"

I.P.: NURIA SOLA RUBIO

Dictamen favorable

Presidente:	D. David García Marco
Vicepresidente	D. Pedro Beneyto Martín
Secretario:	D. Gonzalo Hernández Martínez
Vocales:	D ^a . Enriqueta Muñoz Platón
	D. Fernando Jiménez Torres
	D ^a Manuela Martínez Camacho
	D. Juan Carvajal Alonso-Barajas
	D ^a Inés Martínez Galán
	D ^a María Antonia Mareque Ortega
	D. Jesús Santos del Cerro
	D. Antonio Martínez Gimeno
	D ^a Álica Hanzeliková Pogrányivá
	D ^a Elena Carrascoso Sánchez
	D. Adrián Nodal de la Fuente
	D. Antonio Dorado Colmenar
	D. Rafael Cuenca Boy

Que en dicha reunión del Comité de Ética de la Investigación Clínica con Medicamentos cumplió el quórum perceptivo legalmente.

Lo que firmo en Toledo, a 25 de enero de 2023.



Fdo.: D. Gonzalo Hernández Martínez.
Secretario Técnico del C.E.I.M

Buenas prácticas de enfermería obstétrico-ginecológica

Ana Lucía Añover Serrano, Raquel Diez-Canseco Palomo, Alberto Jáimez Rodríguez, Nuria Sola Rubio

Introducción

La enfermería obstétrico-ginecológica es un campo fundamental en la atención de la salud de las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva. Desde la atención prenatal hasta los cuidados postparto y la prevención de enfermedades ginecológicas, las enfermeras obstétrico-ginecológicas desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud y el bienestar de las mujeres y sus bebés. Este capítulo se centra en destacar las buenas prácticas en este campo, destacando la importancia de la atención integral, basada en evidencia y centrada en la paciente.

La enfermería obstétrico-ginecológica se basa en una comprensión profunda de la fisiología reproductiva femenina, así como en habilidades clínicas especializadas para proporcionar cuidados a mujeres en todas las etapas de su vida. Desde la realización de exámenes ginecológicos de rutina hasta la asistencia durante el parto y el posparto, las enfermeras obstétrico-ginecológicas están capacitadas para proporcionar atención de calidad con sensibilidad y compasión.

En este contexto, es esencial resaltar los principios fundamentales que guían la práctica de la enfermería obstétrico-ginecológica. La ética y la profesionalidad son pilares fundamentales que rigen la relación entre la enfermera y la paciente, garantizando el respeto, la confianza y la confidencialidad en todo momento. Además, la seguridad del paciente es una prioridad absoluta, asegurando que se sigan los protocolos de seguridad y se tomen medidas para prevenir complicaciones y errores.

El capítulo también aborda los aspectos específicos de la atención en cada etapa del proceso reproductivo. Desde la evaluación inicial de la gestante hasta los

cuidados durante el parto y el seguimiento postparto, se destacan las mejores prácticas para garantizar resultados óptimos tanto para la madre como para el bebé. Asimismo, se discuten las estrategias para la prevención y el manejo de complicaciones obstétricas, así como la importancia de la atención ginecológica preventiva para promover la salud a lo largo de la vida de la mujer.

Principios fundamentales de la enfermería obstétrico-ginecológica

Los principios fundamentales de la enfermería obstétrico-ginecológica son los cimientos sobre los cuales se construye una atención de calidad para las mujeres en todas las etapas de su vida reproductiva. Estos principios no solo guían la práctica clínica de las enfermeras especializadas en este campo, sino que también definen la relación entre la profesional de enfermería y la paciente, asegurando una atención integral y centrada en la mujer.

En primer lugar, la ética y la profesionalidad son pilares esenciales que sustentan la práctica de la enfermería obstétrico-ginecológica. La ética implica el respeto absoluto por la autonomía y la dignidad de la paciente, así como la aplicación de los más altos estándares de conducta moral en todas las interacciones profesionales. La profesionalidad, por su parte, exige un compromiso con la excelencia en la práctica clínica, la actualización constante de los conocimientos y habilidades, y la integridad en todas las acciones realizadas en el ámbito de la atención sanitaria¹.

La confidencialidad y la privacidad son principios inseparables de la ética en la enfermería obstétrico-ginecológica. Las enfermeras están obligadas a proteger la información confidencial de las pacientes y a respetar su derecho a la privacidad en todo momento, manteniendo la confianza y el respeto mutuo en la relación terapéutica².

La seguridad del paciente es otro principio fundamental que impregna toda la práctica de la enfermería obstétrico-ginecológica. Esto incluye la identificación y prevención de riesgos, la aplicación de medidas para minimizar la ocurrencia de eventos adversos y la respuesta efectiva ante situaciones de emergencia³.

Estos principios fundamentales de la enfermería obstétrico-ginecológica establecen el estándar de excelencia en la atención de las mujeres durante todas las etapas de

su vida reproductiva. Desde la ética y la profesionalidad hasta la confidencialidad, la privacidad y la seguridad del paciente, estos principios garantizan una atención integral y centrada en la mujer, respetando siempre su dignidad y autonomía.

Cuidados prenatales

Los cuidados prenatales son una parte crucial de la atención obstétrica-ginecológica, ya que proporcionan la oportunidad de monitorear y promover la salud tanto de la gestante como del feto durante el embarazo. Este período de tiempo es fundamental para identificar y abordar cualquier complicación potencial, así como para educar a la mujer sobre el autocuidado y las medidas que puede tomar para garantizar un embarazo saludable⁴.

La evaluación inicial de la gestante es el primer paso en la provisión de cuidados prenatales. Durante esta evaluación, se recopila información detallada sobre la historia médica y obstétrica de la mujer, se realizan exámenes físicos y se solicitan pruebas de laboratorio para evaluar su estado de salud general y detectar posibles factores de riesgo⁵.

La educación prenatal es otro componente esencial de los cuidados prenatales. Durante las consultas prenatales, las enfermeras obstétrico-ginecológicas proporcionan información sobre la nutrición adecuada durante el embarazo, la importancia de mantener un estilo de vida saludable, incluyendo la abstención de alcohol y tabaco, y los signos y síntomas que requieren atención médica inmediata⁶.

El control del embarazo es una parte integral de los cuidados prenatales. Esto puede incluir la realización de ecografías periódicas para evaluar el crecimiento y desarrollo fetal, así como la medición regular de la presión arterial y el control de peso para detectar signos de complicaciones como la hipertensión gestacional o la preeclampsia⁷.

Además, las enfermeras obstétrico-ginecológicas trabajan en colaboración con otros profesionales de la salud para garantizar que la gestante reciba la atención adecuada durante el embarazo. Esto puede implicar la derivación a especialistas en

casos de complicaciones médicas o la coordinación de la atención con obstetras y parteras para asegurar un seguimiento integral del embarazo⁸.

Por lo tanto, los cuidados prenatales son esenciales para promover un embarazo saludable y prevenir complicaciones tanto para la gestante como para el feto. A través de la evaluación inicial, la educación prenatal, la monitorización regular y la coordinación de la atención, las enfermeras obstétrico-ginecológicas desempeñan un papel vital en el cuidado integral de las mujeres durante este período crucial.

Atención durante el parto

La atención durante el parto es un momento crucial en la experiencia obstétrica de una mujer, y las enfermeras obstétrico-ginecológicas desempeñan un papel fundamental en proporcionar cuidados seguros y de apoyo durante este proceso. Desde el inicio del parto hasta el nacimiento del bebé y el período inmediatamente posterior al parto, las enfermeras están capacitadas para proporcionar atención integral y centrada en la mujer, adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente.

Uno de los aspectos más importantes de la atención durante el parto es el apoyo emocional y físico a la parturienta. Las enfermeras obstétrico-ginecológicas están entrenadas para ofrecer alivio del dolor, técnicas de respiración y relajación, y palabras de aliento para ayudar a la mujer a atravesar las contracciones y afrontar el proceso del parto con confianza y seguridad⁹.

El control del parto es otro aspecto crucial de la atención durante este período. Las enfermeras realizan evaluaciones regulares de la progresión del parto, monitorizando la frecuencia e intensidad de las contracciones, así como el ritmo cardíaco fetal, para detectar cualquier signo de complicación y tomar medidas apropiadas para garantizar la seguridad tanto de la madre como del bebé¹⁰.

Durante el parto en sí, las enfermeras obstétrico-ginecológicas están preparadas para intervenir en caso de necesidad, proporcionando asistencia durante el proceso de expulsión y facilitando el nacimiento del bebé de manera segura y controlada. Esto puede incluir la realización de maniobras obstétricas para resolver problemas

como el sufrimiento fetal o la distocia de hombros, así como la administración de medicamentos para aliviar el dolor o acelerar el parto si es necesario¹¹.

Después del nacimiento, las enfermeras continúan proporcionando cuidados a la madre y al recién nacido, asegurándose de que ambos estén estables y cómodos. Esto puede implicar el inicio de la lactancia materna, la evaluación del estado de salud del bebé y la atención de cualquier necesidad médica inmediata que pueda surgir¹².

Cuidados postparto

Los cuidados postparto son esenciales para garantizar la recuperación segura y el bienestar tanto de la madre como del recién nacido después del parto. Las enfermeras obstétrico-ginecológicas desempeñan un papel fundamental en la provisión de estos cuidados, proporcionando apoyo emocional, educación y atención médica durante este período de transición para la familia¹³.

Una parte importante de los cuidados postparto es la evaluación del estado del recién nacido. Las enfermeras realizan exámenes físicos completos para evaluar la salud y el desarrollo del bebé, incluyendo la medición del peso, la temperatura y la evaluación de la alimentación y eliminación. Además, proporcionan educación a los padres sobre los cuidados del recién nacido, incluyendo la lactancia materna, el cuidado del cordón umbilical y las señales de enfermedad que requieren atención médica¹⁴.

Los cuidados maternos después del parto también son prioritarios durante el período postparto. Las enfermeras siguen de cerca la recuperación de la madre, evaluando la pérdida de sangre, la cicatrización de la episiotomía o la incisión de la cesárea, y proporcionando analgesia para controlar el dolor postparto. También ofrecen apoyo emocional a las madres que puedan experimentar cambios de humor, fatiga o ansiedad durante este período de ajuste¹⁵.

La lactancia materna es otro aspecto importante de los cuidados postparto. Las enfermeras proporcionan asesoramiento y apoyo a las madres que desean amamantar, ayudándolas a establecer una lactancia exitosa y proporcionando

soluciones a los problemas comunes que pueden surgir, como el enganche incorrecto o la producción insuficiente de leche¹⁶.

Las enfermeras obstétrico-ginecológicas están atentas a cualquier signo de complicación postparto que pueda requerir intervención médica inmediata. Esto puede incluir signos de infección, hemorragia excesiva, problemas respiratorios o fiebre, entre otros¹⁷.

Prevención y manejo de complicaciones obstétricas

La prevención y el manejo de complicaciones obstétricas son aspectos críticos de la atención obstétrico-ginecológica, destinados a garantizar la salud y el bienestar tanto de la madre como del bebé durante el embarazo, el parto y el período postparto. Las enfermeras obstétrico-ginecológicas desempeñan un papel fundamental en la identificación temprana de factores de riesgo, la implementación de medidas preventivas y la gestión efectiva de complicaciones cuando surgen¹⁸.

La prevención de complicaciones obstétricas comienza con una evaluación exhaustiva de la gestante durante el período prenatal. Las enfermeras recopilan información detallada sobre la historia médica y obstétrica de la mujer, realizan exámenes físicos completos y solicitan pruebas de laboratorio para detectar cualquier factor de riesgo que pueda aumentar la probabilidad de complicaciones durante el embarazo, el parto o el posparto¹⁹.

La educación prenatal también desempeña un papel clave en la prevención de complicaciones obstétricas. Las enfermeras proporcionan información sobre la importancia de mantener un estilo de vida saludable durante el embarazo, incluyendo una dieta equilibrada, ejercicio regular y abstinencia de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco. Además, ofrecen orientación sobre la identificación de signos y síntomas de complicaciones potenciales, así como sobre las medidas que pueden tomar las mujeres para reducir su riesgo²⁰.

Cuando surgen complicaciones obstétricas, las enfermeras obstétrico-ginecológicas están capacitadas para proporcionar una respuesta rápida y efectiva. Esto puede incluir la administración de medicamentos para controlar la presión arterial alta, el tratamiento de infecciones, la realización de procedimientos para resolver

problemas como la distocia de hombros o la placenta previa, y la coordinación de la atención con otros miembros del equipo de salud, como obstetras y anestesiólogos²¹.

Además, las enfermeras están entrenadas para reconocer los signos de emergencia obstétrica y tomar medidas inmediatas para garantizar la seguridad de la madre y el bebé. Esto puede incluir la activación de códigos de emergencia, la preparación para una cesárea de emergencia o la realización de maniobras de reanimación neonatal si es necesario²².

Conclusiones

Las buenas prácticas de enfermería obstétrico-ginecológica son fundamentales para proporcionar una atención integral y centrada en la paciente a lo largo de todas las etapas del ciclo reproductivo de la mujer. Desde los cuidados prenatales hasta el manejo de complicaciones obstétricas y los cuidados postparto, las enfermeras obstétrico-ginecológicas desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud y el bienestar materno-infantil.

Los principios fundamentales de ética, profesionalismo, confidencialidad y seguridad del paciente guían la práctica de la enfermería obstétrico-ginecológica, asegurando una atención de calidad basada en el respeto, la dignidad y la seguridad de la mujer.

La prevención y el manejo efectivo de complicaciones obstétricas son aspectos críticos de la práctica de enfermería en este campo, requiriendo habilidades clínicas especializadas, capacidad de respuesta rápida y trabajo en equipo multidisciplinario para garantizar resultados óptimos para la madre y el bebé.

La enfermería obstétrico-ginecológica es una disciplina diversa y multifacética que abarca una amplia gama de cuidados, desde la promoción de la salud hasta el manejo de situaciones de emergencia. Con un enfoque en la atención centrada en la paciente y el compromiso con la excelencia clínica, las enfermeras obstétrico-ginecológicas desempeñan un papel vital en la mejora de los resultados de salud materno-infantil y en la promoción del bienestar de las mujeres en todo el mundo.

Referencias

1. Buchanan K, Newnham E, Ireson D, Davison C, Geraghty S. Care ethics framework for midwifery practice: A scoping review. *Nurs Ethics*. 2022 Aug;29(5):1107-1133. doi: 10.1177/09697330221073996. Epub 2022 Apr 8. PMID: 35395917.
2. Türken H, Çalım Sİ. Ethical dilemmas experienced by midwives working in the delivery room. *Nurs Ethics*. 2022 Aug;29(5):1231-1243. doi: 10.1177/09697330221081952. Epub 2022 May 13. PMID: 35549590.
3. Martijn L, Jacobs A, Harmsen M, Maassen I, Wensing M. Patient safety in midwifery care for low-risk women: instrument development. *J Midwifery Womens Health*. 2012 Jul-Aug;57(4):386-95. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00147.x. Epub 2012 Jun 21. PMID: 22727173.
4. Weisband YL, Gallo MF, Klebanoff M, Shoben A, Norris AH. Who Uses a Midwife for Prenatal Care and for Birth in the United States? A Secondary Analysis of Listening to Mothers III. *Womens Health Issues*. 2018 Jan-Feb;28(1):89-96. doi: 10.1016/j.whi.2017.07.004. Epub 2017 Aug 30. PMID: 28864141.
5. Hunter B, Thomas G, Wilhelmová R, Trendafilova P, Blaževičienė A, Lynch L, Jokinen M. Strengthening global midwifery education to improve quality maternity care: Co-designing the World Health Organization Midwifery Assessment Tool for Education (MATE). *Nurse Educ Pract*. 2022 Aug;63:103376. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103376. Epub 2022 Jun 7. PMID: 35696821.
6. Soriano-Vidal FJ, Vila-Candel R, Soriano-Martín PJ, Tejedor-Tornero A, Castro-Sánchez E. The effect of prenatal education classes on the birth expectations of Spanish women. *Midwifery*. 2018 May;60:41-47. doi: 10.1016/j.midw.2018.02.002. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29486388.
7. Small KA, Sidebotham M, Fenwick J, Gamble J. "I'm not doing what I should be doing as a midwife": An ethnographic exploration of central fetal monitoring and perceptions of clinical safety. *Women Birth*. 2022 Mar;35(2):193-200. doi: 10.1016/j.wombi.2021.05.006. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34092530.
8. Taylor C, McCance DR, Chappell L, Nelson-Piercy C, Thorne SA, Ismail KMK, Green JSA, Bick D. Implementation of guidelines for multidisciplinary

- team management of pregnancy in women with pre-existing diabetes or cardiac conditions: results from a UK national survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec 22;17(1):434. doi: 10.1186/s12884-017-1609-9. PMID: 29273008; PMCID: PMC5741950.
9. Maputle MS. Support provided by midwives to women during labour in a public hospital, Limpopo Province, South Africa: a participant observation study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Jun 5;18(1):210. doi: 10.1186/s12884-018-1860-8. PMID: 29871607; PMCID: PMC5989402.
 10. Shimoda K, Leshabari S, Horiuchi S, Shimpuku Y, Tashiro J. Midwives' intrapartum monitoring process and management resulting in emergency referrals in Tanzania: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Oct 8;15:248. doi: 10.1186/s12884-015-0691-0. PMID: 26449217; PMCID: PMC4599657.
 11. Souto SPAD, Silva RCGD, Prata AP, Guerra MJ, Couto C, Albuquerque RS. Midwives' interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: a scoping review. *JBI Evid Synth*. 2022 Dec 1;20(12):2867-2935. doi: 10.11124/JBIES-21-00382. PMID: 35976033.
 12. Walker SB, Rossi DM, Sander TM. Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*. 2019 Dec;79:102552. doi: 10.1016/j.midw.2019.102552. Epub 2019 Oct 2. PMID: 31605940.
 13. Thies-Lagergren L, Johansson M. Home-based postnatal midwifery care facilitated a smooth succession into motherhood: A Swedish interview study. *Eur J Midwifery*. 2023 Apr 24;7:8. doi: 10.18332/ejm/161784. Erratum in: *Eur J Midwifery*. 2023 Jul 24;7:16. PMID: 37101597; PMCID: PMC10123868.
 14. Esan DT, Adedeji OA, Bello CB, Omolafe MC. Knowledge and practices of immediate newborn care among midwives in selected health care facilities in Ekiti State, Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2020 Nov 24;37:263. doi: 10.11604/pamj.2020.37.263.24628. PMID: 33598078; PMCID: PMC7864274.
 15. Pindani M, Phiri C, Chikazinga W, Chilinda I, Botha J, Chorwe-Sungani G. Assessing the quality of postnatal care offered to mothers and babies by

- midwives in Lilongwe District. *S Afr Fam Pract* (2004). 2020 Jul 23;62(1):e1-e6. doi: 10.4102/safp.v62i1.5026. PMID: 32787385; PMCID: PMC8378184.
16. Swerts M, Westhof E, Bogaerts A, Lemiengre J. Supporting breast-feeding women from the perspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery*. 2016 Jun;37:32-40. doi: 10.1016/j.midw.2016.02.016. Epub 2016 Mar 4. PMID: 27217235.
17. Pérez-Martínez E, Sebastián-Viana T, Velasco-Vázquez D, Del Gallego-Lastra R. Postpartum complications in women attended by midwives instead of obstetricians. *Midwifery*. 2019 Aug;75:80-88. doi: 10.1016/j.midw.2019.04.009. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31051412.
18. Adams YJ, Miller ML, Agbenyo JS, Ehla EE, Clinton GA. Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Jul 7;23(1):502. doi: 10.1186/s12884-023-05813-0. PMID: 37420215; PMCID: PMC10327352.
19. Hyer S, Davis JW, Slowik JL, Dove-Medows E, Giurgescu C. A mixed methods systematic review of midwives' clinical practices related to prenatal care of women with obesity. *Midwifery*. 2023 Jun;121:103653. doi: 10.1016/j.midw.2023.103653. Epub 2023 Mar 5. PMID: 36907010; PMCID: PMC10147579.
20. AlSomali Z, Bajamal E, Esheaba O. The Effect of Structured Antenatal Education on Childbirth Self-Efficacy. *Cureus*. 2023 May 21;15(5):e39285. doi: 10.7759/cureus.39285. PMID: 37223341; PMCID: PMC10202686.
21. Freeman N, Bradfield Z, Cheney K, Warland J. Midwives' and registered nurses' role and scope of practice in acute early pregnancy care services in Australia: a scoping review protocol. *JBIM Evid Synth*. 2023 Apr 1;21(4):826-832. doi: 10.11124/JBIES-22-00198. PMID: 36415916.
22. Høgh S, Thellesen L, Bergholt T, Rom AL, Johansen M, Sorensen JL. How often will midwives and obstetricians experience obstetric emergencies or high-risk deliveries: a national cross-sectional study. *BMJ Open*. 2021 Nov 10;11(11):e050790. doi: 10.1136/bmjopen-2021-050790. PMID: 34758994; PMCID: PMC8587359.

"Temas de Enfermería Obstétrico-Ginecológica: el papel de la matrona" es un libro que aborda la compleja realidad de la atención obstétrica desde múltiples perspectivas. Los capítulos exploran temas como la violencia obstétrica en procedimientos ginecológicos y la percepción de esta violencia en un hospital específico, ofreciendo un análisis detallado de las experiencias de mujeres y profesionales de la salud. Además, se examinan las buenas prácticas de enfermería obstétrico-ginecológica, destacando intervenciones que promueven una atención humanizada y respetuosa. Este libro no solo proporciona conocimientos sobre los desafíos y problemas en el campo de la maternidad, sino que también plantea una llamada a la acción para erradicar la violencia obstétrica y mejorar la calidad de la atención a nivel global. Es una lectura indispensable para estudiantes, profesionales de la salud y cualquier persona interesada en la promoción de la salud materno-infantil y la defensa de los derechos de las mujeres durante el embarazo y el parto.

