

Yo, [REDACTED], natural de [REDACTED] y residente en [REDACTED], con DNI [REDACTED] Y número de historia clínica [REDACTED].

Expongo:

Que después de haber puesto una reclamación el día 25 de julio de 2013, y, repetir el 24 de septiembre del mismo año al no recibir respuesta (Anexo 1), recibo una respuesta con fecha 25 de septiembre (Anexo 2) de la ginecóloga [REDACTED] bastante insatisfactoria por los siguientes motivos:

Primero: me recuerda que el plan de parto solo es válido para un parto sin complicaciones, pero que para ella, pasar de dos horas de dilatación completa es una complicación según la S.E.G.O. Los protocolos de la S.E.G.O. no cumplen con requisitos de calidad comparables a los de las Guías del Ministerio de Sanidad. FAME u OMS para la atención al parto ni por su metodología, ni por su sistema de revisión, ni por la literatura utilizada, ni por las personas e instituciones que han participado en su elaboración.

Los protocolos de la S.E.G.O. no pueden ser utilizados como parámetro para guiar y evaluar la calidad de la asistencia gineco-obstétrica en un hospital público porque:

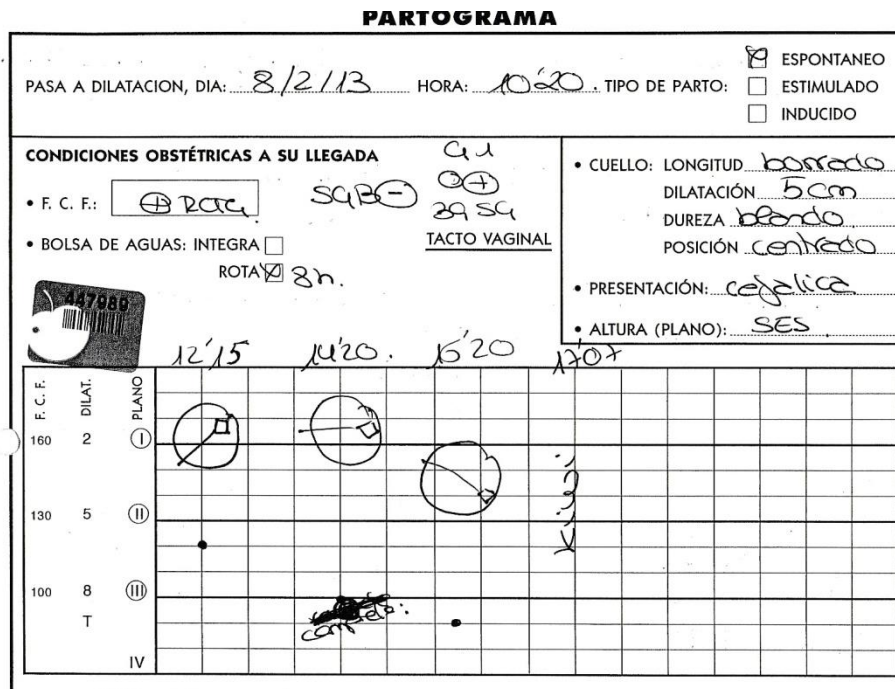
- carecen del rigor metodológico y sistema de revisión de las guías y protocolos elaborados por organismos como la OMS, el Ministerio de Sanidad o el propio Servicio de Salud al que me dirijo;
- en la sanidad pública al menos, la atención se lleva a cabo por equipos multidisciplinares de matronas, enfermeras, anestelistas, pediatras y otros profesionales (no sólo por ginecólogos) que deben coordinarse para prestar una atención integral adecuada a la madre y al recién nacido. Y esto es de la máxima importancia en un proceso asistencial complejo como el parto y nacimiento, pues de la inexistencia de coordinación se derivan situaciones como que el servicio de pediatría recomiende la lactancia materna a demanda y luego el servicio de neonatos de biberones a los recién nacidos e imponga horarios de acceso restrictivos incompatibles con la lactancia a demanda.
- la actividad asistencial en la sanidad pública está sujeta al derecho administrativo y al conjunto del ordenamiento jurídico, teniendo en cuenta en particular el respeto a las decisiones informadas de los pacientes y usuarios (esto último también en la medicina privada);
- en la sanidad pública priman principios como la calidad, la equidad, la interdisciplinariedad y el respeto a los derechos de los pacientes frente a otros criterios imperantes en la medicina privada, como la rentabilidad o los intereses corporativos.

Además en esas recomendaciones

(http://www.sego.es/Content/pdf/20080117_recomendacion_al_parto.pdf) reza:

“La falta de progreso y detención del descenso implican mal pronóstico, por lo que en estos casos deberemos extremar la vigilancia fetal y replantearnos la actuación obstétrica”.

En ningún momento menciona que haya que dar el parto por finalizado, sino que hay que vigilar y replantear, sin urgencias, y además, si cogemos el partograma vemos esto:



No había detención del descenso, y además, curiosamente, aparece un tacto a las 14:20 con “completa” y otro, dos horas más tarde, con una dilatación de 9 centímetros. Si hacemos caso a este último, no llevaría ni una hora en completa.

Y además, hay estudios que demuestran que el expulsivo prolongado “per se” no implica una mayor morbilidad: (<http://www.federacion-matronas.org/rs/340/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/d3c/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol5n18pag14-18.pdf>)

Así, con todos sus defectos, debemos dejar claro que las recomendaciones de los protocolos de la S.E.G.O. del año 2008 son mucho mejores que lo que se hace en su Hospital, y de haberse respetado las mismas, hoy no estaríamos discutiendo los pormenores de la atención recibida por mi hija y por mí. La propia asociación profesional deja claro que sus protocolos: “No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios”.

También habla de informar adecuadamente y pedir consentimiento verbal, que no fue negado... porque no se me informó. Según la R.A.E.:

Consentimiento:

1. m. Acción y efecto de consentir.

2. m. Der. Manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente.

3. m. Der. En los contratos, conformidad que sobre su contenido expresan las partes.

Parece que consentir no es no negar, sino que hay que realizar la acción de consentir o manifestar voluntad, en ningún caso, "no negar" o "callar".

Tampoco se me informó de que se me iba realizar una maniobra de Kristeller, con el consiguiente riesgo, ya que La Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (2010), en su página 145, concluye que:

"No existen pruebas del beneficio de la maniobra de Kristeller realizada en la segunda etapa del parto y además existen algunas pruebas, aunque escasas, de que la dicha maniobra es un factor de riesgo de morbilidad materna y fetal, por lo que se considera que su realización durante la segunda etapa del parto debe limitarse a los protocolos de investigación diseñados para evaluar su eficacia y seguridad para la madre y el feto." Esta maniobra "no incrementa la tasa de partos vaginales espontáneos ni reduce la tasa de parto instrumental" y "es ineficaz en la reducción de la duración de la segunda etapa del trabajo de parto." Por lo tanto, puntualiza, "se recomienda no realizar la maniobra de Kristeller".

La "indicación médica" es la elección por el profesional de aquélla o aquéllas actuaciones que considera más adecuadas, ante una situación clínica concreta, según su criterio profesional, para ofrecérsela al paciente o usuario, de ninguna manera una patente de curso que sustituya al consentimiento libre e informado que exige la ley.

Que la S.E.G.O. ningunee en sus protocolos el derecho de las mujeres a tomar decisiones (no sólo a "ser informadas") sobre su propia salud y su propio cuerpo, no significa, como pretende el Jefe de Servicio que, en ginecología y obstetricia, los derechos de las pacientes sean prescindibles: sólo muestra que la S.E.G.O. es una institución corporativa y corporativista que propugna el autoritarismo médico en detrimento de los derechos de los pacientes y usuarios.

Segundo: Al parecer hay unos protocolos (que no están disponibles en ningún sitio) de administración de oxitocina, según parece, también da igual que aparezca tu negativa en el plan de parto y de tus labios, además, la información que se me dio por parte de las matronas es que me iban a poner oxitocina porque "se me espaciaban las contracciones", sin pedir permiso, y solo con un "no te va a doler más", lo cual, por cierto, era falso.

A nadie puede escaparse que, como todo medicamento, la oxitocina sintética tiene riesgos. No en vano, se incluye entre el listado de medicamentos de alto riesgo del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo.pdf>).

En cualquier caso, nadie me informó en ningún momento de los riesgos, beneficios y alternativas al uso de esa hormona, y cuando declaré mi negativa a las matronas, la ginecóloga entró exigiendo que me la pusieran, y así lo hicieron contra mi voluntad. Ah, y en la historia clínica, no aparece, solo sale "postparto", no "intraparto".

Tercero: Sólo se presentaron las matronas, y nadie más. Parece que ahora con explicarle, no a la usuaria, sino a su acompañante por parte de la ginecóloga residente (que solo se le presentó a él) que “Le vamos a hacer un cortecico” ya queda sobradamente explicada que va a ser un parto instrumental, en que consite, los posibles riesgos que entraña, etc. No sé cómo no va fracasar la comunicación médico-paciente, si ni se le habla al paciente.

Además, fui atendida por residentes que en ningún momento mencionaron serlo, con lo cual, vulneraron mi derecho a negarme a ser atendida por ellos.

Cuarto: No invitaron a mi marido a aguardar fuera de la sala de partos, lo sacaron a empujones, no solo de la sala, si no que lo mandaron a la sala de espera, contra su voluntad y la mía, vulnerando una vez más nuestros derechos, en cambio, sí que entraron hasta 10 personas desconocidas (si, las conté) que miraban la escena de brazos cruzados, como si no pudieran esperar en la puerta, aumentando mi sensación de pánico, creyendo que se trataba de una auténtica emergencia.

Quinto: Habla de episiotomías si hay necesidad como en un parto instrumental (¿y cuál era la necesidad de ese parto instrumental?), y que incrementan el número de mujeres con el perineo intacto. No sé qué estudios son estos, yo conozco estos:

http://www.episiotomia.info/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=29

, que hablan de todo lo contrario, y además, el uso de episiotomía en extracciones con ventosa se asocia a un incremento de diez veces en el riesgo de trauma perineal significativo:

(Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perineal trauma in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 1999;181:1180-4)

Tampoco se me informó, solo cuando vi que una mujer iba a rasurarme (sin consentimiento una vez más), le pregunté qué hacía, y me dijo que tenía que hacerlo para la episiotomía, a la cual me negué entre sollozos pero una vez más, no se me escuchó.

No sé como una mujer con una episiotomía puede tener el perineo intacto, si esa misma, lo corta, y, en mi caso, no solo eso, sino que además me llevo un desgarro, y no solo eso, nadie se preocupa de decirme que ha pasado, en mi informe de alta aparece que no hubo desgarro, que cuidados necesitaré para recuperarme por el lamentable estado en que quedó (y sigo recuperándome 18 meses después)

Sexto: Aunque hagan falta tactos vaginales y rectales, eso no impide informar de que se van a realizar, ya que, junto con los puntos, fueron extremadamente dolorosos, y más, si no sabes que te están haciendo.

Séptimo: No se me indica en ningún momento la causa de la separación de mi hija cuando se supone que debería haber contacto piel con piel continuo, ya que no hubo ninguna emergencia, y una puntuación alta del test de Apgar. Tampoco recibo explicaciones acerca de cortar el cordón nada más nacer, y que además, aparezca en la historia clínica “pinzamiento tardío”. Tampoco se nos informó de que iban a hacer con ella, además, dejaron así a mi hija:



Destapada y sola. Una vez más se vulneran nuestros derechos, ya que yo me quejé en ese momento y aún así no me la devolvieron hasta que no hubieron acabado. Así, mi hija ya no realizó el enganche espontáneo al pecho y la matrona residente me dijo como ponérmela. En el transcurso del tiempo que se deja en el paritorio a madre y neonato, junto con el acompañante, mi marido salió un momento y ya no lo dejaron volver a entrar hasta que nos subieron a planta.

Por último:

Obligación de actuar conforme a la lex artis

En el artículo 43 de la Constitución Española se reconoce el Derecho a la Protección de la Salud, protección que le corresponde ejercer a los profesionales de la salud, que están obligados no a asegurar un resultado perfecto, pero sí a proporcionar al paciente, en este caso, usuaria, todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y en la forma recomendada por la evidencia científica.

El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo “con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que le sean aplicables” (art. 19 b) de la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de

los Servicios de Salud). Asimismo, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece en su artículo 5 a) que los profesionales sanitarios deben “prestar una atención de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento”.

Como he demostrado por la comparación entre la atención recibida en el hospital y las recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica para atención al parto del Ministerio de Sanidad y Organización Mundial de la Salud, dichos principios científicos brillaron por su ausencia en la actuación realizada, apartándose reiteradamente de la *lex artis*, con las consecuencias dañosas que he descrito anteriormente.

Derecho a la información

Nuestra legislación sanitaria otorga la máxima protección a la dignidad e intimidad de los usuarios y su derecho a recibir información adecuada, tomar decisiones libremente y elegir entre las alternativas clínicas disponibles. La Ley 14/1986 General de Sanidad recoge en los siguientes artículos, el derecho a la información asistencial:

Art. 9: “Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público o vinculados a él, de sus derechos y deberes”

Art. 10: “Todos tiene los siguientes derechos con respecto a las distintas Administraciones Públicas sanitarias: “[...] a que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”.

Ambos artículos resaltan el principio de autonomía del ciudadano que propugna el artículo 10 de la Constitución Española, al dejar constancia de la necesidad de contar con su consentimiento y el reconocimiento de su derecho a la información.

Posteriormente, la Ley de Autonomía del Paciente amplió y matizó el contenido del derecho a la información sanitaria, el consentimiento informado y la documentación clínica.

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio de Oviedo reconoce plenamente el derecho a la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones. En este sentido, en el ámbito de la Unión Europea, la Carta de los derechos Fundamentales de la Unión Europea incluye en su artículo 3.2 que “en el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley...”

La Ley de Autonomía del Paciente dispuso en su art. 4.1 que:

"Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley";

y en el apartado 2 del mismo artículo añadió que

"La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad".

Por último, el apartado 3 concluyó que

"El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle".

La información debe ser completa y verdadera y facilitarse al paciente de manera comprensible y adecuada a sus necesidades para que de este modo le ayude a tomar decisiones "de acuerdo con su propia y libre voluntad" (art 2.3).

La Ley de Autonomía del Paciente establece que todos los profesionales que atiendan a un usuario o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto son responsables de informarla. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica comprenderá, como mínimo, la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada intervención, lo que no se ha producido en el presente caso.

Consentimiento informado y libertad de elección

El art. 2 de la Ley de Autonomía del Paciente establece como principio básico el derecho de todo usuario a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles: "Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por los usuarios".

El consentimiento debe recabarse por escrito cuando se trate de "procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente" (art. 8.2 de la Ley de Autonomía del Paciente). Siendo la inmovilización, los pujos dirigidos, la administración de oxitocina sintética, la episiotomía, la extracción instrumental del bebé o la separación del neonato procedimientos que indudablemente conllevaban esos "riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa", debió pedirse mi consentimiento y recabarse por escrito, lo que no se hizo y así consta (por su ausencia), en la Historia Clínica.

Baste decir para finalizar que, a la vista de la ausencia de información en la Historia Clínica, de la violación de mis decisiones y del desarrollo de los acontecimientos, he sido víctima de una infracción que va más allá del deber genérico de información que constituye la contracara del derecho de información sanitaria del paciente, que debe incluirse dentro del deber general de diligencia asociado al estricto cumplimiento de la *lex artis ad hoc* propio de la profesión sanitaria, además de constituir una obligación legal expresamente impuesta por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre y, específicamente por la Ley 5/2003, de 4 de abril, puesto que asimismo con su actuación, el servicio sanitario público, no sólo no ha informado y recabado el preceptivo Consentimiento Informado sino que me ha privado injustificadamente de mi derecho a decidir cómo dar a luz de acuerdo a mi conciencia, pues así me lo permite la Ley.