**SR. D. [Ginecólogo o matrona responsables]**

HOSPITAL UNIVERSITARIO PREMIUM

Calle **[\_\_\_]**

28900– Alburquerque

Madrid, a **[\_\_\_]** de **[\_\_\_]** de **[\_\_\_]**

Estimada Sra.:

Nos dirigimos a Ud. para expresarle nuestra queja y reclamarle los daños ocasionados por la cesárea innecesaria que me programó y ejecutó el **[\_\_\_]** en el Hospital Universitaro Premium (acompañamos informe de alta).

En la semana 28+6 de embarazo nos dijo Ud. que nuestra hija tenía un peso excesivo, que estimó en 4.244 gr, y podría sufrir graves daños al nacer, por lo que estaba indicado terminar la gestación mediante una cesárea programada. Fue tal su insistencia y el temor que nos infligió respecto a los peligros de un parto vaginal, que accedí a la operación.

En el cuadro que Ud. dibujó del parto vaginal incluyó eventos como la distocia de hombros, el desgarro perineal o los “prolapsos de por vida”. También nos dijo que el riesgo de que un parto espontáneo o inducido acabase en cesárea era muy alto, y por lo tanto el resultado sería el mismo que programando una cesárea, pero sufriendo además posibles complicaciones derivadas de intentar el parto vaginal.

 En cuanto a los riesgos de la cesárea, los minimizó y redujo a “complicaciones quirúrgicas muy improbables” para la madre y ninguna para el bebé y “dolor los cuatro primeros días, que se eliminan totalmente tomado analgésico cada 4 horas”. Después hemos sabido que la cesárea tiene riesgos graves tanto para la madre como para el bebé[[1]](#footnote-1), como por ejemplo:

Riesgos para la madre:

* Las mujeres corren un riesgo de 5-7 veces mayor de morir en una cesárea que en un parto vaginal.
* Las complicaciones durante y después de la cirugía incluyen: lesión de la vejiga, útero y vasos sanguíneos (2 por 100) hemorragia (entre 1 y 6 mujeres requieren transfusión sanguínea), accidentes anestésicos, coágulos en miembros inferiores (6-20 por mil), embolismo pulmonar (1-2 por mil), intestino paralizado (10 a 20/100 ligero, 1/100 severo), e infecciones (riesgo aumentado por encima del 50%).
* Existe el doble por ciento de posibilidades de ser re-hospitalizada después de una cesárea en comparación con un parto vaginal.
* Las mujeres cesareadas están menos dispuestas a pasar por un segundo embarazo.
* Como es de esperar en todas las cirugías abdominales, las zonas de cicatrización interna pueden causar dolor pélvico, dolor en las relaciones sexuales y problemas intestinales.
* Las consecuencias para la vida reproductiva futura van desde el aumento de la infertilidad, las pérdidas fetales, la placenta previa o el desprendimiento de placenta hasta los partos prematuros.

Riesgos para el bebé:

* Especialmente con las cesáreas programadas, algunos bebes nacerán prematuramente y, en cualquier caso, nacerán antes de estar preparados para la vida, lo que puede acarrearles problemas como distrés respiratorio o intolerancias alimentarias por inmadurez.
* Uno o dos bebes de cada cien sufrirá lesiones de bisturí durante la cirugía.
* Diferentes estudios comparativos entre el parto vaginal y la cesárea programada o por motivos no inherentes al bebe han encontrado que, en un 50% de casos, los valores de Apgar son más bajos en la cesárea. Los niños requieren asistencia respiratoria e ingresan en cuidados intermedios o intensivos con una frecuencia cinco veces superior.
* Los niños nacidos en cesáreas programadas tienen una probabilidad 4 veces mayor de sufrir hipertensión pulmonar persistente. La hipertensión pulmonar persistente es una amenaza para la vida.
* Los bebés nacidos por cesárea tienen menos probabilidades de ser amamantados. Las consecuencias adversas para la salud de la alimentación con formula son numerosas y pueden ser severas.

Después de pasar por una cirugía mayor abdominal y asumir, sin saberlo, todos esos riesgos, nuestra hija nació con un peso de 3.320 gr, es decir, 924 gramos menos que lo estimado por usted. Posteriormente hemos comprobado que, aún de haber sido cierta, esa estimación no era motivo para programar una cesárea[[2]](#footnote-2), porque ante una sospecha de macrosomía fetal lo adecuado es realizar una exploración física y tener en cuenta variables como el aumento de peso de la madre. En mi caso, sólo había aumentado 9,70 kilos de peso desde el comienzo del embarazo y Ud. no realizó ninguna exploración. Y no lo hizo porque el único motivo para programar la cesárea era su propia conveniencia.

Tras la intervención se desentendió Ud. de los resultados y no nos visitó para explicar el desarrollo de la cesárea ni la discordancia entre la supuesta macrosomía y la realidad. Lo que más lamentamos, además del engaño, son las consecuencias respecto a la lactancia materna.

Ha defraudado Ud. nuestra confianza, ha hecho daño a la madre y a la recién nacida y ha incurrido en mala praxis tanto desde el punto de vista clínico como de la ética profesional. Lo que ha escrito Ud. en la historia clínica sobre “macrosomía fetal” y “deseo de cesárea programada” es una desfachatez. Ud. no ha atendido a ningún “deseo” materno, sino que a través del engaño y la coacción me ha impedido decidir cómo dar a luz. Lo que ha hecho es privarme de esa información veraz sobre la indicación, riesgos, beneficios y alternativas de programar una cesárea que prevé la ley y que me habría permitido decidir.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica dispone 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 añade 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 concluye 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).

Por su parte, el art. 5.3 del Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial establece que respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud son deberes primordiales del médico y que debe anteponer a cualquier conveniencia. Sin embargo, usted ha antepuesto sus intereses a mi salud y a la de mi hija. Porque una cesárea le lleva 20 minutos y la programa cuando quiere, mientras que atender un parto vaginal puede llevarle un número indeterminado de horas y conlleva una disponibilidad a la que Ud. no está dispuesta. Si no quiere soportar los inconvenientes de la práctica obstétrica debería Ud. dejar de atender partos y hacer que las mujeres y los bebés sufran las consecuencias.

Su actuación profesional ha infringido también el art. 8.1 del mismo cuerpo deontológico, que establece que la conducta del médico debe favorecer la plena confianza del paciente y que la asistencia médica exige una relación plena de entendimiento y confianza entre el médico y el paciente. Ha vulnerado igualmente los arts. 9 y 12, 15 y 16, que establecen que el médico debe respetar las convicciones de sus pacientes y abstenerse de imponerle las propias, así como su derecho a decidir libremente después de recibir lainformación adecuada sobre las opciones clínicas disponibles y a rechazar un tratamiento. Lo mismo cabe decir de los arts. 17, 19, 21, 45 y 60.1 del Código, que obligan a registrar las circunstancias que rodearon la intervención y ofrecer una atención médica de calidad desde el punto de vista humano y científico.

Como consecuencia de su actuación sufrí una cirugía mayor innecesaria y la imposibilidad de iniciar la lactancia materna de forma espontánea, algo absolutamente evitable que ha convertido el nacimiento de nuestra hija en una experiencia traumática desde el punto de vista físico, psíquico y moral. Todo ello se lo pongo de manifiesto a los efectos legales de interrupción de la prescripción y reclamación formal de la correspondiente indemnización en el procedimiento legal que corresponda, además de presentar nuestra queja ante el Comité deontológico del Colegio de Médicos y la Aseguradora que paga sus servicios.

Atentamente,

|  |  |
| --- | --- |
| Fdo.: **[madre]** DNI Dirección28001 Madride-mail | Fdo.: **[padre]** DNI Dirección28005 Madride-mail |

1. “Los riesgos del nacimiento por cesárea para la madre y el bebé” CIMS (Coalición para Mejorar los Servicios de Maternidad). [↑](#footnote-ref-1)
2. “Recién nacido de peso elevado” Unidad Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto, Bilbao. “En la actualidad está indicada la realización de una cesárea electiva en mujeres diabéticas con un peso fetal estimado mayor de4.500 g (Nivel de evidencia B. ACOG2001) y se recomienda en cualquier gestante con un peso fetal mayor de 5.000 g (Nivel de evidencia C. ACOG 2001). [↑](#footnote-ref-2)