

**COMENTARIOS A UNA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCIÓN AL PARTO REDACTADA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

A continuación copio el documento redactado por la S.E.G.O., para su posterior comentario:

-----  
**DOCUMENTO INFORMATIVO (CON VALOR DE CONSENTIMIENTO INFORMADO) SOBRE LA ASISTENCIA AL PARTO**

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL.....

Dª .....

Con DNI.....

DECLARA que el presente DOCUMENTO INFORMATIVO se le ha suministrado y lo ha podido leer con anterioridad al parto, al tiempo que se le han aclarado todas las dudas, y contestado a las cuestiones que ha deseado plantear.

En concreto se le ha informado que:

Los profesionales, médicos y matronas, de este Hospital consideran a la mujer de parto una persona sana y como tal se le tratará. Además, entienden el parto como un proceso natural en el que además de sus características fisiológicas entran en juego otros factores de no menos importancia, como son los psicológicos, afectivos y sociales.

Atención a la mujer en el parto:

Se atenderá el proceso de parto teniendo en cuenta todos estos factores, optimizando los recursos disponibles e intentando minimizar los impactos propios de un Hospital asistencial y con actividad docente (universitaria pre y/o postgraduada), tratando de hacerla compatible con el tipo de parto que la mujer desearía.

Se respetará el tiempo necesario para el desarrollo del proceso del parto, evitando las acciones dirigidas a acelerar o retardar el mismo (oxitocina por vía intravenosa, rotura de membranas, etc...), siempre que las fases del parto transcurran dentro de los límites de la normalidad establecidos en los criterios actuales de la práctica obstétrica.

Cualquier intervención realizada para acelerar o demorar el desarrollo del parto, según criterio del profesional sanitario que le atienda, tendrá como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto y se informará adecuadamente a la mujer y al familiar que ella desee.

Se evitará la práctica rutinaria de:

- Enema evacuador de limpieza.
- Rotura de membranas amnióticas (amniotomía)
- Sondaje vesical.

- Rasurado perineal.
- Analgesia-anestesia.
- Episiotomía.

pero se harán éstas cuando estén indicadas, previa información a la mujer.

También se realizará previa información:

- Canalización de vía venosa en el momento de su ingreso, por si fuera necesaria una

actuación urgente ante cualquier complicación materno/fetal que pudiera surgir.

- Se obtendrán controles de monitorización de forma continua o discontinua, en función del estado del bienestar fetal. La monitorización con auscultación intermitente también podrá realizarse si se dispone de una matrona por parto.

Si lo desea, podrá estar acompañada de una sola persona de su elección durante todo el proceso del parto y periodo inmediatamente posterior al mismo, en todos los casos en que el parto se desarrolle con normalidad y las condiciones de trabajo lo permitan.

Las intervenciones obstétricas (parto instrumental o cesárea), sólo se practicarán con fin asistencial, para preservar el estado de salud de la madre o del feto y se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares.

Si fuera necesario realizar un parto instrumental o cesárea, el acompañante deberá esperar a que el facultativo encargado autorice su presencia en el paritorio o quirófano. En caso de cesárea realizada en el área de quirófanos generales, en principio no se autoriza la presencia de familiares.

Se propiciará un ambiente adecuado durante el parto en lo referente al respeto que este momento necesita y con las mínimas actuaciones del personal sanitario.

Atención al recién nacido en el parto:

El recién nacido (RN) se mantendrá en contacto piel con piel con la madre tras el nacimiento, si el estado clínico del RN lo permite.

La ligadura del cordón umbilical se efectuará, si fuera posible, una vez haya dejado de latir.

Si se precisaran maniobras de reanimación básicas, se realizarán en el área de atención al recién nacido situado dentro del paritorio. Si se precisara de maniobras de reanimación más profundas, a criterio del equipo que atienda al recién nacido, éstas se realizarán en un área más adecuada para tal fin.

Tras la toma de contacto del recién nacido con sus padres se procederá a su identificación y valoración.

En todos los recién nacidos se efectuará:

- \* Profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular.
- \* Profilaxis de la oftalmía neonatal con pomada de eritromicina.
- \* Otras profilaxis antiinfecciosas pertinentes (hepatitis B)

El recién nacido sano permanecerá con sus padres en la maternidad, salvo mejor criterio facultativo.

El examen pediátrico rutinario se practicará a las 24 horas y posteriormente se informará a los padres y se les entregará la cartilla de salud infantil.

El cribado metabólico (y auditivo) se realiza antes de su alta o a las 48 horas de vida.

Los padres serán informados de cualquier procedimiento diagnóstico-terapéutico que precise el recién nacido.

Para los recién nacidos que precisen ingreso, las normas serán las de la Unidad Neonatal.

Observaciones:

Las condiciones descritas se mantendrán siempre y cuando no concurren en el parto circunstancias patológicas que supongan un riesgo para el estado de salud de la madre o del feto.

El equipo de profesionales sanitarios que atienden a la mujer en el proceso de parto (matrona, anestesiólogo, obstetra y neonatólogo) serán los que confirmen o descarten estas circunstancias patológicas y ofrezcan así una atención de calidad, con un firme propósito de humanizar e individualizar la atención al parto en un contexto de máxima seguridad científica, con el máximo respeto hacia la mujer, actuando siempre con el objetivo de tener una madre y un recién nacido sanos.

#### POSIBLES PROCEDIMIENTOS A EMPLEAR, ASÍ COMO RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL PARTO

Existen una serie de procedimientos dentro de la asistencia al parto, frecuentemente indicados por condicionantes maternos o fetales o de la evolución del parto, como la rotura de la bolsa amniótica, administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, administración de analgésicos y espasmolíticos, así como la práctica de una incisión quirúrgica en el periné o episiotomía a fin de ampliar el canal del parto, que le serán explicados y que expresamente autoriza cuando estén indicados, comprendiendo que aun siendo seguros y habituales, pueden tener sus efectos secundarios y complicaciones. Igualmente le será explicada la eventual necesidad de aplicar medios de extracción fetal y sus riesgos como después se expone. Por ello, durante el parto, el estado del feto y de las contracciones uterinas será vigilado de acuerdo al curso y situación del parto.

\* Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Si bien el parto es un hecho biológico que puede transcurrir sin dificultades, a veces se presentan complicaciones tanto maternas como fetales, de forma inesperada y en ocasiones imprevisibles, que exigen la puesta en marcha de tratamientos, procedimientos o recursos adecuados a la anomalía detectada, transformándose el parto normal en un parto anormal o distócico.

Las complicaciones más importantes son:

- a) Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- b) Prolapso de cordón tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
- c) Infección materna o fetal. .

d) Trastornos hemorrágicos y/o de la coagulación que puedan llevar a hacer necesaria la transfusión, intraparto y postparto. Hematomas en el aparato genital.

e) Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave).

f) Complicaciones debidas a la alteración en las contracciones uterinas, al tamaño del feto, a la mala posición de éste o a alteraciones anatómicas de la madre. Falta de progresión normal del parto. Dificultades en la extracción del feto.

g) Riesgo mínimo de tener que realizar una histerectomía posparto.

h) Shock obstétrico. Shock hipovolémico y/o embolia de líquido amniótico y/o coagulación intravascular diseminada.

i) Existe un riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 5/100.000 nacidos vivos, una parte de ellas debida a patología previa de la madre.

La aparición de alguna de estas complicaciones obliga a finalizar o acortar el parto de inmediato, siendo necesaria la práctica de una Intervención Obstétrica (cesárea o extracción vaginal del feto, instrumentado con ventosa, espátulas o fórceps), con el propósito de salvaguardar la vida y la salud de la madre y/o del feto. Estas intervenciones llevan implícitas, tanto por la propia técnica como por la situación vital materno-fetal, algunos riesgos, efectos secundarios y complicaciones que pueden requerir tratamientos complementarios.

Las decisiones médicas y/o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del médico, tanto por lo que respecta a su indicación como al tipo de procedimiento utilizado, si bien la paciente y su pareja o familiares serán informados de los mismos, siempre y cuando la urgencia o circunstancias lo permitan.

La atención médica del parto se llevará a cabo por el equipo de profesionales (obstetras, anestesiólogos, neonatólogos, matronas, enfermeras) del Hospital con funciones específicas.

Tras cualquier intervención se explicarán a la paciente las precauciones y tratamientos a seguir y que ella se compromete a observar.

Anestesia: La necesidad de anestesia, tanto si es por indicación médica, como si se trata de una medida puramente analgésica, será decidida por el Servicio de Anestesia y el anestesiólogo, conjuntamente con la paciente, la matrona y el obstetra. Además, el anestesiólogo le informará oportunamente para su consentimiento.

Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso del parto o de la intervención que pudiera requerirse surja la necesidad urgente de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

He leído lo anteriormente expuesto y comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y que el facultativo que me ha atendido (Dr. ....) me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Así pues, considero que se me ha informado de la atención personalizada al parto en este Hospital y que comprendo el alcance y los riesgos del parto, de las intervenciones relacionadas y de sus posibles complicaciones. También entiendo que el equipo asistencial que atenderá mi parto lo hará con el criterio expresado en este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que en tales condiciones SOLICITO que se me realice LA ASISTENCIA AL PARTO en este Hospital

En (LUGAR Y FECHA)

Fdo: LA PACIENTE Fdo: EL/LA MÉDICO

RENUNCIA

---

## COMENTARIO

1. Empezando por el análisis del título, “Documento informativo (con valor de consentimiento informado) sobre la asistencia al parto” creo que puede inducir a error al poner entre paréntesis la frase “con valor de consentimiento informado”. ¿Qué significa “con valor de”? ¿Estamos o no estamos ante una hoja de consentimiento informado? Si lo estamos, debería titularse, claramente, “Hoja de Consentimiento Informado para [la intervención concreta para la que se solicita el consentimiento].”

2. Si el parto es un acontecimiento que tiene lugar de forma natural (el propio texto dice que los profesionales entienden el parto como “un proceso natural”), es decir, sin necesidad de una actuación voluntaria o premeditada ni siquiera por parte de la propia mujer, entonces, ¿Cómo puede pedirse permiso para que tenga lugar? Esto resulta tan absurdo como pedir al alguien permiso (consentimiento) para que haga la digestión. Para lo que hay que pedir permiso es para intervenir en el curso natural de la gestación o durante el parto, no para parir. Pienso que el subconsciente colectivo ha traicionado a los autores de este texto, quienes a pesar de toda la retórica que utilizan sobre la “naturalidad” y protagonismo de la mujer en el parto, no piensan que la mujer para, sino que “se la pare”, o, como utilizan en la jerga de los paritorios “se le hace el parto” o “se la partea”. Por eso hay que pedirle permiso (consentimiento), porque no es algo que ella haga, sino que *se le hace*.

La palabra parto debería ser sustituida por la intervención médica concreta que motiva la petición de consentimiento. La Ley de Autonomía del Paciente define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar **una actuación** que afecta a su salud.” Se refiere, por tanto, a las actuaciones médicas que interfieren en el proceso fisiológico y no al proceso fisiológico en sí.

3. Este texto no tiene el contenido informativo mínimo con el que debe cumplir una hoja de consentimiento informado con validez legal. No se especifica con claridad la intervención o actuación concreta para la que se pide el consentimiento, sino que se pide un consentimiento “en bloque” para la mayoría de las intervenciones que ofrece la obstetricia moderna, un cheque en blanco en el que no se informa debidamente sobre la finalidad, naturaleza, riesgos y consecuencias de cada una de ellas. Se está pidiendo el consentimiento por adelantado para unas actuaciones “posibles” y, por lo tanto, sin que

la paciente pueda conocer la indicación concreta que la motiva ni los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales.

4. Por un lado, el documento carece del contenido informativo mínimo que exige la ley a una hoja de C.I. y, por otro, está plagado de contenidos que bien podrían desarrollarse en otro tipo de documentos, como por ejemplo folletos informativos, o bien transmitiéndolos a la embarazada en la consulta. Estos contenidos redundantes serían, por ejemplo, las declaraciones de intenciones, las que recogen principios de actuación inherentes a la buena praxis, el listado actuaciones que van a evitarse y la referencia a la actividad docente que pueda desarrollarse en un centro. La hoja de C.I. es un documento que debe estar destinado principalmente a informar a la mujer sobre la necesidad de realizar *determinada intervención obstétrica* y pedir su consentimiento para que tenga lugar. Deben evitarse, por tanto, los contenidos extemporáneos.

*Ejemplos de declaraciones de intenciones y principios de actuación inherentes a la buena praxis contenidos en el texto:*

“Cualquier intervención realizada para acelerar o demorar el desarrollo del parto, según criterio del profesional sanitario que le atienda, tendrá como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto”.

En nuestra opinión resulta redundante, ya que las intervenciones médicas sólo pueden tener este fin, de otro modo, serían mala praxis.

“Las intervenciones obstétricas (parto instrumental o cesárea), sólo se practicarán con fin asistencial, para preservar el estado de salud de la madre o del feto.”

Efectivamente, las intervenciones obstétricas sólo deben practicarse con este fin. No creemos necesario que las embarazadas sean consultadas para que una intervención tenga “como único fin preservar el estado de salud de la madre y el feto”, ya que es un derecho básico que tienen. Más que consultar o informar, creemos que la reiteración en el texto de estas manifestaciones quieren resaltar que todo lo que se hace a las embarazadas es “por su bien”. Si todo se hace “por su bien” ¿No haría mal la futura madre en cuestionarse la idoneidad o conveniencia de las intervenciones que se le propongan o plantearse optar por otra alternativa?

*Actuaciones a evitar*

El documento de la S.E.G.O. enumera una serie de actuaciones que van a evitarse (enema evacuador de limpieza, rotura de membranas amnióticas (amniotomía), sondaje vesical, rasurado perineal, analgesia-anestesia, episiotomía) el consentimiento sólo debe pedirse para aquéllas actuaciones que van a tener lugar, no para las que van a evitarse. Su inclusión resulta superflua en una hoja de C.I. Y si, como se añade después, “se harán cuando estén indicadas” no puede ser “previa información a la mujer”, como dice el texto, sino “previa información **y consentimiento** de la mujer”.

*Actividad docente*

En cuanto a que se intentará que la actividad docente (universitaria pre y/o postgraduada) sea compatible con el tipo de parto que la mujer desea, la Ley General de Sanidad garantiza en su artículo 10.4 el derecho de todos los usuarios a

“ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. **En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente** y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del

correspondiente Centro Sanitario.” Pensamos que no es la atención al parto la que debe adaptarse a la actividad docente, sino que es la actividad docente la que ha de adaptarse a los requisitos de una buena atención al parto.

Volviendo a la cuestión de la información, resulta llamativo que el documento adolezca del contenido informativo mínimo sobre finalidad, indicaciones, riesgos y consecuencias de las intervenciones, tal y como exige la ley y, sin embargo, tras considerar el parto como un “hecho biológico”, se mencionen con todo detalle complicaciones que se atribuyen a hechos “imprevisibles” e “inesperados” (es decir, sin relacionarlos con una intervención médica anterior), de tanta gravedad y con tanto detalle como “riesgo excepcional de mortalidad materna actualmente estimado en España en 5/100.000 nacidos vivos, una parte de ellas debida a patología previa de la madre” o “Lesiones y desgarros del canal del parto (cervicales, vaginales, vulvares, ocasionalmente de la vejiga urinaria, lesión uretral y/o del esfínter anal y recto, incluso rotura uterina, complicación muy grave). La cesárea, por ejemplo, tiene un riesgo de muerte materna seis veces superior al del parto vaginal y, sin embargo, nada de esto se menciona al hablar de la cesárea. Así mismo, las lesiones vulvares y anales de mayor gravedad se producen como consecuencia del uso de fórceps, y la rotura uterina tiene que ver en ocasiones con el uso de oxitocina sintética y la maniobra de Kristeller. ¿Por qué resulta tan peligroso el parto en sí y tan inofensivas las intervenciones obstétricas? Una información veraz debe incluir los riesgos de las intervenciones médicas, no limitarse a mencionarlos de pasada.

6. Extralimitación en las atribuciones de autoridad. Vienen aquí a colación algunas afirmaciones de autoridad que no tienen en cuenta la autonomía de la voluntad que la ley reconoce a los usuarios: “Las decisiones médicas o quirúrgicas a tomar durante el transcurso del parto quedan a juicio del médico”, “En todos los recién nacidos se efectuará profilaxis de la enfermedad hemorrágica con vitamina K intramuscular, profilaxis de la oftalmía neonatal con pomada de eritromicina; otras profilaxis antiinfecciosas pertinentes (hepatitis B). El recién nacido sano permanecerá con sus padres en la maternidad, salvo mejor criterio facultativo.” ¿Y si los padres no desean profilaxis de oftalmía neonatal o contra la hepatitis B? ¿Y si el facultativo es de la opinión, como nos han relatado muchas madres, de que cuando el nacimiento es por cesárea la madre debe pasar un tiempo en reanimación y puede ser separada de su bebé? No se puede olvidar que los padres ostentan la patria potestad de sus hijos recién nacidos y que en estos casos el “criterio facultativo” no puede imponerse.

Si bien es competencia del profesional la ejecución de los procedimientos y también puede negarse a llevar a cabo actuaciones que contravengan la buena praxis o estén fuera de la cobertura del sistema de salud, esto no puede ir en contra del principio de que toda actuación en el ámbito de su salud requiere el previo consentimiento de la mujer. El fundamento ético de esta exigencia, consagrado en todas las leyes sanitarias que tratan los derechos de los usuarios, es el derecho fundamental de toda persona a decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo. Como cualquier otro usuario, la parturienta tiene derecho a negarse al tratamiento o intervención que se le propone (“Rechazo informado”).

Además, las usuarias tienen derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles. La mujer podrá elegir libremente la postura que desee para parir, que la monitorización sea continua o intermitente, deambular o permanecer tumbada,

recibir anestesia epidural o apoyo emocional constante durante el parto... La capacidad de elegir sólo está limitada por la disponibilidad de la opción elegida y la buena praxis. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos. 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. “En el ejercicio de su profesión el médico respetará las decisiones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias” (Art. 8.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial)

A menudo se dice que se informará a la mujer sobre la realización de éste o aquél procedimiento, como si la única obligación de los profesionales fuera “informar” (a cosa hecha) y no pedir expresamente y con anterioridad el consentimiento, que es lo que la ley establece.

Se dice que “se informará adecuadamente a la mujer y a sus familiares”., olvidando que el titular de la información asistencial es la mujer, y los familiares sólo pueden ser informados en la medida en que ella lo autorice y lo consienta.

7. Tanto el texto en general como el párrafo dedicado a la obtención de la firma de la embarazada en particular, están redactados de forma que parece que si la embarazada no firma la hoja tal cual no podrá “solicitar” la atención. El derecho de una persona a recibir atención médica adecuada no deriva de que firme íntegramente una hoja de C.I., sino de un derecho constitucional a la protección de la salud que se concreta en una cobertura sanitaria (pública o privada), que define el qué y el cómo, y no de que firme o no una hoja de C.I. Incluso si una persona decide rechazar una propuesta médica determinada, tiene derecho a ser atendida cuando existan alternativas disponibles, incluida la de no hacer nada y dejar que el parto transcurra por sí mismo (véase el artículo 21 de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Deberes en Materia de Información y Documentación Clínica.

8. Por último, como representación profesional en la firma del documento sólo aparece un tipo de asistente: el médico. Sin embargo, la comadrona es la profesional que atiende a las mujeres en primera instancia (al menos en el sistema público) durante la gestación, el parto y el puerperio). Para la OMS, la matrona es la profesional más apropiada y económica para ser asignada al cuidado de un embarazo y parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones. La investigación ha demostrado que los resultados de salud materno-infantil de los partos asistidos por comadrona son tan buenos o mejores que los de los asistidos por ginecólogo, pero con tasas de cesáreas, fórceps y episiotomías muy inferiores.

En mi opinión, la incoherencia del texto proviene de una realidad que, por más que se quiera ocultar, está meridianamente clara para cualquiera que conozca un poco cómo funciona la medicina defensiva en general y la atención al parto en particular: este documento no persigue la finalidad prevista en la ley: que la mujer reciba información adecuada y pueda decidir libremente, sino justo lo contrario, que es eximir a los asistentes del deber *de informar a la mujer (informarla de verdad), respetar su voluntad y ofrecerle alternativas.*

A pesar de que la S.E.G.O. ha incorporado en los últimos años a sus protocolos lo que la evidencia científica venía diciendo respecto a las prácticas más habituales en el parto (son veinte años de retraso, pero nunca es tarde si la dicha es buena), está claro que aún no han incorporado el derecho a la autonomía de las mujeres como valor fundamental en la atención obstétrica. No es de extrañar si pensamos que la misión de esta sociedad es defender los intereses del colectivo al que representan, no los de las mujeres y los niños.

Esperamos que todos los profesionales que atienden partos en España profundicen en el conocimiento, difusión y aplicación de los preceptos de la Ley de Autonomía del Paciente y, sobretodo, los “interioricen” y se impliquen personalmente en la tarea de llevar a la práctica diaria de las maternidades los principios éticos a los que esta ley intentó dar cuerpo.

El Escorial, abril de 2009

Francisca Fernández Guillén

Lda. en Derecho

[www.elpartoesnuestro.es](http://www.elpartoesnuestro.es)

Para comentar este texto o hacer sus aportaciones puede escribir a [francisca.fernandez@lwebmail.net](mailto:francisca.fernandez@lwebmail.net)