

SEDACIÓN EN PACIENTES TERMINALES

AUTORES:

**CARMEN MENA MARTÍN.
ANA BELÉN FERNÁNDEZ-SEVILLA LEYVA.
RAQUEL M^a VISCAY HEREDIA.**

INDICE:

¿Qué sabemos del tema?-----	Página 3
¿Qué debemos saber cómo enfermeros?-----	Página 3
Requisitos necesarios para sedación en pacientes terminales-----	Página 4
Registro y monitorización del proceso y fármacos recomendados-----	Pág 5
Aplicación del plan de cuidados-----	Página 5
Consideraciones respecto al tratamiento-----	Página 6
¿Qué hay en la sociedad respecto a la ética?-----	Página 7
Sedación-Eutanasia, diferencia-----	Página 8
Métodos utilizados para recoger datos y resultados obtenidos-----	Pág 9
Justificación ética de la indicación de sedación-----	Página 9
Leyes reguladoras derechos de los pacientes-----	Página 10
Código Deontológico-----	Página 11
Bibliografía-----	Página 26

¿QUE SABEMOS DEL TEMA?

Sedación es una de las medidas terapéuticas empleadas en la asistencia a los pacientes con enfermedad terminal, legalmente permitida y éticamente aceptada si se sitúa dentro de la buena praxis médica.

Enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes tiene como elementos fundamentales: la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable; la falta de posibilidades de respuesta al tratamiento; los síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes; el gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico.

Sedación terminal es una medida terapéutica que conlleva la anulación farmacológica de la conciencia y se plantea cuando el resto de los tratamientos se han mostrado ineficaces, por lo que normalmente es una respuesta al "fracaso terapéutico" de otras alternativas.

¿QUE DEBEMOS SABER COMO ENFERMEROS?

La muerte tiene distintas caras, hay muertes instantáneas como un accidente de tráfico, una muerte repentina por ejemplo, una peritonitis que en 2 o 3 días puede hacer a una persona fallecer y otro tipo de muerte lenta, agónica, penosa que se presenta cuando se diagnostica una enfermedad terminal que no tiene cura o el paciente tiene una edad que es incompatible con el tratamiento necesario (por ejemplo, un trasplante); es aquella en que tu vida tiene una fecha de caducidad, un tiempo límite, no siempre exacto pero se sabe que irreversible. Es por ello por lo que la atención psicológica y espiritual es tan importante o quizás más que la ayuda médica.

Y cada persona tendrá una manera distinta de afrontar la situación. Lo que ocurre en estos casos es la vivencia familiar y amigos que son los que más sufren la muerte de un ser querido.

Para el paciente lo peor debe ser el shock que produce el oír esas palabras. Pero aún peor debe ser el deterioro funcional de la enfermedad, sentir que tu propio cuerpo te abandona en contra de la voluntad de uno mismo de querer vivir.

Pero no se puede dejar a un lado la asistencia médica, ya que gracias a los avances científicos y farmacéuticos, en los países desarrollados se puede garantizar una muerte digna y ausente de dolor. ¿Por qué? Porque el miedo interno que tiene un paciente terminal que asume su destino, no es a la muerte en sí, sino que esta muerte sea lenta y dolorosa. Y este aspecto se puede

remediar, sobre todo gracias a fármacos opiáceos que son los que suelen utilizarse para hacer de este trance lo menos agónico posible.

Se entiende por sedación terminal la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

Para la sedación terminal debe existir consentimiento explícito del paciente o delegado (en caso de incapacidad del paciente, por representación del familiar o tutor legal, de acuerdo a los valores y deseos que habitualmente ha manifestado el paciente a la familia o al equipo).

Se tendrán en cuenta, en el paciente no competente, los Documentos de Voluntades Anticipadas o las Directrices Previas expresadas por el enfermo y recogidas en el Historial Clínico.

El consentimiento no debe entenderse sólo como un documento escrito. El consentimiento verbal puede ser suficiente, pero se considera imprescindible que quede registrado en la historia clínica.

La enfermería es el grupo asistencial que de forma más cercana y continua atiende al enfermo en la fase terminal, por lo que es conveniente hacer partícipe a todos los miembros de las decisiones que se vayan tomando. Además de sus funciones propias, es responsable del cumplimiento del tratamiento clínico, por lo que es muy importante cuidar la comunicación, durante todo el proceso, entre el equipo asistencial, registrando todo el proceso en la historia clínica y cuidando en todo momento la confidencialidad.

Las indicaciones de sedación terminal más frecuentes son la presencia de síntomas refractarios como la disnea, el delirium, el dolor y el sufrimiento psicológico.

En cada caso se valorará la retirada de las medidas instauradas previamente, no necesarias en la nueva situación, que pueden ir desde la ventilación mecánica hasta la retirada de una sonda nasogástrica para alimentación enteral, una antibioterapia, etc.

Los requisitos para una sedación terminal adecuada son:

- 1. Determinación de enfermedad terminal, con síntoma refractario físico (delirium, disnea, dolor, hemorragia, náuseas/vómitos) o psicológico.*
- 2. Consentimiento Informado.*
- 3. Información de la decisión a todo el equipo asistencial.*
- 4. Prescripción médica y limitación del esfuerzo terapéutico, que tendrá en cuenta que el alivio se consiga mediante una reducción proporcionada del nivel de conciencia.*
- 5. Aplicación del Plan de Cuidados de enfermería.*
- 6. Monitorización y registro del proceso.*

REGISTRO Y MONITORIZACIÓN DEL PROCESO

Registro: en la Historia Clínica (Hoja de Evolución) será necesario que el médico responsable registre:

- Diagnóstico de enfermedad terminal, síntoma refractario, Indicación de sedación.
 - El Consentimiento Informado, haciendo constar si es explícito o delegado.
- Monitorización del proceso. A través de la escala de Ramsay, que se basa en el seguimiento de los parámetros más relevantes, se evaluará el proceso de sedación, atendiendo a los siguientes parámetros: agitación, ansiedad y nivel de conciencia.

Los fármacos recomendados son:

Opioides

- CLORURO MÓRFICO: IVC 1-10 mg/h hasta dosis máxima recomendada de 80 mg/h.
- ó
- CLORURO MÓRFICO 5-10mg SC/4h.

Benzodiazepinas:

- MIDAZOLAM: 0,5-5 mg IV/SC*, luego IVC a 0,5-1 mg/h. Dosis de mantenimiento habitual 20-120 mg/24 h.
- FLUNITRAZEPAM 1-30 mg/24 h IVC.
- DIAZEPAM 10-20 mg/8 h-12 h IV.

Antipsicóticos:

- HALOPERIDOL: 0,5-5 mg SC* cada 2 h-4 h o 1,5 mg bolus IV/SC* y luego IVC a 5 mg/24h.
- Dosis de mantenimiento habitual 5-15 mg/24 h.
- CLORPROMAZINA: 10-25 mg IV hasta una dosis máxima diaria recomendada de 150 mg.
 - LEVOMEPRIMAZINA: SC* 75-100 mg/24 h.

Otros:

- BUTILESCOPOLAMINA: 10-40 mg/24 h IV/SC*.
- ATROPINA: 0,3-1,2 mg/ 4 h-6 h SC/IV.

Ejemplos de sedación pueden ser:

Cloruro mórfico 20-30 mg + Midazolam 15-30 mg en 500 CINA 0,9%/12 h IVC.

Cloruro mórfico 20-30 mg + Flunitrazepam 4-6 mg en 500 CINA 0,9%/12 h IVC

APLICACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se aplicará el Plan de Cuidados Estandarizado: Cuidados en la Sedación /

Agonía, tal y como se muestra a continuación, teniendo en cuenta que el Plan de Cuidados debe contemplar no sólo al paciente, sino también a su familia.

Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Evitar el ruido.

Realizar cambios posturales M-T-N

OXIGENACIÓN vías aéreas de energía de secreción.

Eliminar y/o aspirar secreciones de boca, si precisa.

Riesgo de alteración Respiración bucal.

Mantener hidratación.

Realizar cuidados de la boca M-T-N de la mucosa oral.

Riesgo de úlcera Alto riesgo Minimizar el riesgo Cambiar pañal M-T-N.

PIEL por presión de UPP Colchón antiescaras M-T-N.

Vigilar puntos de presión M-T-N.

Úlcera instaurada Deterioro general Favorecer el confort Tratar el dolor y el olor M-T-N.

No aplicar medidas agresivas.

Déficit de autocuidado: Debilidad Tendrá cubiertas Verificar y adecuar nivel de M-T-N higiene y vestido necesidades de autocuidado ayuda e higiene y vestido

Riesgo de accidentes Bajo riesgo Minimizar el riesgo Aplicar protocolo de prevención M-T-N de accidentes.

SEGURIDAD Ansiedad/temor Evolución proceso.

La familia verbalizará/ Apoyar la verbalización M-T-N exteriorizará los sentimientos / temores.

APRENDIZAJE Déficit de Situación

Verbalización de la familia

Proporcionar información sobre tratamiento, proporcionar conocimientos sobre salud actual conocer el proceso, cuidados, evolución, etc.

SISTEMA CARDIOVASCULAR Complicación: flebitis Vía venosa Aplicar protocolo M-T-N

Detectar precozmente signos y síntomas de flebitis de mantenimiento de vía venosa.

SISTEMA GENITOURINARIO Complicación: Deterioro general Detectar precozmente signos dolor, globo vesical, M-T-N Vigilar retención urinaria y síntomas de retención urinaria / ausencia de micción

SISTEMA NEUROLÓGICO Complicación: Deterioro general Detectar grado de sedación y Valorar sedación: Observación M-T-N

SISTEMA RESPIRATORIO Complicación: Deterioro general Detectar precozmente signos Cama incorporada y cabeza ladeada M-T-N

Además de los tratamientos y cuidados descritos, deben tenerse en cuenta, las siguientes consideraciones:

Hacia el enfermo

1. El lugar para morir debe ser digno y facilitador de la despedida: habitación individual siempre que sea posible.

2. Soporte emocional:

2.1. Cuidar la comunicación verbal y no verbal: puede haber pérdida de la

capacidad cognitiva pero seguir captando estímulos sensitivos. Tratarle con respeto.

2.2. Presencia, disponibilidad y accesibilidad. Proporcionar apoyo físico, psicológico y espiritual.

Hacia la familia

1. Informar de cambios relevantes en espacios adecuados: Evitar pasillos y salas de espera. Evitar comentarios en la habitación.
2. Facilitar la expresión de emociones y sentimientos.
3. Compartir los cambios que se van produciendo en la evolución del enfermo y la adecuación de los tratamientos y los cuidados.
4. Invitar a participar en los cuidados (favorece un buen duelo).
5. Dar soporte continuado y reforzar la labor de los cuidadores.
6. Valorar la necesidad de apoyo psicológico.
7. Facilitar información de los aspectos burocráticos que serán necesarios tras la muerte del enfermo.

¿QUE HAY EN LA SOCIEDAD RESPECTO A LA ETICA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN?

El objetivo prioritario debería ser el alivio del sufrimiento y no la salvaguarda de la vida. En situación de enfermedad avanzada y terminal, no debería permitirse el sufrimiento del enfermo por miedo a adelantar la muerte.

La responsabilidad del equipo sanitario recae sobre el proceso de toma de decisiones que se adoptan para aliviar el sufrimiento y no tanto sobre el resultado de su intervención en términos de vida o muerte.

El principio del doble efecto establece que una acción con dos o más posibles efectos, incluyendo al menos uno bueno posible y otros que son malos, es moralmente permisible si se dan cuatro requisitos:

- 1- La acción debe ser buena o neutra.
- 2- La intención del actor debe ser correcta (se busca el efecto bueno).
- 3- Existe una proporción o equilibrio entre los dos efectos, el bueno y el malo.
- 4- El efecto deseado y bueno no debe ser causado por un efecto indeseado o negativo.

Desde el punto de vista ético, la mejor forma de garantizar una buena toma de decisiones respecto a la sedación es que dicho proceso contemple los pasos que se enumeran a continuación, los cuales deben quedar reflejados por escrito en la historia clínica:

a) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos utilizados que justifiquen la refractariedad del síntoma. En caso de que algunos procedimientos no puedan o deban ser utilizados, ha de indicarse la razón de ello.

b) Obtención del consentimiento. No se recomienda el uso de un documento

específico, ni hacer firmar al paciente o a la familia. El hecho de que se registre en la historia clínica es requisito suficiente y necesario.

c) Descripción, en la historia clínica, del proceso de ajuste de la sedación, con valoración de parámetros de respuesta, tales como el nivel de conciencia y ansiedad (ej. Escala de Ramsay)

En ocasiones se pueden confundir dos términos totalmente diferentes que describimos a continuación:

SEDACIÓN Y EUTANASIA

Uno de los puntos cruciales en el debate ético sobre la sedación es que algunos han equiparado la sedación a la eutanasia, lo cual ha generado una gran controversia.

Como se ve en la siguiente diferenciación, la distinción entre sedación y eutanasia recae esencialmente en los siguientes puntos: intencionalidad, proceso y resultado.:

Diferencias entre sedación y eutanasia

SEDACION

Intencionalidad :Aliviar el sufrimiento refractario. Provocar la muerte para liberar el sufrimiento

Proceso: Prescripción de fármacos ajustados a la respuesta del paciente

Resultado: Alivio del sufrimiento

EUTANASIA

Intencionalidad: Provocar la muerte para liberar el sufrimiento

Proceso: Prescripción de fármacos a dosis letales que garanticen una muerte rápida

Resultado: muerte

La sedación altera la conciencia del paciente buscando un estado de indiferencia frente al sufrimiento o amenaza que supone el síntoma. Cuando la sedación es profunda la vida consciente se pierde. La eutanasia elimina la vida física

En la sedación debe existir una indicación clara y contrastada, los fármacos utilizados y las dosis se ajustan a la respuesta del paciente frente al sufrimiento que genera el síntoma, lo cual implica la evaluación de dicho proceso, tanto desde el punto de vista de la indicación como del tratamiento. Este proceso debe quedar registrado en la historia clínica del paciente.

En la eutanasia se precisa de fármacos a dosis y/o combinaciones letales, que garanticen una muerte rápida.

Se ha objetado que la supervivencia es muy breve desde la indicación de una sedación terminal. Los trabajos disponibles muestran que no existen

diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes que precisaron ser sedados y de los que no requirieron sedación. Desde luego realizar estudios que supongan que a un grupo de pacientes se les dejará sufrir para comprobar si viven más o menos que un grupo de pacientes sedados, es inadmisibles desde el punto de vista ético.

METODOS QUE VOY A UTILIZAR PARA RECOGER LOS DATOS Y A QUE RESULTADO SE LLEGA

Tras realizar una búsqueda extensa tanto por Internet, libros amar la vida (wit), documentos, protocolo sedación en pacientes terminales, folletos, apuntes de cursos referentes al tema, y pregunta tanto a profesionales como a no profesionales; hemos comprobado que toda la gente algunos más que otros pero todos tienen conocimientos del tema de la sedación en pacientes terminales.

Los trabajos disponibles muestran que no existen diferencias significativas en la supervivencia de los pacientes que precisaron ser sedados y de los que no requirieron sedación.

Desde luego realizar estudios que supongan que a un grupo de pacientes se les dejará sufrir para comprobar si viven más o menos que un grupo de pacientes sedados, es inadmisibles desde el punto de vista ético.

Stone, tiene razón cuando comenta que la necesidad de la sedación terminal sugiere más un indicador de una muerte inminente, que la causa de una muerte prematura.

Las indicaciones más frecuentes de la sedación en la agonía son situaciones extremadas de DELIRIO, DISNEA, DOLOR, HEMORRAGIA MASIVA, ANSIEDAD o PANICO que no han respondido a los tratamientos indicados, aplicados con la máxima intensidad.

El enfermo adecuadamente sedado no sufre y no tiene prisa para que su vida termine pronto.

¿Cuáles son los criterios para evaluar, desde un contexto ético-profesional, si está justificada la indicación de la sedación en un paciente agónico?

La aplicación de la Sedación en la agonía exige del médico para comprobar de manera cierta y consolidada las siguientes circunstancias:

- 1. La existencia de una sintomatología grave y refractaria al tratamiento.*
- 2. Si los datos clínicos indican una situación de muerte inminente o muy próxima.*
- 3. Si el enfermo ha otorgado su consentimiento libre y bien informado a la sedación en la agonía.*

4. Si el enfermo ha tenido oportunidad de satisfacer sus necesidades familiares, sociales y espirituales.

Nunca debemos olvidar que existen **leyes que registran todos los derechos de los pacientes**, referidos tanto a la atención que debe prestársele como ante una situación terminal y en todo momento deben cumplirse, son las siguientes:

- Ley 41/2002 Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.
- Código Penal (Art. 143) (asistencia al suicidio, omisión del deber de socorro, coacciones, homicidio por imprudencia).
- Ley 7/2002 de 12 de diciembre de Voluntades Anticipadas en el ámbito de la sanidad del Parlamento Vasco.
- Decreto 270/2003, de 4 de noviembre por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas.
- Ley catalana 21/2000 de 29 de diciembre.
- Ley 12/2001 de 21 de diciembre del Parlamento de Madrid.
- Ley 6/2002 de 15 de abril del Parlamento Aragonés.
- Ley 2/2002 de 17 de abril del Parlamento de La Rioja.
- Ley Foral 11/2002 de 6 de mayo de Navarra.
- Ley 1/2003 de 28 de enero sobre derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana.
- Ley Castellano-Leonesa 8/2003 de 8 de abril sobre derechos y deberes de las personas en relación a la salud.
- Ley 5/2003 de 9 de octubre de declaración de voluntad vital anticipada del Parlamento Andaluz.

Existe también el CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA, en el que se recoge la actuación médica ante la muerte en pacientes terminales; dice así:

Capítulo VII.- De la muerte

Artículo 27

1. El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su

correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo.

2. El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables.

3. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.

Código Deontológico de Enfermería

La Deontología es el Conjunto de los deberes de los profesionales de Enfermería que han de inspirar su conducta .

La Organización Colegial de Enfermería ha venido asumiendo y recomendando hasta ahora el Código Deontológico, elaborado en 1973 por el Consejo internacional de Enfermería, como guía para resolver los problemas éticos que el ejercicio de nuestra profesión pudiera plantear.

Respecto al papel de los Enfermeros/as en la sociedad, hemos de tener en cuenta su responsabilidad en el área de:

- 1º Prevención de las enfermedades.
- 2º Mantenimiento de la salud.
- 3º Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
- 4º Educación para la salud.
- 5º Formación, administración e investigación en Enfermería.

En el presente Código están prácticamente incardinados los tres grandes grupos, correspondientes a las distintas obligaciones morales:

1. La Enfermera/o y ser el humano.
2. La Enfermería y la sociedad.
3. La Enfermera/o y el ejercicio profesional

CAPITULOS:

CAPITULO I

AMBITO DE APLICACION

Artículo 1

Las disposiciones del presente Código obligan a todos los Enfermeros/as inscritos en los Colegios, sea cual fuera la modalidad de su ejercicio (libre, al servicio de la Sanidad Pública, Privada, etc). También serán de aplicación, para el resto de los extranjeros que por convenios, tratados internacionales puedan ejercer ocasionalmente en España.

Artículo 2

Una de las responsabilidades prioritarias del Consejo General y de los Colegios es la ordenación, en su ámbito respectivo, de la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos y dignidad de los enfermos.

Artículo 3

De conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior, será función primordial del Consejo General y de los Colegios favorecer y exigir el cumplimiento de los derechos deontológicos de la profesión, recogidos en el presente código.

CAPITULO II

LA ENFERMERIA Y EL SER HUMANO, DEBERES DE LAS ENFERMERAS/OS

Artículo 4

La Enfermera/o reconoce que la libertad y la igualdad en dignidad y derecho son valores compartidos por todos los seres humanos que se hallan garantizados por la Constitución Española y Declaración Universal de Derechos Humanos.

Por ello, la Enfermera/o está obligada/o tratar con el mismo respeto a todos, sin distinción de raza, sexo, edad, religión, nacionalidad, opinión política, condición social o estado de salud.

Artículo 5

Consecuentemente las Enfermeras/os deben proteger al paciente, mientras esté a su cuidado, de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal.

Artículo 6

En ejercicio de sus funciones, las Enfermeras/os están obligados a respetar la

libertad del paciente, a elegir y controlar la atención que se le presta.

Artículo 7

El consentimiento del paciente, en el ejercicio libre de la profesión, ha de ser obtenido siempre, con carácter previo, ante cualquier intervención de la Enfermera/o. Y lo harán en reconocimiento del derecho moral que cada persona tiene a participar de forma libre, y validamente manifestada sobre la atención que se le preste.

Artículo 8

Cuando el enfermo no esté en condiciones físicas y psíquicas de prestar su consentimiento, la Enfermera/o tendrá que buscarlo a través de los familiares o allegados a éste.

Artículo 9

La Enfermera/o nunca empleará ni consentirá que otros lo empleen, medidas de fuerza física o moral para obtener el consentimiento del paciente. En caso de ocurrir así, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades sanitarias, y del Colegio Profesional respectivo con la mayor urgencia posible.

Artículo 11

De conformidad con lo indicado en el Artículo anterior, la Enfermera/o deberá informar verazmente al paciente, dentro del límite de sus atribuciones. Cuando el contenido de esa información excede del nivel de su competencia, se remitirá al miembro de salud más adecuado.

Artículo 12

La Enfermera/o tendrá que valorar la situación física y psicológica del paciente antes de informarle de su real o potencial estado de salud, teniendo en cuenta, en todo momento que éste se encuentre en condiciones y disposiciones de entender, aceptar o decidir por si mismo.

Artículo 13

Si la Enfermera/o es consciente que el paciente no está preparado para recibir la información pertinente y requerida, deberá dirigirse a los familiares o allegados del mismo.

CAPÍTULO III

DERECHOS DE LOS ENFERMOS Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Artículo 14

Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 15

La Enfermera/o garantizará y llevará a cabo un tratamiento correcto y adecuado a todas las personas que lo necesiten, independientemente de cuál pueda ser su padecimiento, edad o circunstancia de dichas personas.

Artículo 16

En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental de ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción.

Artículo 17

La Enfermera/o no podrá participar en investigaciones científicas o en tratamientos experimentales, en pacientes que estén a su cuidado, si previamente no se hubiera obtenido de ellos, o de sus familiares o responsables, el correspondiente consentimiento libre e informado.

Artículo 18

Ante un enfermo terminal, la Enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.

Artículo 19

La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20

La Enfermera/o informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21

Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la

cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Artículo 22

De conformidad en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho.

CAPITULO IV

LA ENFERMERA/O ANTE LA SOCIEDAD

Artículo 23

Las Enfermeras/os deben ayudar a detectar los efectos adversos que ejerce el medio ambiente sobre la salud de los hombre.

Artículo 24

Las Enfermeras/os deben mantenerse informados y en condiciones de poder informar sobre las medidas preventivas contra los riesgos de los factores ambientales, así como acerca de la conservación de los recursos actuales de que se dispone.

Artículo 25

Desde su ejercicio profesional, la Enfermera/o debe conocer, analizar, registrar y comunicar las consecuencias ecológicas de los contaminantes y su efectos nocivos sobre los seres humanos, con el fin de participar en las medidas y/o curativas que se deban adoptar.

Artículo 26

La Enfermera/o, dentro de sus funciones, debe impartir la educación relativa a la salud de la Comunidad, con el fin de contribuir a la formación de una conciencia sana sobre los problemas del medio ambiente.

Artículo 27

Las Enfermeras/os deben cooperar con las autoridades de Salud en la planificación de actividades que permitan controlar el medio ambiente y sean relativas al mejoramiento de la atención de salud comunitaria.

Artículo 28

Las Enfermeras/os participarán en las acciones que ejercite o desarrolle la Comunidad respecto a sus propios problemas de salud.

Artículo 29

La Enfermera/o debe participar en los programas tendentes a reducir la acción de los elementos químicos, biológicos o físicos causados por la industria y otras actividades humanas con el fin de contribuir a la mejora de la calidad de la población.

Artículo 30

La Enfermera/o participará en equipos multiprofesionales que desarrollan investigaciones epidemiológicas y experimentales dirigidas a obtener información sobre los riesgos ambientales que puedan afectar a la salud de la mejora de vida y trabajo determinando las acciones y evaluando los efectos de la intervención de Enfermería.

CAPITULO V

PROMOCION DE LA SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Artículo 31

El personal de Enfermería deberá colaborar en la promoción de la salud poniendo al servicio del logro de esa función social sus conocimientos científicos y conducta ética en el desarrollo de los diferentes programas que se planifiquen con ese objetivo.

Artículo 32

Los proyectos y programas de promoción de las salud, han de respetar la integridad del grupo social teniendo en cuenta la gran diversidad de niveles socio-culturales y económicos.

Artículo 33

El personal de Enfermería deberá reconocer y conceder al grupo social de derecho que le corresponde en la promoción de la salud, permitiéndole una participación real en las decisiones que le conciernen.

Artículo 34

En el establecimiento de programas de promoción de la salud y en el reparto de los recursos disponibles, la Enfermera/o se guiará por el principio de la justicia social de dar más al más necesario. Los conceptos de justicia social

son algo más que paternalismo.

CAPITULO VI

LA ENFERMERIA Y LOS DISMINUIDOS FISICOS, PSIQUICOS E INCAPACITADOS

Artículo 35

Como consecuencia del Derecho Público, que tienen los disminuidos físicos, psíquicos e incapacitados a ser integrados y readaptados a la Sociedad a la que pertenecen, las Enferme-ras/os pondrán a su servicio tanto sus conocimientos profesionales como su capacidad de cuidados para que individualmente o colaborando con otros profesionales, se esfuercen en identificar las causas principales de la incapacidad con el fin de prevenirlas, curarlas o rehabilitarlas.

Artículo 36

Asimismo deberá colaborar con organismos, instituciones o asociaciones que tengan como finalidad la reacción y desarrollo de servicios de prevención y atención a minusválidos e incapacitados.

Artículo 37

Igualmente deberán colaborar en la educación y formación de la Comunidad para que aquellos miembros que sufran incapacidades o minusvalías puedan ser integrados en la misma y, a través de ellas, en la Sociedad.

CAPITULO VII

EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y EL DERECHO DEL NIÑO A CRECER EN SALUD Y DIGNIDAD, COMO OBLIGACION ETICA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL

Artículo 38

Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.

Artículo 39

La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Artículo 40

En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

Artículo 41

La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.

Artículo 42

La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados

CAPITULO VIII

LA ENFERMERIA ANTE EL DERECHO A UNA ANCIANIDAD MAS DIGNA, SALUDABLE Y FELIZ COMO CONTRIBUCION ETICA Y SOCIAL AL DESARROLLO ARMONIOSO DE LA SOCIEDAD

Artículo 43

Las Enfermeras/os deben prestar atención de salud tanto al anciano enfermo como sano, al objeto de mantener su independencia, fomentando su autocuidado para garantizar un mejoramiento de la calidad de vida.

Artículo 44

En el ámbito de su competencia profesional, la Enfermera será responsable de los programas de educación para la salud dirigidos al anciano.

Artículo 45

Las Enfermeras/os deben influir en la política de salud, para que se ponga a disposición de todos los ancianos que lo precisen, una atención de salud competente y humana. Esa atención será integral e incluirá ente otras medidas, la adaptación material de la vivienda y el acceso a actividades de tiempo libre.

Artículo 46

La Enfermera/o debe incluir en su programas de educación, la atención integral de Enfermería al anciano.

CAPITULO IX

EL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL DERECHO QUE TODA PERSONA TIENE A LA LIBERTAD, SEGURIDAD Y A SER RECONOCIDOS, TRATADOS Y RESPETADOS COMO SERES HUMANOS

Artículo 47

Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicio de los seres humanos.

Artículo 48

Cuando se diera la circunstancia a que alude el artículo anterior, la Enfermera/o deberá, en defensa de los principios éticos de la profesión, denunciar el caso ante su Colegio. En caso necesario, éste, a través del Consejo General, pondrá en conocimiento de la Autoridad o de la opinión pública, las irregularidades indicadas, y adoptará las acciones necesarias y urgentes que el caso requiera, a fin de establecer el orden ético alterado y defender la dignidad y libertad de los Colegiados.

Artículo 49

Ninguna Enfermera/o podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano.

Artículo 50

En caso de emergencia, la Enfermera/o está obligada/o a prestar su auxilio profesional al herido o enfermo. En situaciones de catástrofe, deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria.

Artículo 51

La Enfermera/o cooperará con los organismos oportunos a solucionar los problemas de salud de presos y refugiados, ayudando en su adaptación a un nuevo modo de vida.

CAPITULO X

NORMAS COMUNES EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION

Artículo 52

La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente sin hacer distinción alguna por razones de situación social, económica, características personales o naturaleza del problema de salud que le aqueje. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.

Artículo 53

La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Artículo 54

La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.

Artículo 55

La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia.

Artículo 56

La Enfermera/o asume la responsabilidad de todas las decisiones que a nivel individual debe tomar en el ejercicio y su profesión.

Artículo 57

La Enfermera/o debe ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia, cualquiera que sea el ámbito de acción.

Artículo 58

La Enfermera/o no debe aceptar el cumplimiento de una responsabilidad que no sea de su competencia, en demérito de la competencia, en demérito del cumplimiento de sus propias funciones.

Artículo 59

La Enfermera/o nunca deberá delegar en cualquier otro miembro del equipo de salud, funciones que le son propias y para las cuales no están los demás debidamente capacitados.

Artículo 60

Será responsabilidad de la Enfermera/o, actualizar constantemente sus conocimientos personales, con el fin de evitar actuaciones que puedan ocasionar la pérdida de salud o de vida de las personas que atiende.

Artículo 61

La Enfermera/o está obligada a denunciar cuantas actitudes negativas observe hacia el paciente, en cualquiera de los miembros del equipo de salud. No puede hacerse cómplice de personas que descuidan deliberada y culpablemente sus deberes profesionales.

Artículo 62

Las relaciones de la Enfermera/o con sus colegas y con los restantes profesionales con quienes coopera deberán basarse en el respeto mutuo de las personas y de las funciones específicas de cada uno.

Artículo 63

Para lograr el mejor servicio de los pacientes, la Enfermera/o colaborará diligentemente con los otros miembros del equipo de salud. Respetará siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitirá que se le arrebate su propia autonomía profesional.

Artículo 64

La Enfermera/o debe solicitar, siempre que sea necesario, la colaboración de los miembros de otras profesiones de salud, que asegure al público un servicio de mejor calidad.

Artículo 65

Es deber de la Enfermera/o compartir con sus colegas aquellos conocimientos y experiencias que puedan contribuir al mejor servicio de los enfermos y al fortalecimiento de la profesión.

Artículo 66

La Enfermera/o, en el trato con subordinados, superiores, colegas y otros profesionales sanitarios, se guiará siempre por las reglas de buena educación y cortesía.

Artículo 67

La Enfermera/o en las relaciones con sus colegas nunca practicará la competencia desleal, ni realizará publicidad profesional engañosa para acaparar clientes. La Enfermera/o considerará como un honor que sus colegas

la llamen para que preste cuidados de Enfermería a ellos o a sus familiares más cercanos. Es norma tradicional no exigir en esas circunstancias el pago de los honorarios devengados por los actos profesionales realizados.

Artículo 68

La Enfermera/o no aceptará hacerse cargo de un cliente que está siendo atendido por otro colega sin el previo consentimiento de éste, excepto por una causa muy justificada, y en caso de urgencia.

CAPITULO XI

LA EDUCACION Y LA INVESTIGACION DE LA ENFERMERIA

Artículo 69

La Enfermera/o no solamente estará preparada para practicar, sino, que deberá poseer los conocimientos y habilidades científicas, que la lex Artis, exige en cada momento a la Enfermera competente.

Artículo 70

La Enfermera/o será consciente de la necesidad de una permanente puesta al día y mediante la educación continuada y desarrollo del conjunto de conocimientos sobre los cuales se basa su ejercicio profesional.

Artículo 71

La Enfermera/o deberá valorar sus propias necesidades de aprendizaje, buscando los recursos apropiados y siendo capaz de autodirigir su propia formación.

Artículo 72

La Enfermera/o debe asumir individual y colectivamente la responsabilidad de la educación en la Enfermería a todos sus niveles.

Artículo 73

La Enfermera/o debe procurar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional.

Artículo 74

Es obligación de la Enfermera/o que participe en investigación, vigilar que la vida, la salud y la intimidad de los seres sometidos a estudio, no estén

expuestas a riesgos físicos o morales desproporcionados en el curso de estas investigaciones.

Artículo 75

La Enfermera/o, al actuar ya sea como investigadora, como asistente de investigación o como experta que valora críticamente los resultados de la investigación, debe tener presentes los principios promulgados por la declaración de Helsinki y los que regulan la ética de la publicación científica.

CAPITULO XII

CONDICIONES DE TRABAJO

Artículo 76

La Enfermera/o que accede a puestos de relevancia o responsabilidad en la Administración Sanitaria o en centros sanitarios, deberá tratar en todo momento con corrección a sus colegas, aun en el caso de surgir discrepancias.

Artículo 77

La Enfermera/o debe trabajar para asegurar y mantener unas condiciones laborales que respeten la atención al paciente y la satisfacción de los profesionales.

Artículo 78

Aun en caso de conflictos laborales y de suspensión organizada de los servicios profesionales, la Enfermera/o tendrá presente que su primera responsabilidad es atender a los intereses de los enfermos.

Artículo 79

La Enfermera/o que participe en un conflicto laboral, tiene el deber de coordinar y comunicar las medidas adoptadas para garantizar la continuidad de los cuidados que necesitan sus pacientes.

Artículo 80

Cuando la Enfermera/o observare que las deficiencias que se dan en las instituciones sanitarias, públicas o privadas, en que presta sus servicios, pueden influir negativamente sobre la salud o la rehabilitación de los pacientes que tiene a su cargo, deberá ponerlo en conocimiento del Colegio, para que éste tome las medidas oportunas. El Colegio, si la gravedad del caso lo requiere, lo comunicará al Consejo General, para que éste, a nivel de Estado, ejerza las acciones oportunas ante los organismos competentes y dicte las

instrucciones necesarias para la debida protección de los pacientes y del personal de Enfermería.

CAPITULO XIII

PARTICIPACION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA PLANIFICACION SANITARIA

Artículo 81

La participación del Personal de Enfermería en la Planificación Sanitaria se ejercerá:

- a) A través de los Consejos Generales y Colegios respecto a las normas y disposiciones que se dicten.
- b) A través de las Enfermeras/os en la ejecución de los planes o en la elaboración de los programas locales concretos.

Artículo 82

La Enfermera/o deben participar plenamente, a través del Consejo General, de las Agrupaciones de Colegios o de los propios Colegios, en las comisiones de planificación y en los consejos de administración en que se deciden las políticas sanitarias a nivel estatal, autonómico o provincial.

Artículo 83

La Enfermera/o forman parte integrante y cualificada de la asistencia sanitaria, siendo responsables de los servicios de Enfermería que dirigen.

Artículo 84

La Enfermera/o procura estar presentes y participar activamente, a título individual y con independencia de las actuaciones corporativas, en todo el sistema nacional de salud y en sus organismos locales autonómicos y estatales.

Artículo final

El Consejo General se obliga a mantener al día el contenido de este Código Deontológico y publicará oportunamente el texto de los artículos nuevos o modificados.

NORMAS ADICIONALES

Primera

Por medio de la acción colectiva se cumple una más efectiva definición y

control de calidad de los Servicios de Enfermería. Por tanto, el Consejo General de Enfermería asume la responsabilidad de preservar la autonomía profesional y la autorregulación en el control de las condiciones de trabajo, velando porque los estándares éticos de la profesión se mantengan actualizados.

Segunda

Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben prestar continua atención a los derechos, necesidades e intereses legítimos de los profesionales de Enfermería y de las personas que reciben sus cuidados.

Tercera

Consejo General y los Colegios Profesionales de Enfermería deben adoptar actitud abierta a las diferentes corrientes que circulan en la profesión, siempre que redunde en una mejor calidad en la atención y cuidados hacia la salud de todos los ciudadanos.

Cuarta

Con el fin de asegurar el respeto y la armonía profesional entre todos sus miembros, es esencial, que exista una comunicación y colaboración constante entre el Consejo General, los Colegios Profesionales y cualquier otra asociación de Enfermería.

Quinta

Consejo General de Enfermería de España asume la responsabilidad de velar por los valores éticos de la Profesión, arbitrando las acciones pertinentes.

Sexta

Los responsables de la Organización Colegial de Enfermería de España, en cualquiera de sus niveles, miembros de Juntas de Gobierno u otros órganos de los Colegios Provinciales, de los Consejo Autonómicos u órganos de similar rango que existan o se constituyan en el futuro, Pleno del Consejo General, y en definitiva, cuantas personas ostenten cualquier cargo electivo o de designación en la Organización Colegial, vienen especialmente obligados a guardar y hacer guardar, en la medida de sus competencias, las normas recogidas en este Código y en la normativa general de la Enfermería y su Organización Colegial.

En consecuencia, y a tenor del artículo 57.a) y c) y 58.a) del R.D. 1856/78, de 29 de junio, incurrirán en responsabilidad disciplinaria aquellos que por comisión, omisión o simple negligencia en el cumplimiento de sus funciones, se conduzcan en forma contraria a las disposiciones de este Código o de cualquier otra norma de obligado cumplimiento en materia ética o deontológica

o permitan, con su abstención u omisión, que otros lo hagan sin aplicar las medidas legales a su alcance, en defensa de las reglas y preceptos éticos y deontológicos de la Enfermería.

Bibliografía:

1-1. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia de la Lengua. Vigésima edición. Madrid, 1992.

2-2-Muñoz García D, Espauella Panicot J, Llimós Vilardell A, Ferrer Solá M, Perez –Castejón Garrote JM, Roca Casas MJ. Delirium en pacientes con cáncer avanzado y/ o terminal ingresados en una unidad de cuidados paliativos. Medicina Paliativa 1997;

3-Rubiales A.S. Olalla M.A. Hernansanz S. Garavís M. Del Valle M.L. Centeno C. García C. López Lara F. Decisiones clínicas sobre el mantenimiento de medidas de soporte y la sedación en el cáncer terminal. Medicina Paliativa. 1999; Vol. 6 nº 3.

4-Cuidados paliativos. Recomendaciones. Sociedad española de Medicina de Familia y Comunitaria, 1998.

5-Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993

6-Guia médica .SECPAL. Sedación Paliativa.