



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA

CONSEJO GENERAL

Asesoría Jurídica

Área Socioprofesional

INFORME JURÍDICO

**ASUNTO: Informe sobre cuales son las funciones concretas a desempeñar por la enfermera circulante y por la instrumentista en quirófano y si es función de los diplomados en enfermería la administración de medicación anestésica intravenosa.**

---

Se emite el presente informe, sobre dos cuestiones diferentes: la primera consiste en determinar cuáles son las funciones concretas que corresponden a la Diplomada en enfermería circulante y a la instrumentista en quirófano; y la segunda estriba en conocer si es función profesional del personal DUE la administración de medicación intravenosa, inductores, opiáceos parenterales u otros fármacos depresores del sistema nervioso central, por simple orden verbal, sin prescripción, ni constancia escrita o si, por otra parte, esa aplicación de los fármacos recae exclusivamente en el médico especialista en anestesiología y reanimación y, si en su caso, cabe legalmente la posible delegación de tal función en los diplomados en enfermería.

1.- Funciones de la enfermera circulante y la instrumentista en quirófano.

En cuanto a la primera cuestión planteada, según el artículo 58.3 del Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo, corresponde al Estamento de Enfermería *“vigilar la conservación y buen estado del material sanitario, instrumental y, en general,*

***cuantos aparatos clínicos se utilizan en la Institución, manteniéndolos limpios, ordenados y en condiciones de perfecta utilización”.***

En la práctica cotidiana el Personal de Enfermería se encarga de controlar el material quirúrgico existente en cada caja indicando a la supervisora correspondiente, la necesidad de reponer instrumental que no esté en condiciones adecuadas de uso, por desgaste, avería u otra eventualidad.

El Estatuto no contempla el repuesto del material quirúrgico utilizado en cada intervención como función atribuible a un personal en particular. En la práctica clínica habitual, la realización o no del recuento del material utilizado se indica por el cirujano dependiendo del tipo de intervención practicada ya que en pequeñas intervenciones, probablemente no requerirán recuento y, en intervenciones mayores, quedará siempre a juicio del cirujano que realiza el acto quirúrgico.

Por otra parte, el material quirúrgico con el que se realizan las distintas intervenciones se almacena de forma habitual en cajas de las que cada Servicio dispone en número diverso según sus necesidades.

En el momento de la intervención y según las características y magnitud de la misma, puede ser necesario abrir una o más de estas cajas para ser utilizada durante un mismo acto quirúrgico.

El material incluido en cada caja puede ser utilizado en su totalidad en una intervención o, en otras ocasiones, puede ser que se utilice sólo parte del mismo.

Según una reciente Sentencia, dictada por el Juzgado de lo Penal nº 11 de Sevilla:

*“4º) Conforme al protocolo de actuación que, consuetudinariamente, vienen observando cirujanos y enfermeras en las operaciones quirúrgicas, la enfermera instrumentista se encarga de montar la mesa con el instrumental, estéril, que va dando*

*en mano al cirujano, recogiénolo también en mano, de éste, una vez utilizado, si bien a veces, dada la urgencia, el cirujano coge el instrumental directamente de la mesa, o lo deja una vez usado, sobre el paciente, para que lo recoja la instrumentista. En cuanto al material fungible (gasas y compresas), la instrumentista se lo proporciona al cirujano y éste, una vez usado, se lo pasa a la enfermera circulante para su desecho. Terminada la operación, y antes de cerrar al paciente, los cirujanos comprueban visualmente sobre el campo operatorio que en éste no queda ninguna gasa, compresa o instrumental quirúrgico y, o bien preguntan a las enfermeras si el contaje es correcto, o bien sin preguntar, reciben a iniciativa de éstas la información de si dicho contaje – les compete: a la instrumentista, el del instrumental; y a la circulante, el del material fungible – es o no correcto. En el caso de que la respuesta sea que el contaje es incorrecto, se procede por los cirujanos a una revisión manual del campo operatorio y se vuelve a efectuar por la instrumentista otro contaje. Si aún así el contaje sigue siendo incorrecto, se efectúa una radiografía al paciente para comprobar si el material que se echa en falta está en el cuerpo del paciente.”*

2.- Es función del personal de enfermería la administración de medicación anestésica intravenosa, inductores, opiáceos parenterales u otros fármacos depresores del sistema nervioso central mediante una orden verbal o si por el contrario es función del médico especialista en anestesia y reanimación.

La Sentencia 52/2000, de 9 de febrero, del Juzgado de lo Social nº 15 de Madrid, en la que es parte demandada el INSALUD, tiene su raíz en el protocolo realizado por el Director Gerente del Hospital Príncipe de Asturias para el tratamiento del dolor en el trabajo del parto, según el cual la competencia para la preparación, administración, vigilancia y mantenimiento de la anestesia epidural y raquídea durante el parto –que venía siendo realizada por los médicos anesthesiólogos-, se delega a las matronas de dicho hospital.

Por las matronas demandantes se solicita que dicho Protocolo se declare ilegal por obligar a dichas matronas a realizar los actos profesionales que se han mencionado ya que, según alegan las demandantes, carecen de capacidad profesional y título habilitante para la realización de las mismas.

La sentencia culmina con la declaración de no ser ajustado a derecho dicho Protocolo, al considerar que la realización de las funciones descritas con anterioridad sobrepasa las funciones de las matronas, “pues reside en el Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación la competencia para la realización de dichos actos profesionales, siendo dicha función indelegable por tratarse de un Acto Quirúrgico”.

Alega también la sentencia estudiada en el presente informe que , tanto el Ilte. Colegio Oficial de Médicos de Madrid, como la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, opinan que las consecuencias derivada de la actuación efectuada por persona no capacitada para ello –refiriéndose a las matronas-, puede ser constitutiva, no solo de responsabilidad civil, sino también de tipos delictivos como son el intrusismo profesional o la imprudencia con resultado de lesiones o muerte.

Posteriormente, el TSJ de Madrid, sala de lo Social, con fecha 18 de diciembre de 2000 confirma la Sentencia de primera instancia, ratificándose en el contenido de los fundamentos jurídicos tercer y cuarto de la sentencia recurrida precisando en el siguiente sentido:

***“(...) y en conclusión debemos precisar en el sentido de que parcelar la técnica anestésica es un error y el desarrollo de dicha técnica es competencia del médico anestesiólogo, quien no puede hacer delegación de sus atribuciones. Ahora bien, siguiendo el criterio ya mantenido por esta Sala dada la función tanto de los facultativos como la de las matronas en el proceso del parto todos ellos componen un equipo indisoluble, siempre con finalidad de servicio público y atención al enfermo, lo que supone que si bien no cabe mantener la delegación de tales funciones, si debe producirse en esos momentos una actuación conjunta y coordinada de todo el equipo***

*asistencial, controlando todas las necesidades obstétricas o quirúrgicas, así como las constantes biológicas de la paciente por medios mecánicos o convencionales. Todo el equipo por tanto deberá colaborar en la preparación y diluciones de los fármacos, la ejecución de la técnica elegida, la vigilancia de la paciente, etc., sin necesidad de delegación alguna, debiendo por todo lo expuesto con desestimación del recurso confirmar la sentencia de primera instancia”.*

Estas sentencias sirvieron de argumento para que las matronas de otro hospital madrileño –el Hospital Doce de Octubre – solicitaran a la dirección que “les eximieran de las obligaciones consistentes en la vigilancia y mantenimiento de la anestesia epidural y raquídea durante el parto, así como la retirada del cateter”, que aparecían establecidas en el protocolo sobre el tratamiento del dolor en el parto.

La dirección del hospital no admitió la reclamación de las matronas, argumentando que la sentencia que el tribunal de Madrid había dictado en el caso del Hospital Príncipe de Asturias “afecta única y exclusivamente a quienes fueron parte en el litigio” y porque el protocolo de asistencia a partos del Doce de Octubre se “viene aplicando desde 1998, sin que se haya producido ningún problema hasta la fecha.

Denegada la solicitud, la delimitación de las funciones de las matronas en los partos se vuelve plantear ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en una sentencia en la que los magistrados analizan la responsabilidad del anestesista, y de la matrona en la administración de la epidural en las parturientas.

El fallo explica la actuación de la matrona en los partos asistidos en el Hospital Doce de Octubre: en concreto , “la punción para introducir el cateter lo realiza personal y directamente el médico anestesiólogo, colaborando la matrona en la desinfección de la zona de punción, ayudando al anestesista a cargar la medicación, fijar el cateter, etcétera. Se monitorizan las constantes maternas, lo que realiza los primeros 30 minutos el anestesista, después la matrona controla la tensión arterial y temperatura, si bien ante signos de reaparición del dolor o anormalidad se avisa al anestesista. En cuanto al puerperio, según el protocolo, la matrona “retira el sistema de perfusión , obturando el

filtro, y retira el cateter antes de subir a planta, salvo caso de coagulopatía o anomalías, en las que se avisa al anestesista”.

Las matronas solicitan al tribunal que se les declare exentas de aceptar la delegación de funciones en la anestesia administrada en los partos.

Los magistrados aclaran que “parcelar la técnica anestésica es un error y su desarrollo es competencia del médico anesthesiólogo”. Ahora bien, la sentencia recuerda que en el proceso del parto, anestesista y matrona “componen un equipo indisoluble, lo que supone que si bien no cabe mantener la delegación de tales funciones, sí debe producirse en estos momentos una actuación conjunta y coordinada de todo el equipo asistencial”.

Por tanto, considera que las matronas están exentas de la delegación que les haga el anestesista, sin que esta exención “se extienda a las funciones de colaboración y actuación conjunta y coordinada con dicho especialista en la vigilancia y mantenimiento de la anestesia.

Es cuanto procede informar respecto a la solicitud de informe efectuada, salvo opinión mejor fundada en Derecho.