

CÓDIGO ÉTICO Y DEONTOLÓGICO

Las enfermeras también pueden objetar

El Cecova elabora la primera norma autonómica del país que regula la actividad del colectivo de los sanitarios

La objeción de conciencia en el ámbito médico parece que siempre es territorio vedado para los facultativos. Sin embargo, las enfermeras también tienen su espacio y «podrán ejercer en cualquier momento y ante cualquier práctica el derecho a la objeción de conciencia». Así lo contempla el artículo 22 del nuevo Código de Ética y Deontología de la Enfermería de la Comunidad elaborado por el Consejo de Enfermería (Cecova) y los tres colegios provinciales.

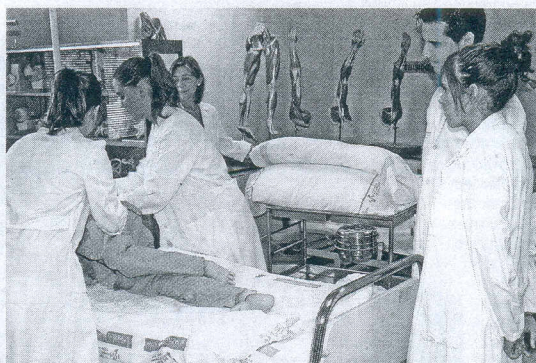
Este nuevo documento es el encargado de regular la ética en la profesión y en él se recogen un conjunto de pautas éticas que regulan la base deontológica de «una profesión donde la vertiente humana y moral es básica, dada la responsabilidad de los enfermeros y la confianza que depositan los pacientes en ellos». Según explica Vicente Bellver, profesor de Filosofía del Derecho de la UV y colaborador en la elaboración de la norma, «la integridad y la honestidad deben presidir la actividad de los profesionales sanitarios que cada vez más, tienden a la excelencia».

Entre los artículos también destaca el 13 en el que se deja claro que el espíritu cuidador de los enfermeros prima sobre todas las cosas y en definitiva es la base de la profesión. Así, se establece, negro sobre blanco, que «ante el ejercicio legítimo del derecho del paciente a rehusar o interrumpir un cuidado o tratamiento, aunque sea con grave perjuicio para su salud, la enfermera continuará dispensando los cuidados oportunos y aceptados por el enfermo con la misma dedicación y calidad con la que lo venía haciendo hasta entonces».

A su vez, en el artículo 32 también se recomienda que «la enfermera jamás emitirá, en presencia de pacientes o familiares, la profesional debe evitar cualquier tipo de juicio negativo sobre sus compañeros ya que ello va en detrimento del grupo de trabajo. En ese sentido también se explica que «la enfermera nunca admitirá confidencias del paciente o de terceros que entrañen malicia o que dañen a otras

personas o a un bien público».

La norma también entra en cuestiones peliagudas como el proceso de la muerte y en este caso se deja claro que «la enfermera



Varias enfermeras durante una práctica. / E.M.

no provocará deliberadamente el fallecimiento de ningún paciente ni siquiera en el supuesto de solitud expresa por su parte». Otra de las cuestiones más interesantes pasa por el papel de la profesional

en situaciones de posible negligencia y en este caso el Cecova insta a adoptar una actitud vigilante. Concretamente en el artículo 7 se habla de que si el profesional «llega a advertir prácticas inapropiadas, negligentes o que puedan poner en riesgo innecesario la vida o la integridad del paciente, lo comunicará de inmediato a su superior jerárquico». Además «dará cuenta de ello al Colegio al que esté adscrita si se mantienen esas prácticas si que se adopten medidas para atajarlas».

FORMACIÓN

Un máster innovador para «humanizar» la profesión

El próximo enero, la Universitat de València inicia un máster de ética de Enfermería en colaboración con el Cecova. La importancia de este curso posgrado reside en que es el primero sobre esta materia que se imparte en el mundo, según resalta el presidente del Cecova, José Antonio Avila. El dirigente señala que su importancia no sólo reside en la novedad sino en que los profesionales que opten por él «serán capaces de gestionar problemas de ética en cualquier ámbito ya que en el máster se potencia la humanización de la profesión y el entendimiento del paciente».

tiva se garantiza que «la práctica enfermera se realice en condiciones de respeto a la vida y la dignidad de las personas, con la máxima competencia técnica, cercanía, comprensión, honestidad, lealtad y diligencia».

La redacción del Código de Ética y Deontología ha corrido a cargo del grupo de Ética Profesional y Deontología del Cecova, que coordina la enfermera castellonense Eugenia Gordo, con la colaboración de varios expertos en derecho y ética, entre ellos, Vicente Bellver.

PROTESIS DE CADERA EN PACIENTES JOVENES

La prótesis de superficie, tan eficaz como la prótesis total pero conservando hueso. Indicada en un 10% de casos, sobre todo en varones activos.

La prótesis total de cadera es uno de los procedimientos quirúrgicos con mayor éxito en cuanto a coste-beneficio de la medicina moderna, pero desde el inicio se observó que los resultados eran peores en pacientes más jóvenes y activos. En ellos la posibilidad de necesidad de reintervención a causa de lo que denominamos aflojamiento era mayor. La posibilidad de que la prótesis dure el resto de la vida del paciente es alta en personas mayores de 70 años, pero más incierta entre 60-70 años y muy dudosa en los más jóvenes, que podrían necesitar sucesivas reintervenciones cada 10-15 años.

Ante la pregunta ¿qué es lo que limita la duración de las prótesis?, hay que tener en cuenta que estos implantes se iniciaron tras la Segunda Guerra Mundial y especialmente en los años '60 en Inglaterra, donde Sir John Charnley consiguió un diseño revolucionario, que permitió mejorar la calidad de vida de muchos pacientes. Consiguieron optimizar el anclaje en el hueso mediante un cemento acrílico y obtener una superficie de fricción metal-plástico que parecía excelente. Pero pronto se observó problemas en relación con el cemento y el plástico (polietileno) que conducían a pérdida ósea (osteolisis) y aflojamiento. El paciente a los 10-15 años presentaba dolor y dificultad para caminar y precisaba una operación de recambio. Así, la historia de la Cirugía Ortopédica de los últimos 50 años ha constituido una búsqueda constante de materiales de fijación por un lado y de pares de fricción por otro. Se pasó del acero al titanio y cromo-cobalto, de la cementación a las prótesis sin cemento. Surge la cerámica en los años '80, y los polietilenos entrecruzados más recientemente. Se observó que la fricción y el desarrollo de partículas afectaba a la fijación de la prótesis, porque el cuerpo reaccionaba a esas partículas y la «soltaba». La pérdida asociada de hueso hace que las reintervenciones sean cada vez más complejas. Otras posibles complicaciones además de la infección, son la inestabilidad (luxación de la prótesis) las diferencias de longitud de miembros, las lesiones vaso-nerviosas y las fracturas alrededor de la prótesis. Complicaciones poco frecuentes, que pueden estimarse en un 5% aproximadamente, pero de graves consecuencias para el paciente y para el sistema de salud.

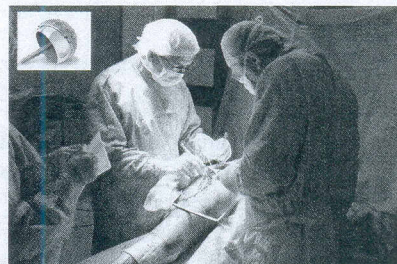
Durante la evolución de estos implantes, se aceptó como necesario el sacrificio de gran cantidad de hueso del extremo proximal del fémur. Los pioneros de esta cirugía ya entre 1950 y 1980 intentaron prótesis de recubrimiento o superficie, que conservan la cabeza femoral, pero se abandonó la idea porque diversos modelos fracasaron por problemas de diseño y materiales. Nadie pensaba entonces que la mejora en la manufactura y el mejor conocimiento de las geometrías y las condiciones de lubricación iban a hacer renacer este viejo sueño.

A finales de los '90 surge una nueva generación de prótesis de superficie que empiezan a dar buenos resultados en Inglaterra, Australia, Bélgica y otros países europeos. En Estados Unidos la FDA (organismo encargado de la aprobación de implantes) da el visto bueno a partir de 2006 de varias marcas y la mayoría de grandes fabricantes tienen su diseño. Las nuevas prótesis conservan hueso, no alteran la biomecánica, evitan dolor en muslo, no tienen plástico y se luxan menos. En

el caso de fractura peri-prótesis es menos grave y la revisión o recambio más fácil. Por fin la lógica se impone: si solo está dañada la superficie articular ¿por qué cortar la cabeza y casi todo el cuello femoral? Pero la técnica de la prótesis es más difícil, requiere un entrenamiento por parte del cirujano. La posición de los componentes permite menos errores. Por otro lado hay que ser muy estricto en las indicaciones. No están indicadas en osteoporosis, en caderas deformadas o con diferencias grandes de longitud. La producción de iones metálicos detectables en sangre hacen que no se aconsejen si hay posibilidad de embarazo; tampoco en insuficiencia renal.

Se produce un fenómeno curioso en relación con Internet. El flujo de información por la red hace que los pacientes, especialmente jóvenes y activos, a los que su médico les ha aconsejado en principio esperar a implantarse la prótesis de cadera por los problemas mencionados, ven la prótesis de superficie como una alternativa para continuar activos, sin dolor, con una articulación más natural, que se lubrica de forma más efectiva y respeta el hueso de alrededor, porque no solo es más pequeña sino que hace que el hueso no se reabsorba por falta de cargas como ocurre en la prótesis total convencional.

No todo son buenas noticias. Algunos cirujanos han abandonado la técnica de prótesis de superficie por dificultades al inicio. Una conocida marca recientemente ha retirado su modelo por elevada tasa de fracasos, especialmente en mujeres y sobre todo en tamaños pequeños. Aunque existe la necesidad de ser riguroso en la indicación, la técnica quirúrgica y la elección del implante, la prótesis de recubrimiento o superficie aporta una solución en la necesidad de innovaciones en la problemática del paciente artroscópico joven. Pocas operaciones han producido tanto debate, interés, emoción o incluso pasión en el mundo de la Ortopedia. Para algunos está por demostrar su utilidad. Aún con partidarios y detractores no puede negarse que este implante va a permanecer como una alternativa, como una forma conservadora de diferir la prótesis total de cadera, de evitar graves complicaciones en reintervenciones de recambio, cada vez más difícil, muchas veces en pacientes cada vez más frágiles.



José Francisco Sánchez Mateo
Jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica
Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva, Valencia