



INFORME JURÍDICO

ASESOR: Asesoría Jurídica.

ASUNTO: Informe solicitado por el Presidente del Comité de Enfermería de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC) sobre la competencia de la enfermera para poder administrar adrenalina de forma autónoma, a un paciente, en caso de producirse un shock anafiláctico.

DESTINATARIO: Secretaria General.

FECHA: 30 octubre 2024.

I. INTRODUCCION: SHOCK ANAFILÁCTICO

La anafilaxia es una reacción alérgica grave que, sin el tratamiento adecuado, puede progresar rápidamente pudiendo llegar a ser mortal, siendo el broncoespasmo y el estado de choque las manifestaciones más graves. Esta condición se caracteriza por la rápida aparición de síntomas que afectan a múltiples sistemas progresivamente, siendo los más comunes los que afectan a la piel, el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular y el aparato digestivo. La reacción anafiláctica constituye una emergencia sanitaria y requiere tratamiento inmediato para prevenir complicaciones.

Los enfermeros deben estar capacitados para reconocer los signos y síntomas de la anafilaxia, para tomar medidas rápidas y efectivas para estabilizar al paciente y proporcionar un cuidado continuo durante su recuperación. En muchas ocasiones pueden ser los primeros o los únicos sanitarios en contactar con un paciente que la sufre y su acción puede ser crucial.

La adrenalina intramuscular es el tratamiento de elección para la anafilaxia en cualquier ámbito, ya que actúa rápidamente para contrarrestar los síntomas parcialmente mortales de esta condición.¹⁻³





Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

Aunque la adrenalina es altamente efectiva en el tratamiento de la anafilaxia, puede producir efectos secundarios generalmente leves y transitorios: hipertensión, ansiedad, cefalea, náuseas, etc. Sin embargo, los beneficios de administrar adrenalina a un paciente que presenta una anafilaxia superan con creces los riesgos en todos los supuestos.⁴

Pese a que la adrenalina intramuscular está establecida como el tratamiento de primera elección en caso de anafilaxia, varios estudios^{5,6} informan acerca de su infrutilización. Algunos factores que contribuyen a esta circunstancia conciernen a la práctica profesional, entre los que destacan la complejidad en el diagnóstico de la anafilaxia y la presencia de conceptos erróneos sobre los efectos secundarios de su administración. En relación con este último factor, se han planteado por enfermeras dudas sobre la idoneidad de la administración de adrenalina intramuscular sin prescripción previa por un médico ante una anafilaxia, cuando su atención tiene lugar fuera de los entornos que cuentan actualmente con protocolos de actuación. El vacío regulatorio en este sentido evidencia la necesidad de crear Guías de Práctica Clínica o protocolos que puedan proporcionar cobertura en estos contextos.

II. NORMATIVA DE APLICACIÓN

Competencia Enfermera

Los ámbitos de actuación los enfermeros/as se inscriben en el marco de los principios de la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

No hay que olvidar que la práctica profesional viene avalada por las normas reguladoras (Directiva de cualificaciones, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Planes de estudio, etc.).

Así, la Directiva 2013/55/UE del Parlamento y del Consejo de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar, entre las que se encuentra el diagnóstico independiente de los cuidados enfermeros.





Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

Por su parte, en el ámbito nacional, el artículo 7.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala en su apartado a) que corresponde a la profesión enfermera:

“la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.”

Y el artículo 54.3 de los Estatutos de la Organización Colegial señala que los cuidados de enfermería comprenden:

“...la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas enfermas o sanas y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.”

Además, el artículo 4,7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias ha reforzado la autonomía e independencia de las distintas profesiones sanitarias en el ejercicio de sus respectivas actuaciones:

“El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.”

Paralelamente a esta regulación general, también es preciso mencionar la regulación académica oficial que habilita para el ejercicio de la profesión enfermera, especialmente, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Dicha Orden recoge las competencias que deben adquirir los estudiantes, entre las que figuran las de:

“1. Ser capaz en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.”





Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

2. *Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familias o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostican, trata o cuida un problema de salud.*
3. *Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.*
4. *Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.*
5. *Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia a grupos, evaluando el impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.*
6. *Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.*
7. *Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.*

Por otra parte, el Real Decreto 572/2023 de 4 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, explicita en su anexo VIII el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, resultados e intervenciones NANDA, NOC y NIC. Bajo este marco jurídico, las intervenciones enfermeras NIC más relevantes que afectan al ámbito del shock anafiláctico son las siguientes:

- INTERVENCION NIC 6412. Manejo de la Anafilaxia.
- INTERVENCION NIC 6410. Manejo de la Alergia.
- INTERVENCION NIC 4260. Prevención del shock.
- INTERVENCIÓN NIC 4250. Manejo del shock.
- INTERVENCIÓN NIC 2380. Manejo de medicación.
- INTERVENCIÓN NIC 2390. Prescripción de medicación.
- INTERVENCION NIC 2300. Administración de medicación.
- INTERVENCIÓN NIC 3320. Oxigenoterapia.





Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

INTERVENCIÓN NIC 3390. Ayuda a la ventilación.

INTERVENCIÓN NIC 6320. Reanimación.

Además, el artículo 4, 7 b) y d) de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias recoge la necesidad de la elaboración de **protocolos de actuación** para la unificación de criterios de actuación basados en la evidencia científica y que se utilizaran como guías de decisión para los profesionales del equipo.

En este caso, es importante protocolizar la prescripción de la adrenalina en caso de shock anafiláctico, para que en el supuesto de que una enfermera tenga que actuar ante una urgencia grave o con apariencia de gravedad pueda administrar dicha medicación (adrenalina) al paciente sin tener una prescripción médica individualizada.

El modo de actuar impone que, ante una urgencia o estado de riesgo vitales, la enfermera debe intervenir y emplear todos los medios a su alcance, incluidos los fármacos que resulten necesarios, estén sujetos o no a prescripción médica. El médico deberá posteriormente reflejar en la historia clínica de la persona atendida las prescripciones realizadas durante dicha actuación. La actuación debe guiarse e inspirarse tanto por el sentido deontológico como por la buena praxis y el sentido común.

A este respecto, hay que aclarar que, ante una urgencia de carácter vital, la protección de los bienes jurídicos, vida e integridad física, prima sobre cualquier otro y es por ello por lo que los profesionales sanitarios están obligados a actuar sin el previo sometimiento a las formalidades previstas por el ordenamiento jurídico. Y decimos sin el “previo sometimiento”, porque una vez superada la urgencia vital, la actuación del personal debe de producirse de acuerdo con las formalidades establecidas, como por ejemplo pueden ser las órdenes verbales dadas por el médico durante la urgencia, que habrán de reflejarse en los términos establecidos en 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.

Toda la actuación del profesional sanitario, enfermera en este supuesto, debe producirse conforme a la *lex artis*. La *lex artis* es una expresión que viene a designar el conjunto de reglas técnicas que delimitan el marco de actuación profesional al que ha de ajustarse este en el ejercicio de su arte u oficio. Es por tanto el parámetro que determina si la actuación del profesional ha sido correcta o no correcta y, por consiguiente, susceptible de que la misma pueda no tener o tener relevancia jurídica.





Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

La *lex artis* es un concepto jurídico indeterminado ya que exige una actuación definida por parte de los profesionales sanitarios pero cuya determinación dependerá de haber actuado o no de acuerdo con protocolos, guías clínicas y evidencia científica de cada especialidad y profesión sanitaria.

Como concepto indeterminado requiere la concreción del supuesto de hecho y de las específicas circunstancias de tiempo y lugar del caso, es lo que se denomina *lex artis ad hoc*.

Es preciso por ello hacer, en este punto, una breve mención a los diversos protocolos de enfermería en relación con el shock anafiláctico y a diferentes ubicaciones donde realizar dicha actuación, de manera que la supuesta “legalidad” a la hora de administrar un fármaco no prescrito estaría resuelta ya, previamente, por estas guías o protocolos de actuación.

Así, nos encontramos con que la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) ha elaborado una Guía de actuación de Enfermería en caso de Anafilaxia en Centros Educativos, guía que podría trasladarse y adaptarse a cada centro educativo.⁷

En el ámbito de las Fuerzas Armadas, se dispone de un Protocolo del manejo de la anafilaxia para que resulte de aplicación en situaciones en la que es necesario indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en las que, por falta de recursos humanos, no es posible la presencia de personal del CMS, especialidad fundamental medicina.⁸

En este protocolo se recoge que una de las situaciones de urgencia vital en las que las enfermeras pueden verse expuestas a la indicación de fármacos sin presencia de personal médico, es la anafilaxia. Este protocolo va dirigido a los profesionales del Cuerpo Militar de Sanidad con acreditación como enfermero prescriptor, que incurran en la prescripción.

Muchos de estos Protocolos toman como referencia para su creación la Guía de actuación en Anafilaxia: Galaxia 2022.⁹

Por otro lado, es necesario considerar el tratamiento legal de las situaciones de emergencia o riesgo vital, en las que la falta de actuación podría incidir incluso en una eventual comisión delictiva. El **delito de omisión del deber de socorro** se comete





Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

cuando una persona observa a otra que está en una situación de peligro manifiesto y grave y no la ayuda ni pide asistencia. Está regulado en los artículos 195 y 196 del Código Penal.

El socorro es el auxilio que se presta a una persona que necesita ayuda a causa de una situación de peligro manifiesto y grave. No tiene por qué implicar una ayuda directa, sino que también puede prestarse auxilio solicitando ayuda. Se trata de un delito de naturaleza dolosa y omisiva y no cabe en grado de tentativa. En este tipo de delitos, una persona está obligada a actuar y no lo hace. Es decir, que se castiga la conducta pasiva del autor.

Aunque existe un debate entre la doctrina acerca del bien jurídico, en general puede entenderse que lo que se pretende proteger es la vida o la integridad física de las personas.

El artículo 196 del Código Penal regula el tipo agravado del delito de omisión de socorro. Se trata de un delito especial que cometen los profesionales que, estando obligados a ello, **denieguen asistencia sanitaria o abandonen los servicios sanitarios** cuando de su actuación se deriva un riesgo grave para la salud de las personas.

Este delito castiga, por tanto, dos conductas de los profesionales con obligación legal de prestar asistencia:

- La primera consiste en denegar asistencia sanitaria, por lo que se entiende que ha habido una petición de auxilio previa o una situación en presencia de un profesional sanitario que, ante la gravedad de la misma, omite actuar.
- La segunda es abandonar los servicios sanitarios. En ambos casos se pone en riesgo la salud de la víctima.

La modalidad agravada del delito de omisión del deber de socorro está castigada con las penas del tipo básico en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio de 6 meses a 3 años.





III. JURISPRUDENCIA

La Sala de lo Penal del Tribunal Supremo, en su sentencia de 22 de octubre de 2015, analizó un supuesto de omisión de socorro, ratificando la condena a un médico por no asistir a una persona que se encontraba muy cercana a un centro sanitario. Al considerar las obligaciones que se imponen a los profesionales sanitarios, la sentencia considera que se cumplieron los requisitos necesarios para la comisión de este delito:

"1º) *Una conducta omisiva sobre el **deber de socorrer a una persona desamparada y en peligro manifiesto y grave**, es decir, cuando necesite protección de forma patente y conocida y que no existan riesgos propios o de un tercero, como pueda ser la posibilidad de sufrir lesión o perjuicio desproporcionado en relación con la ayuda que necesita.*

2º) *Una repulsa por el ente social de la conducta omisiva del agente.*

3º) *Una culpabilidad constituida no solamente por la conciencia del desamparo de la víctima y la necesidad de auxilio, sino además por la posibilidad del **deber de actuar** (SSTS 23 de febrero de 1981; 27 de noviembre de 1982; 9 de mayo de 1983; 18 de enero de 1984; 4 de febrero y 13 de marzo de 1987; 16 de mayo y 5 de diciembre de 1989; 25 de enero, 30 de abril y 18 de mayo de 1991; y 13 de mayo de 1997)."*

La culpabilidad en este tipo de casos se caracteriza, por tanto, no sólo por el conocimiento de una situación de desamparo y la subsiguiente necesidad de auxilio, sino también por la concurrencia de un deber de actuación del profesional sanitario. En este sentido, el artículo 16 del Código Deontológico de la enfermería española, señala que:

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

Lo que se asimila a que la enfermera no puede dejar de intervenir cuando dicha omisión pueda suponer un menoscabo o destrucción de la vida.

En la sentencia de la misma Sala, de 28 de enero de 2008, se dice lo siguiente:



"Se trata de una denegación de auxilio para asistir externamente a una persona que se encontraba en situación de riesgo para su salud a unos 50 metros del centro médico donde el acusado desempeñaba sus funciones. La única justificación que podría alegar, derivada de la no exigibilidad de otra conducta, sería la de encontrarse, en el momento de ser requeridos sus servicios, realizando un acto médico cuyo abandono pudiera, a su vez, suponer un riesgo para el paciente que estaba atendiendo. Este supuesto no se da en el caso presente, ya que, según los datos, cuando el celador le avisó informándole de la situación que se vivía a escasos metros del centro, el acusado no estaba realizando ninguna actividad médica".

Con ello, el Tribunal Supremo solamente admite como excepción para considerar que un supuesto con tales requisitos no constituye denegación de auxilio que exista un conflicto o colisión de derechos tal que imponga al profesional no actuar en tales casos (por ejemplo, estar atendiendo a otra persona enferma). Por el contrario, la mera obligación administrativa -la genérica de permanecer en el centro médico en abstracto, o "in vigilando" si vale la expresión u otras cuestiones de similar calado-, no implica colisión: el derecho que ha de prevalecer es el del enfermo que requiere una actuación urgente que se le debió prestar.

En este apartado es preciso mencionar y comentar también la Sentencia del Juzgado de Instrucción N.º 2 de Béjar, por la que se absuelve a una enfermera de una falta de imprudencia leve con resultado de muerte, en el que en caso de una urgencia vital. Se trataba de un paciente que tras recibir una dosis de una vacuna para la alergia empezó a ahogarse, realizándosele de inmediato maniobras de recuperación cardiorrespiratorias, inyectándole metilprednisolona, no adrenalina, y actuando tanto la enfermera como la médico de forma diligente con todos los medios a su alcance. De no haber actuado ambos profesionales sanitarios en dicha forma, su responsabilidad se habría agravado pudiendo incidir en conducta delictiva.

IV. CONCLUSIONES

En el tratamiento de la anafilaxia el punto clave y fundamental es el reconocimiento precoz de los síntomas, y si se cumplen criterios diagnósticos, es necesario administrar de forma inmediata adrenalina por vía intramuscular por parte de la enfermera, aunque no exista una indicación médica. En el supuesto de que existiera un protocolo de actuación al respecto, se deberían seguir sus pautas. No debemos





Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

olvidar que se trataría de una urgencia vital donde prima el posible beneficio de dicha actuación frente al posible riesgo.

Por todo ello, como respuesta a la consulta formulada por el Presidente del Comité de Enfermería de la SEAIC, se recomienda la consideración de las conclusiones mencionadas anteriormente, así como trabajar en la creación de protocolos y Guías de Práctica Clínica que orienten y proporcionen seguridad jurídica a las actuaciones de las enfermeras en el tratamiento de la anafilaxia en contextos generales del territorio nacional, entre cuyas acciones urgentes se incluye la administración intramuscular de adrenalina.

REFERENCIAS

1. Palatinus HN, Johnson MA, Wang HE, Hoareau GL, Youngquist ST. Early intramuscular adrenaline administration is associated with improved survival from out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2024; 201:110266. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2024.110266>.
2. Tejedor Alonso MA, Moro Moro M, Múgica García MV, Esteban Hernández J, Rosado Ingelmo A, Vila Albelda C, et al. Incidence of anaphylaxis in the city of Alcorcon (Spain): a population-based study. *Clin Exp Allergy*. 2012;42(4):578-89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2222.2012.03930.x>.
3. Turner PJ, Campbell DE, Motosue MS, Campbell RL. Global Trends in Anaphylaxis Epidemiology and Clinical Implications. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020;8(4):1169-1176. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.11.027>.
4. Pacheco CS, Riesing J, Ashcroft C. Transient Neurologic Deficits Following Intramuscular Epinephrine Administration for the Treatment of Anaphylaxis. *Cureus*. 2023;14;15(9): e45254. <https://doi.org/10.7759/cureus.45254>
5. Prince BT, Mikhail I, Stukus DR. Underuse of epinephrine for the treatment of anaphylaxis: missed opportunities. *J Asthma Allergy*. 2018; 11:143-151. <https://doi.org/10.2147/JAA.S159400>.
6. Song TT, Worm M, Lieberman P. Anaphylaxis treatment: current barriers to adrenaline auto-injector use. *Allergy*. 2014;69(8):983–991. <https://doi.org/10.1111/all.12387>.





**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España**

7. Ruiz Alcalá C, Solano Martín CM, García Rodríguez E, Castillo Godoy P. Guía de actuación de enfermería en caso de anafilaxia en centros educativos. Madrid: Asociación Madrileña de Centros Educativos, 2016. Disponible en: https://amece.es/images/GUIA_ANAFILAXIA_AMECE.pdf
8. Arandojo Morales M.I, Blanco Yáñez A, Ajejas Bazán M.J, Cotarelo Martínez L, Fuentes Mora C, Gómez Crespo J.M, et al. Protocolo para el manejo de la anafilaxia. Comisión permanente para la elaboración, validación y difusión de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial de enfermería en las fuerzas armadas. Madrid: Ministerio de España, 2022. Disponible en: https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/p/r/protocolo_manejo_anafilaxia.pdf.
9. De la Hoz Caballer B, Muñoz Cano R, González de Olano D, Habernau Mena A, Cardona Dahl V, Chivato Pérez T, et al. Guía de actuación en anafilaxia. Galaxia 2022. Madrid: Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica, 2022. Disponible en: <https://www.guiagalaxia.com>.