



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ARTÍCULO ESPECIAL

Reflexiones sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención primaria de salud

Reflections on nurse prescribing in Primary Health Care

Glòria Jodar-Solà^{a,*}, Núria Cuxart-Ainaud^b y Edurne Zabaleta-Del-Olmo^c

^aDirección General de Planificación y Evaluación Sanitaria, Departamento de Salud, Generalitat de Cataluña, Barcelona, España

^bColegio Oficial de Enfermería de Barcelona, Barcelona, España

^cInstituto de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España

Disponible en Internet el 6 de mayo de 2009

La prescripción enfermera ha sido objeto de debate sanitario en varios países en las últimas décadas. Debate que por otro lado ha ido teniendo diferentes consecuencias en cuanto a su introducción y difusión. Las enfermeras en la actualidad tienen autoridad para prescribir en numerosos países desarrollados como Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia^{1,2}, aunque sus requisitos y su regulación varían sustancialmente entre ellos. La prescripción enfermera se introdujo en Suecia para facilitar el acceso a la atención sanitaria a los pacientes que vivían en zonas geográficas remotas y reducir la carga de trabajo de los médicos. En Canadá y en Australia, debido a la escasez de médicos, las enfermeras trabajan de forma independiente en determinadas áreas rurales. En Reino Unido, las enfermeras comunitarias están habilitadas tanto para prescribir de manera independiente un número limitado de medicamentos y productos como para emitir prescripciones en colaboración con otro profesional, habitualmente un médico. En Estados Unidos son las enfermeras de práctica avanzada, desde hace ya 30 años, las que tienen la autoridad para ejercer la prescripción enfermera, y han demostrado buena aceptabilidad social, seguridad y efectividad, y han obtenido buenos resultados tanto en los pacientes como en la reducción de los costes sanitarios³.

En nuestro país sólo los médicos y odontólogos tienen reconocida legalmente la facultad para ordenar la pres-

cripción de medicamentos. Para el resto de los profesionales, es el Ministerio de Sanidad el responsable de establecer tanto la relación de medicamentos que pueden utilizar como las condiciones específicas en que pueden hacerlo, así como los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos⁴.

En la actualidad se está viviendo una escasez crónica de profesionales sanitarios; por ello es necesario desarrollar políticas sustentadas en los principios de sostenibilidad (aprovechamiento óptimo de los recursos) y subsidiariedad (resolución por el profesional más cercano al objeto del problema). De modo que es preciso optimizar la utilización de las competencias de las diferentes disciplinas para poder desarrollar al máximo el potencial de todas las profesiones sanitarias que intervienen en el proceso de atención al paciente y considerar la prescripción como una parte de este proceso en el que todas ellas pueden cooperar. Potenciar el trabajo interdisciplinario con un enfoque dirigido hacia el logro de mejores resultados a partir del trabajo en red se convierte en una estrategia ineludible para poder seguir ofreciendo una atención sanitaria de calidad.

Definición de conceptos

Prescribir y recetar son términos que se utilizan habitualmente de forma indistinta. Ahora bien, no son conceptualmente equivalentes. Se entiende por prescribir, entre otras acepciones, el hecho de ordenar o determinar alguna cosa y

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jodargjodar@ub.edu (G. Jodar-Solà).

por recetar, prescribir un fármaco o cualquier tratamiento por escrito, con expresión de sus dosis, preparación y uso. Por lo tanto, prescribir va más allá de extender una receta para la dispensación de un medicamento u otro producto. Implica indicar y planificar acciones frente a un problema basadas en el juicio clínico, y por ello exigen una valoración previa y un encuadre dentro de las competencias profesionales. En cambio, recetar es un acto administrativo que, además, actualmente tiene el apoyo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación^{5,6}.

Una vez aclarado el concepto de prescribir, nos centraremos en la definición de prescripción enfermera. Podríamos definirla como la propuesta de acciones dirigidas a obtener la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y de la población, basadas en un juicio clínico y terapéutico de cuidados⁶.

Volviendo al concepto de cooperación interdisciplinaria y enlazándolo con el de prescripción, podríamos distinguir dos tipos de modelos de prescripción enfermera; uno, la prescripción enfermera autónoma y otro, la prescripción enfermera colaborativa; ambos modelos no son mutuamente excluyentes y coexisten en la actividad asistencial cotidiana. La prescripción enfermera autónoma es la que determina y emite libremente la enfermera a partir de su propio juicio clínico estableciéndola en el plan de cuidados. En este modelo de prescripción, la enfermera es el profesional responsable de ella y de sus resultados. En cambio, en el modelo de prescripción enfermera colaborativa, la enfermera prescribe como colaboradora de un prescriptor independiente, y en algunos casos puede ajustar dosis y modificarlas en función de la evolución del paciente o bajo protocolos consensuados o guías de práctica clínica. En este modelo, el responsable de la prescripción y de sus efectos es el prescriptor independiente, habitualmente el médico.

¿Qué objetivos persigue la regulación y el reconocimiento de la prescripción enfermera?

Los objetivos que la regulación y el reconocimiento de la prescripción enfermera persiguen están en consonancia con los principios de sostenibilidad y subsidiariedad, antes descritos. Entre los principales destacan: mejorar el cuidado de las personas sin poner en compromiso su seguridad, favorecer el acceso de los pacientes a los fármacos y productos que necesitan, hacer un mejor uso de las habilidades y competencias de los profesionales sanitarios y promover un trabajo en equipo más flexible e interdisciplinario.

¿Es la enfermera un profesional sanitario con competencias para prescribir?

Hay que tener en cuenta que la prescripción requiere niveles de formación y experiencia que mantengan la seguridad y la efectividad. Algunos autores señalan que la formación en farmacología general no es tan eficiente como una formación más específica centrada en la gama de medicamentos que más frecuentemente se utilizarán en la práctica asistencial diaria⁷. Hay que recalcar que en España la normativa que regula el título universitario de diplomado en

enfermería incluye en su parte troncal la formación de las enfermeras en aspectos farmacológicos, con un total de 8 créditos (10 h por crédito) distribuidos en 6 créditos teóricos y 2 prácticos⁸.

La adaptación de los estudios universitarios al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) plantea, según los acuerdos del Ministerio de Educación, que todas las disciplinas de una misma familia compartan 60 créditos con una duración de 25 a 30 h por crédito en una serie de materias que incluyen la farmacología, la toxicología y la fisiología. Por lo tanto, aparece una nueva oportunidad que da aún más argumentos hacia una reglamentación que permita la prescripción enfermera⁹.

Por otra parte, la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias¹⁰ del año 2003 reconoció a las enfermeras como profesionales sanitarios facultativos otorgándoles autoridad para decidir y actuar en los aspectos que dictan su autonomía profesional y científica.

Los servicios enfermeros se caracterizan por brindar cuidados a las personas, familias y grupos que, en interacción continua con su entorno, viven experiencias de salud. La meta de estos cuidados es ayudarles a llevar a cabo las actividades vitales para lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable y el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible⁵. Las competencias adquiridas por las enfermeras las capacitan para valorar y diagnosticar ciertas situaciones que afectan a la realización de las actividades vitales. En estos casos, la enfermera prescribe el tratamiento más adecuado y determina quién ha de llevar a cabo las acciones y cuáles son los recursos necesarios para concretarlo; es la responsable del resultado final, y por eso tiene la competencia y la autoridad necesarias para dirigir todo el proceso.

Del mismo modo, junto con esta aportación específica y autónoma, la enfermera también asume la misión de ayudar a la persona a integrar en su actividad cotidiana, el tratamiento prescrito por otro profesional cuando la complejidad de las acciones necesarias o la situación de la persona, la familia o el grupo así lo requieran. Aunque en este caso la enfermera no sea responsable del resultado final, y por los tanto carezca de la autoridad para dirigir el proceso, es quien actúa como facilitadora del cumplimiento terapéutico, lo que implica tanto hacer por sí misma parte de las acciones requeridas como guiar, educar, dar apoyo y supervisar a la persona, la familia o el grupo⁶.

¿Qué queda por hacer?

En sintonía con los objetivos que persigue la prescripción enfermera, ésta se ha de basar en la autonomía y el compromiso profesional o, dicho de otra manera, las enfermeras deben asumir la responsabilidad que conlleva la profesionalización de su disciplina. Una profesión se caracteriza por: a) tener un cuerpo de conocimiento propio; b) desarrollar la práctica de acuerdo con él; c) haber definido un código ético, y d) poseer un objetivo de actuación profesional, además de e) disponer de autonomía, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y método para llevar a cabo y modificar sus tareas¹¹.

En nuestro contexto, los cuatro primeros supuestos están resueltos. En el quinto está claro que casi todo queda

pendiente, y esto se refleja claramente en el poco reconocimiento social y la falta de liderazgo e identidad como profesión.

Es a la propia profesión enfermera a la que corresponde la ampliación o la modificación de sus competencias. La literatura dedicada al desarrollo de las profesiones coincide de manera general en que «disciplina profesional» equivale a ejercicio de autorregulación, según criterios éticos y científico-técnicos que emanan del código (ético) de la profesión y del conocimiento específico que se supone monopoliza. La autorregulación constituye la quintaesencia de toda profesión, hasta tal punto que se ha llegado a afirmar que una profesión no es más que una ocupación que ha conseguido autorregularse. Es por ello que, es a las profesiones —a cada una de ellas y sólo a ellas— a las que corresponde la definición, la ampliación o la modificación de sus competencias. Es necesario aclarar a la sociedad y a otras disciplinas las competencias que ya tenemos, nos competen y nos corresponden, y que en ocasiones no hemos podido ejercer por la falta de autoridad y reconocimiento.

Los órganos políticos y legislativos no han acabado de adecuar el marco legal idóneo, como sería deseable, para que las enfermeras podamos ejercer todas nuestras competencias (conocimientos y habilidades) y por ello responsabilizarnos adecuadamente de nuestros actos. No se trata de una manera de disminuir cargas de trabajo de otros profesionales; se entiende como un proceso de continuidad para mejorar la atención a la ciudadanía. La propuesta de solución para salir de esta situación absurda y que nos aleja de los países antes mencionados debería centrarse en resolver problemas a las personas y contribuir al desarrollo de nuestra disciplina en el marco del «trabajo excelente».

Las enfermeras españolas debemos asumir la responsabilidad de la prescripción autónoma, sin dudas y sin miedos, porque se basa en las actuaciones sobre las que más sabemos. Es imposible resolver problemas sin poder prescribir la mejor técnica (relajación, reposo, abordaje grupal, etc.) o el mejor producto (ante la incontinencia urinaria, un estoma o el fármaco básico para paliar una fiebre, un dolor, etc.), en situaciones en que no es el médico u otro profesional quien las atiende, sino la enfermera, que sin embargo no tiene autoridad legal para prescribir o extender una receta⁵. En un entorno donde se requieren enfermeras técnica y humanamente competentes, resolutivas, intuitivas, con habilidades pedagógicas y relacionales y dispuestas a trabajar de manera interdisciplinaria para beneficio de las personas y sus familias, está claro que también la prescripción colaborativa regulada adquiere un papel importante.

Conclusiones

La posibilidad de que las enfermeras podamos prescribir determinados fármacos y productos significaría una gran mejora en la atención que reciben los ciudadanos y en el desarrollo de nuestra práctica. Con la incorporación de los estudios de enfermería a la universidad hace más de 30 años, se recuperó el nombre de «enfermera»; desde entonces la profesión ha sufrido una evolución natural hacia una profesión muy compleja, holística, humanista, capaz de combinar la técnica con el arte de facilitar un entorno

adecuado y seguro de cuidados. Todo ello en un contexto que no ha facilitado el desarrollo profesional.

Las futuras enfermeras con título de grado dispondrán de más tiempo de formación, por lo que se favorecerá la seguridad y la calidad de los cuidados además del desarrollo de nuevas áreas de conocimiento. El EEES y las modificaciones que conlleva implican un mayor reconocimiento de la enfermería como disciplina y abren la posibilidad de la carrera académica propia. Es una incoherencia que el sistema sanitario no actualice sus normativas y disposiciones legales, hecho que contribuiría a proteger a ciudadanos y profesionales, reconociendo y valorando sus competencias, en consonancia con los avances prácticos y científicos tal y como se ha ido produciendo en la mayoría de los países desarrollados.

La enfermera está capacitada para realizar la prescripción autónoma y la colaborativa; se trata de una habilidad que adquirimos ya desde el currículo académico y también a través de la formación de posgrado y continuada, y que después no podemos desarrollar plenamente porque la ley nos lo impide. En la actualidad las enfermeras efectúan habitualmente prescripción independiente y también colaborativa, aunque no se les reconoce legalmente. Su reconocimiento tan sólo normalizará una rutina que haría posible agilizar y dinamizar la atención.

Los modelos jerárquicos de atención sanitaria están obsoletos. La regulación de la prescripción enfermera ayudaría a modernizar los servicios sanitarios, favoreciendo el trabajo interdisciplinario y fomentando un uso más racional; además podría mejorar la satisfacción laboral y la autoestima profesional de las enfermeras. Todos estos potenciales beneficios contribuirían a mejorar y reforzar la calidad asistencial de los servicios de salud que ofrecemos a la población en la actualidad.

Bibliografía

1. Buchan J, Calman L. Implementing nurse prescribing. Geneva: International Council of Nurses; 2004.
2. Courtenay M, Carey N, Burke J. Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44:1093–101.
3. Brooten D, Naylor MD, York R, Brown LP, Munro BH, Hollingsworth AO, et al. Lessons learned from testing the quality cost model of Advanced Practice Nursing (APN) transitional care. *J Nurs Scholarsh*. 2002;34:369–75.
4. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, n.º 178 del 27 de julio de 2006.
5. Cuxart N. La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. En: La prescripción farmacológica enfermera: análisis de la situación y futuro. Donostia: 29 de junio de 2006. [citado 10 Oct 2008]. Disponible en: <http://212.9.72.18/uploadsBO//Generica/Documents/CONF%20NCUXART%206-06.PDF>.
6. Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña. La prescripción enfermera. Barcelona: Informe del Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña; 2007 [citado 26 Ago 2008]. Disponible en: <http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/DEF.%20CASTELLÀ%20LA%20-PRESCRIPCIÓN%20ENFERMERA%2001.09.07.PDF>.
7. Brooks N, Otway C, Rashid C, Kilty E, Maggs C. The patient's view: the benefits and limitations of nurse prescribing. *Br J Community Nurs*. 2001;6:342–8.

8. Real decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de diplomado en enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. Boletín Oficial del Estado, n.º 278, de 20 de noviembre de 1990.
9. Gutiérrez R, Ferrús L, Subirana M, Pellejà L. Análisis del impacto potencial del marco de Bolonia y de la implementación de las especialidades oficiales de enfermería, en este colectivo profesional, las instituciones donde trabajan y el sistema de salud de Cataluña. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.
10. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, n.º 280, de 22 de noviembre de 2003.
11. Alberdi RM. La identidad profesional de la enfermera. Rev Enferm. 1992;170:39–44.