

# INFORME SOBRE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

Dra. Juana Sánchez Jiménez

La reivindicación de “prescripción enfermera” es realizada a través de la FAE-CAP (Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y AP) organización que se constituyó en 1998 con carácter científico y que, aprovechando la tramitación de la ley del medicamento, reclama la modificación del artículo 77 de dicha ley sustituyendo el término “únicos” por el de “principales”; al no tener éxito su propuesta mantienen su pulso y consiguen del ministerio la inclusión de una disposición adicional (duodécima) a desarrollar en el plazo de un año con un listado de medicamentos para que puedan ser recetados por enfermería, que es actualmente en el momento en que nos encontramos.

Ley 29/2006 de Garantías y Uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Disposición adicional duodécima

*“De la revisión de medicamentos sujetos a prescripción: Para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta ley, no pueden prescribir medicamentos. Así, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los pueden utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.”*

En Octubre de 2007 se crea un grupo técnico de trabajo entre la Dirección de Farmacia y la Agencia Española del Medicamento con el objetivo de desarrollar esta disposición antes del 26 Julio de 2008, donde no se ha dado cabida a los profesionales implicados.

En Diciembre de 2007, el ministro de Sanidad, Bernat Soria, inicia el trámite de audiencia de la orden que facilitará el uso de determinados medicamentos por enfermeras y podólogos.

Los argumentos esgrimidos para tal petición por la FAECAP y varias consejerías muy activas y comprometidas con esta petición (Consejerías de Cantabria, Cataluña y Andalucía), son:

Es una práctica reconocida en distintos países: Canadá, Botsuana, Estados Unidos, Zambia, Nueva Zelanda, Sudáfrica, Reino Unido, Irlanda, Brasil.

Es reconocer la capacidad prescriptora de las enfermeras en aquellas técnicas productos y fármacos que utilizan en el desarrollo de sus competencias. Curas, úlceras, matronas...

La labor de enfermería tiene un desarrollo propio desde hace 20 años, según el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson.

Es exclusiva de quien la realiza.

Representa una mejora con beneficios esperados en los usuarios: ahorro de tiempo de consulta, mejora en la continuidad de los cuidados, mejora en la gestión de recursos, mejora en la educación del uso de los medicamentos.

**Son beneficios esperados, todavía no hay demostrado ninguno.**

Se distinguen tres modalidades de prescripción enfermera:

1. Adquisición, **tenencia y uso de medicamentos** sujetos a prescripción médica.

Se autoriza a la enfermera a adquirir, tener y usar un listado de medicamentos en las actuaciones que desarrolla como parte de su ejercicio profesional en el ámbito en el que desarrolla su práctica clínica.

2. Prescripción en colaboración con el médico. **Prescripción colaborativa.**

Se entiende por prescripción colaborativa el procedimiento por el cual la enfermera prescribe en colaboración con un prescriptor médico para el desarrollo de un **Plan de Atención Clínica al paciente y/o grupo de pacientes**. Se distinguirían dos tipos:

**Colaborativa individual:** para el seguimiento de pacientes crónicos.

**Colaborativa protocolizada:** seguimiento de un protocolo previamente pactado por el equipo sanitario. En este grupo se incluirían las vacunas.

3. **Prescripción independiente** de medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios.

Se entiende por prescripción enfermera independiente el procedimiento por el cual la enfermera realiza la indicación de un medicamento no sujeto a prescripción médica o un producto sanitario en beneficio de la persona sana o enferma, como consecuencia de su juicio clínico tras realizar valoración y diagnóstico enfermero: Productos para el cuidado/protección

de la piel, Productos para el cuidado de la nutrición, Productos para el cuidado de la respiración, Productos para el cuidado de la eliminación, Productos para el cuidado de la movilidad y la seguridad, Productos para el cuidado de la comunicación y órganos de los sentidos, Productos para el cuidados de las mucosas.

Desde hace una década, en nuestro país se produce un movimiento reivindicativo dentro del colectivo de enfermería reclamando independencia y desarrollo de sus competencias mediante la asunción de un modelo funcional que comenzó hacia los años 50, con los trabajos tanto teóricos como prácticos de Virginia Henderson, una enfermera de EEUU (1897-1996), que desarrolló el modelo enfermero definiéndolo en términos funcionales intentando separar las áreas médicas y enfermeras. Para ella ser enfermera es: *“Ayudar a la persona enferma o sana en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a evitar padecimiento a la hora de la muerte, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, los conocimientos o la voluntad necesarios”*.

Conceptos nucleares de enfermería:

- Persona: es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales, espirituales que interaccionan entre sí y tiende hacia la independencia.
- Entorno: factores intrínsecos y extrínsecos a la persona (estos últimos incluyen a la familia) que pueden afectar a la salud.
- Salud: se equipara con la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas.
- Enfermería: servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Asunciones filosóficas:

1. La enfermera tiene una función propia aunque comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico abandona su función propia.

3. La sociedad espera un servicio de la enfermera (su función propia) que ningún otro profesional puede darle.

Asunciones científicas o postulados:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo.

NECESIDADES BÁSICAS:

- 1.- RESPIRAR NORMALMENTE.
- 2.- COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.
- 3.- ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES.
- 4.- MOVERSE Y MANTENER UNA POSTURA ALINEADA.
- 5.- DORMIR Y DESCANSAR.
- 6.- ESCOGER ROPA ADECUADA, VESTIRSE Y DESVESTIRSE.
- 7.- MANTENER SU TEMPERATURA DENTRO DE LÍMITES NORMALES.
- 8.- HIGIENE E INTEGRIDAD DE LA PIEL.
- 9.- SEGURIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA.
- 10.- COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES.
- 11.- VIVIR DE ACUERDO CON SUS VALORES.
- 12.- TRABAJAR PARA AUTORREALIZARSE.
- 13.- RECREARSE.
- 14.- APRENDER.

Así, el rol profesional de la enfermera es de suplencia/ayuda, y se distinguen varios niveles de autonomía según el paciente presente un déficit real o potencial en la satisfacción de sus 14 necesidades:

El paciente es autónomo cuando, come, bebe, se viste, se lava y se mueve solo.

Es dependiente parcial cuando le ayudamos a satisfacer las necesidades de movilidad, eliminación, alimentación, vestirse.....

Dependiente total cuando no puede satisfacer dichas necesidades.

TAXONOMÍAS ENFERMERAS

Los diagnósticos enfermeros se organizan en Sistemas de Clasificación o Taxonomías Diagnósticas.

**NANDA** fue fundada en 1982, proveniente del grupo de trabajo establecido en el Congreso Nacional sobre clasificación de Diagnósticos Enfermeros celebrado en la ciudad de San Luis (EEUU), con la intención de identificar, desarrollar y clasificar los Diagnósticos de Enfermería.

La taxonomía **NANDA** (**N**orth **A**merican **N**ursing **D**iagnosis **A**ssociation) define los diagnósticos de mayor aceptación internacional y ayuda a unificar internacionalmente el lenguaje enfermero.

NANDA: Etiquetas diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association.

NIC: etiquetas de intervenciones en enfermería.

NOC: etiquetas de clasificación de resultados en enfermería.

Argumentos en contra:

- Previa a la autorización habría que desarrollar un catálogo consensuado de productos que entraran en el conjunto de sus competencias.
- Modificar los planes de estudio de grado y pregrado de enfermería, así como cursos de capacitación específicos. Especializar la enfermería.
- Unificar criterios entre todas las comunidades
- Diferencias entre prescribir, recetar, dispensar:
  - Prescribir: “Emitir un criterio profesional dirigido al individuo en virtud de un juicio clínico y que propone una intervención terapéutica”.
  - Recetar: “Cumplimentar un formulario que contiene la medicación o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica acompañado de las instrucciones sobre su uso y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición”.
  - Dispensar: Dar, conceder, otorgar, distribuir.
- En la mayoría de los países donde está autorizada la prescripción enfermera es en un contexto de escasez de recursos bien materiales o profesionales por las características del país y sus sistemas sanitarios.
- ¿La labor enfermera es exclusiva?

## Surgen muchas preguntas:

1. ¿Mejoraría nuestro sistema de salud por la existencia de prescripción enfermera o, por el contrario, aumentaría la burocracia y el caos del sistema?
2. ¿Disminuiría nuestra carga de trabajo su existencia o aumentaría la falta de comunicación y por lo tanto el trabajo?
3. ¿Está preparada nuestra población y nuestros profesionales para hacerse cargo de ello?
4. ¿Seremos capaces de lograr coordinación entre todos los estamentos para mejorar la eficacia y la eficiencia? Si no lo hemos logrado con un sistema dependiente ¿será más fácil con un trabajo totalmente independiente?
5. ¿El movimiento de enfermería en nuestro país es un movimiento reivindicativo para compartir, o pretende crear un sistema totalmente independiente con sus propios controles y sin ninguna coordinación?
6. ¿Están dispuestos todos los enfermeros a cambiar su metodología de trabajo y adquirir nuevas competencias?
7. Creo que la que más se acercaría a nuestro país y encajaría en el sistema sería la prescripción colaborativa mediante protocolo. Sería deseable y es una reivindicación constante de nuestro colectivo el que algunos preparados para el cuidado de la piel, mucosas etc., quedaran excluidos del uso de la receta, que es más un instrumento de pago o que sólo fuera necesario una vez y con renovación anual.
8. No se puede confundir la prescripción médica, que es un acto complejo en el que hay que tener en cuenta muchos factores, con otras prácticas profesionales de educación, mantenimiento de funciones etc., que no tienen la complejidad del acto médico (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). “Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención).
9. Asumiendo las dificultades en que está inmersa la atención sanitaria médica actual en AP, debida a la masificación de las consultas, falta de planificación de recursos profesionales, etc. No parece esta medida la más urgente ni la de mayor capacidad resolutoria para hacerles frente,

cuando otras medidas, como el apoyo de auxiliares especializadas en formación sanitaria que ayudaran en las consultas médicas, resolvería buena parte de los problemas acumulados en la práctica diaria.

La controversia suscitada parece más dirigida por un colectivo con intereses en adquirir parcelas de independencia y poder, que con el ánimo de resolver los problemas que realmente preocupan al ciudadano y al profesional sanitario, que ve como poco a poco disminuye la calidad de su trabajo y las posibilidades de mejora.