Enferm Intensiva. 2018;29(1):1–3

SEEIUC
Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias

Enfermería Intensiva

www.elsevier.es/ei

EDITORIAL

Reconocimiento de la prescripción enfermera en España, una batalla a punto de culminar

The recognition of prescribing by nurses, a battle that is about to be won

Estudios internacionales evidencian que la prescripción enfermera (PE) se asocia a un mejor cuidado de las personas que precisan atención sanitaria, un uso más efectivo del tiempo y de los recursos, y una mejora de la relación entre los profesionales de la salud[1,2]. En España, actualmente, solo los médicos, los odontólogos y los podólogos pueden prescribir.

A nivel internacional la PE tiene un largo recorrido, siendo en el año 1978 en Suecia, donde se propuso por primera vez la PE. En el Reino Unido, en 1986, se identificó la necesidad de que determinadas enfermeras pudieran utilizar criterios profesionales para modificar pautas medicamentosas en aspectos tales como la posología analgésica en pacientes terminales. Esto promovió cambios en la legislación, encaminados a su autorización y posteriormente ampliación y profundización en este campo.

La PE está legislada y es posible para las enfermeras/os en: EE.UU., Reino Unido, Suecia, Sudáfrica, Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Brasil, Francia, Irlanda, Lesoto, Botsuana, Argentina, en casi todos los países se requiere una formación especializada por parte de los profesionales para adquirir las competencias oportunas.

Con el objetivo de normalizar las exigencias formativas de la PE, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en el año 2002 definió los criterios de enfermera de práctica avanzada[3]: «*Una enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para tomar decisiones y competencias clínicas para una práctica amplia, en el ámbito en el que el enfermero está acreditado para ejercer, recomendándose un grado de máster para el nivel de acceso, siendo uno de los aspectos centrales del ámbito de competencia de esta práctica la autoridad para prescribir que apoya la autonomía profesional y la práctica independiente*» (pp. 12). Debemos destacar relacionado con esto que la enfermera de práctica avanzada no está desarrollada en nuestro país salvo en las especialidades reconocidas en el Real Decreto 450/2005, siendo otro reto de desarrollo para toda la profesión.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)[4] realizó una resolución en septiembre de 2002 donde solicitaba, entre las medidas reguladoras del uso racional de medicamentos «*el desarrollo de la competencia de enfermeras y otros profesionales sanitarios para la realización de diagnóstico, prescripción y dispensación de medicamentos*» (pp. 6). La OMS hace hincapié en la potenciación de la atención primaria y en el desarrollo e impulso de las competencias enfermeras para conseguir sistemas sanitarios fuertes[5]. Partiendo de esta base, no solo la enfermería española demanda la competencia de la prescripción para el desarrollo profesional y la eficiencia del sistema sanitario, sino que son los propios gestores y los sistemas de salud los que están interesados en autorizar y ampliar dicha competencia, teniendo en cuenta los beneficios que de ello se derivan para la seguridad de los pacientes y para el propio sistema.

En nuestro país, el debate sobre la legislación de la participación enfermera en la prescripción farmacológica se inicia con La Ley 29/2006 de garantía y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios[6] o Ley del medicamento, y no es hasta diciembre de 2009 cuando la Ley 28/2009 modifica la Ley 29/2006 y reconoce finalmente esta participación[7].

La Ley 28/2009 abrió la puerta a la PE. Siendo necesaria la puesta en funcionamiento en todo el territorio nacional, era preciso que las distintas administraciones autonómicas legislaran al respecto, mientras que los profesionales tenían que llevar a cabo un esfuerzo de actualización y formación específica.

Andalucía fue pionera, publicando en el BOJA el Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema Sanitario Público de Andalucía[8].

Este decreto permitía, a los enfermeros del Sistema Sanitario Público Andaluz, el uso e indicación de los

https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.001
1130-2399/© 2018 SEEIUC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

medicamentos no sujetos a prescripción médica, la indicación o prescripción de productos sanitarios con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía y la colaboración con médicos y odontólogos para el seguimiento protocolizado de pacientes con determinados tratamientos farmacológicos que sí requieren la prescripción médica. Estableciendo los medicamentos y productos sanitarios que las enfermeras/os podían indicar, así como la orden enfermera.

A través de los estudios desarrollados en Andalucía[9,10] se puede deducir que la reducción de gasto en absorbentes y tiras para la auto-monitorización de la glucemia capilar se ha hecho con una prescripción adecuada a través de la metodología enfermera y la incorporación de guías de práctica clínica sobre incontinencia urinaria y el proceso asistencial integrado de diabetes. Todo ello demuestra que la incorporación de la PE en productos sanitarios inherentes a la labor asistencial ha generado una reducción importante en el gasto sanitario de dichos productos.

Todos estos avances en PE sufren un retroceso muy grave con la publicación el 23 de diciembre de 2015 del RD 954/2015 por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros.

En cuanto a la competencia de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en relación al ejercicio profesional del enfermero, el artículo 3.2 del citado Real Decreto expresa que todo enfermero/a que pretenda desarrollar esta competencia profesional, deberá estar previamente en posesión de una acreditación por parte del Ministerio de Sanidad, y además una vez acreditado será necesario que el profesional prescriptor (que es el médico) haya realizado la prescripción médica del producto en cuestión y haya determinado el protocolo de seguimiento del paciente; es decir, es necesario que el enfermero cuente con acreditación del ministerio y además que disponga de la prescripción médica correspondiente, y entonces podrá indicar dicha dispensación.

Esto se traduce en un grave perjuicio para la profesión enfermera, para la dinámica asistencial y para la seguridad del paciente en todos los niveles asistenciales, provocando en la actualidad que en las unidades de críticos, si una enfermera de la UCI necesita curar una úlcera por presión, debe pedir al médico que ponga en el tratamiento del paciente el producto desbridante que va a utilizar, al igual que debe prescribir el médico el apósito que la enfermera va a utilizar en la cura del paciente, entorpeciendo todo ello la labor asistencial, esto demuestra que la normativa vigente no reconoce la realidad laboral sanitaria. De igual forma si el paciente necesita un sondaje vesical, debe pedir al médico que ponga en el tratamiento el tipo de sonda (producto sanitario) que hay que utilizar y su calibre, si no lo prescribe el médico la enfermera estaría actuando fuera de la ley y desprotegida en su póliza de responsabilidad civil. Otro ejemplo habitual es si un paciente necesita una perfusión de fármacos vasoactivos, la enfermera no puede modificar la pauta en base a protocolos consensuados en la unidad, sino que deberá llamar al médico y este prescribir la modificación de la dosificación en función de la hemodinámica que presenta, generando esto disfunciones y retrasos en la asistencia, fácilmente evitables si se pudiese trabajar con los protocolos clínicos. Son ejemplos cotidianos que demuestran la inoperancia de la normativa actual, las disfunciones que genera y la falta de autonomía que provoca en las enfermeras españolas esta normativa, muy alejada de la realidad clínica, provocando un retraso irrazonable en la atención terapéutica del paciente derivado de la consulta al médico por la enfermera en temas innecesarios, suponiendo todo ello una vuelta a la enfermería de los años 70.

Ruiz Sánchez[11] analiza las principales alegaciones de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre la PE que condicionaron al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y provocaron la modificación del anteproyecto de ley, demostrando el desconocimiento de la OMC sobre la evidencia científica a nivel internacional en el ámbito de la PE, que la enfermería es un área sanitaria especializada que maneja una serie de productos sanitarios específicos e inherentes a su campo profesional y que el profesional médico no suele manejar.

La evidencia científica actual, tanto a nivel nacional como internacional, demuestra que la PE[12] es un acto sanitario eficiente, y que las enfermeras españolas tienen una gran formación en medicación, además de un amplio conocimiento de los productos sanitarios utilizados en pacientes crónicos, y dentro de sus competencias se encuentra la promoción y educación de la salud. Ruiz Sánchez con los resultados obtenidos en su estudio corroboran que la incorporación de la PE al sistema sanitario ha supuesto una mejora en la eficiencia del mismo, mientras que las decisiones reflejadas en el RD 954/2015 han supuesto un paso atrás sobre este logro. Por otro lado, las alegaciones de la OMC critican este acto sanitario sin que sus argumentos tengan una base científica.

Estamos a punto de conseguir la modificación del Real Decreto 954/2015 en línea de dotar de seguridad jurídica la actuación prescriptora que las enfermeras han estado desarrollando con plena competencia y calidad en la asistencia y cuidados del paciente. Ya se ha alcanzado un acuerdo el día 24 de octubre, entre la mesa de la profesión enfermera, la mesa de la profesión médica y el Ministerio de Sanidad, planteando los siguientes tipos de PE:

1. *Productos sanitarios y medicamentos sin receta médica:* en estos casos la PE se llevará a cabo de forma *autónoma* y libre, con la lógica responsabilidad profesional.
2. *Medicamentos de prescripción médica que NO requieren de un diagnóstico médico por tratarse de intervenciones enfermeras:* vacunas, insulinas, material de cura de heridas, oxitocina, calmantes, etc. En estos casos las enfermeras/os actuarán conforme a protocolos previamente establecidos entre las profesiones y las autoridades, sin necesidad de que exista una intervención médica.
3. Prescripción de medicamentos sujetos a prescripción médica en casos donde siempre es necesario un diagnóstico y una prescripción previa del médico y los enfermeros realizan los cuidados y el seguimiento posterior del paciente. En estos casos, una vez producido dicho diagnóstico y prescripción las enfermeras/os actuarán conforme a protocolos previamente establecidos entre las profesiones y las autoridades.

Todo ello será posible sin necesidad de acreditación por parte de las enfermeras, ya que se reconoce el título de

diplomado en enfermería homologado al graduado en enfermería como requisito para poder realizar la PE de acuerdo a la modificación del Real Decreto.

Estamos a la espera de la publicación de las nuevas disposiciones legales adoptadas, y que por fin se reconozca a las enfermeras/os la labor asistencial que hacen día a día ligada a la prescripción, manejo de fármacos y productos sanitarios, posicionando a las enfermeras/os españolas como las únicas de mundo donde todas serían prescriptoras.

Todo esto sin duda será un primer paso a nuevos escenarios futuros para las enfermeras, donde ya por normativa europea se reconoce por primera vez la competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados necesarios a las enfermeras generalistas. Esta norma de la Directiva 2013/55/UE ha sido traspuesta por el RD 581/2017[13] en el mes de junio de 2017, y esto sin duda genera un precedente clave, siendo ahora necesario continuar avanzando a nivel profesional, con la necesidad de incorporar esta competencia clave de diagnóstico enfermero, además de la competencia en prescripción en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, siendo necesaria su actualización de forma inmediata, reconociendo los avances profesionales en enfermería, que seguro permitirán abordar la enfermería de práctica avanzada y adquirir nuevos roles de cuidados cada vez más complejos y de mayor desarrollo para todas las enfermeras de España.

Bibliografía

1. Consejo General de Enfermería. Evolución Mundial de la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas. 2016. p. 2. [consultado 17 Oct 2017] Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0150.php
2. González Sánchez J. Prescripción enfermera, a un paso de la legalidad. Gac Sanit. 2015;29:472.
3. International Council of Nurses. Definitions and Characteristics of the Role Geneva: ICN; 2001-2016. [consultado 15 May 2016] Disponible en: http://International.aanp.org/Practice/APNRoles
4. Organización Mundial para la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. 2002.
5. Miguélez Chamorro A. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. Tesela. 2009;6 [consultado 11 Oct 2017]. Disponible en: http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php
6. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE n.° 178. 2006.
7. Ley 28/2009, de 30 de diciembre de modificación de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE de 31 de diciembre de 2009).
8. Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema Sanitario Público de Andalucía.
9. Ramos Sánchez ME, Rodríguez Castilla J, Domínguez Domínguez S. Prescripción enfermera: ¿ contribuye a la sostenibilidad del sistema? Enfuro. 2013;125:4–10.
10. Rivas Cerdeira RM, Cantarero Lafuente L, la Orden Macorra MJ, Reina Garfia MM, Burgos Gorjón MA, Páez Fernández A, et al. Eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes. Metas de Enfermería. 2007;10:28–31.
11. Ruiz Sánchez JJ, Ruiz Calzado R, Romero Sánchez M. Eficiencia en la prescripción enfermera en Andalucía. Un paso atrás en el sistema sanitario tras anulación por Real Decreto. Aten Primaria. 2017, http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.004.
12. García Martín AI. Artículo de revisión sobre la prescripción enfermera. Enfuro. 2007;104:40–1 [consultado 25 octubre 2017] Disponible en: http://enfuro.es/images/Revistas%20ENFURO/Enfuro104.pdf
13. Real Decreto 581/2017, de 9 de junio, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/UE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el reglamenteo (UE) n.° 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior (Reglamento IMI).

D. Ayuso Murillo (RN, PhD.)
Secretario General, Consejo General de Enfermería