

# PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA: PRÁCTICA PROFESIONAL Y LIMBO JURÍDICO

**Angel Romero Collado**

Dipòsit legal: Gi. 1201-2014  
<http://hdl.handle.net/10803/145923>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives licence



Universitat de Girona

TESIS DOCTORAL

**PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA:  
PRÁCTICA PROFESIONAL Y LIMBO JURÍDICO**

**Angel Romero Collado**

**2014**





Universitat de Girona

TESIS DOCTORAL

**PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN ESPAÑA:**

**PRÁCTICA PROFESIONAL Y LIMBO JURÍDICO**

Angel Romero Collado

2014

Programa de doctorado en Biología Molecular, Biomedicina

y Salud

Dirigida por: **Dra. Dolors Juvinyà i Canal**

Tutora: **Dra. Dolors Juvinyà i Canal**

Memoria presentada para optar al título de doctor por la *Universitat de Girona*





# Universitat de Girona

La **Dra. Dolors Juvinyà i Canal**, Catedrática de Escuela Universitaria del *Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona*.

DECLARA:

Que este trabajo, titulado "**Prescripción enfermera en España: práctica profesional y limbo jurídico**", que presenta **Angel Romero Collado** para la obtención del título de doctor, se ha realizado bajo mi dirección, realizada como un compendio de publicaciones.

Y, para que así conste, y a los efectos oportunos, firmo este documento.

Dra. Dolors Juvinyà i Canal

Girona, a 31 de marzo de 2014



*Als meus pares, Angel y Ana María, sense els quals no seria qui sóc ni on sóc.*

*A la meva dona Èrica, per tot.*

*A en Martí, per un motiu que encara no sé especificar.*





## **Agradecimientos**

Quiero agradecer, en primer lugar, a la Dra. Dolors Juvinyà por dirigir mi tesis, pero aún más por abrir el camino a continuar avanzando sobre la investigación enfermera en el sitio que le corresponde, la Facultad de Enfermería.

A la Dra. Elaine Lilly, que des de la otra punta del mundo ha sido capaz de comprender y editar hechos, legislaciones y pensamientos que se plasman en los artículos que forman esta tesis, y que van contra toda lógica de razonamiento coherente, minando la moral a muchas enfermeras. También por sus ánimos, buenos consejos y ... paciencia.

A Edurne Zabaleta, porque la profesión enfermera se encuentra huérfana de compañeras como tú. Necesitamos unas cuantas Edurnes para encauzar el rumbo de la profesión.

A Luis Torres, un amigo con la sensibilidad de plasmar sentimientos en imágenes.

A los profesores que han participado en mi formación, tanto en la extinguida Diplomatura como en los sucesivos postgrados y Máster que me han conducido hasta aquí. Una parte de lo que hay aquí es vuestro.

A los profesionales asistenciales, médicos y enfermeras, que decidieron ceder una parte de su valioso tiempo en responder los cuestionarios de unas enfermeras que querían investigar cosas.

*Gracias, gracias, gracias...*



## Publicaciones derivadas de esta tesis

Esta tesis doctoral se presenta como un compendio de 2 artículos científicos publicados en revistas de investigación:

Romero-Collado A., Homs-Romero E. & Zabaleta-del-Olmo E. (2013) Knowledge about medications and products to prevent and treat pressure ulcers: a cross-sectional survey of nurses and physicians in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing* 22(17-18), 2562-71. doi: 10.1111/jocn.12175. Índice de impacto, año 2012, según el Journal Citation Reports (JCR) Sciences Edition: 1.316. Ocupa la posición vigésimoprimera (21; primer cuartil) entre las 104 revistas de investigación incluidas en la categoría *Nursing*.

Romero-Collado A., Homs-Romero E., Zabaleta-Del-Olmo E. & Juvinya-Canal D. (2013) Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *Journal of Nursing Management*. Sep 23. doi: 10.1111/jonm.12139. [Epub ahead of print]. Índice de impacto, año 2012, según el Journal Citation Reports (JCR) Sciences Edition: 1.454. Ocupa la posición decimoséptima (17; primer cuartil) entre las 104 revistas de investigación incluidas en la categoría *Nursing*.



## Listado de abreviaciones

<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>ABS</b>	Área básica de salud
<b>ATS</b>	Ayudante técnico sanitario
<b>CCAA</b>	Comunidades autónomas
<b>CGCM</b>	Consejo General de Colegios de Médicos
<b>DUE</b>	Diplomado universitario en enfermería
<b>ECTS</b>	European Credit Transfer System
<b>EPUAP</b>	European Pressure Ulcer Advisory Panel
<b>GNEAUPP</b>	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas
<b>GPC</b>	Guía de práctica clínica
<b>ICS</b>	Institut Català de la Salut
<b>LOPS</b>	Ley de ordenación de las profesiones sanitarias
<b>OMC</b>	Organización Médica Colegial
<b>PE</b>	Prescripción enfermera
<b>SMA</b>	Sindicato Médico Andaluz
<b>TSJ</b>	Tribunal Superior de Justicia
<b>UBA</b>	Unidad básica asistencial
<b>UPP</b>	Úlcera por presión



# Índice general

<b>ÍNDICE GENERAL</b>	<b>i</b>
<b>1 RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Resum.....	3
1.2 Resumen .....	5
1.3 Abstract .....	7
<b>2 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>3 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL</b> .....	<b>17</b>
3.1 Legislación de la prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios en España .....	19
3.1.1 Etapa de alegalidad .....	19
3.1.2 Etapa de legalidad implícita.....	20
3.1.3 Etapa de ilegalidad .....	22
3.1.4 Etapa de la legalidad .....	24
3.2 Papel de las Comunidades Autónomas en la regulación de la prescripción enfermera.....	30
3.3 La prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria .....	32
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>37</b>
<b>5 METODOLOGÍA</b> .....	<b>43</b>



<b>6 RESULTADOS</b> .....	<b>51</b>
6.1 Artículo 1 .....	53
Romero-Collado A., Homs-Romero E. y Zabaleta-del-Olmo E. (2013) Knowledge about medications and products to prevent and treat pressure ulcers: a cross-sectional survey of nurses and physicians in a primary health care setting. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 22(17-18), 2562-71. doi: 10.1111/jocn.12175.	
6.2 Artículo 2 .....	67
Romero-Collado A., Homs-Romero E., Zabaleta-Del-Olmo E. y Juvinya-Canal D. (2013) Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. <i>Journal of Nursing Management</i> . Sep 23. doi: 10.1111/jonm.12139. [Epub ahead of print].	
<b>7 DISCUSIÓN</b> .....	<b>81</b>
7.1 Evidencia de la existencia de prescripción enfermera en España .....	83
7.2 Cambios en el rol de la enfermera de atención primaria para contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario .....	88
7.3 Implicación de la prescripción enfermera para la identidad del colectivo .....	91
7.4 Implicaciones para la práctica y futuras líneas de investigación .....	97
<b>8 CONCLUSIONES</b> .....	<b>101</b>
<b>9 BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>105</b>
<b>10 ANEXOS</b> .....	<b>125</b>
<i>Anexo 1</i> .....	127
Cuestionario para conocer aspectos generales de la atención a los pacientes que padecen úlceras por presión y la evaluación de conocimientos en prevención y tratamiento de úlceras por presión en médicos y enfermeras de Atención Primaria.	
<i>Anexo 2</i> .....	137
Cuestionario de percepción de la legalización de la prescripción enfermera e identificación de la frecuencia de prescripción de los medicamentos y productos sanitarios por parte de las enfermeras.	





---

## 1 RESUMEN



## 1.1 Resum

La prescripció infermera (PI) a Espanya ha patit una legislació confusa i canviant durant els darrers gairebé 40 anys: va passar per una etapa alegal, ja que no existia cap legislació al respecte; una etapa en què implícitament es va donar a entendre, mitjançant la Llei d'ordenació de les professions sanitàries, que les infermeres podien prescriure; una etapa il·legal, tres anys després mitjançant la Llei 29/2006, del 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, on es referia que solament podien prescriure medicaments els metges i els odontòlegs; i, finalment, una etapa legal a partir de la Llei 28/2009, del mes de desembre del 2009, en la qual es feia palès que les infermeres podien prescriure productes sanitaris i medicaments no subjectes a prescripció mèdica, i medicaments subjectes a prescripció mèdica mitjançant protocols i guies de pràctica clínica. Es preveu obtenir aquesta autorització per prescriure mitjançant un curs que acreditarà el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, l'aprovació i validació del qual és competència de les organitzacions col·legials de metges i infermeres i l'Agència de Qualitat del Sistema Nacional de Salut. L'acreditació d'aquesta formació, avui, encara no és una realitat.

Això no obstant, les infermeres d'atenció primària prescriuen medicaments; els més prescrits són les vacunes, els antisèptics i els antiinflamatoris no esteroïdals, i productes sanitaris com el material fungible que fan servir les persones que pateixen diabetis, els apòsits per a la prevenció i el tractament de ferides cròniques i els productes per a la incontinència d'orina. Per això, la PI és una

pràctica habitual, de forma autònoma i col·laborativa mitjançant protocols, tot i que la regulació d'aquesta activitat no estigui d'acord amb la pràctica.

Les infermeres d'atenció primària tenen millors coneixements que els metges sobre determinats medicaments i productes sanitaris, en especial els que es fan servir per a la prevenció i el tractament de les nafres per pressió. La cura de les persones que pateixen o es troben en risc de patir nafres per pressió, que majoritàriament recau en les infermeres, és un camp que ha servit en aquesta investigació per mostrar que la PI no constitueix un canvi legislatiu sense fonament.

D'altra banda, les infermeres creuen que la PI els proporcionarà més autonomia i els ajudarà a resoldre problemes de les persones que atenen; és una fita que contribuirà al desenvolupament i reforç de la professió.

**Paraules clau:** *Atenció Primària de Salut; Coneixements, actituds i pràctica en Salut; Infermeres; Legislació d'infermeria; Legislació de medicaments; Metges; Nafra per pressió; Prescripcions de medicaments.*

## 1.2 Resumen

La prescripción enfermera (PE) en España ha soportado una legislación confusa y cambiante durante los últimos casi 40 años: pasó por una etapa alegal en la que no existía una legislación al respecto; una etapa en la que implícitamente se dio a entender, mediante la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que las enfermeras podían prescribir; una etapa ilegal, tres años después por medio de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, donde se refería que solamente podían prescribir medicamentos los médicos y los odontólogos; y, finalmente, una etapa legal a partir de la Ley 28/2009, de diciembre de 2009, en la que se especificaba que las enfermeras podían prescribir productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica, y medicamentos sujetos a prescripción médica mediante protocolos y guías. Se prevé obtener esta autorización para prescribir mediante un curso que acreditará el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuya aprobación y validación es competencia de las organizaciones colegiales de médicos y enfermeras y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. La acreditación de esta formación, a día de hoy, todavía no es una realidad.

No obstante, las enfermeras de atención primaria prescriben medicamentos; siendo los más prescritos las vacunas, los antisépticos y los antiinflamatorios no esteroideos, y productos sanitarios como el material fungible utilizado por las personas que padecen diabetes, los apósitos para la prevención y el tratamiento de heridas crónicas y los productos para la incontinencia urinaria. Por lo que la



PE es una práctica habitual, tanto de forma autónoma como colaborativa mediante protocolos, a pesar de que la regulación de esta actividad no esté de acuerdo con la práctica.

Las enfermeras de atención primaria tienen mejores conocimientos que los médicos sobre determinados medicamentos y productos sanitarios, especialmente los utilizados para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. El cuidado a las personas que padecen o tienen riesgo de padecer úlceras por presión, que mayoritariamente recae en las enfermeras, es un campo que ha servido en esta investigación para mostrar que la PE no constituye un cambio legislativo sin fundamento alguno.

Por otra parte, las enfermeras creen que la PE les dotará de mayor autonomía y les ayudará a resolver problemas de las personas que atienden; es un logro que contribuirá al desarrollo y fortalecimiento de la profesión.

**Palabras clave:** *Atención Primaria de Salud; Conocimientos, actitudes y práctica en Salud; Enfermeras; Legislación de enfermería; Legislación de medicamentos; Médicos; Prescripciones de medicamentos; Úlcera por presión.*

### 1.3 Abstract

Nurse prescribing has experienced much legislative confusion over the past 40 years in Spain: it went through an “alegal” phase, which there was no pertinent legislation, followed by a phase in which it was implicit in new legislation defining the health care professions (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, 2003) that nurses could prescribe as needed to fulfill their professional responsibilities. Just three years later, nurse prescribing became explicitly illegal under a law concerning safe and rational use of medications and health care supplies (Ley 29/2006, 26 July) that specified prescription as a competency limited to only doctors and dentists. Finally, in December 2009 (Ley 28/2009), new legislation specified that nurses could prescribe health care supplies and medications that did not require a doctor’s prescription according to protocols and guidelines. However, authorization to prescribe would be obtained by completing an accredited course that would be offered by Spain’s Health Ministry (Ministerio de Sanidad y Política Social), after approval and validation by the relevant professional organizations of doctors and of nurses and by the National Health System’s quality control arm (Agencia de Calidad). Four years later, this training course still has not been established.

Nonetheless, primary care nurses prescribe medications, most frequently standard childhood vaccinations, antiseptics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and health care supplies such as consumables for diabetes care, wound care products used to prevent and treat chronic wounds, and supplies needed by patients with urinary incontinence. Therefore, nurse

prescription is usual practice, whether it is autonomous or a collaborative effort with doctors and care protocols, even though the regulation of this activity lags behind daily practice.

On the other hand, primary care nurses have greater knowledge than doctors do about certain medications and health care supplies and their use, such as those used for the prevention and treatment of pressure ulcers. Care for patients with pressure ulcers, or at risk of developing them, tends to be provided by nurses. Therefore, this research uses the topic of caring for pressure ulcers to illustrate the merits of the legislation permitting nurse prescription and the benefits to be derived from full implementation of the 2009 law.

In addition, studies have shown that nurses see the implementation of nurse prescription as conferring greater autonomy, helping them to resolve problems for the patients in their care, and serving as a source of satisfaction. This achievement is expected to contribute to the development and strengthening of the nursing profession.

**Keywords:** *Health knowledge, attitudes, practice; Legislation, drug; Nurses; Nursing process/legislation & jurisprudence; Physicians; Prescriptions; Pressure Ulcer; Primary health care.*





---

## 2 INTRODUCCIÓN



La prescripción enfermera en España ha sido un tema sin clarificar, incluso desde que la formación de las enfermeras<sup>1</sup> adquirió rango universitario. La legislación en materia de prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios ha pasado por cuatro grandes etapas: una etapa alegal, en la que no existía una legislación clara al respecto; una etapa legal implícita, acorde con las competencias que poseían las enfermeras; una etapa ilegal y, finalmente, una etapa legal, que a principios del año 2014 queda en un limbo jurídico pendiente de acabar de legislar.

La necesidad de reorganización del sistema sanitario, y en concreto de la atención primaria, motivados por los cambios económicos y sociodemográficos, ha orientado a optimizar y aumentar la autonomía de las enfermeras para garantizar la sostenibilidad y no menguar la calidad de los servicios. No obstante, el aumento de autonomía de una profesión debe ir acompañado de los cambios correspondientes en la legislación. En dicho sentido, la falta de una legislación acorde con la práctica profesional ha propiciado que la prescripción enfermera se solventara a través de vías alternativas, a partir de protocolos y guías de práctica clínica.

La unidad temática de esta tesis ha sido conocer la situación actual real de la prescripción enfermera en España, en concreto en el ámbito de la atención primaria, mediante la publicación de dos artículos. En el primero, partiendo de la base de que el papel prescriptor de las enfermeras de este ámbito asistencial

---

<sup>1</sup> En esta tesis, se utiliza el término 'enfermera' en sentido genérico y designa, a la vez, a hombres y a mujeres, tal y como lo utiliza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).



es fundamental en determinadas áreas como por ejemplo en la prevención y tratamiento de las heridas crónicas y, en especial, de las úlceras por presión, estimamos pertinente comprobar si existen diferencias en los conocimientos de los médicos y las enfermeras de atención primaria sobre los medicamentos y los productos sanitarios utilizados para este propósito. Por otra parte, en el segundo artículo, se ha considerado oportuno verificar la existencia de la prescripción enfermera y conocer sus características y su magnitud. También consideramos oportuno explorar la percepción de las enfermeras sobre cómo estos cambios afectarán a la identidad del colectivo.

Estos estudios permitirán contrastar si la legislación vigente es acorde con la práctica clínica de las enfermeras en materia de prescripción y si existen factores que lo justifiquen.





---

## **3 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL**



Para contextualizar el proceso que ha seguido la PE en España, es necesario tener presente la legislación de la PE de medicamentos y productos sanitarios en España, el papel que han tenido las comunidades autónomas en la regulación de la PE y la PE de medicamentos y productos sanitarios en España en el ámbito de la atención primaria.

### **3.1 Legislación de la prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios en España**

La prescripción de medicamentos ha sido una de las funciones asociadas a los médicos, sin la existencia de controversias en cuanto a su legislación. Sin embargo, en los últimos casi 40 años las enfermeras han vivido diferentes cambios legislativos que no siempre han sido congruentes con la realidad de su práctica asistencial. Esta legislación la podemos dividir en cuatro grandes etapas: la alega, la legal implícita, la ilegal y la legal.

#### *3.1.1 Etapa de alega*

Desde que en 1977 se inició la formación de Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE), con un marco competencial distinto al de los ATS (*Ministerio de Educación y Ciencia 1977*), no existe una legislación clara al respecto sobre la prescripción de medicamentos y productos sanitarios por parte de las enfermeras en España (figura 1).

Este estado de alega, con la complicidad de gestores y el propio personal sanitario (*García Martín 2007*), no preocupaba en exceso, ya que fueron pocas las demandas de reconocimiento legal (*Mariano Juárez 2002, Asociación Andaluza de*

Enfermería Comunitaria 2005, Cuxart Ainaud 2006, Revista Rol de Enfermería 2006) de una función que las enfermeras efectuaban, sin respaldo jurídico, desde hacía muchos años.

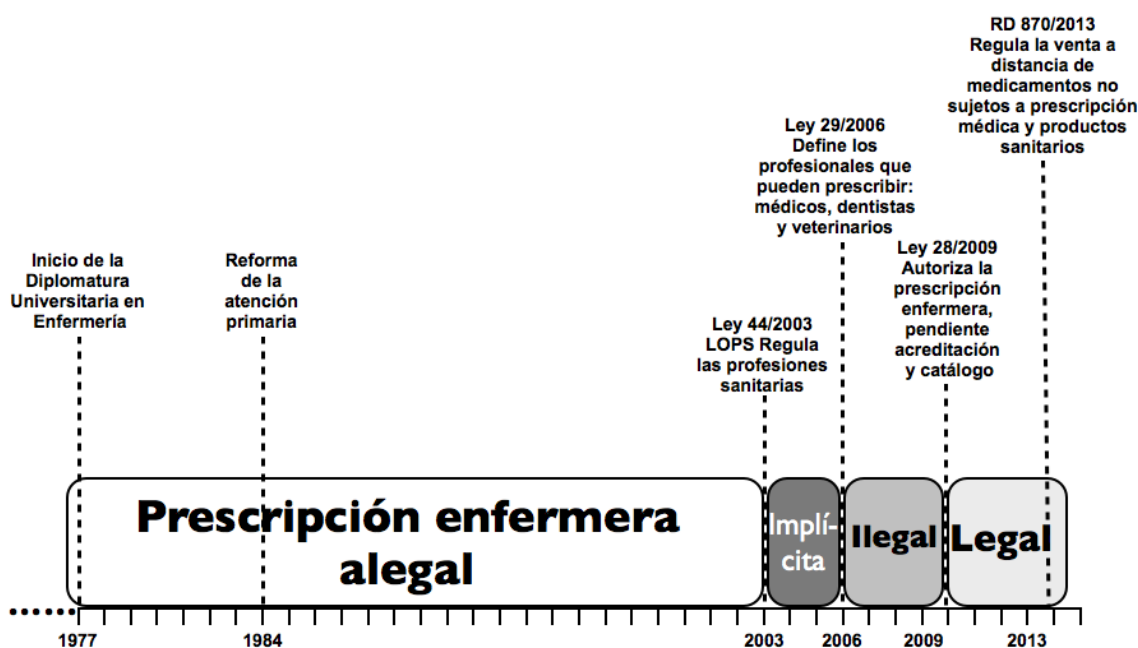


Figura 1. Legislación de la prescripción enfermera en España

### 3.1.2 Etapa de legalidad implícita

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre (*Gobierno de España 2003*), de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS), viene a regular las profesiones y a dotar el sistema sanitario de un marco legal, completando así un vacío existente hasta entonces en el que faltaba legislar.

Esta ley define la función de los diplomados y, en el caso concreto de las enfermeras, «Corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería 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». Así, puede interpretarse que la LOPS autoriza, implícitamente, a que las enfermeras puedan prescribir medicamentos y productos sanitarios que deriven de los cuidados que prestan. Un ejemplo en el que la enfermera evita un problema de salud se produce cuando previene las úlceras por presión (UPP) mediante la selección de una superficie especial para el manejo de la presión, como podría ser un colchón de aire alternante. La enfermera realiza una evaluación del estado del paciente y los factores de riesgo internos y externos que podrían desencadenar la aparición de una UPP, clasifica el nivel de riesgo que tiene el paciente y prescribe el tipo de colchón más adecuado.

Otro ejemplo se produce una vez la UPP ha aparecido, produciéndose unos cuidados de enfermería para la recuperación de la salud del paciente. Para el desbridamiento de la úlcera, en el caso que fuera necesario, se puede seleccionar un desbridamiento enzimático y, en nuestro país, el utilizado con mayor frecuencia es la colagenasa, comercializado como Irujol® (Torra Bou y Paggi 2013), que es un medicamento sujeto a prescripción médica y que las enfermeras utilizan a menudo.



### 3.1.3 Etapa de ilegalidad

La aprobación de la Ley 29/2006 (*Gobierno de España 2006*), de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece, entre otros aspectos, la definición de medicamento de uso humano, producto sanitario, qué profesionales pueden prescribirlos y bajo qué condiciones.

Así, en la ley se indica que el medicamento de uso humano es *«toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas, ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico»*’.

Para la definición de producto sanitario se establece que puede ser *«cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otro artículo, utilizado solo o en combinación, incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de:*

1. *Diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad*
2. *Diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia*
3. *Investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico*
4. *Regulación de la concepción*

*y que no ejerza la acción principal que se desee obtener en el interior o en la superficie del cuerpo humano por medios farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, pero a cuya función puedan contribuir tales medios.*’

En cuanto a las condiciones de prescripción y dispensación de medicamentos, se establecen diferencias entre los *medicamentos sujetos a prescripción médica* y los *medicamentos no sujetos a prescripción médica*. Así, se estipula que serán medicamentos sujetos a prescripción médica aquellos que:

- a) *'Puedan presentar un peligro, directa o indirectamente, incluso en condiciones normales de uso, si se utilizan sin control médico.*
- b) *Se utilicen frecuentemente, y de forma muy considerable, en condiciones anormales de utilización, y ello pueda suponer, directa o indirectamente, un peligro para la salud.*
- c) *Contengan sustancias o preparados a base de dichas sustancias, cuya actividad y/o reacciones adversas sea necesario estudiar más detalladamente.*
- d) *Se administren por vía parenteral, salvo casos excepcionales, por prescripción médica.'*

Los medicamentos no sujetos a prescripción médica son *'aquéllos que vayan destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que dichos medicamentos puedan ser utilizados para autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización.'*

También, en el artículo 77, *La receta médica y la dispensación hospitalaria*, en su punto 1, establece que *'La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación, son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con*

*facultad para ordenar la prescripción de medicamentos.*' Este punto 1 es el que establece que los únicos profesionales facultados para prescribir medicamentos son los médicos y los odontólogos, quedando el resto de profesionales (enfermeras, podólogos, etc.) al margen. Este aspecto provocó que muchas de las actuaciones que realizaban las enfermeras pudieran considerarse ilegales.

Este hecho propició un aumento de la literatura sobre la PE en algunas revistas sanitarias españolas, demandando el cambio de esa legislación (*Soldevilla Ágreda 2006, Villa-García-Nobleja 2007, Herrera Gómez et al. 2008*), puesto que mutilaba una de las múltiples funciones que realizaban las enfermeras (*Sarabia Cobo 2009*) y menguaba su capacidad de actuación y la calidad de los servicios que prestan.

La citada Ley 29/2006 (*Gobierno de España 2006*) también entró en contradicción con la LOPS (*Gobierno de España 2003*), puesto que una enfermera estaba autorizada a prestar cuidados enfermeros para la recuperación de la salud (el mismo ejemplo utilizado anteriormente, el uso de un desbridante enzimático), o la prevención de enfermedades (una enfermera puede prescribir un colchón de aire alternante o una solución tópica de ácidos grasos hiperoxigenados para prevenir UPP en un paciente con la movilidad muy reducida), pero en cambio la aprobación de la Ley 29/2006 limitaba una de sus funciones, la de prescriptora de medicamentos o productos sanitarios derivados de los cuidados que presta.

### 3.1.4 Etapa de la legalidad

La transición de la ilegalidad a la legalidad de la PE en España duró, aproximadamente, tres años, hasta la publicación de la Ley 28/2009 (*Gobierno de España 2009*), de 30 de diciembre, que modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos o productos sanitarios. En dicha ley se modifica el apartado 1 del artículo 77, con la siguiente redacción:

*«La receta médica, pública o privada, y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que aseguran la instauración de un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico, un odontólogo o un podólogo, en el ámbito de sus competencias respectivas, únicos profesionales con facultad para recetar medicamentos sujetos a prescripción médica.*

*Sin perjuicio de lo anterior, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación.*

*El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.*

*El Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de las organizaciones colegiales, referidas anteriormente, acreditará con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para las actuaciones previstas en este artículo».*

Según esta nueva redacción, podría interpretarse que las enfermeras pueden prescribir medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios, sin necesidad de realizar ningún curso de formación, convalidación o actividad equivalente, quedando pendiente la aprobación de un catálogo en la que constarían los medicamentos sujetos a prescripción médica y, en este caso, sí que sería necesaria la acreditación correspondiente. Pero este aspecto ha provocado diferentes conflictos de interpretación, sobretodo del último párrafo, en algunas comunidades autónomas como Andalucía (unos meses antes de la Ley 28/2009) o las Islas Baleares, donde se reguló que las enfermeras pudieran prescribir.

Existen diferencias en cuanto a la denominación de los documentos de dispensación de medicamentos y productos sanitarios que separan la denominación de la prescripción en función de si la realizan los profesionales que «instauran tratamientos» derivados de sus funciones de «diagnóstico y tratamiento» contemplados en la LOPS (*Gobierno de España 2003*), como son los médicos, odontólogos y podólogos, de la de las enfermeras, que, al no contemplarse en la LOPS las funciones de «diagnóstico y tratamiento», éstas «indican, usan o autorizan», mediante una orden de dispensación. Las definiciones las encontramos en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación (*Gobierno de España 2011*). Según este RD, 'se entenderá por:

- a) *Receta médica: la receta médica es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los médicos, odontólogos o podólogos, legalmente facultados para ello, y en el ámbito de sus competencias respectivas, prescriben a los*

*pacientes los medicamentos o productos sanitarios sujetos a prescripción médica, para su dispensación por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos.*

- b) *Orden de dispensación hospitalaria: la orden de dispensación hospitalaria para pacientes no ingresados es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio para la prescripción por los médicos, odontólogos y podólogos de los servicios hospitalarios, de los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control, que deban ser dispensados por los servicios de farmacia hospitalaria a dichos pacientes.*
- c) *Orden de dispensación: la orden de dispensación, a la que se refiere el artículo 77.1, párrafo segundo de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, es el documento de carácter sanitario, normalizado y obligatorio mediante el cual los profesionales enfermeros, en el ámbito de sus competencias, y una vez hayan sido facultados individualmente mediante la correspondiente acreditación, contemplada en la disposición adicional duodécima de la referida ley, indican o autorizan, en las condiciones y con los requisitos que reglamentariamente se establezcan, la dispensación de medicamentos y productos sanitarios por un farmacéutico o bajo su supervisión, en las oficinas de farmacia y botiquines dependientes de las mismas o, conforme a lo previsto en la legislación vigente, en otros establecimientos sanitarios, unidades asistenciales o servicios farmacéuticos de estructuras de atención primaria, debidamente autorizados para la dispensación de medicamentos.'*

A pesar de que las enfermeras siguen sin tener la posibilidad de prescribir un medicamento no sujeto a prescripción médica, que cualquier usuario puede comprar en una farmacia, el Real Decreto 87/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica (*Gobierno de España 2013*), permite a cualquier usuario comprar un medicamento no sujeto a prescripción médica a distancia. Estos hechos contrastan con los datos obtenidos en el barómetro sanitario de 2012 (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013a*), en que el 70,1% de los usuarios manifiestan que les merece mucha o bastante confianza la información que les puede proporcionar una enfermera sobre los medicamentos, versus el 9,7% de la información que pueden obtener de internet, además de que el 78,8% opinan que los medicamentos vendidos por internet no son seguros.

A mediados de noviembre de 2013 aparece un borrador de real decreto, en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para la regulación de la 'indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros', aunque días después desapareció el contenido del enlace. Esto no impidió que se divulgara en algunas páginas web, donde se reproduce el contenido del borrador (*Colegio de Enfermería de Cádiz 2013*) o un resumen (*Prescripcionenfermera.com 2013*). En este borrador, se especifica que, en un plazo máximo de 5 años, todas las enfermeras deben acreditarse mediante un programa formativo de 6 European Credit Transfer System (ECTS), que corresponden a unas 150-180 horas.

Quedarían exentas de realizar el programa acreditativo las enfermeras graduadas, las enfermeras que acrediten que han estado prescribiendo autorizadas por su comunidad autónoma y las que hayan cursado alguna especialidad enfermera. Las enfermeras acreditadas podrán prescribir medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica (ámbito de los cuidados generales), aunque será necesaria una nueva acreditación de otros 6 ECTS para poder prescribir medicamentos sujetos a prescripción médica a través de protocolos o GPC (ámbito de los cuidados específicos).



### 3.2 Papel de las Comunidades Autónomas en la regulación de la prescripción enfermera

Algunas comunidades autónomas (CC.AA.), visto el estancamiento en materia de legislación de la PE y haciendo uso de las competencias transferidas, han legislado sobre la prescripción enfermera. El Gobierno español transfirió las competencias del Instituto Nacional de Salud y Servicios Sociales a las CC.AA., desde el año 1981, empezando por Cataluña (*Gobierno de España 1981*) y, progresivamente, al resto. A las CC.AA. les fueron transferidas las competencias de planificación sanitaria, salud pública y gestión de los servicios de salud (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012*), por lo que Andalucía y las Islas Baleares regularon que las enfermeras pudieran prescribir medicamentos no sujetos a prescripción médica y productos sanitarios resultantes de sus cuidados:

- Andalucía, por medio de su Consejería de Sanidad, aprobó el Decreto 307/2009, de 21 de julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (*Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía 2009*).
- La comunidad autónoma de las Islas Baleares, por medio de su Consejería de Salud y Consumo, propició el Decreto 52/2011, de 20 de mayo, por el que se regula la actuación del personal de enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público (*Govern de les Illes Balears 2011*).

Estos decretos autonómicos fueron recurridos judicialmente, el andaluz por parte del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCM) y el Sindicato Médico Andaluz (SMA), y el balear por parte de la Organización Médica Colegial (OMC). En el caso balear, en junio de 2013, el *Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Les Illes Balears (2013)*, desestimó el recurso presentado por la OMC. En el caso andaluz, en noviembre de 2013, el TSJ de Andalucía desestimó los recursos presentados por el CGCM y SMA (*Tribunal Superior de Justicia de Andalucía 2013*).

En otras CC.AA., como Cataluña, a pesar de los intentos por regular la figura de la enfermera prescriptora, no se ha producido ningún avance significativo en cuanto a legislación, pero se promueve la PE mediante protocolos, en los cuales la enfermera realiza todo el procedimiento, pero la validación final de la prescripción la realiza un médico (*Generalitat de Catalunya 2009, Fabrellas et al. 2011*).

### 3.3 La prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de la atención primaria

La reforma de la AP en el estado español en 1984, mediante el Real Decreto sobre “Estructuras Básicas de Salud”, significó un aumento de la autonomía enfermera. A la figura profesional de la enfermera se le asignaban de 1250 á 2000 habitantes, sobre los que tenía responsabilidad sobre los cuidados globales de atención de enfermería (*Martín Zurro 2008*). A pesar de que este cambio proporcionó un aumento de la autonomía profesional en las enfermeras de AP, no se consiguió la autonomía completa, pues algunas actuaciones derivadas de los cuidados enfermeros que requerían una prescripción de un producto sanitario o medicamento debían ser «autorizadas» y «recetadas» por el médico.

Esta carencia de autonomía profesional es, según *Cuxart Ainaud (2006)*, la pieza del puzle que le falta a la enfermera para considerarse una profesión. Para la autora, la pieza que completa el rompecabezas de la concepción de la profesión enfermera como tal es la autonomía que le confiere la prescripción enfermera (PE) autónoma. En otros países donde la PE ya está instaurada desde hace años, como Estados Unidos, el Reino Unido, Australia o Suecia, la PE ha aumentado la autonomía de las enfermeras (*O’Connell et al. 2009*).

En los últimos años, los cambios económicos y sociodemográficos han provocado que los sistemas de salud debieran reorganizar el tipo de atención sanitaria que prestaban.

El progresivo aumento de la esperanza de vida en la población española, con una media de 82,1 años al nacer, 2 años y medio más que la media europea (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012*), tendencia que se observa también en la esperanza de vida en los mayores de 65 años, que es de 22,7 años, frente a los 20,9 años de media de los europeos, ligado con el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, que son una de las causas de morbimortalidad y, en gran parte, responsables de las limitaciones de la actividad en personas mayores, obligan a una reformulación del sistema para hacer frente a estas nuevas situaciones (*García-Vivar 2013*).

Los datos de frecuentación de los usuarios españoles a profesionales de AP en el período 2007-2012 presenta un descenso del número de visitas por persona asignada y año a los médicos de familia (6,10 vs. 5,48) y pediatras (5,75 vs. 4,92), mientras que la de las enfermeras se mantiene estable en torno al 2,8, la mitad de visitas (*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013b*). Si nos centramos en Cataluña, estos datos son similares, realizando los médicos de familia 5,9 visitas, los pediatras 5,7 y las enfermeras 3,2 visitas (*Generalitat de Catalunya 2010a*).

Esta situación ha comportado que a las enfermeras se le hayan asignado «formalmente» nuevos roles, aumentando su autonomía, que ya podían estar realizando aunque no tuvieran la regulación de la Administración. En el caso de Cataluña, el Institut Català de la Salut (ICS) ha elaborado protocolos para la gestión de la demanda en procesos patológicos agudos considerados de baja complejidad (16 en población adulta y 7 en población pediátrica) como infecciones de orina o contracepción postcoital de emergencia, entre otras (*Fabrellas et al. 2011*).

Se han creado nuevas figuras enfermeras en nuestro sistema, siguiendo el modelo de otros países, para mejorar la atención de la complejidad de algunos enfermos crónicos, como la enfermera gestora de casos y la enfermera gestora clínica (*Generalitat de Catalunya 2010b, Ridao March et al. 2011*). Estas nuevas figuras, presentes no sólo en Cataluña, sino, por ejemplo, en Andalucía (*Batres Sicilia et al. 2009*), se han diseñado los programas formativos que han considerado convenientes cada sistema de salud autonómico, pudiendo dar lugar a denominaciones de figuras enfermeras similares pero, quizás, con algunas funciones distintas.

Estas «nuevas» competencias y las nuevas figuras enfermeras continuarían siendo incompletas sin la facultad que les confiere la prescripción. Pero, a pesar de la incompleta legislación, ya existen estudios donde se muestra que las enfermeras catalanas, a través del mismo programa de gestión de la demanda en procesos patológicos agudos de baja complejidad (*Generalitat de Catalunya 2009*), prescriben medicamentos bajo un protocolo. Además, son igual de efectivas en la resolución de estos procesos patológicos, prescriben menos medicamentos y los usuarios tienen un nivel de satisfacción idéntico que el que obtienen con la atención recibida por parte de los médicos (*Iglesias et al. 2013*).

El ICS ha apostado por la implantación de estos protocolos de gestión de la demanda en procesos patológicos agudos menores en todos los centros de AP que gestiona, observándose un incremento del número de personas atendidas durante 2 años mediante estos protocolos, con un nivel de resolución por parte de la enfermera del 62,5%, siendo las quemaduras el problema con mayor tasa de

resolución (94,2%) y los síntomas respiratorios de vías altas el de menor resolución, con una media del 42% (*Fabrellas et al. 2013*).

Una de las áreas donde más autonomía tienen las enfermeras y donde más evidencia científica han aportado es el de las heridas crónicas. Han investigado sobre la eficacia de algunos tratamientos (*Rueda López et al. 2010, Verdú Soriano 2010*), así como protagonizar el 85% de la autoría de la evidencia aportada sobre UPP en los artículos indexados en la base de datos CUIDEN del 1999 al 2003 (*Arboledas Bellón et al. 2005*) versus el 3,2% de autores que fueron médicos.

Es por estos motivos que, con los dos artículos que se presentan en esta tesis doctoral, se pretende explorar la práctica y situación jurídica de la PE en España. En el primer artículo se comparan los conocimientos de los médicos (con autorización para prescribir) y las enfermeras (sin autorización para prescribir) sobre los medicamentos y productos sanitarios para la prevención y el tratamiento de las UPP. En el segundo, se explora la práctica de la prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios en atención primaria, la frecuencia de prescripción de éstos, y cómo perciben las enfermeras que afectará su legalización sobre la identidad del colectivo.



---

## 4 OBJETIVOS





El objetivo general de esta tesis doctoral es conocer la situación actual de la prescripción enfermera en España. Para ello, se han planteado tres objetivos específicos:

- Comparar los conocimientos que tienen los médicos y enfermeras de Atención Primaria sobre los medicamentos y productos sanitarios para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.
- Identificar la existencia de prescripción enfermera en Atención Primaria y determinar la frecuencia de prescripción de los medicamentos y los productos sanitarios en la práctica enfermera habitual.
- Conocer la percepción que tienen las enfermeras sobre cómo afectará la legalización de la prescripción sobre la identidad del colectivo.



---

## 5 METODOLOGÍA



## Artículo 1

### *Diseño, ámbito y participantes*

Se realizó un estudio transversal en las 10 Áreas Básicas de Salud (ABS) que componían el Servei d'Atenció Primària Girona Nord el cual, según los datos del ICS del 2010 (*Institut Català de la Salut 2011*), tenía asignada una población de 176.354 personas, atendidas por 125 Unidades Básicas Asistenciales (UBA), formadas por 125 médicos y 125 enfermeras, que fueron la población total de estudio.

Se solicitó la participación voluntaria de los profesionales sanitarios mediante una carta a los directivos de cada ABS, a los que se informó de la finalidad del estudio y éstos lo transmitieron al resto de profesionales.

### *Recogida de los datos*

Se realizó el estudio mediante un cuestionario autoadministrado en grupo en presencia de alguno de los investigadores del estudio durante el período de febrero a abril de 2010. Este cuestionario fue creado *ad hoc* (ANEXO 1) y constaba de dos partes: la primera contenía los datos sociodemográficos, años de experiencia profesional, conocimiento de guías de práctica clínica de la empresa, lectura de revistas científicas, formación recibida sobre UPP, profesional de la UBA encargado de pautar las curas de las UPP, quién las realizaba, quién las modificaba si no evolucionaban satisfactoriamente, la disponibilidad de material en el centro para realizar las curas, la utilización de recetas médicas para pedir material no disponible en el centro y la opinión sobre si sería beneficioso para el

paciente que las enfermeras pudieran prescribir productos para la cura de UPP. En la segunda, los participantes debían manifestar su grado de acuerdo con 36 afirmaciones, basadas en recomendaciones de guías de práctica clínica (GPC) de prestigio reconocido (*Bastida et al. 2002, European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP] 2009, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas [GNEAUPP] 2011*), sobre aspectos preventivos, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de las úlceras. Cada afirmación se evaluaba mediante cuatro opciones de respuesta: “de acuerdo”, “a veces de acuerdo”, “en desacuerdo” o “no lo sé”.

Previamente, se hizo una prueba piloto a una muestra de 5 médicos y 7 enfermeras para comprobar la comprensión y duración de la prueba, sin realizarse ningún cambio en el cuestionario.

### *Consideraciones éticas*

El cuestionario era anónimo, en la portada se especificaban los objetivos del estudio, el respeto del anonimato de los datos aportados por el sujeto y que su respuesta autorizaba a publicar los resultados si así se estimaba oportuno. El retorno del cuestionario, una vez completado, se consideró como una indicación de consentimiento de participación en el estudio.

### *Análisis de los datos*

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15.0, realizando estadística descriptiva univariable para las variables cualitativas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y desviación estándar (DE)). Para comparar las

respuestas entre los dos grupos de participantes (médicos y enfermeras), se utilizó la prueba de ji-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según se cumplieran o no las condiciones de aplicación. Se analizaron los grupos en función de las cuatro opciones de respuesta a los ítems del cuestionario, excepto cuando en alguna casilla la frecuencia esperada fue menor de 5, en cuyo caso se reagruparon las respuestas “De acuerdo” y “A veces de acuerdo”. En las casillas en las que los resultados del apartado “No lo sé” fueron superiores al 10%, se agrupó a los participantes que habían respondido alguna de las opciones (“De acuerdo”, “A veces de acuerdo” y “En desacuerdo”) y se comparó con los que habían respondido “No lo sé” o no habían respondido a la pregunta. Se consideró la prueba estadísticamente significativa a partir de un valor p inferior a 0,05.





## Artículo 2

### *Diseño, ámbito y participantes*

Se realizó un estudio transversal en las mismas 10 ABS del estudio anterior (Servei d'Atenció Primària Girona Nord), atendidas por 125 UBA, cuyas 125 enfermeras fueron la población total de estudio.

Se solicitó la participación voluntaria de los participantes mediante una carta a los directivos de cada ABS, a los que se informó de la finalidad del estudio y éstos transmitieron esta informaron a las enfermeras.

### *Recogida de los datos*

Se realizó el estudio mediante un cuestionario autoadministrado en grupo en presencia de alguno de los investigadores del estudio durante el período de febrero a abril de 2011. Este cuestionario fue creado *ad hoc* (ANNEXO 2) y constaba de dos partes: la primera contenía los datos sociodemográficos, años de experiencia profesional, y 9 afirmaciones sobre lo que puede suponer la prescripción enfermera para la identidad del colectivo, evaluadas mediante las opciones de respuesta: "Completamente de acuerdo", "Bastante de acuerdo", "Ni de acuerdo ni en desacuerdo", "Bastante en desacuerdo" y "Completamente en desacuerdo". En la segunda, los participantes debían manifestar con qué frecuencia prescribían un grupo de 27 grupos de medicamentos y productos sanitarios, seleccionados del Nurse Prescribers' Formulary for Community Practitioners (BMJ Group & RPS Publishing 2009) y del Listado de medicamentos y productos sanitarios prescritos por las enfermeras en España, publicado por el

*Consejo General de Enfermería (2007)*, y 3 espacios en blanco por si querían añadir algún medicamento o producto que prescribieran y no se encontrara presente en la lista. Disponían de 5 opciones de respuesta: “A diario”, “Semanalmente”, “Mensualmente”, “Anualmente” o “Nunca”.

Previamente, se hizo una prueba piloto a una muestra de 7 enfermeras para comprobar la comprensión y duración de la prueba, sin realizarse ningún cambio en el cuestionario.

### *Consideraciones éticas*

La respuesta al cuestionario fue anónima, en la portada se especificaban los objetivos del estudio, el respeto del anonimato de los datos aportados por el sujeto y que su respuesta autorizaba a publicar los resultados si así se estimaba oportuno. El retorno del cuestionario, una vez cumplimentado, se consideró como una indicación de consentimiento de participación en el estudio.

### *Análisis de los datos*

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 15.0, realizando estadística descriptiva univariable para las variables cualitativas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y DE).





---

## 6 RESULTADOS



**Romero-Collado A., Homs-Romero E. & Zabaleta-del-Olmo E. (2013) Knowledge about medications and products to prevent and treat pressure ulcers: a cross-sectional survey of nurses and physicians in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing* 22(17-18), 2562-71.**



Published version cannot be used

Romero-Collado A., Homs-Romero E. & Zabaleta-del-Olmo E. (2013). Knowledge about medications and products to prevent and treat pressure ulcers: a cross-sectional survey of nurses and physicians in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2562-71

<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12175>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12175/full>

Article first published online: 29 MAR 2013

### **Aims and objectives**

To report on a study of what primary care nurses and physicians know about medications and healthcare products to prevent and treat pressure ulcers.

### **Background**

The prevention and treatment of pressure ulcers has generally become the responsibility of the nursing staff; this has resulted in studies of nurses' knowledge of this task, although few studies include physicians in their analysis.

### **Design**

Cross-sectional survey conducted in North Girona (Province) Primary Care Services from February to April 2010.

### **Methods**

The study questionnaire had three sections: sociodemographic data, questions about division of responsibility for the care of patients with pressure ulcers or at risk of developing them, and 36 statements based on the recommendations in clinical practice guidelines provided by well-recognised national and international institutions.

### **Results**

Eighty-one nurses (64.8%) and 46 physicians (36.8%) responded to this study. Nurses had greater responsibility for the care of pressure ulcers, made greater use of medical prescriptions to obtain supplies if not available in the primary care centre, were more familiar with the site's clinical practice guidelines on the topic and showed better adherence to their recommendations. Nurses also had better knowledge than the participating physicians of the use of medications and healthcare products to heal or to prevent pressure ulcers.

## **Conclusions**

Nurses had sufficient knowledge and more appropriate skills than the participating physicians for the prescription of medications and healthcare products for the prevention and treatment of pressure ulcers.

## **Relevance to clinical practice**

The data demonstrated that nurses have sufficient knowledge and skill to provide wound care and could safely write these prescriptions, although Spanish law permitting nurse prescription is not fully implemented.

## **Keywords**

attitudes; health knowledge; nurses; physicians; practice; prescriptions; pressure ulcer; primary health care; Spain



Romero-Collado A., Homs-Romero E., Zabaleta-Del-Olmo E. & Juvinya-Canal D. (2013) Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *Journal of Nursing Management*. Sep 23. doi: 10.1111/jonm.12139. [Epub ahead of print].

Romero-Collado A., Homs-Romero E., Zabaleta-Del-Olmo E. & Juvinya-Canal D. (2013) Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. *Journal of Nursing Management*, 22 (3), 394-404

<http://dx.doi.org/10.1111/jonm.12139>

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12139/abstract>

Article first published online: 23 SEP 2013

### **Aim**

To identify the extent of nurse prescription and determine specific medications and/or health-care supplies routinely prescribed by primary care nurses in Spain in a changing legal context. To explore nurse perceptions of legalized nurse prescription's relationship to professional identity.

### **Background**

Although the Spanish public has similar confidence in nurses and physicians, professional identity remains a concern for nurses. Nurse prescription has a confusing history in Spain but is increasingly common elsewhere, and may enhance nursing's professional profile.

### **Method**

A cross-sectional survey reporting the occurrence of nurse prescription in one province in Spain and primary care nurses' perceptions of nurse prescription and professional identity in this province.

### **Result**

The response rate was 69.6% (87 nurses). Frequent nurse-prescribed medications were vaccinations (63.1%), topical antiseptics (60.7%) and antipyretics (44.8%); health-care supplies included supplies for diabetes (51.8%), wound care dressings (44.2%) and incontinence (26.7%). Respondents indicated that nurse prescription positively contributes to the profession and to its development.

### **Conclusion**

Nurse prescribing exists in primary care in Spain, and formal legalization is in progress but awaits a consensus formulary. Nurses indicated that full legalization would increase professional autonomy and contribute positively to the profession, as an example of how policy can have an impact on practice.

### **Implications for nursing management**

Spain's experience with inconclusive shifts in the legal status of nurse prescribing may contribute to the discussion in countries where this professional practice is not yet established.

### **Keywords**

medicines management; nursing process/legislation and jurisprudence; prescriptions; primary health care; professional competence; social identification



---

## 7 DISCUSIÓN





Los resultados obtenidos en esta investigación muestran que la prescripción enfermera en España, a pesar de que no está completamente legislada, se realiza en el ámbito de la atención primaria. En el campo de las heridas crónicas, los conocimientos de las enfermeras sobre los medicamentos y productos sanitarios para la prevención y el tratamiento de las UPP son superiores al de los médicos. Además, las enfermeras de AP prescriben medicamentos y productos sanitarios a diario, en el cuidado de los pacientes a los que atienden. Las enfermeras consideran que la legalización de la PE les permitirá solucionar problemas de los pacientes a los que prestan sus cuidados y es un logro que contribuirá al desarrollo y fortalecimiento de la profesión.

### **7.1 Evidencia de la existencia de prescripción enfermera de medicamentos y productos sanitarios en España**

España ha empezado, tarde, a regular una actividad, la PE, que las enfermeras ya desempeñaban a pesar del vacío jurídico con el que se encontraban cuando la realizaban en el desempeño de sus funciones asistenciales. Durante la etapa considerada ilegal, en la bibliografía científica pocas voces se alzaron para denunciar la ambigüedad del sistema sanitario. Un ejemplo es *Mariano-Juárez (2002)*, que reclama que las enfermeras ya prescriben productos sanitarios y medicamentos derivados de sus cuidados, como antisépticos, productos para las ostomías, etc. Fue una vez aprobada la Ley 29/2006, que declaró la PE como ilegal, que se alzaron diversas voces, la mayoría editoriales y artículos de opinión (*Romero-Collado 2011*), que expresaban que la PE ya se venía realizando (*Soldevilla Ágreda 2006, Villa-García-Nobleja 2007, Herrera Gómez et al. 2008*).

En la bibliografía científica existen pocos estudios que muestren que la enfermera española prescribía productos sanitarios y medicamentos antes de su incompleta legalización. Uno de ellos es el trabajo de *Rivas et al. (2007)*, en el que demuestran la eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes: disminuyen la prevalencia de pacientes identificados como incontinentes, modifican creencias erróneas sobre el uso de los absorbentes en las cuidadoras y disminuyen en casi 60.000 € el coste total anual. En nuestro estudio, solo un porcentaje muy bajo de las enfermeras refería no prescribir nunca este tipo de productos (10,5%), aspecto que contrasta con el obtenido por *Cabrera-Jaime et al. (2011)*, en el que sólo los prescriben un 31,4% de las enfermeras. Estas diferencias pueden ser debidas al elevado número de enfermeras que se dedicaban al ámbito hospitalario, ya que las enfermeras de AP, con el programa de atención domiciliaria y la mayor disparidad de edades a las que atiende, tienen más posibilidades de prescribirlos.

En el campo de las heridas crónicas el papel de las enfermeras en España ha sido crucial, tanto por la creación del GNEAUPP, organismo encargado de realizar guías y documentos para la prevención y el tratamiento de UPP y heridas crónicas y estimar la prevalencia de UPP en España (*Soldevilla Ágreda et al. 2011*), como por la importante labor investigadora en este campo (*Arboledas Bellón et al. 2005, Gago Fornells et al. 2008, Rueda López et al. 2010*). Existen diversos estudios, a escala nacional (*García Fernández et al. 2002, Esperón Güimil & Vázquez Vizoso 2004, Pancorbo-Hidalgo et al. 2007, Quesada Ramos & García Díez 2008*) e internacional (*Panagiotopoulou & Kerr 2002, Duimel-Peeters et al. 2006,*

*Strand & Lindgren 2010, Inan & Ostunç 2012*), que valoran el nivel de conocimientos que poseen las enfermeras a la hora de afrontar el reto de prevenir o tratar una UPP, y éstos son un buen indicador para detectar las necesidades formativas que deben mejorarse al respecto.

A pesar de que las UPP deberían ser un problema en el que enfermeras y médicos estuvieran igual de involucrados (*Odierna & Zeleznik 2003, Krause et al. 2004, Wake 2010*), existe un déficit de estudios que valoren los conocimientos de los médicos respecto a este campo. En la poca bibliografía existente donde se exploran estos conocimientos, encontramos un estudio (*Kimura & Pacala 1997*) que nos muestra que el 70,8% de los médicos no se siente suficientemente preparado para proporcionar cuidados a pacientes con una UPP, al contrario que en el estudio de *Caron-Mazet et al. (2007)* donde el 69% de los médicos siente que tiene buenos conocimientos para gestionar heridas crónicas. En cuanto a los escasos estudios que comparan el conocimiento para el tratamiento de las UPP de médicos versus enfermeras, en el estudio de *Gupta et al. (2012)* observaron que las enfermeras poseen mejores conocimientos que los médicos, al igual que sucede en nuestro estudio.

Donde se aprecia un mayor desconocimiento por parte de los médicos es cuando analizamos los conocimientos que tienen sobre las propiedades de los apósitos. La elección del tipo de apósito, en función de las condiciones de la úlcera o del tipo de prevención que queremos realizar, mostró un elevado porcentaje de respuestas del tipo «No lo sé», diferente del estudio de *Kimura &*

*Pacala (1997)*, en el que un porcentaje considerable de los médicos no eligen el apósito adecuado según el estado en que se encuentra la úlcera.

El hecho de que sea la enfermera la encargada de realizar la prevención o el tratamiento de las UPP se refleja en el elevado porcentaje de enfermeras que realizan prescripciones de apósitos para la prevención y el tratamiento de heridas crónicas (sólo un 1,2% no los prescribía nunca), porcentaje bastante superior al obtenido por *Cabrera-Jaime et al. (2011)*, en el que un 30.5% de profesionales afirman prescribirlos.

Contrariamente a la opinión negativa que tienen algunos médicos sobre la PE (*Rana et al. 2009, Ortega Marlasca 2010*), la mayoría de médicos de nuestro estudio respondieron que sería beneficioso para el paciente que la prescripción de productos sanitarios para los cuidados de las UPP las realizara una enfermera.

La comparación de conocimientos en UPP entre médicos y enfermeras es un ejemplo del «problema» al que deben enfrentarse las enfermeras, pues tienen que demostrar su capacidad en cada nueva competencia adquirida y certificar que la PE no es consecuencia de una decisión política, sino de un mecanismo de mejora del sistema sanitario del derecho de los pacientes a recibir la mejor atención posible. Ha sucedido en los países donde recientemente se ha implementado la PE y en diferentes ámbitos de actuación de las enfermeras, como por ejemplo en dermatología (*Courtenay et al. 2009, Courtenay et al. 2011*) o en diabetes (*Carey et al. 2008*). También en la visión de los pacientes sobre esta nueva competencia (*O'Connell et al. 2009, Courtenay et al. 2011, Stenner et al.*

2011) e incluso en cómo ven los médicos que las enfermeras puedan prescribir y cómo puede afectar esto a sus relaciones interprofesionales (*Bradley & Nolan 2007, Courtenay & Carey 2009, Creedon et al. 2009*).

El porcentaje de enfermeras que declararon prescribir medicamentos y productos sanitarios (62%) fue superior al obtenido por *Cabrera-Jaime et al. (2011)*, en el que un 41.8% refiere prescribir productos sanitarios y un 36.5% medicamentos. En Holanda, donde en 2007 también se reguló la PE, nos encontramos con afirmaciones de enfermeras que indican que ellas eligen el tratamiento derivado de sus cuidados mientras el médico rellena y firma la receta (*Donato 2009*). Sucede lo contrario en Irlanda, país donde en el año 2007 también se reguló la PE, pues el 89% de enfermeras considera que la PE no era una práctica establecida en el país (*Lockwood & Fealy 2008*).

## **7.2 Cambios en el rol de la enfermera de atención primaria para contribuir a la sostenibilidad y mejora de la calidad del sistema sanitario**

El envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas, la reorganización del sistema sanitario para garantizar su sostenibilidad (*García-Vivar 2013*) «obligan» a optimizar, entre otros, los recursos profesionales que forman el sistema. Intentando imitar a otros sistemas sanitarios, como el británico, en España se han creado nuevas figuras enfermeras de práctica avanzada, como la enfermera gestora de casos o la enfermera gestora clínica (*Generalitat de Catalunya 2010b, Ridao March et al. 2011*) para asumir estos nuevos retos.

Estas nuevas figuras enfermeras no tienen sentido sin la plena autonomía que les confiere la PE, ya sea de forma autónoma o colaborativa, para el desempeño de su actividad. A pesar del vacío en la regulación de la PE, ya existen estas figuras en diferentes comunidades autónomas como Cataluña o Andalucía. Las enfermeras, entre otras funciones, asumen la vigilancia y revisión de la polimedicación de algunos pacientes, institucionalizados (*Gutiérrez Rodríguez & López Gaona 2010*) o en su domicilio (*Gavilán Moral et al. 2006*). Parece indicado que estos pacientes reciban atención por un equipo multidisciplinario (*Páez et al. 2010, Martín de Rosales 2010*) (médicos, enfermeras, farmacéuticos) que ha demostrado su eficacia en la detección y neutralización de errores en la medicación (*Pàez Vives et al. 2010*) y que no sea sólo un único profesional el responsable de, por ejemplo, la conciliación de la medicación cuando ingresan

en una institución sanitaria, entendiendo esto como el proceso formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de la transición asistencial (*Delgado Sánchez et al. 2007*). La implicación de un equipo multidisciplinario en el tratamiento farmacológico del paciente permite ofrecer una asistencia centrada en el paciente, lo que mejora la resolución de dudas y preocupaciones (*Riley et al. 2013*).

Las enfermeras no sólo intervienen en la conciliación de la medicación en la transición del ámbito comunitario al hospitalario, sino que también han demostrado su eficacia cuando el recorrido es el inverso (*Corbett et al. 2010*), detectando discrepancias, por ejemplo, en las dosis de insulina, anticoagulantes u opioides.

También se ha utilizado, como en otros países (Reino Unido o Estados Unidos, entre otros), a la enfermera para la gestión de procesos patológicos agudos considerados de baja complejidad, función monopolizada históricamente por el médico (*Rafols Crestani et al. 2010*), obteniendo resultados similares en cuanto a resolución y satisfacción de los pacientes (*Horrocks et al. 2002, Laurant et al. 2005, Dierick-van Daele 2009*). En Cataluña, cualquier enfermera de AP gestionada por el ICS puede resolver, mediante un protocolo (*Generalitat de Catalunya 2009*), la atención a dieciséis patologías agudas consideradas de baja complejidad de pacientes adultos, como por ejemplo quemaduras, contracepción de emergencia o una torcedura de tobillo, y siete de pacientes pediátricos, como por ejemplo cólico del lactante o fiebre (*Fabrellas et al. 2011*). En estos protocolos, existen



recomendaciones de prescripción, las cuales podríamos calificar de prescripción colaborativa, puesto que se indica el fármaco y la dosis que le corresponde al paciente según la situación, aunque esta prescripción debe validarla un médico, el cual realiza el trámite burocrático de validar la receta electrónica.

En un ensayo clínico aleatorizado realizado entre enero y mayo de 2009 por *Iglesias et al. (2013)*, donde compararon la eficiencia de los médicos y las enfermeras de AP mediante la aplicación de estos protocolos, se obtuvieron unos índices de resolución por parte de la enfermera del 86,3% de los casos, con un menor número de prescripciones farmacológicas, sin existir diferencias de resolución de la sintomatología ni de satisfacción con la atención recibida, comparado con los médicos.

### 7.3 Implicación de la prescripción enfermera sobre la identidad del colectivo

Parece osado manifestar que la consecución de la PE va a poner fin al debate sobre la «identidad enfermera», aunque un porcentaje elevado de las enfermeras consideraba que la PE ampliaría el rol autónomo de la profesión en AP. Si estuviéramos hablando de matemáticas, disciplina en la que dos más dos suman cuatro, la «legalización» de la PE otorgaría la anhelada autonomía sobre el campo de actuación de los cuidados enfermeros. Así se completaría el quinto elemento que caracteriza a una profesión, el que le falta a la profesión enfermera, según *Cuxart Ainaud (2006)*, parafraseando una conferencia de *Rosa María Alberdi* en Jerez el año 1995: «Una profesión se caracteriza por tener un cuerpo de conocimientos propio, desarrollar la práctica de acuerdo con él, haber definido un código ético y actuar en consecuencia o poseer como objetivo de la actuación profesional cuestiones que significan necesidades o problemas para la comunidad. Y también de ‘disponer de autonomía, control y responsabilidad de su campo de actuación y sobre el método que utilice para llevar a cabo su tarea, incluida su modificación». Si este hecho se produjera, las enfermeras deberían centrar sus esfuerzos en otros aspectos importantes para la profesión, como mejorar las condiciones de trabajo, gestionar el estrés laboral, etc. (*Carballo Álvarez 2005*). En una revisión de la literatura de *O’Connell et al. (2009)* sobre los beneficios de la PE sobre el colectivo enfermero, observan que la implementación de la PE había aumentado la autonomía de las enfermeras, la satisfacción con su rol, las competencias clínicas y la progresión de su carrera.

Como dice *Cuxart Ainaud (2010)*, contra la invisibilidad del colectivo, hay que empezar por el reconocimiento de las propias enfermeras entre ellas, ya que a veces este es el principal obstáculo de su crecimiento (*Carballo Álvarez 2005*). Como mínimo, dos terceras partes de las enfermeras están de acuerdo en que la PE es un logro del que las enfermeras deberían sentirse satisfechas, contribuye al desarrollo de la profesión y fortalecerá la identidad de la profesión. En el estudio de *Cabrera-Jaime et al. (2011)*, el porcentaje de enfermeras que considera la PE como un avance profesional asciende al 83,9%.

La legalización de la PE puede ser un punto de partida para recuperar la perspectiva de lo que son las enfermeras y, por lo tanto, recuperar el bien intrínseco de la profesión, que es cuidar y buscar la excelencia profesional en nuestros actos, como recomiendan los autores *Alberdi Castells (1998)*, *Maya Maya (2003)*, *Martínez Riera (2005)* y *Cuxart Ainaud (2010)*.

Para conseguir la excelencia profesional, según *Alberdi Castells (1998)*, deben cumplirse dos condiciones: solucionar problemas de los clientes y evidenciar la contribución profesional al bienestar individual y social. Tres cuartas partes de las enfermeras estuvieron de acuerdo en que la legalización de la PE les ayudaría a resolver problemas a las personas a las que cuidan. La contribución de la PE al colectivo enfermero abre nuevas posibilidades (*Cuxart Ainaud 2006*) que permitirán avances e innovaciones en los interrogantes que surgen de la práctica enfermera diaria, pudiendo así, contribuir al bienestar personal y social de las personas a las que cuidan.

La excelencia profesional no se consigue sin aumentar la responsabilidad de las enfermeras (*Cuxart Ainaud 2006*), aspecto en el que las enfermeras mostraron disparidad de criterios, pues casi la mitad opinó que será una fuente de discrepancia entre las enfermeras que quieren asumir más responsabilidad en su puesto de trabajo y las que no lo desean. También cabe destacar que es casi el mismo porcentaje de enfermeras el que no consideraba el colectivo médico como el único beneficiario de la PE, aceptando la cuota de responsabilidad que comportaría la adquisición de esta nueva competencia. Llegados a este punto, sería interesante replantear el modelo de carrera profesional plano de la profesión enfermera en España, en el que no se puede ascender profesionalmente, y apostar, por ejemplo, por la implementación de niveles competenciales según la diligencia profesional, como el propuesto por la doctora Patricia Benner (*Brykczynski 2010*), con un reglaje claro y transparente de su evaluación.

Uno de los aspectos que más deben tener presente las enfermeras, y que más preocupa a las enfermeras en los países donde la PE está instaurada o a punto de instaurarse (*Lockwood & Fealy 2008, Creedon et al. 2009, Scrafton et al. 2012*), es su formación en farmacología. Resultaría contraproducente, tanto para los pacientes como para las propias enfermeras, que hubiera una «barra libre prescriptora» (*Hernández Yáñez 2010*) sin la formación adecuada y regulada en farmacología.

Parece sensato regular el nivel de formación que requiere una enfermera para poder prescribir medicamentos sujetos a prescripción médica. No parece sensato que, si se aprueba tal y como está el borrador de Real Decreto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para la regulación de la «indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros» (*Colegio de Enfermería de Cádiz 2013, Prescripcionenfermera.com 2013*), las enfermeras deban realizar dos cursos de acreditación, uno para la prescripción de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica (prescripción autónoma) y otro para los medicamentos sujetos a prescripción médica (prescripción colaborativa). La aprobación del Real Decreto, sin realizar cambios en el borrador, contribuiría a alargar el tortuoso camino vivido por las enfermeras para la legislación de una actividad que ya realizan. También sería otra muestra más de la falta de reconocimiento de la labor que realizan, incluso en condiciones de ilegalidad, perpetuando sentimientos de injusticia e incompreensión.

En el año 2014, en España, una persona puede comprar un analgésico, como el paracetamol, sin necesidad de ninguna prescripción y sin la necesidad de asesoramiento por parte de ningún profesional, pero una enfermera no puede prescribir ese paracetamol mediante una orden de dispensación y educar al paciente sobre su posología, posibles reacciones adversas y, lo que es más importante, cómo debe actuar si, pasados unos días, con el fármaco no mejora su dolencia. La aprobación del Real Decreto 87/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de

medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica (*Gobierno de España 2013*), permitirá a cualquier usuario comprar un medicamento no sujeto a prescripción médica a distancia sin que sea necesaria, ni posible, la intervención de ningún profesional sanitario para asesorar a la persona sobre el medicamento que va a tomar.

La PE denominada colaborativa, mediante el uso de protocolos y GPC, ya se realiza. En la bibliografía española encontramos los estudios de *Fabrellas et al. (2011, 2013)* o *Iglesias et al. (2013)*. Un ejemplo de las discrepancias que ha generado este borrador en el colectivo enfermero puede observarse con la aprobación del Manifiesto del *Fórum Enfermero Mediterráneo (2013)*. Este manifiesto, al cual se han adherido instituciones como los Colegios Oficiales de Enfermería de Castellón, Alicante, Murcia, Valencia o Barcelona, y entidades como la Asociación de Enfermería Comunitaria o la Federación de Asociaciones de Matronas de España, insta a modificar el borrador, ya que la formación de competencias enfermeras se realiza en las universidades, para la obtención de la titulación de enfermera, y no puede realizarse desde un colegio de enfermería.

Hay que plantearse si es necesario un aumento de las horas de formación en farmacología en los planes de estudio de enfermería o que en las evaluaciones de las competencias de algunas asignaturas, como las prácticas externas (*Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación 2004*), se prioricen aspectos relacionados con la prescripción de medicamentos y productos sanitarios, ya que quizás por la incompleta regulación jurídica no han sido tan contemplados.

Es comprensible que las futuras enfermeras especialistas puedan prescribir autónomamente y colaborativamente medicamentos mediante el ejercicio de su especialidad, pero parece osado permitir que una enfermera recién graduada pueda prescribir mientras que otra con 20 años de experiencia profesional no pueda. Debe fomentarse la formación continuada en farmacología en las enfermeras, sobretodo en el ámbito en el que ejercen, pero para ello es necesaria una legislación clara, consensuada con la profesión enfermera y lógica, sin contrasentidos como el que se produce con los medicamentos no sujetos a prescripción médica.

## 7.4 Implicaciones para la práctica y futuras líneas de investigación

Con los resultados obtenidos, puede observarse que la legislación vigente en relación con la PE no es acorde con la práctica clínica. Se hace imprescindible acabar de legislar completamente una actividad que las enfermeras realizan a diario, tanto de forma autónoma como de forma colaborativa, ya que pueden producirse situaciones de indefensión profesional.

Respecto al sistema sanitario, con los cambios organizativos realizados para garantizar su sostenibilidad, se intenta optimizar el papel de las enfermeras, creando figuras de enfermera de práctica avanzada sin la autonomía que les confiere la prescripción.

Cuando nos referimos a los usuarios, es posible que, a corto plazo, no perciban grandes cambios con la legalización de la PE, ya que es una actividad que ya se está realizando. A medio plazo, los pacientes observarán que las enfermeras son capaces de resolver problemas relacionados con sus procesos, tanto crónicos como agudos.

Una vez se legisle de forma completa, parece oportuno investigar en diversas áreas temáticas, entre ellas:

- Explorar la percepción que tienen los pacientes sobre la PE. Los pacientes deben ser los mayores beneficiados de que las enfermeras prescriban, y por eso es importante valorar su percepción en cuanto a la calidad y eficacia de la atención recibida por las enfermeras.



- Analizar la percepción de las enfermeras sobre la afectación de la legalización de la PE en su práctica habitual.
- Identificar las necesidades formativas relacionadas con la prescripción para conocer qué áreas son más necesarias para una adecuada práctica clínica.
- Y otro aspecto, que también ha sido investigado en países donde se ha implementado la PE, es la influencia de la legalización de la PE en la relación médico-enfermera.





---

## 8 CONCLUSIONES



El análisis de los resultados obtenidos mediante los estudios realizados permite extraer las siguientes conclusiones:

Las enfermeras de atención primaria prescriben medicamentos y productos sanitarios en su práctica habitual, a pesar de la incompleta legislación.

Las enfermeras tienen mejores conocimientos que los médicos en los medicamentos y los productos sanitarios para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

Los medicamentos más prescritos en la práctica enfermera habitual a diario son: las vacunas, los antisépticos tópicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los medicamentos para los tapones de cerumen del oído y los antibióticos tópicos. Los productos sanitarios más prescritos son: el material fungible para personas con diabetes, los apósitos para el tratamiento de heridas crónicas, los productos para la incontinencia urinaria y el material para el cierre y la sutura de heridas.

La mayoría de las enfermeras perciben que la legalización de la prescripción enfermera les dotará de mayor autonomía para solucionar problemas de los pacientes a los que prestan sus cuidados, y es un logro que contribuirá al desarrollo y fortalecimiento de la profesión.



---

## 9 BIBLIOGRAFÍA





Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2004) *Libro Blanco. Proyecto de la titulación de enfermería*. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, Madrid. Disponible en: [www.aneca.es/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf), acceso el 4 de enero 2014.

Alberdi Castells R. (1998) Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Revista de Enfermería* 239-240, 27-31.

Arboledas Bellón J., Melero López A. & Cobos Vargas A. (2005) En busca de la evidencia científica en úlceras por presión: cinco años, un objetivo, múltiples caminos. *GEROKOMOS* 16(1), 47-53.

Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (2005). *Informe ASANEC sobre la Prescripción Enfermera*. Biblioteca Lascasas, Granada.

Bastida N., Crespo R., González J., Montoto M.J. & Vedia C. (2002) 'Maneig de les úlceres per pressió'. *Guies de pràctica clínica i material docent*, núm 3. Institut Català de la Salut, Barcelona. Disponible en: [http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/ulceres\\_pressio/docs/guia\\_ulceres.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/guies/ulceres_pressio/docs/guia_ulceres.pdf), consultado el 23 de diciembre de 2013.

Batres Sicilia J.P., Alvarez Tello M. & Gallardo Santos P. (2009) De la precisión de los cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Revista de administración sanitaria siglo XXI* 7(2), 313-322.

- BMJ Group & RPS Publishing (2009) *Nurse Prescribers' Formulary for Community Practitioners*. 2009-2011. Pharmaceutical Press, Basingstoke (UK).  
Disponibile en: <http://bnf.org/bnf/extra/current/popup/NPF2009-2011.pdf>, consultada el 3 de octubre de 2011.
- Bradley E. & Nolan P. (2007) Impact of nurse prescribing: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 59(2), 120-128.
- Brykczynski K.A. (2010) 'Patricia Benner: Caring, Clinical Wisdom and Ethics in Nursing Practice'. En: Marriner-Tomey A., Alligood M.R. (dir.). *Nursing theorists and their work*, 7th edn, Mosby Elsevier, Maryland Heights (USA), p. 137-164.
- Cabrera-Jaime S., Estrada-Masllorens J.M. & Fernández-Ortega P. (2011) Conocimiento y satisfacción de la aprobación de la prescripción enfermera (Ley 28/2009) en enfermeras de formación de máster y especialidad de la Universidad de Barcelona. *Enfermería Clínica* 21(2), 84-90.
- Carballo Álvarez M. (2005) Del deseo a la realidad. *Revista de Enfermería* 28(4), 250-252.
- Carey N., Courtenay M., James J., Hills M. & Roland J. (2008) An evaluation of a Diabetes Specialist Nurse prescriber on the system of delivering medicines to patients with diabetes. *Journal of Clinical Nursing* 17(12), 1635-1644.

Caron-Mazet J., Roth B. y Guillaume J.C. (2007) Prevalence and management of chronic wounds in 14 geriatric institutions of the Haut-Rhin. *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 134(8-9), 645-51.

Colegio de Enfermería de Cádiz (2013) *Borrador de Proyecto de Real Decreto 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*. Disponible en:

<http://www.ocenf.org/cadiz/PROG/Borrador%20decreto%20prescripcion.pdf>, consultado el 24 de diciembre de 2013.

Consejo General de Enfermería (2007) *Listado de medicamentos y productos sanitarios prescritos por las enfermeras en España*. Consejo General de Enfermería, Madrid.

Corbett C., Setter S.M., Daratha K.B., Neumiller J.J. & Wood L.D. (2010) Nurse identified hospital to home medication discrepancies: implications for improving transitional care. *Geriatric Nursing* 31(3), 188-196.

Courtenay M. & Carey N. (2009) Nurse prescribing by children's nurses: views of doctors and clinical leads in one specialist children's hospital. *Journal of Clinical Nursing* 18(18), 2668-2675.

Courtenay M., Carey N. & Stenner K. (2009) Nurse prescriber-patient consultations: a case study in dermatology. *Journal of Advanced Nursing* 65(6), 851-859.

- Courtenay M., Carey N., Stenner K., Lawton S. & Peters J. (2011) Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking. *The British Journal of Dermatology* 164(2), 396-401.
- Creedon R., O'Connell E., McCarthy G. & Lehane B. (2009) An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing* 18(21), 1322-1327.
- Cuxart Ainaud N. (2006) La prescripción enfermera: bases para su argumentación. *NURSING* 24(8), 56-65.
- Cuxart Ainaud N. (2010) La gestión de los cuidados: el poder de las enfermeras y su legitimación social. *NURSING* 28(4), 56-63.
- Delgado Sánchez O., Anoz Jiménez L., Serrano Adrià A. & Nicolás Picó J. (2007) Conciliación de la medicación. *Medicina Clínica (Barcelona)* 129(19), 343-348.
- Dierick-van Daele A.T., Metsemakers J.F., Derckx E.W., Spreeuwenberg C. & Vrijhoef H.J. (2009) Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 65(2), 391-401.
- Donato, A.S. (2009) Nurse practitioners in Holland: Definition, preparation, and prescriptive authority. *American Academy of Nurse Practitioners* 21(11), 585-587.

Duimel-Peeters I.G., Hulsenboom M.A., Berger M.P., Snoeckx L.H. & Halfens R.J. (2006) Massage to prevent pressure ulcers: knowledge, beliefs and practice. A cross-sectional study among nurses in the Netherlands in 1991 and 2003. *Journal of Clinical Nursing* 15(4), 428-435.

Editorial Revista Rol de Enfermería. (2006) Los porqués de una prescripción enfermera. *Revista de Enfermería* 29(3), 4-5.

Esperón Güimil J.A. & Vázquez Vizoso F.L. (2004) Los conocimientos de las enfermeras sobre úlceras por presión y sus determinantes. *GEROKOMOS* 15(2), 107-116.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009). *Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide*. National Pressure Ulcer Advisory Panel, Washington. Disponible en: [http://www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Treatment.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Treatment.pdf), consultado el 23 de diciembre de 2013.

Fabrellas N., Vidal A., Amat G., Lejardi Y., del Puig Deulofeu M. & Buendia C. (2011) Nurse management of 'same day' consultation for patients with minor illnesses: results of an extended programme in primary care in Catalonia. *Journal of Advanced Nursing* 67(8), 1811-6.

Fabrellas N., Sánchez C., Juvé E., Aurin E., Monserrat D., Casanovas E. & Urrea M. (2013) A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. *BMC Family Practice* 16, 14:61.

Fórum Enfermero Mediterráneo (2013) *Manifiesto de Fórum Enfermero del Mediterráneo ante el inicio del los trámites para aprobación del "Proyecto de Real Decreto por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano"*. Colegio Oficial de Enfermería de Murcia. Disponible en: <http://www.enfermeriademurcia.org/attachments/article/1015/Entidad%20que%20comparten%20este%20MANIFIESTO%20Prescripcion%20enfermera.pdf>, consultado el 2 de enero de 2014.

Gago Fornells M., García González R.F., López Casanova P., Verdú Soriano J., Blanca Castañeda E. & Alba Chorat S. (2008) Evaluación de la tecnología sanitaria. Apósitos basados en la cura en ambiente húmedo para heridas crónicas. *GEROKOMOS* 19(4), 200-206.

García Fernández F.P., Pancorbo Hidalgo P.L., López Medina I.M. & López Ortega J. (2002) Conocimiento y utilización de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en centros de salud de Andalucía. *GEROKOMOS* 13(4), 214-222.

García-Vivar C. (2013) La enfermería frente a los nuevos retos sociosanitarios. ¿Espectador o protagonista? *Revista de Enfermería* 36(12), 798-799.

Gavilán Moral E., Morales Suárez-Varela M.T., Hoyos Esteban J.A. & Pérez Suanes A.M. (2006) Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. *Atención Primaria* 38(9), 476-482.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2009) *Gestió de la demanda espontània*. Departament de Salut, Barcelona. Disponible en: [http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio\\_demanda\\_espontania.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_demanda_espontania.pdf), consultado el 30 de diciembre de 2013.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010a) *Demanda d'atenció sanitària en xifres*. Departament de Salut i Direcció General de Planificació i Avaluació, Barcelona. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Indicadors%20de%20salut/Indicadors%20generals/Demanda%20datencio%20osanitaria/documentos/demanda\\_sanitaria\\_2010.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Indicadors%20de%20salut/Indicadors%20generals/Demanda%20datencio%20osanitaria/documentos/demanda_sanitaria_2010.pdf), consultado el 13 de diciembre.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2010b) *Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de salut*. Departament de Salut i Direcció General de Planificació i Avaluació, Barcelona. Disponible en: [http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio\\_casos.pdf](http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf), consultado el 17 de diciembre de 2013.

Gobierno de España. Ministerio Educación y Ciencia (1977) *Orden de 31 de octubre de 1977 por la que dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios para las Escuelas Universitarias de Enfermería*, Boletín Oficial del Estado 283. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/11/26/pdfs/A25987-25989.pdf>, consultado el 7 de diciembre de 2013.



Gobierno de España. Presidencia del Gobierno (1981) *Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalitat de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO)*, Boletín Oficial del Estado 230. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1981/09/25/pdfs/A22364-22374.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2013.

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia (2003) *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*, Boletín Oficial del Estado 280. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>, consultado el 7 de diciembre de 2013.

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia (2006) *Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*, Boletín Oficial del Estado 178. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/07/27/pdfs/A28122-28165.pdf>, consultado el 7 de diciembre de 2013.

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia (2009) *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*, Boletín Oficial del Estado 315. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/12/31/pdfs/BOE-A-2009-21161.pdf>, consultado el 7 de diciembre de 2013.

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia (2011) *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación*, Boletín Oficial del Estado 17. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/01/20/pdfs/BOE-A-2011-1013.pdf>, consultado el 2 de marzo de 2014.

Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia (2013) *Real Decreto 870/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica*, Boletín Oficial del Estado 269. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2013/11/09/pdfs/BOE-A-2013-11728.pdf>, consultado el 19 de diciembre de 2013.

Govern de les Illes Balears. Consejería de Salud y Consumo (2011) *Decreto 52/2011, de 20 de mayo, por el que se regula la actuación del personal de enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público*, Butlletí Oficial de les Illes Balears 81. Disponible en: <http://boib.caib.es/pdf/2011081/mp261.pdf>, consultado el 11 de diciembre de 2013.

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (2011) *Documentos técnicos*. GNEAUPP, Logroño. Disponible en: <http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias>, consultado el 23 de diciembre de 2013.

Gupta N., Loong B. & Leong G. (2012) Comparing and contrasting knowledge of pressure ulcer assessment, prevention and management in people with spinal cord injury among nursing staff working in two metropolitan spinal units and rehabilitation medicine training specialists in a three-way comparison. *Spinal Cord* 50(2), 159-64.

Gutiérrez Rodríguez J. & López Gaona V. (2010) Utilidad de un programa de intervención geriátrica en la mejora del uso de fármacos en pacientes institucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 45(5), 278-280.

Hernández Yáñez J.F. (2010) *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Fundación alternativas, Madrid. Disponible en: <http://www.falternativas.org/content/download/16183/461362/version/1/file/doc162.pdf>, consultado el 7 de diciembre de 2013.

Herrera Gómez A., Martínez Galiano J.M. & Ratia Ramos M. (2008) La prescripción enfermera y la ley del medicamento. *Revista de Enfermería* 31(1), 50-52.

Horrocks S., Anderson E. & Salisbury C. (2002) Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 324(7341), 819-23.

- Iglesias B., Ramos F., Serrano B., Fàbregas M., Sánchez C., García M.J. et al. (2013) A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 69(11), 2446-2457.
- Inan D.G. & Oztunç G. (2012) Pressure ulcer prevalence in Turkey: a sample from a university hospital. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing* 39(4), 409-13.
- Institut Català de la Salut (2011) *Memòria 2010*. Gerència Territorial Girona. Institut Català de Salut, Gerència Territorial Girona, Girona. Disponible en:  
[http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2010/girona\\_2010/girona\\_2010.html](http://www.gencat.cat/ics/infocorp/memoria2010/girona_2010/girona_2010.html), consultado el 23 de diciembre de 2013.
- Kimura S. & Pacala J.T. (1997) Pressure ulcers in adults: family physicians' knowledg, attitudes, practice references, and awareness of AHCPR guidelines. *The Journal of Family Practice* 44(4), 361-368.
- Krause T., Anders J. & Von Renteln-Kruse W. (2004) [Pressure sores: knowledge of risk factors and awareness of problems with quality of care as reflected by questionnaire answers by nursing staff and physicians]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 37(2), 86-91.

- Laurant M., Reeves D., Hermens R., Braspenning J., Grol R. & Sibbald B. (2005) Substitution of doctors by nurses in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 18;(2), CD001271.
- Lockwood, E.B. & Fealy, G.M. (2008) Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Management* 16(7), 813-820.
- Mariano-Juárez L. (2002) La autonomía de los cuidados: competencias y responsabilidades en enfermería. *Enfermería Científica* 240-241, 48-51.
- Martín Zurro A. (2008) Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, (eds). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*, 6a ed., Elsevier, Barcelona, pp. 3-19.
- Martínez Riera J.R. (2005) Enfermería, sencillamente complicado. *Revista de Enfermería* 28(4), 255-264.
- Maya Maya M.C. (2003) Identidad profesional. *Investigación y Educación en Enfermería* 21(1), 98-104.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013a) *Barómetro sanitario 2012*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), Madrid. Disponible en:  
[http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2012/B.S.2012total.mar.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2012/B.S.2012total.mar.pdf), consultado el 19 de diciembre de 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013b) *Actividad asistencial en Atención Primaria. Informe estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2012*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2012\\_Actividad\\_ordinaria\\_AP.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/docs/2012_Actividad_ordinaria_AP.pdf), consultado el 13 de diciembre de 2013.

O'Connell E., Creedon R., McCarthy G. & Lane B. (2009). An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literature review. *British Journal of Nursing* 18(22), 1398-1402.

Odierna E. & Zeleznik J. (2003) Pressure ulcer education: a pilot study of the knowledge and clinical confidence of geriatric fellows. *Advances in Skin & Wound Care* 16(1), 26-30.

Ortega Marlasca M.M. (2010) Prescripción enfermera: ¿es algo reclamado y preciso verdaderamente? *Atención Primaria* 42(3), 188.

Pàez Vives F., Recha Sancho R., Altadill Amposta A., Montaña Raduà R.M., Anadón Chortó N. & Castells Salvadó M. (2010) Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso de un hospital. *Revista de Calidad Asistencial* 25(5), 308-313.

Pancorbo-Hidalgo P.L., García-Fernández F.P., López-Medina I.M. & López-Ortega J. (2007) Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *Journal of Advanced Nursing* 58(4), 327-338.

- Panagiotopoulou K. & Kerr S.M. (2002) Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice. *Journal of Advanced Nursing* 40(3), 285-296.
- Prescripcionenfermera.com (2013) *Inminente aprobación del Real Decreto que regulará la prescripción enfermera.* Disponible en: <http://www.prescripcionenfermera.com/noticias/prescripcion-enfermera/inminente-aprobacion-del-real-decreto-que-regulara-la-prescripcion-enfermera>, consultado el 24 de diciembre de 2013.
- Quesada Ramos C. & García Díez R. (2008). Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. *Enfermería Intensiva* 19(1), 23-34.
- Rafols Crestani A., Sieira Ribot M.A., De Ciurana Gay M., Franco Comet P., Font Roura P. & Torrent Goñi S. (2010) Gestión de la demanda de urgencias: ¡Quiero que el médico me vea ahora! ¿Cómo lo hacemos? *SEMERGEN* 36(10), 562-565.
- Rana T., Bradley E. & Nolan P. (2009) Survey of psychiatrists' views of nurse prescribing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(3), 257-262.
- Ridao March M.L., Garzón Martínez P., García Díaz A., Salazar Soler A. & Corbella Virós X. (2011) Incorporar la enfermera clínica y la enfermera gestora en los nuevos modelos organizativos de enfermería: el "modelo Bellvitge". *NURSING* 29(3), 56-61.

- Riley R., Weiss M.C., Platt J., Taylor G., Horrocks S. & Taylor A. (2013) A comparison of GP, pharmacist and nurse prescriber responses to patients' emotional cues and concerns in primary care consultations. *Patient Education and Counseling* 91(1), 65-71.
- Rivas Cerdeira R.M., Cantarero Lafuente L., Orden Macorra M.J., Reina Garfia M.M., Burgos Gorjón M.A., Páez Hernández *et al.* (2007) Eficiencia de una intervención de las enfermeras de enlace en la prescripción de absorbentes. *Metas de Enfermería* 10(8), 28-31.
- Romero-Collado A. (2011) Prescripción enfermera en España. *Revista de Enfermería* 34(6), 412-423.
- Rueda López J., Martínez Cuervo F., Verdú Soriano J. & Segovia Gómez T. (2010) Apósitos impregnados en agente antimicrobiano. Estudio multicéntrico, en heridas agudas y crónicas, con Atrauman AG. *Revista de Enfermería* 33(11), 726-735.
- Sarabia Cobo C.M. (2009) Opinión de los profesionales sobre el título de Grado, las especialidades y la prescripción enfermera. *Metas de Enfermería* 12(4):60-63.
- Scrafton J., McKinnon J. & Kane R. (2012) Exploring nurses' experiences of prescribing in secondary care: informing future education and practice. *Journal of Clinical Nursing* 21(13-14), 2044-53.
- Soldevilla Ágreda J.J. (2006) Prescripción enfermera en el ámbito gerontológico. *GEROKOMOS* 17(4), 180.



- Soldevilla Ágreda J.J., Torra Bou J.E., Verdú Soriano J. & López Casanova P. (2011) 3r Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2009. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *GEROKOMOS* 22(2), 77-90.
- Strand T. & Lindgren M. (2010) Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing* 26(6), 335-342.
- Stenner K.L., Carey N. & Courtenay M. (2011) Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patients views. *International Journal of Nursing Studies* 48(1), 37-46.
- Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (Sala Contencioso/ Administrativo). *Sentencia 3226/2013 de 13 de noviembre*. Disponible en: <http://www.hoycomentamos.com/wp-content/uploads/Sentencia-TSJA-prescripcion-Colegio-M%C3%A9dicos-13nov2013.pdf>, consultado el 13 de diciembre de 2013.
- Tribunal Superior de Justicia de les Illes Balears (Sala Contencioso/ Administrativo). *Sentencia 00466/2013 de 5 de junio*. Disponible en: [http://www.enfermeriapalencia.com/docs/pdfs/otros/dossier\\_especial\\_sentencias\\_TSJ\\_Baleares\\_contra\\_recurso\\_OMC\\_jul13.pdf](http://www.enfermeriapalencia.com/docs/pdfs/otros/dossier_especial_sentencias_TSJ_Baleares_contra_recurso_OMC_jul13.pdf), consultado el 11 de diciembre de 2013.

Torra Bou J.E. & Paggi B. (2013) La colagenasa y el tejido desvitalizado en el contexto de la preparación de la herida. *Revista de Enfermería* 36(2), 109-114.

Verdú Soriano J. (2010) El cadexómero yodado en el tratamiento de las heridas. Estudio de una serie de casos con Iodosorb. *Revista de Enfermería* 33(11), 38-42.

Villa-García-Nobleja V. (2007) Prescripción y seguridad enfermera. *Hygia* 67, 3.

Wake W.T. (2010) Pressure ulcers: what clinicians need to know. *The Permanente Journal* 14(2), 56-60.



---

## 10 ANEXOS



**ANEXO 1. Cuestionario para conocer aspectos generales de la atención a los pacientes que padecen úlceras por presión y la evaluación de conocimientos en prevención y tratamiento de úlceras por presión en médicos y enfermeras de Atención Primaria.**

En primer lugar queremos agradecer tu participación en el presente estudio.

Te recordamos que la participación es completamente anónima y voluntaria, y que respondiendo el presente cuestionario, autorizas a que se publiquen los resultados obtenidos si así se estima oportuno.

El presente estudio pretende averiguar los conocimientos que tienen los profesionales sanitarios sobre las úlceras por presión, por eso te pedimos que leas detenidamente las preguntas y respondas con sinceridad lo que piensas sobre las afirmaciones que te proponemos.

El cuestionario consta de 2 partes, de la página 2 a la 4 hay preguntas sobre tu formación, años de profesión, etc. y de la página 5 a la 9 hay 36 afirmaciones sobre aspectos relacionados con las úlceras por presión, a los cuales debes responder si “estás de acuerdo”, “a veces estás de acuerdo”, “estás en desacuerdo” o “no lo sé”.

Las hojas están escritas a doble cara, menos esta página inicial. En ningún caso pretendemos cuestionar tus conocimientos ni realizarte una evaluación académica.

Los resultados nos permitirán conocer si sería beneficioso realizar formación complementaria respecto a las úlceras por presión.

Este estudio es independiente y no recibe subvención alguna.

Sabemos de lo valioso que es tu tiempo y por eso tienes a tu disposición a un compañero representante que resolverá cualquier duda que tengas en cualquiera de las preguntas.

Nuevamente queremos agradecerte el tiempo prestado y tu aportación al presente estudio.

**En este primer apartado debes escribir el número de años (que más se aproxime a tu respuesta, preguntas 2 y 4) o marcar con un círculo la respuesta que consideres oportuna en el resto de preguntas:**

- 1) Género:      •Femenino      •Masculino
- 2) Edad:        años.
- 3) Profesión:   •enfermera/o      •médico/a
- 4) Tiempo ejerciendo de sanitario:    años.
- 5) Tipo de contrato:  
                  •Fijo   •*Interino*   •Eventual/sustitución   •*Refuerzo*   •Otros
- 6) Actualmente, trabajas en:  
                  •UBA de adultos   •UBA pediátrica   •Refuerzo   •Otros

**En esta sección, debes responder marcando con un círculo la opción que más se adapte a tu respuesta. En algunas respuestas, debes indicar el motivo de tu respuesta marcando el círculo correspondiente.**

- 7) ¿Recuerdas haber recibido formación específica sobre úlceras por presión cuando estudiabas tu carrera?      •Sí      •No      •No lo sé
- 8) ¿Has recibido formación sobre úlceras por presión a lo largo del ejercicio de tu carrera profesional?
  - No
  - Sí **¿Cuántos años hace?** •Menos de un año   •Entre 1 y 3 años   •3 años o más
  - No lo sé
- 9) ¿Te gustaría recibir formación sobre úlceras por presión?
  - Sí
  - No
- 10) ¿Conoces si el Institut Català de la Salut (ICS), dispone de una guía de práctica clínica sobre úlceras por presión?
  - No..... **Si existiera, ¿seguirías sus recomendaciones?** •Sí   •No
  - Sí..... **¿Sigues sus recomendaciones?**   •No   •Sí

11) ¿Lees revistas científicas sobre medicina y/o enfermería?

- No..... **¿Por qué motivo?** •Falta de tiempo   •Son muy caras  
    •No me interesan   •Otros motivos (especificar):.....
- Sí..... **¿Con qué frecuencia?** •Semanal   •Mensual   •Anual

12) ¿Tienes acceso a publicaciones científicas sobre enfermería y/o medicina en tu centro de salud?

- No
- Sí
- No lo sé

13) En tu UBA (unidad básica asistencial), ¿quién es el profesional sanitario encargado de indicar y aplicar las medidas preventivas en los pacientes con riesgo de padecer úlceras por presión?

- El personal médico
- El personal de enfermería
- Ambos
- Otros

14) En tu UBA, ¿quién es el profesional sanitario encargado de pautar el tratamiento de la úlcera por presión cuando os encontráis con un paciente que la sufre?

- El personal médico
- El personal de enfermería
- Ambos
- Otros

15) En tu UBA, una vez pautado el tratamiento de cura de la úlcera por presión, ¿qué profesional sanitario es el encargado de realizar las curas?

- El personal médico
- El personal de enfermería
- Ambos
- Otros



16) Si la herida no evoluciona satisfactoriamente... ¿Quién se encarga de cambiar/modificar el tratamiento?

- El personal médico
- El personal de enfermería
- Ambos
- Otros

17) ¿En tu centro encuentras el material que consideras adecuado para realizar las curas de las úlceras por presión?

- Sí
- No
- No lo sé

18) En caso que necesites material para curar una úlcera por presión que no dispones en tu centro, ¿utilizas las recetas médicas (ICS) para obtener el material que te hace falta para curar una úlcera por presión?

- Sí
- No
- Utilizo una prescripción en una hoja que no es oficial del ICS
- Otros

19) ¿Crees que sería beneficioso para el paciente que la prescripción de productos para realizar las curas por úlceras por presión las pudiera pautar el colectivo enfermero?

- Sí
- No
- No lo sé

**Ahora debes marcar con un círculo si estás “de acuerdo”, “a veces estás de acuerdo”, “en desacuerdo” o “no lo sé” a 36 afirmaciones sobre úlceras por presión. Recuerda que si tienes alguna duda sobre alguna afirmación, puedes consultar con nuestro representante.**

1) A los pacientes incluidos en los programas de atención domiciliaria (ATDOM) se les debe realizar una valoración del riesgo de presentar una úlcera por presión, mediante una escala validada, como mínimo una vez al año.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

2) Una puntuación de 12 en la escala de Braden nos indica que estamos ante un paciente con un riesgo bajo de padecer una úlcera por presión.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

3) A un paciente con un riesgo alto de padecer una úlcera por presión en el sacro, le aconsejaremos que alivie la presión de esa zona, cuando esté sentado, mediante un dispositivo flotador de aire (tipo “rosquilla”).

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

4) Los ácidos grasos hiperoxigenados son productos especiales para proteger la maceración de la piel perilesional de una úlcera por presión.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

5) Si nos encontramos ante un paciente encamado incluido en el programa ATDOM, recomendaremos elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible, si no existe alguna contraindicación, par evitar la aparición de úlceras por presión provocadas por fuerzas de cizalla.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

6) La incontinencia urinaria y/o fecal es un factor de riesgo para la aparición de úlceras por presión.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

7) Debemos involucrar y educar sobre prevención de úlceras por presión a los cuidadores de los pacientes incluidos en los programas de ATDOM que presenten cualquier riesgo de presentar úlceras por presión.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

8) El estado nutricional de un paciente es un factor que puede influir en la aparición de úlceras por presión.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

9) Un paciente incluido en el programa de ATDOM con un riesgo alto de padecer una úlcera por presión, cuando está en posición de sedestación, debe recolocar su postura cada 15 minutos. Si él no puede hacerlo, el cuidador deberá realizarlo cada hora.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

10) En un paciente con riesgo bajo de padecer una úlcera por presión, cuando la piel está intacta, está recomendada la utilización de alcohol de romero o colonia para refrescar y mejorar la microcirculación de la piel.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

11) El deterioro cognitivo de un paciente es un factor de riesgo para la aparición de una úlcera por presión.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

12) Ante un paciente encamado con riesgo bajo de padecer una úlcera por presión en los talones, está indicado realizarle un vendaje de protección de éstos con algodón y crepé, el cual debe cambiarse, al menos, una vez por semana.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

13) En un paciente incluido en el programa ATDOM que esté encamado, recomendaremos a sus cuidadores que deben realizarle cambios posturales cada 2 horas para disminuir el riesgo de aparición de úlceras por presión.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

14) En un paciente con riesgo de sufrir úlceras por presión, para reducir las posibles lesiones por fricción podemos aplicar apósitos protectores (hidrocoloides, espuma de poliuretano, etc.) en las zonas de riesgo.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

15) Hablamos de una úlcera por presión de estadio II cuando observamos una alteración en la piel íntegra, manifestada por un eritema cutáneo que no palidece al presionarlo.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

16) Las necesidades nutricionales de una persona que tiene una úlcera por presión están aumentadas debido a las necesidades metabólicas del proceso de cicatrización.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

17) Si encontramos a un paciente encamado, con la zona del trocánter enrojecida, recomendaremos a los cuidadores que masajeen la zona vigorosamente con crema hidratante, como mínimo, cada 12 horas.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

18) Para la limpieza de las úlceras por presión se recomienda utilizar siempre un antiséptico para disminuir el aumento de la carga bacteriana en ésta.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

19) Ante un paciente encamado, incluido en el programa ATDOM, que tiene una úlcera por presión, siempre que sea posible, evitaremos que se apoye en la zona de la lesión.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

20) La presencia de tejido esfacelado y/o necrótico en el lecho de una úlcera por presión dificulta que el proceso de cicatrización se desarrolle de una forma óptima, por lo que se recomienda el desbridamiento de este tejido.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

21) La colagenasa (Irujol®) es un desbridante enzimático.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

22) A la hora de elegir un apósito para realizar la cura de una úlcera por presión, deberemos seleccionar un apósito que mantenga una humedad óptima en el lecho ulceral y no dañe la piel perilesional.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

23) Si nos encontramos ante un paciente que tiene una úlcera por presión muy exudativa, estará indicado el uso de un apósito de espuma o de alginato.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

24) Para limpiar el lecho de una úlcera por presión se aconseja friccionar hasta que se produzca sangrado, para mejorar y acelerar el proceso de cicatrización.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

25) Si nos encontramos ante un paciente que sufre una úlcera por presión que presenta un exudado purulento, eritema, edema y aumento del dolor, sospecharemos que la úlcera está infectada.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

26) Una persona que tiene una úlcera por presión en la que ha perdido el grosor total de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo pero sin afectar la fascia muscular, sufrirá una úlcera de estadio III.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

27) Para determinar si existe o no infección en una herida y el tipo de organismo que la causa, el método más fiable es el frotis de la lesión mediante hisopo (escobillón).

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

28) Si nos encontramos ante un paciente que sufre una úlcera por presión en estadio I, está indicado tratar la úlcera con un apósito hidrocoloide.

- De acuerdo
- A veces de acuerdo
- En desacuerdo
- No lo sé

29) Si la piel perilesional de una úlcera por presión muy exudativa se macera es posible que sea debido a que el apósito utilizado se ha saturado y que hay que cambiarlo antes o elegir otro con mayor capacidad de absorción.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

30) Si sospechamos que la úlcera por presión se encuentra infectada, iniciaremos tratamiento con un antibiótico tópico (Fucidine®, Bactroban®, etc.) para curar la infección.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

31) La vaselina es un producto barrera no irritante para proteger la piel perilesional.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

32) Ante un paciente encamado con alto riesgo de padecer úlceras por presión, aconsejaremos a la familia que compre un colchón especial de aire para aliviar las zonas de riesgo.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

33) Para facilitar el desbridamiento de una úlcera con esfacelo se aconseja dejar que una gasa se adhiera a la lesión y así, posteriormente, desbridaremos el tejido esfacelado facilitando una óptima cicatrización.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

34) Ante una úlcera por presión muy exudativa, un apósito hidrocólicoide está indicado de primera elección para su tratamiento.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

35) Si transcurridas 2-4 semanas del inicio del tratamiento de la úlcera por presión la herida no mejora, está indicado el tratamiento de la úlcera con un apósito que contenga plata durante un tiempo máximo de 14 días.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé

36) Una persona que padece una úlcera por presión, automáticamente es candidato a que aparezcan nuevas úlceras por presión en otras zonas.

•De acuerdo •A veces de acuerdo •En desacuerdo •No lo sé



## **ANEXO 2. Cuestionario de percepción de la legalización de la prescripción enfermera e identificación de la frecuencia de prescripción de medicamentos y productos sanitarios por parte de las enfermeras.**

En primer lugar queremos agradecer tu participación en el presente estudio.

Te recordamos que la participación es completamente anónima y voluntaria y que, respondiendo el presente cuestionario, autorizas a que se publiquen los resultados obtenidos si así se estima oportuno.

El presente estudio pretende conocer los medicamentos y/o productos sanitarios que prescriben los profesionales enfermeros en su práctica diaria y qué opinan los profesionales sobre los efectos que producirá sobre la profesión la legalización de la prescripción enfermera.

Te rogamos que leas detenidamente las preguntas y respondas con sinceridad lo que piensas sobre las preguntas y afirmaciones que te proponemos.

El cuestionario consta de 2 partes, en las páginas 1 y 2 hay preguntas sobre los años que llevas ejerciendo la profesión, tu situación laboral, etc. y 9 afirmaciones sobre las repercusiones que la prescripción enfermera comportará para la profesión, sobre las cuales nos interesa conocer tu opinión. Debes responder si estás “Completamente de acuerdo”, “Bastante de acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “Bastante en desacuerdo”, o “Completamente en desacuerdo”. En la página 3 hay un listado de 27 medicamentos o productos sanitarios de los cuales nos interesa conocer si los prescribes a “Diario”, “Semanalmente”, “Mensualmente”, “Anualmente” o “Nunca”. También dispones de 3 espacios en blanco por si quieres añadir algún medicamento o producto sanitario que prescribes y no se encuentra en la lista.

Las hojas están escritas a doble cara, excepto esta página inicial. En ningún caso pretendemos cuestionar tus conocimientos ni realizarte una evaluación académica.

Este estudio es independiente y no recibe subvención alguna.

Sabemos de lo valioso que es tu tiempo y por eso tienes a tu disposición a un compañero representante que resolverá cualquier duda que tengas en cualquiera de las preguntas.

Nuevamente queremos agradecerte el tiempo prestado y tu aportación al presente estudio.



En este primer apartado debes escribir el número de años (que más se aproxime a tu respuesta, en las preguntas 2 y 3) o marcar con un círculo la respuesta que consideres oportuna en el resto de preguntas:

- 1) Sexo:           •Femenino       •Masculino
- 2) Edad:           años.
- 3) Años ejerciendo de enfermera/o: \_\_\_\_\_ años, de los cuales \_\_\_\_\_ años en Atención Primaria.
- 4) Tipo de contrato:  
                  •Fijo   •Interino   •Eventual/sustitución   •Refuerzo   •Otros
- 5) Actualmente, trabajas en:  
                  •UBA de adultos   •UBA pediátrica   •Refuerzo   •Otros

En el siguiente apartado, debes elegir, **marcando con una X** el círculo, el grado de acuerdo en el que estás con las siguientes ocho afirmaciones. Debes si estás “Completamente en desacuerdo”, “Bastante en desacuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “Bastante de acuerdo”, o “Completamente de acuerdo”.

- 6) La prescripción enfermera consolida el rol autónomo de la enfermera en el ámbito de la atención primaria.**
  - Completamente de acuerdo*
  - Bastante de acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
  - Bastante en desacuerdo
  - Completamente en desacuerdo*
  
- 7) La legalización de la prescripción enfermera no influirá en mi práctica laboral habitual puesto que es una actividad que siempre he realizado.**
  - Completamente de acuerdo*
  - Bastante de acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
  - Bastante en desacuerdo
  - Completamente en desacuerdo*
  
- 8) La prescripción enfermera será una fuente de discrepancia entre las enfermeras que quieren asumir más responsabilidad y las que no quieren asumir más responsabilidad en su puesto de trabajo**
  - Completamente de acuerdo*
  - Bastante de acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
  - Bastante en desacuerdo
  - Completamente en desacuerdo*

**9) La prescripción enfermera es un logro del que las enfermeras deben estar satisfechas.**

- *Completamente de acuerdo*
- Bastante de acuerdo
- *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
- Bastante en desacuerdo
- *Completamente en desacuerdo*

**10)La prescripción enfermera contribuye al desarrollo de la profesión enfermera.**

- *Completamente de acuerdo*
- Bastante de acuerdo
- *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
- Bastante en desacuerdo
- *Completamente en desacuerdo*

**11)La prescripción enfermera dotará a las enfermeras de mayor poder en la toma de decisiones derivadas de su actividad profesional.**

- *Completamente de acuerdo*
- Bastante de acuerdo
- *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
- Bastante en desacuerdo
- *Completamente en desacuerdo*

**12)El único beneficiario de la prescripción enfermera será el personal médico, que verá disminuido su trabajo burocrático de hacer recetas.**

- *Completamente de acuerdo*
- Bastante de acuerdo
- *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
- Bastante en desacuerdo
- *Completamente en desacuerdo*

**13)La prescripción enfermera ayudará a las enfermeras a solucionar problemas a las personas a las que cuida.**

- *Completamente de acuerdo*
- Bastante de acuerdo
- *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
- Bastante en desacuerdo
- *Completamente en desacuerdo*

**14)La prescripción enfermera fortalecerá la identidad del colectivo enfermero.**

- *Completamente de acuerdo*
- Bastante de acuerdo
- *Ni de acuerdo ni en desacuerdo*
- Bastante en desacuerdo
- *Completamente en desacuerdo*

Ahora debes indicar, **marcando** con una “X”, si en tu práctica profesional prescribes alguno de los medicamentos o productos sanitarios que citamos a continuación, ya sea “*Diario*”, si los prescribes a diario (al menos una vez al día), “*Semana*” si los prescribes alguna vez por semana, “*Mensual*” si los prescribes alguna vez al mes, “*Anual*” si los prescribes alguna vez al año, o “*Nunca*” si nunca lo prescribes. **Prescribir** significa que, según tu criterio (como enfermera), seleccionas e indicas medicamentos y productos sanitarios en beneficio y satisfacción de las necesidades de salud de la persona a la que prestas tus cuidados. **No debe entenderse** prescripción por **duplicar recetas** de medicamentos crónicos. Dispones de 3 espacios en blanco por **si quieres añadir** algún medicamento o producto sanitario que prescribes y no se encuentra en la lista.

<b>Medicamentos o productos sanitarios</b>	<i>Diario</i>	<i>Semanal</i>	<i>Mensual</i>	<i>Anual</i>	<i>Nunca</i>
1) Vacunas (Td, antigripal, triple vírica...).					
2) Productos para los tapones óticos (Otocerum®, agua oxigenada...).					
3) Sustitutivos de la nicotina (parches, chicles...).					
4) Hidratación corporal en caso de pérdida de líquidos (Sueroral®, Citorsal®...).					
5) Laxantes (Duphalac®, Micralax®...).					
6) Material fungible para diabéticos (tiras control glucemia, agujas inyección insulina...).					
7) Antibióticos vía oral (amoxicilina-clavulánico, ciprofloxacino...).					
8) Anticoncepción de emergencia (Norlevo®, Postinor®)					
9) Analgésicos AINES (ibuprofeno, paracetamol, diclofenaco, metamizol...).					
10) Oxigenoterapia (gafas, mascarilla de O <sub>2</sub> sin nebulización...).					
11) Antisépticos tópicos (Betadine®, Cristalmina®, alcohol etílico...).					
12) Antihistamínicos orales o parenterales (Polaramine®, Benadryl®...).					
13) Cámara de inhalación (Volumatic®, Aeroscopic®, Babyhaler®...).					
14) Anestésicos locales (Scandinibsa®, EMLA®...).					
15) Nitritos (Nitroglicerina: Vernies®, Trinispray®...).					
16) Productos para la incontinencia (pañales, colectores de orina...).					
17) Apósitos para el tratamiento de heridas crónicas (hidrocolooides, espumas...).					
18) Nebulización mediante oxigenoterapia (Suero fisiológico, Atrovent®, Pulmicort®...).					
19) Corticoides vía tópica (Suniderma®, Peitel®...).					
20) Medicación para diabéticos (modificación dosis insulina o dosis de antidiabéticos orales...).					
21) Control de la coagulación (ajuste de dosis según la valoración del INR en función del rango terapéutico).					
22) Material de cierre y sutura de heridas (nylon, seda, Steri-strips®, Dermabond®...).					
23) Sueroterapia parenteral (Suero fisiológico, suero glucosado...).					
24) Antifúngicos tópicos (Mycostatin®, Locetar®...).					
25) Antibióticos tópicos (Fucidine®, Silvederma®...).					
26) Corticoides por vía parenteral (Urbason®...).					
27) Antitérmicos (paracetamol, ibuprofeno...).					