

PRESCRIPCIÓN, ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN Y PRÁCTICA ENFERMERA AVANZADAS ¿ARGUMENTOS PARA UNA NUEVA DEFINICIÓN DE FUNCIONES EN EL ÁREA DE LOS CUIDADOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS PREHOSPITALARIOS? EL EJEMPLO ANDALUZ.

Ponencia a la mesa “Definición y funciones de la Enfermería de Urgencias y Emergencias prehospitalarias”. XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

AUTORÍA

Valenzuela Rodríguez, Antonio J*.

*Enfermero de Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU) de Baena. Distrito Sanitario Córdoba–Sur. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Dirección para correspondencia:

ajvalenzuela@terra.es

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

INTRODUCCIÓN/RESÚMEN

La definición de un marco conceptual y teórico de la **prescripción enfermera**. Su potencial acople normativo y legal a través de toda la legislación emergente planteado por los distintos agentes. La concreción de estos conceptos y contexto en las distintas modalidades y potencialidades de indicación, uso y autorización de medicamentos por y para las enfermeras, tanto en su vertiente autónoma como colaborativa. La ampliación en este sentido de todo el planteamiento para los productos sanitarios y su prescripción. La identificación, por parte de algunas teóricas del pensamiento y disciplina enfermera de una **administración avanzada de la medicación** en ese entorno colaborativo y/o identificándolo con éste, y ligado todo a una **práctica enfermera** que empieza a definirse en algunos contextos como “**avanzada**” y con capacidad de contextualización al área de las urgencias y emergencias. La no identificación a día de hoy de un área de especialización académica concreta en el espacio de los cuidados urgentes frente a una clara diferenciación laboral en el nivel prehospitalario, tanto en Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) y Equipos de Emergencias como en la asistencia a las urgencias desde el nivel de Primaria, contando con enfermeras diferenciadas para esta área y tareas, planteándose ahora la capacidad resolutoria y finalista de la enfermera de urgencias en este nivel a través de la definición de concretos perfiles de práctica avanzada: A través de la clasificación, la consulta de enfermería de urgencias y los Equipos Móviles de Cuidados Avanzados (ECA) que se empiezan a hacer operativos y a ensayar en diversos Sistemas Sanitarios y ante la patología “banal” urgente, clasificada en niveles de prioridad con posibilidad de esa resolución enfermera finalista y alrededor de un perfil demandante, a la vez, definido de manera que esa clasificación, gestión y resolución enfermera de toda esa patología y demanda concreta urgente empieza ya a sumar un valor añadido a través ese manejo enfermero autónomo, y en el sentido de hacer evidente valor profesional, social e individual y a través de la resolución de problemas a los pacientes.

Son todas éstas cuestiones las que, en su conjunto, pueden hacernos plantear una nueva definición de la enfermera de urgencias y emergencias prehospitalarias y sus funciones, que pivote alrededor de todos esos perfiles “exclusivos y diferenciados” y ante un nuevo espectro asistencial que se empieza a ensayar y dibujar institucionalmente para la enfermera en esta área y a través de la definición competencial y de ese poder resolutorio finalista, apoyado muchas veces en la prescripción y/o administración avanzada de medicación, como nuevo atributo que habrá que terminar de desarrollar y definir con el resto de medidas y cambios normativos que se requieran, y todo frente a ésta, a la vez, falta de desarrollo académico de una especialidad propia que, como reivindicación histórica y no alcanzada, permitiese englobar, ahora, competencialmente una misma línea y trazado formativo especialista titulado que integrara, de alguna forma, a la enfermera de urgencias y emergencias en su conjunto y para el resto de la disciplina y mediante la definición,

quizá, de todos estos nuevos perfiles competenciales de práctica avanzada que se van “descubriendo” y ensayando y en sintonía con la experiencia ya acumulada en otros países de nuestro entorno.

Prescripción enfermera.

1. Marco conceptual

La evolución de las competencias enfermeras, la formación académica¹ a través de los estudios ahora de grado, especialización y postgrado, así como la necesidad evidenciada y evidente de que los sistemas sanitarios requieren de un mayor protagonismo enfermero en todos los entornos asistenciales en los que tenemos potencial de actuación, y en una línea de eficiencia buscada para esos sistemas, hacen de la prescripción enfermera, como parte del proceso que, valora, diagnostica, plantea resultados, interviene sobre problemas y necesidades y evalúa dichos resultados, una necesidad sentida y argumentada en un entorno de ciencia que, mediante el manejo de conocimientos y método, confiere a la profesión Enfermera actual un potencial enorme de desarrollo de nuestra propia autonomía dentro del proceso asistencial y de los Planes de Cuidados, a través del Proceso Enfermero.

Podríamos decir que, en general, asistimos a una búsqueda de la autonomía dentro del cuerpo de las disciplinas sanitarias, cuestión que, a la vez, no debe entenderse como la pretensión de alcanzar la autosuficiencia, a pesar de la consabida dependencia histórica enfermera del saber y del poder médico y los intentos de huida de la misma.

La profesión Enfermera, desde la segunda mitad del siglo XX, toma conciencia de su papel autónomo y de que debe ejercerlo dentro del área de la salud. Sus competencias, en torno a lenguaje y métodos de trabajo siguen siendo el debate actual. Pero autonomía no debe confundirse, ya que el intento de afirmar una, no debe excluir la relación con otras disciplinas. Entendiéndose ésto como la interpretación confusa de conceptos de multidisciplinariedad, trabajo en equipo e interdisciplinariedad. Algo a la vez inherente a la asistencia urgente y de emergencias. Máxime en situaciones de desastre donde los recursos son superados y la coordinación y comunicación entre actuantes deben ser máximas (1).

En el seno de esta revolución paradigmática es preciso remarcar un factor clave: “El paso de una orientación centrada en la enfermedad, a una orientación teórica hacia la salud; la paulatina transformación desde un criterio de total dependencia médica al descubrimiento y toma de conciencia por parte de los profesionales de que existe una función propia de los y las enfermeras, además de las funciones delegadas por el médico, y de que existen los cuidados de enfermería sobre los que los profesionales deben poseer competencia y ser responsables” (2).

La prescripción de enfermería es definida por BULECHECK, McCLOSKEY (1992) como cualquier cuidado directo que la enfermería realiza en beneficio del cliente. Ese cuidado directo incluye los tratamientos iniciados por la enfermera, los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico y la realización de actividades diarias esenciales para el cliente (3) (4) .

2. Prescripción en el entorno de la Urgencia y Emergencia

El área de las urgencias y emergencias, asistidas desde cualquiera de los niveles y entornos asistenciales plantea, si cabe, unos modelos de trabajo y formas en que la colaboración entre profesionales y el trabajo en Equipo hacen de la prescripción enfermera, muchas veces farmacológica y ante situaciones de urgencia y emergencia, una necesidad legislada y en el entorno de colaboración en el que, atendiendo a la mayor evidencia científica y a través de algoritmos de actuación institucional e internacionalmente aceptados y consensuados (cadencialmente revisados), posibiliten a la enfermera actuar acorde a estos conceptos y fuera de toda “duda y sospecha” de ilegalidad y/o de repercusión penal por la no existencia de los mismos, haciéndose necesario un consenso y desarrollo, a la vez, formativo y acorde a la especialización y diferenciación profesional en esta área y como argumentos, al amparo de los cuales, se despejen cuantas dudas aún este asunto pueda seguir encerrando sin ningún sentido y en muchos sectores (5).

La enfermera de urgencias y emergencias perfectamente puede ser la que en determinadas situaciones asista al paciente crítico y agudo sin la posibilidad puntual de apoyo en ningún otro profesional y nada más que amparada en sus conocimientos y en los algoritmos, protocolos y estándares de actuación universalmente planteados a través de la evidencia científica. Y es por ello, por lo que se requiere de un amparo legal que reconozca estas situaciones y la posibilidad de actuación, manejo, uso y prescripción farmacológica de cualquiera de los principios activos de los que va a depender, muchas veces, la vida de un paciente. O de los que se requiera su manejo y uso en situaciones en que el tiempo juega en contra de posibles agravamientos de la situación o secuelas de daño irreversible y previsible, y atendiendo siempre a esa posibilidad de valoración sin el apoyo médico, o en entornos consensuados a través de protocolos de actuación asumidos por cualquier institución asistencial y en el sentido apuntado, en lo que se ha venido a llamar “**prescripción colaborativa estandarizada/protocolizada (Protocolos de grupo)**”(6) y que requerirá de mayor acotamiento y trabajo en conjunto multidisciplinar como para llegar a hacerse una realidad legislada. Requerirá, posiblemente, de una nueva tipificación de los medicamentos en cuanto a su posibilidad de indicación enfermera, de los definidos como “sujetos a prescripción médica” exclusiva (7), y/o de la confección consensuada de Protocolos y Guías

de práctica clínica y asistencial que permitan la indicación, uso y autorización de dispensación de los mismos y como indica finalmente la Ley 28/2009 de modificación de la Ley 29/2006, Ley del medicamento (8). Y que alguna autora (Nuria Cuixart), ha venido a denominar, y en este contexto y entorno, **“Administración avanzada de medicación”**, en la que la enfermera puede “prescribir como colaboradora de un prescriptor independiente” (el médico), ajustando dosis, modificándolas en función de la evolución del paciente o bien bajo protocolos consensuados o guías de práctica clínica, pero que no puede considerarse prescripción independiente o autónoma de la enfermera pues sólo le permite prescribir dentro de los términos del protocolo, que ha consensuado o han sido supervisados por otro profesional, cuestión que no es baladí ni hemos de olvidar (13).

La enfermera de urgencias participa de las actividades asistenciales y planes de cuidados planteados al paciente derivado al alta domiciliaria, así como del seguimiento y realización de actividades enmarcadas en los llamados “Servicios Comunes Programados”, durante los horarios y jornadas de cierre de los centros de Atención Primaria de Salud. Por lo que se ve, de esta forma “salpicada” e irrenunciablemente, de los mismos condicionantes de uso de material sanitario y prescripción farmacológica que el resto de las enfermeras comunitarias, en esa idea de seguimiento y de una Atención Continuada del paciente y bajo las mismas prerrogativas legales que venimos comentando.

Es la formación, en su expresión especialista y de práctica avanzada [2](#), para extender el rol ampliado a la prescripción enfermera (9) y el respeto a estos conceptos de colaboración, lo que posibilitará el actuar de la forma más correcta, segura y beneficiosa para el paciente urgente. Sin olvidar jamás que la responsabilidad diagnóstica y de tratamiento médico recae irrenunciablemente en éste y que es la enfermera a través de la técnica, el control y la vigilancia posteriores a la administración de la medicación, quien de esta forma evidencia a la vez autonomía y responsabilidad profesional sobre estas intervenciones concretas. Otras, será la indicación, uso y autorización en la dispensación y, visto así y en este nuevo entorno consensuado que puede provocar la nueva legislación emergente.

La actualización continua de algoritmos y el hacernos “esponja” al consenso científico y de evidencia que va apareciendo, hacen necesarias “postulaciones” permanentes en estos temas como para que, llegado el momento, participemos del consenso que se plantee en este sentido y a través de lo que debe ser una indiscutible presencia profesional enfermera y en ese entorno de legalidad necesario y exigido (5).

3 Recorrido documental alrededor de la prescripción en urgencias y emergencias: Textos que apoyan, argumentan, reconocen y avalan una idea de prescripción colaborativa en esta área.

3.1. Ya, el documento base planteado por el Consejo General de Enfermería (CGE), “Marco Referencial para la prescripción enfermera” (9), plantea, a finales de 2005, principios de 2006, como uno de los ejemplos concretos de prescripción enfermera en el Sistema Nacional de Salud en ese momento identificados, las situaciones de “pérdida de rango terapéutico del INR” en paciente anticoagulado, en las que “son las enfermeras las que previamente consensuado, a través de protocolo y algoritmos de actuación, vuelven a adecuar las dosis de anticoagulantes orales (así como su **manejo urgente**)... una vez detectadas estas situaciones en consulta programada y/o domicilio y otras tantas en los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

3.2. El Estudio sobre prescripción enfermera llevado a cabo por el CGE y presentado a finales de 2006 como resultados de una primera fase (10), analiza 40 situaciones diferentes con más de 200 medicamentos y productos sanitarios manejados a través de 170 intervenciones enfermeras codificadas a través de la NIC, entre las cuales, y de contextualización concreta en el área de las urgencias y emergencias podemos destacar.

- La oxigenación en situaciones de emergencia.
- Permeabilización de las vías aéreas.
- Manejo del dolor torácico de características isquémicas en pacientes con antecedentes sin alergia específica.
- Manejo del dolor de origen traumático.
- Manejo de accidentados y politraumas.
- Manejo de la Hipovolemia severa y de la hemorragia exanguinante.
- Manejo del compromiso vital inmediato y de la Parada Cardiorrespiratoria.
- Manejo de la hipoglucemia severa.
- Primeros Auxilios.

3.3. El Grupo de trabajo de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, identifica, como ejemplo de prescripción colaborativa estandarizada/protocolizada las situaciones de manejo de accidentados y politraumas, las situaciones de compromiso vital inmediato y parada cardiorrespiratoria (administración de medicación en función de la situación y de los algoritmos de Soporte Vital Avanzado –SVA–), planteando como listado de

medicamentos los manejados por el SVA (Alcalinizantes, antiarrítmicos, catecolaminas, oxígeno, sedantes, vasodilatadores y vasopresores). Así como listado de productos sanitarios para esta misma prescripción colaborativa estandarizada el siguiente:

-
- Catéteres intraóseos y accesorios.
 - Dispositivos para asegurar la permeabilidad y ventilación de la vía aérea.
 - Dispositivos para la inmovilización.
 - Dispositivos para la movilización.
 - Electrodos de monitorización.
 - Electrodos de tratamiento eléctrico de arritmias.
 - Elementos de rescate, extricación, movilización e inmovilización de accidentados.
 - Lubricantes.
 - Monitores desfibriladores.
 - Productos para el cuidado de heridas y quemaduras.
 - Tiras reactivas y materiales para determinaciones sanguíneas.

El Grupo de Trabajo hace referencia expresa a que “Como ejemplo se pueden poner las actuaciones en Soporte Vital Avanzado (SVA), donde en los algoritmos de SVA traumatológico, cardiológico, adulto y pediátrico se determinan claramente los fármacos usados y sus dosis. Estas actuaciones están consensuadas internacionalmente por organismos de reconocido prestigio como el ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), la ERC (European Resuscitation Council) o la AHA (American Heart Association)” (6).

3.4 En esta línea, alguna sociedad científica, curiosamente “ajena” al entorno definido para las urgencias y emergencias como es la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), también puntualizó alrededor de esta cuestión y a través de su informe de alegaciones al proyecto de Decreto 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 (SSPA) y a través de la inclusión de un nuevo artículo en ese decreto y en estos términos (11):

Proponemos la inclusión de un apartado 6º en este artículo

Art.3.6

“Las enfermeras y enfermeros podrán indicar, en el ejercicio de su actuación profesional, el uso de medicamentos protocolizados en situaciones que requieran soporte vital avanzado y cuya utilización con carácter de emergencia pueda evitar el compromiso vital de la persona. Las enfermeras y enfermeros deberán seguir las recomendaciones y estándares aprobados en cada momento sobre soporte vital avanzado vigentes en cada momento y reconocidos por la agencia internacional y/o española referente.

Justificación: Este nuevo apartado busca resolver las situaciones en las que, si la enfermera no dispone de la competencia para indicar la medicación de urgencia necesaria, podría comprometerse la vida del ciudadano/a atendido en una situación crítica. La enfermera no indicaría libremente en este supuesto, sino que solo podría utilizar medicamentos recomendados oficialmente y protocolizados en ese tipo de situaciones”.

3.5 El Grupo de trabajo de la Consejería de Salud Andaluza y del Servicio Andaluz de Salud (SAS), encargado de plantear un documento de desarrollo normativo de la disposición adicional duodécima de la Ley 29/2006 y de la capacidad legal de la enfermera para prescribir productos sanitarios, plantea en dicho documento (7), que: “*El grupo de trabajo ha identificado determinadas situaciones, ya descritas en el apartado 3.2., en las que la enfermera requiere o podría requerir la indicación y/o uso de determinados medicamentos tipificados actualmente como de prescripción en receta médica, bien en el curso de su actividad clínica o en situaciones de urgencia y emergencia. Estos medicamentos se relacionan en el Anexo 3. En estas situaciones no sería imprescindible la intervención de un profesional médico, por lo que se insta al Ministerio de Sanidad a que revise la tipificación de estos medicamentos, considerados, según su ficha técnica, como “con receta médica”. Se propone que se contemple una nueva categoría de tipificación de este requisito que recoja la posibilidad de prescripción o indicación por la enfermera (“con receta médica o receta enfermera”). Esta nueva categoría se debe asignar a los medicamentos del Anexo 3. Podría considerarse la posibilidad de que esta nueva tipificación estuviese ligada a la indicación”.*

Entre la medicación que aparece en ese Anexo III se encuentra la atropina, el carbón activado, la insulina, el calcio, el ácido amino caproico, el ácido tranexámico, la vitamina K, la epinefrina, las soluciones intravenosas y de irrigación, la adrenalina, los nitratos orgánicos (isosorbida dinitrato), preparados para el tratamiento de heridas y úlceras (clostridiopeptidasa/proteasa), sulfadiazina argéntica, lidocaína, bupivacaina, flumazenilo y naloxona.

3.6. En este sentido, y en el mes de Abril de 2009, y revisada el 2 de Enero de 2010, la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) plantea una Recomendación Profesional a todos sus asociados y al global de enfermeras de esta área con la petición expresa de difundirla (12).

“A los profesionales enfermeros y enfermeras de urgencias y emergencias se abstengan en su práctica clínica, asistencial y de cuidados, de realizar actividad alguna que pueda ser interpretada como un acto de prescripción farmacológica enfermera contrario a la legislación vigente.

Los supuestos de excepcionalidad o urgencia de causa mayor en las que en contra de esta recomendación se pudiera realizar prescripción farmacológica enfermera serán aquellas en las que la denegación de ayuda y cuidados pusiera en riesgo la vida de las personas.

En estos supuestos los/as profesionales enfermeros/as que se vean abocados a realizar una acción que pueda ser considerada prescriptora, la SEEUE recomienda que dicha acción sea puesta en conocimiento escrito de sus responsables jerárquicos y funcionales, así como de los representantes sindicales de las Mesas Sectoriales de Sanidad y reflejado en la historia del paciente indicando las causas que han motivado la acción.”. Sin menoscabo de que tales acciones prescriptoras se encuentren de alguna forma protocolizadas institucionalmente por el ente contratante de la enfermera (Revisión de Abril de 2010).

Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)

1 Definición del Consejo Internacional de Enfermería (14)

“La enfermera de atención directa / enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario.”.

Características:

Formación

- Formación a nivel avanzado.
- Reconocimiento oficial de los programas de formación con los que se prepara a las enfermeras de atención directa/enfermería de práctica avanzada acreditados o aprobados.
- Sistema oficial de autorización, registro, certificación y acreditación.

Naturaleza de la práctica profesional

- En ella se integran la investigación, la formación, el ejercicio profesional y la gestión.
- Alto grado de autonomía profesional y práctica independiente.
- Gestión de casos/casos propios.
- Capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos.
- Competencias clínicas avanzadas reconocidas.
- Prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud.
- Planifica, ejecuta y evalúa los programas.
- Reconocido primer punto de contacto para los clientes.

Mecanismos reglamentarios: Reglamentos específicos de cada país subyacentes al ejercicio de la enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada

- Derecho a diagnosticar.
- **Autoridad para recetar medicamentos.**
- **Autoridad para recetar tratamientos.**
- Autoridad para remitir clientes a otros profesionales.
- Autoridad para admitir pacientes en los hospitales
- Legislación que confiere y protege el título de “Enfermera de atención directa/Enfermera de práctica avanzada”.
- Legislación u otra forma de mecanismo reglamentario específico para las enfermeras de práctica avanzada.
- Títulos oficialmente reconocidos para las enfermeras que desempeñan funciones de práctica profesional avanzada.

2. La acreditación avanzada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias –LOPS– (15)

Artículo 36 del Capítulo IV de “Formación Continuada”: “Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada”.

1. Las Administraciones sanitarias públicas podrán expedir Diplomas de Acreditación y Diplomas de Acreditación Avanzada, para certificar el nivel de formación alcanzado por un profesional en un área funcional específica de una determinada profesión o especialidad, en función de las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas por el interesado en el área funcional correspondiente.

Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada, que deberán expedirse necesariamente de acuerdo con los requisitos, procedimiento y criterios establecidos conforme a lo previsto en el artículo 34.4.e, tendrán efectos en todo el territorio nacional, sea cual sea la Administración pública que expidió el diploma.

2. Las Administraciones sanitarias públicas establecerán los registros necesarios para la inscripción de los Diplomas de Acreditación y de Acreditación Avanzada que expidan. Tales registros tendrán carácter público en lo relativo a la identidad del interesado, al diploma o diplomas que ostente y a la fecha de obtención de éstos.

3. Los Diplomas de Acreditación y los Diplomas de Acreditación Avanzada serán valorados como mérito en los sistemas de provisión de plazas cuando así se prevea en la normativa correspondiente.

3. La prescripción enfermera dentro del rol de EPA (16)

1. **Australia:** Enfermeras Clínicas y Enfermeras en Prácticas Avanzadas en ciertas regiones, con supervisión médica, mientras que en otras regiones, las Enfermeras Clínicas lo hacen sin supervisión. La formación que se les exige, además de la formación adicional, es de entre 60–80 horas.
2. **Canadá:** las Enfermeras Clínicas dentro de los cuidados agudos en los hospitales, pueden prescribir según directiva médica (supervisión indirecta), mientras que las mismas en los cuidados primarios de salud lo hacen sin prescripción médica. La formación requerida está ya incluida en su formación como Enfermeras Clínicas.
3. **Irlanda:** todos los enfermeros pueden prescribir y administrar medicamentos con la ayuda de protocolos creados y firmados por el médico y el servicio de salud que proporciona los cuidados. Las enfermeras y las matronas siguen un programa complementario de prescripción y se inscriben como enfermeras prescriptoras (Irish Nursing Board) que les permite realizar prescripciones de manera autónoma. En la actualidad, además de dicha formación inicial, se está estudiando la implantación de un programa complementario a nivel de licencia denominado (Bachelor level degree).
4. **Reino Unido:** Todos los enfermeros pueden prescribir de forma delegada por un médico medicamentos vía un proceso denominado "patient group direction". Decir además que todos los enfermeros de todas las categorías, a condición de estar inscritos como enfermeros prescriptores, pueden convertirse en prescriptores independientes, siempre y cuando sigan la formación correspondiente e inscribirse en el Nursing and Midwifery Council. Para convertirse en prescriptor independiente, además de la formación inicial, hay que realizar un curso destinado a prescriptores no médicos que incluye 26 días de teoría y 12 días de prácticas supervisadas por un médico.
5. **EEUU:** todos los enfermeros clínicos, enfermeras clínicas especialistas y enfermeros de anestesia... pueden prescribir bajo supervisión médica y sin supervisión médica en ciertos estados. La formación requerida incluye un programa de formación de máster específico en la categoría de práctica avanzada correspondiente.

Finalmente decir que, la gama de medicamentos que los enfermeros pueden prescribir en estos países es extensa e incluye antibióticos, antivirales, anticoagulantes, hipolipemiantes... existiendo variaciones según los países, en particular en lo referente a los estupefacientes, narcóticos y los analgésicos potentes. Mientras que, en Australia, Irlanda y EE. UU. se autoriza a ciertas categorías de enfermeros a prescribir medicamentos en cuidados paliativos y productos narcóticos, en Canadá no está permitido. El Reino Unido, autoriza a enfermeros a prescribir estupefacientes en cuidados paliativos, incluyendo potentes opiáceos, pero no narcóticos.

La prescripción enfermera incardinada en el modelo de EPA en Urgencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

1. Decreto 307/2009 de 21 de Julio, por el que se define la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del SSPA (17)

Aprobado el verano de 2009 define estas actuaciones específicas en el sentido de:

1. Usar e indicar los medicamentos que, de acuerdo con la normativa vigente, no estén sujetos a prescripción médica y, en su caso, autorizar su dispensación con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, para los pacientes a los que presten sus cuidados y tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.
2. Colaborar con los profesionales de la medicina y de la odontología en programas de seguimiento protocolizado de determinados tratamientos farmacológicos, en las condiciones que se establecen en el artículo 4 de dicho Decreto.

3. Indicar y prescribir los productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, a los pacientes a los que presten sus cuidados y que tengan derecho a ella, en las condiciones que se establecen en este Decreto.

Para lo que se podrán establecer, por parte de la Consejería, programas de formación y protocolos y/o pautas de utilización específicos de obligado cumplimiento y contando para ello con el asesoramiento de las Sociedades Científicas y Organizaciones Colegiales.

Es necesario señalar un escenario transversal y novedoso ligado directamente a la EPA, que se refiere al papel de la enfermera en la prestación farmacéutica.

Actualmente, en los Manuales de Acreditación de Competencias Profesionales desarrollados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía para el Sistema Sanitario Público de Andalucía, se definen dos Buenas Prácticas que son transversales a todos los Manuales de Competencias del ámbito de la actuación:

-El/la Profesional favorece el uso responsable y seguro del medicamento y/o de los dispositivos de soporte a los cuidados y apoyo terapéutico” (como verificación de la Competencia “Educación para la Salud, Consejo Sanitario y Medidas de Prevención”).

-El/la Profesional hace uso adecuado de los recursos disponibles (dentro de la Competencia “Uso eficiente de los recursos”).

En este sentido y en la última época, se viene llevando a cabo la definición progresiva de un **perfil de práctica avanzada para la enfermera de urgencias** de este SSPA (18), en el que están siendo reflejadas y pilotadas potencialidades finalistas de la enfermera en nuestra área, de forma que la prescripción viene a ser una herramienta indispensable y reglada en la que apoyar todo ese nuevo marco de ampliación de espectro competencial a través de:

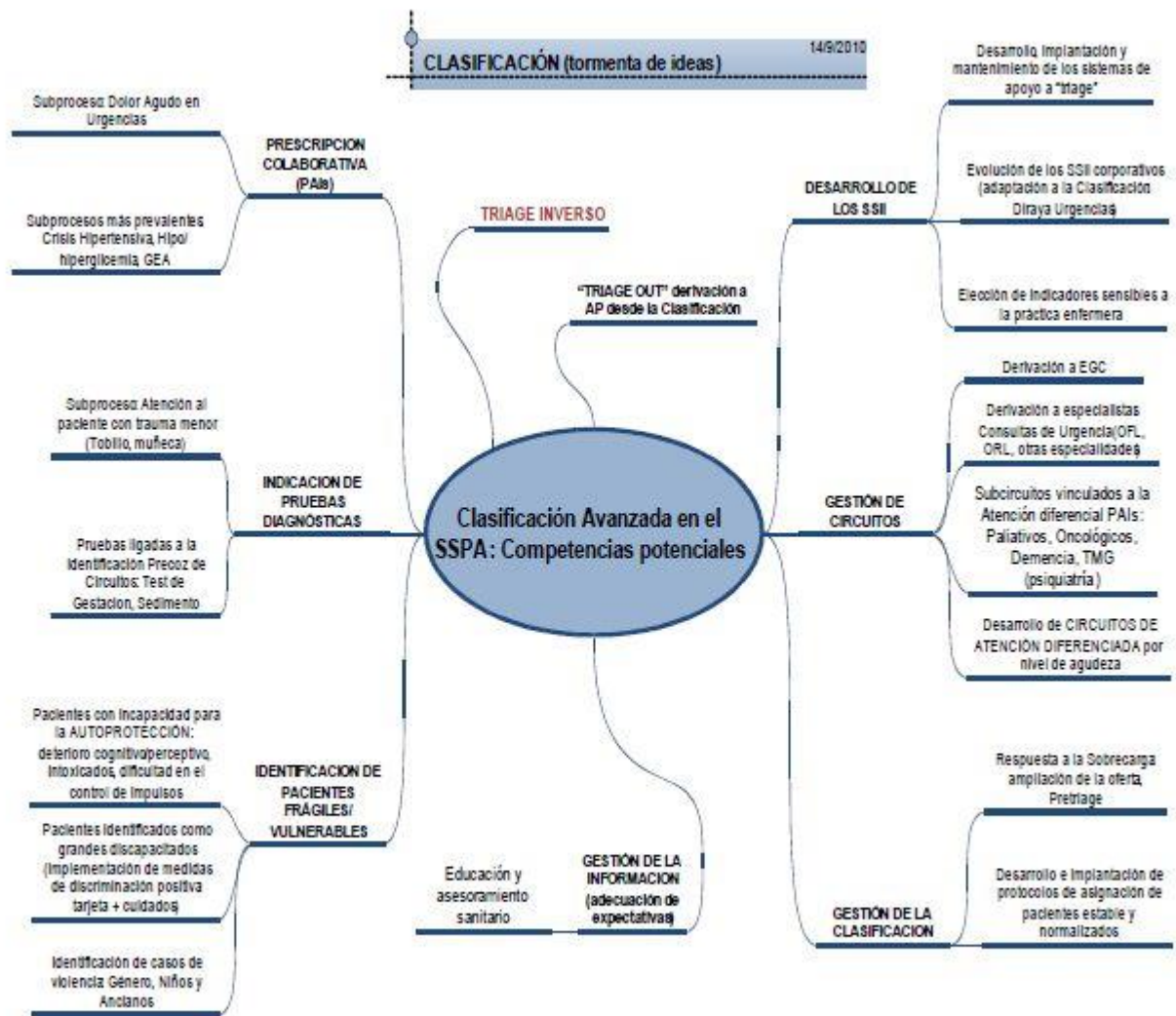
2. Clasificación avanzada en puntos fijos de urgencias de Atención Hospitalaria y Atención Primaria (19)

Por el carácter extensivo del proceso tanto en Atención Hospitalaria (AH) como Atención Primaria (AP), el denominado Triage se define como la Recepción, Clasificación y Atención Sanitaria inicial del paciente. Desde un punto de vista metodológico se define como un subproceso orientado a la organización de la demanda asistencial, mediante una valoración rápida y normalizada. De manera que cada paciente reciba la atención adecuada, en el lugar adecuado, por el profesional adecuado y en el momento adecuado.

El proceso comprende tres partes:

- Recepción y acogida: Primer contacto con el sistema
- Clasificación: establecimiento del nivel de atención requerida por el paciente y su derivación al circuito de atención correspondiente según los criterios normalizados por la institución.
- Intervención: incluye todas las acciones realizadas, directas e indirectas, para la provisión del servicio anteriormente descrito.

En la tormenta de ideas planteada como parte del proceso de identificación y definición de un mapa conceptual para este perfil avanzado de clasificación, se hace referencia a la prescripción colaborativa enfermera incardinada en el manejo de los Procesos Asistenciales Integrados que puntualmente se puedan ir identificando en esa potencial cartera de servicio de la que participe la enfermera:



Mapa Conceptual Clasificación de Pacientes

3. Consulta enfermera de Urgencias (20)

La atención en la Consulta Enfermera de Urgencias (tanto en AP como en AH), se define como un subproceso orientado a la **atención al paciente urgente al que se ha asignado un nivel de prioridad 5**.

La cartera de clientes en base a niveles de prioridad genera fronteras dinámicas por lo que en función de los escenarios de atención, los profesionales implicados y el nivel de desarrollo o madurez de los protocolos o las GPC por proceso, es posible que **algunos motivos de consulta puedan ser abordados o excluidos independientemente de su prioridad, siempre que se aborde la atención a pacientes clínicamente estables (niveles 4/5)**.

La entrada del paciente se realiza a través de la Clasificación, cuando al paciente se le asigna el nivel de prioridad pertinente.

El paciente sale del proceso cuando:

- Se finaliza el episodio de urgencias porque se han cubierto las demandas de atención del paciente de acuerdo con los criterios de calidad definidos.
- El paciente es reconducido hacia los circuitos de atención normalizada (profesional de referencia en AP).
- Se reclasifica el paciente y se eleva su nivel de prioridad, por lo que es derivado a los circuitos articulados al efecto.
- El paciente rehúsa a la asistencia y se reconduce hacia los circuitos articulados para tal eventualidad.

Actividades	Características de Calidad	Intervenciones	Competencia de referencia	Competencias específicas	Formación
EPA de Clasificación Avanzada y Consulta Enfermera	Intervenciones y competencias transversales en todas las actividades	- Documentación - Escucha activa - Intermediación Cultural - Manejo ambiental seguridad - Protección de derechos - Restricción de zonas de movimiento (en Hospital) - Mejorar el acceso a la información sanitaria		- Seguridad del paciente - Competencia Cultural - Manejo de sistemas Informáticos específicos del área - Comunicación y/o entrevista clínica - Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones) - Orientación a resultados	Modulo Básico EPA Urgencias: - Seguridad del Paciente en Urgencias - Comunicación - SSIU, Dtraya Urgencias - Proceso enfermero en Urgencias
Identificación del paciente	Identificación inequívoca del paciente y familiar en su caso. Presentación al paciente				- Seguridad del Paciente en Urgencias
Clasificación de pacientes Activación de circuitos de atención preferente medidos por el factor tiempo	Asignación de nivel de agudeza según escala validada de 5 niveles. La activación se realizará en virtud de la identificación de los criterios definidos en los FANs de referencia: • Dolor torácico • Código ICTUS • Código SEPEIS • Subproceso dolor agudo	- Triage centro de urgencias - Documentación - Manejo del Dolor - Monitorización de signos vitales - Monitorización neurológica - Transferencia - Identificación de riesgos	Adecuada utilización de los recursos disponibles - Visión continuada e integral de los procesos - Soporte Vital	Manejo de herramientas para la Clasificación de pacientes - Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso - Detectar complicaciones - Semiología clínica "según proceso" - Capacidad para tomar decisiones - Aspectos preventivos y de detección precoz	Sistema de clasificación Manchester "Circuitos de atención Preferente" Acción formativa específica que debe incluir manejo del "protocolo específico del centro".
Determinar nivel de Complejidad	Asignar un nivel de vulnerabilidad/fragilidad al paciente que oriente la intensidad de cuidados que requiere y las intervenciones para garantizar su seguridad	- Identificación de riesgos - Triage centro de urgencias - Prevención de caídas - Manejo ambiental seguridad	Adecuada utilización de los recursos disponibles	Manejo de herramientas para determinar el nivel de complejidad	Identificación de pacientes vulnerables en Urgencias
Guía del Sistema Sanitario	- Orientar al paciente/familia en el entorno - Adecuar sus expectativas - Identificar necesidades especiales	- Guía del Sistema Sanitario - Protección de derechos	- Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos - Oferta de servicios y conocimiento organizativo	- Derechos y deberes de los usuarios - Capacidad de relación interpersonal - Comunicación	Modulo Básico EPA Urgencias
Activación de subcircuitos de atención específica	Identificación de Violencia en población vulnerable Subproceso Trauma menor	- Apoyo en la protección contra abusos: Ancianos - Apoyo en la protección contra abusos: Cónyuge - Apoyo en la protección contra abusos: niños - Escucha activa - Intervención en caso de crisis - Control de infecciones	- Orientación al ciudadano: Respeto por sus derechos. - Personalización de los cuidados - Trabajo en equipo	- Protocolos, procedimientos y guías prácticas específicas. - Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad) - Discreción - Continuidad asistencial - Protocolos, procedimientos y guías	"Curso de Formación Básica en el abordaje sanitario del maltrato contra mujeres" Acciones formativas específicas en el caso de Ancianos y Niños "Subproceso trauma menor"

Solicitud de pruebas diagnósticas	Se desarrollará en función de los circuitos desarrollados en la institución, entre otros: RX en trauma leve, Analítica básica	- Manejo del dolor - Manejo de la medicación - Manejo de muestras - Potenciación de la Seguridad	- Trabajo en equipo	prácticas específicas - Identificación y valoración de signos y síntomas - Protocolos, procedimientos y guías prácticas específicas - Manejo de cuestionarios validados	Acción formativa específica que debe incluir manejo del "protocolo específico del centro". Acción formativa específica que debe incluir manejo de los "protocolos específicos del centro"
Derivación a Enfermera Gestora de Casos / Circuito de pacientes vulnerables	Presentación del caso a los referentes e Gestión de Casos a través de la Historia de Urgencias. Activación de subcircuito de atención específica de pacientes vulnerables en la unidad.	- Intercambio de información de cuidados de salud - Apoyo al cuidador principal	- Personalización de los cuidados - Capacidad de apoyar a la familia en su rol cuidador	- Continuidad asistencial - Derivación	Incluido en los contenidos de "Proceso enfermero en Urgencias"

Competencias genéricas para el escenario de la atención en Urgencias

La enseñanza sobre los medicamentos prescritos y la prescripción de medicación son reflejadas como intervenciones relacionadas con competencias de referencia y genéricas de la atención urgente tanto en la consulta estable de urgencias o como circuito de respuesta alternativa en situaciones de sobrecarga.

4. Equipos Móviles de Cuidados Avanzados –ECA– (21)

En el ámbito del Sistema Sanitario Público Andaluz existe una experiencia destacable en el contexto de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias: los "Equipos de Coordinación Avanzada (ECA)". Son recursos móviles de urgencias presentes en las provincias de Málaga y Sevilla.

Estos equipos móviles atienden de forma predominante, "Prioridades 2" (aquéllas en las que se sospecha una patología aguda o exacerbación de una patología crónica, sin probable amenaza vital o funcional inmediata y que por tanto precisan atención a la mayor brevedad posible), suponen un 86,02% de su actividad y entre estas destacan los accidentes de transporte y las alteraciones del nivel de conciencia. Aunque también atienden un 9% de "Prioridades 1" que son aquellas situaciones en las que los signos o síntomas que presenta el enfermo, nos hacen sospechar un riesgo vital inminente o de secuelas graves y/o irreversibles o pérdida de función de órganos vitales y precisan una atención inmediata.

El Equipo de Coordinación Avanzada que combina la actividad a la cabecera del paciente de un enfermero y un técnico de emergencias con el apoyo y supervisión del médico de sala de coordinación, valora y resuelve sin necesidad de traslado más de la mitad (51,79%) de los casos donde es asignado.

Este modelo empieza a desarrollarse ahora también en el entorno prehospitalario de asistencia a las urgencias desde el nivel asistencia de la Atención Primaria, y en concreto desde los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

Desde que el usuario realiza una demanda Urgente al Centro Coordinador de Urgencias (CCU) hasta que se cierra el episodio, en el caso de este recurso, hay diferentes momentos de “toma de decisión” que condicionan la forma de actuar del ECA.

La primera toma de decisión corresponde al coordinador ante una demanda sanitaria clasifica y establece una prioridad de atención, en base a esta prioridad activa al DCCU comunicándose con el centro de Salud.

En una fase posterior del proceso de atención, la decisión de activación de un recurso ECA en base a los criterios establecidos para inclusión en su cartera de servicios, se decidiría la activación de este recurso en el Centro de Salud. En esta decisión será determinante la información y prioridad establecida desde la Sala de coordinación y los factores de las características del usuario que pueden conocerse en este contexto y que pueden pasar desapercibidos para el Coordinador.

Los siguientes niveles de decisión corresponden al enfermero del ECA, en base a sus competencias y a la capacidad de resolución autónoma que tenga en función de las características y necesidades del paciente, Así pues, se describen tres escenarios posibles:

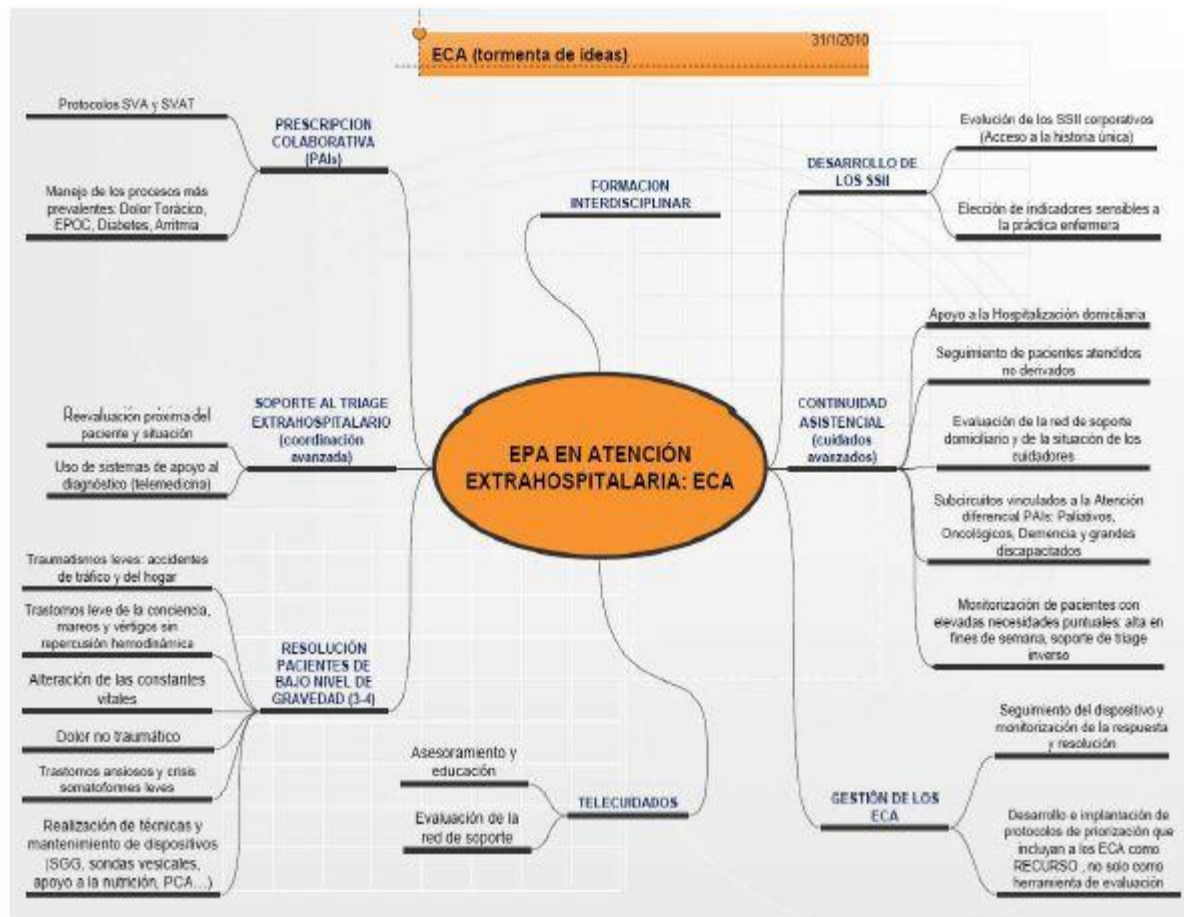
–Resolución in situ de forma autónoma. Si el enfermero puede solucionar el episodio cerrará éste comunicando a Sala la disponibilidad y emitiendo un informe para Atención Primaria. Si las condiciones del paciente y su familia, en base a complejidad y vulnerabilidad, requieren un seguimiento y la asistencia se ha realizado en horario fuera de cobertura de sus proveedores habituales de salud en Atención Primaria, derivará para su seguimiento a Salud Responde o a Enfermero de coordinación (dependiendo del desarrollo específico de sala), tal como se hace en las altas Hospitalarias complejas en fines de semana.

–Las condiciones del paciente requieren la intervención no presencial de un médico. En base a las características del paciente y del episodio se llevará a cabo un trabajo colaborativo y coordinado con el médico de la sala del CCU o con el Médico de Atención Primaria. Deberán estar definidos y protocolizados en qué casos interviene cada uno de ellos, estableciéndose un protocolo de comunicación y actuación específico. Deben quedar establecidos todos los datos básicos que necesita el médico para la toma de decisiones en cada proceso. Si la resolución es in situ se actuará de igual forma que en el punto anterior.

–Las condiciones del paciente requieren la intervención presencial de un médico. Solicitud de apoyo a la Sala de Coordinación. Se iniciará la atención protocolizada de Soporte Vital en tanto que llega el médico, con el apoyo y coordinación del médico de la sala de CCU. Si no hubiese apoyo disponible se realizará atención básica de soporte Vital en base a protocolo y se iniciará traslado lo antes posible al Centro Sanitario más cercano.

En todos los casos el enfermero comunicará disponibilidad a sala y transmitirá la información necesaria para el cierre del episodio.

En la tormenta de ideas que el Grupo de Trabajo configurado para definir esta EPA llevó a cabo, se vuelve a referir la prescripción colaborativa en este entorno como herramienta indispensable en el desarrollo de estas nuevas prácticas:



Mapa Conceptual EPA en atención Urgente extrahospitalaria: ECA

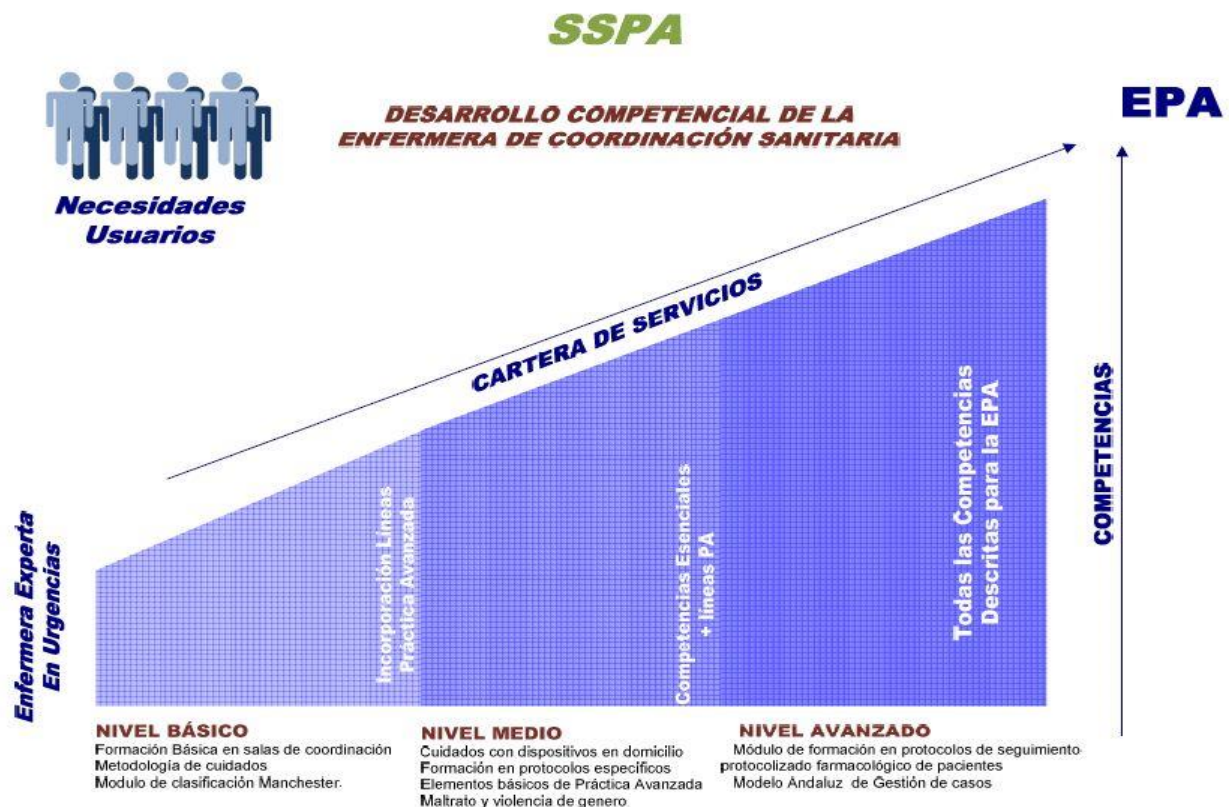
5 Enfermeras de Prácticas Avanzadas en Salas de Coordinación (22)

El nuevo modelo de coordinación sanitaria de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias (CCUE) incide en la necesidad de hacer una distribución más adecuada de la demanda asistencial que entra en los CCUE para que la respuesta a dichas demandas sanitarias sea dada por el perfil más ajustado en función de la naturaleza de las mismas. En base a esto, el nuevo modelo de coordinación sanitaria implica el trabajo colaborativo de los siguientes perfiles en el CCUE:

- 1.- Perfil Operador
- 2.- Coordinador sanitario o Médico/a o Enfermera/o
- 3.- Jefe de Sala

Podemos contemplar la sala de coordinación como un espacio competencial compartido, en el que los diferentes profesionales se complementan para dar una respuesta integral y adecuada a las necesidades de los usuarios que contactan con el sistema a través de esta puesta de entrada. El/la coordinador/a sanitario/a médico y el/la coordinador/a sanitario/ enfermero/a del Centro de Coordinación de Urgencias y Emergencias asignan recursos, solucionan determinadas demandas de atención sanitaria, y pueden convertirse en instrumentos de ayuda a otros profesionales.

Con una cartera de servicios/Actividades propias definidas por el Grupo de Trabajo, así como el desarrollo formativo para alcanzar ese perfil de práctica avanzada en las Salas de Coordinación, es como la enfermera en este ámbito es ya una realidad del SSPA:



CONCLUSIONES

La aparición de nuevas competencias en base a la implantación de la titulación de grado en enfermería, las nuevas especialidades, la puesta en marcha de nuevos modelos de desarrollo competencial a través de Prácticas Enfermeras Avanzadas y el inicio de nuevas actividades relacionadas con la prestación farmacéutica, puede incrementar la capacidad de resolución de la enfermera, dando respuesta a algunas de las demandas en las que actualmente no son finalistas, y por consiguiente incrementando los niveles de eficiencia, eficacia y satisfacción del ciudadano.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Valenzuela Rodríguez, AJ. Toma de decisiones en Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. Páginasenferurg.com. [En línea]. N° 01 (2009). [Consulta: 27 de Enero de 2011]. Disponible en: http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/marzo/paginasenferurng01_autonomiayresponsabilidad.pdf
- 2. Domínguez-Alcón, C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid, Pirámide, 1986.
- 3. BULECHECK, G. M.; McCLOSKEY, J.C. Defining and validating nursing interventions. Nurs.Clin. North Am., v. 27, n. 2, p. 289-99, 1992.
- 4. SCELE. Prescripción de medicamentos por personal de Enfermería. SCELE. [En línea]. [27 de Febrero de 2011]. Disponible en: http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/prescripc_enfermer.htm
- 5. Valenzuela Rodríguez, AJ; Cámara Anguita, S. Prescripción enfermera en el contexto de las urgencias y emergencia. Páginasenferurg.com. [En línea]. N° 02 (2009). [Consulta: 27 de Enero 2011]. Disponible en: <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/junio/prescripcionenfermera.pdf>
- 6. Grupo de Trabajo del Servicio Cántabro de Salud. Prescripción enfermera. Biblioteca Lascasas 2008; 4 (1).[En línea]. [Consulta: 27 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0295.php>
- 7. Propuesta de desarrollo normativo de la Disposición adicional Duodécima de la Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, y de la capacidad legal de la enfermera para prescribir productos sanitarios. Informe final del grupo de trabajo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y Servicio Andaluz de Salud: 24-28, Septiembre de 2007. [En línea]. [Consulta: 27 de Enero de 2011]. Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=explorer&chrome=true&srcid=0Bxwb1G-4TrsKMzlhMTc4MWItMjkxMi00N2E1LWJjNzUtODFkM2Y2NDYyZWYy&hl=en>
- 8. 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. B.O.E. n° 315 del 31 de Diciembre de 2009. [En línea]. [Consulta: 27 Enero de 2011]. Disponible en: http://www.ocez.net/pdf/legislacion_prescripcion.pdf

- 9. Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la prescripción enfermera. Documento de Base. Biblioteca Lascas 2006; 2 (2). [En línea]. [Consulta: 27 de Enero de 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>
- 10. CGE. Estudio sobre Prescripción enfermera. Resultados 1ª Fase. [En línea]. [Consulta: 27 de Enero de 2011]. Disponible en: <https://docs.google.com/fileview?id=0Bxwb1G-4TrsKZWRhZDUxODctZGE4Yi00ZjNhLWE5YzQtMWE1YWwWNGU0NTU5&hl=en>
- 11. Batres Sicilia, JP. Informe de alegaciones de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC al Proyecto de Decreto 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. Biblioteca Lascasas 2009; 5 (2). [En línea]. [Consulta: 27 de Enero de 2010]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0424.php>
- 12. SEEUE. Recomendación profesional sobre la prescripción enfermera. SEEUE. [En línea]. [Consulta: 15 de Febrero de 2010]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/recomendacionprescripcion.pdf>
- 13. Cuixart Ainaud, N. La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. [En línea]. [Consulta el 27 de enero de 2011]. Disponible en: <http://212.9.72.18/uploadsBO//Generica/Documents/CONF%20NCUXART%206-06.PDF>
- 14. Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). [En línea]. [Consulta: 7 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.aanp.org/NR/rdonlyres/1C25AEEB-A7EF-406B-81DF-009859C0FB98/0/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf
- 15. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, n.º 280, de 22 de noviembre de 2003. [En línea]. [Consulta: 7 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l44-2003.t2.html#a34
- 16. La prescripción enfermera dentro del Rol de EPA. Entrada/Post al Blog "Enfermería en Párractica Avanzada 2.0". [En línea]. [Consulta: 7 de Marzo de 2011]. Disponible en: <http://enfermeriaavanzada.blogspot.com/2011/02/la-prescripcion-enfermera-dentro-del.html>
- 17. Consejería de Salud. BOJA núm. 151. 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. Sevilla, 5 de Agosto de 2009. [En línea]. [Consulta: 7 de Marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0500.pdf>
- 18. "Prácticas Avanzadas de Enfermería en el ámbito de la gestión de la demanda urgente". Desarrollo e Innovación en los Cuidados de Enfermería. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. [En línea]. [Consulta: 7 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion13
- 19. Clasificación Avanzada en puntos fijos de Urgencias en AH y AP. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. [En línea]. [Consulta: 8 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../../../contenidos/gestioncalidad/desainnovacion/clas_avanzada.pdf
- 20. Consulta enfermera en Urgencias. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. [En línea]. [Consulta: 8 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../../../contenidos/gestioncalidad/desainnovacion/consu_enf_urg.pdf
- 21. Equipos Móviles de Cuidados Avanzados. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. [En línea]. [Consulta: 8 de Marzo de 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../../../contenidos/gestioncalidad/desainnovacion/desa_eqmovocuid.pdf
- 22. Enfermeras de Practicas Avanzadas en Salas de Coordinación. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Servicio

Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. [En línea]. [Consulta: 8 de Marzo de 2011]. Disponible en:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../../../contenidos/gestioncalidad/desainnovacion/pravzsalcoordina.pdf>

NOTAS

1 En España, la normativa que regula el título universitario de Diplomado en Enfermería incluye en su parte troncal la formación de las enfermeras en aspectos farmacológicos, con un total de 8 créditos (10 h por crédito) distribuidos en 6 créditos teóricos y 2 prácticos.

El título de Grado en Enfermería plantea como una de las asignaturas del 2º Curso “Farmacología y Prescripción Enfermera”, con una carga lectiva de 6 ECTS distribuidos en 150–180 horas.

2 El Real Decreto 450/2005, de 6 de Mayo, sobre especialidades en Enfermería, debe ser un pilar importante sobre prescripción enfermera, pues representa un elemento de práctica avanzada, de especialización, de conocimientos teóricos y prácticos.
