EVOLUCIÓN MUNDIAL DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA (Práctica Actual)

El Consejo Internacional de Enfermeras publicó en 2000 una monografía sobre la prescripción enfermera que se estaba estableciendo hacía más de una década en varios países y la ha actualizado con otra monografía en 2004.

En éstas se constata que durante las últimas dos décadas se ha producido un aumento del número de países que ya han establecido la prescripción enfermera; que hay un creciente interés para autorizar la prescripción en otros países, que se han producido cambios muy significativos en el rol de los enfermeros, muy innovadores y ampliados, y que la autoridad para prescribir se considera como un avance de la profesión y una práctica avanzada.

En 2002, la Red de Enfermería de Práctica Avanzada anunció la posición del CIE sobre este asunto para facilitar un entendimiento mundial de este rol avanzado, con la siguiente definición:

"Una enfermera de práctica avanzada es una enfermera registrada que ha adquirido una base de conocimiento experto, habilidades para tomar decisiones y competencias clínicas para una práctica ampliada dentro de las características que conforman su propio contexto o país, en el que el enfermero está acreditado para ejercer, recomendándose un grado de Master para el nivel de acceso." ICN 2002

Uno de los aspectos centrales del ámbito de competencia de esta práctica, es la autoridad para prescribir que apoya la autonomía profesional y la práctica independiente, así como otros aspectos de la práctica avanzada/especializada.

En la literatura disponible se identifican las siguientes razones para este desarrollo en diferentes países (Dott, 1999; Cornwell y Chiverton, 1997; David y Brown, 1995):

- La necesidad de mejorar la provisión del cuidado a los pacientes que se ha detectado sobretodo en la comunidad y en la áreas rurales;
- Uso más efectivo del tiempo y los recursos;
- Necesidad de aumentar el estatus profesional, entendido como la legitimación del trabajo del que actualmente son responsables;
- Mejora de la relación entre los profesionales de salud;
- Reducción de la carga de trabajo del personal médico (Dowling et al 1995; Broadbent,1998)

Estas razones justifican el hecho de que no son únicamente las enfermeras las que demuestran interés por la prescripción enfermera. Los profesionales de la salud, y los gestores tienen algo que ganar con su introducción y existe evidencia empírica de que

los pacientes también sienten que están ganando algo con su introducción, lo mismo que los sistemas de salud.

MODELOS DE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

La prescripción enfermera es un término que se usa para describir más de un tipo de práctica en diferentes países y es importante su definición.

Existen cuatro modelos en los que la enfermera puede participar en la prescripción:

1) Prescripción independiente / autónoma / o sustitutiva.

En este modelo el profesional responsable de prescribir tiene la completa responsabilidad de la valoración del paciente/cliente; usualmente haciendo un diagnóstico diferencial realizado por un profesional clínico desde una gama de posibilidades sugeridas por la presentación de signos y síntomas. El profesional de la salud determina la medicación, tratamiento o aplicación y emite la prescripción.

Esta categoría en muchos países estaba limitada a médicos, dentistas y veterinarios, pero las enfermeras, en algunos de ellos, ya tienen derechos de prescripción independientes. Esta prescripción la hacen con un formulario limitado a un definido número de drogas y medicaciones para las enfermeras de distrito y enfermeras visitadoras (ejemplo, en el Reino Unido), o un formulario abierto, tal como en muchos estados de EEUU.

2) Prescripción dependiente / colaborativa / semiautónoma / complementaria / Suplementaria

Una enfermera u otro profesional pueden prescribir como un prescriptor "dependiente" en colaboración con un prescriptor independiente, usualmente un profesional médico, pero no necesita supervisión directa del profesional independiente antes de emitir la prescripción. Esta prescripción puede ser útil para hacer nuevas prescripciones después de que la prescripción inicial se ha emitido.

Sin embargo, la prescripción dependiente no puede considerarse como el escribir repetidas prescripciones ya que el prescriptor dependiente debe tener la autoridad de cambiar algunos aspectos de la prescripción, tal como la dosis o la frecuencia.

La prescripción suplementaria se ha implementado en el Reino Unido (Cassidy 2002). Con diferencia de otras prescripciones, ésta hace responsable de la prescripción al profesional médico y no al enfermero.

3) Protocolos de Grupo.

Estos protocolos se definen como: "Una instrucción escrita específicamente para proveer y administrar determinadas medicinas en una situación clínica identificada ".

ÉsEs establecida por profesionales inter-disciplinarios, asesorados por comités consultivos relevantes. Se aplica a grupos de pacientes, u otros servicios a usuarios que pueden no ser identificados individualmente antes de la prescripción del tratamiento. (Cresswell, 1998).

El uso del protocolo no se considera prescripción independiente, sino que únicamente permiten a los enfermeros u otros profesionales de salud administrar medicaciones dentro de los términos de un predeterminado protocolo.

Este puede ser un paso intermedio en la evolución hacia la prescripción enfermera independiente, proporcionando a los enfermeros experiencia de prescripción de protocolos y demostrando sus capacidades.

En UK se han utilizado hace más de 10 años y las enfermeras de todas las especialidades han informado de que se beneficiaron con la práctica (Jones,1999) pero han expresado la preocupación sobre la posición legal de los enfermeros administrando medicación de esta forma, especialmente porque los protocolos están diseñados para grupos de pacientes, más que para pacientes individuales, y se usan localmente, lo cual puede dar lugar a variaciones y discrepancias en la práctica en diferentes zonas del país,

Este modelo no es claramente prescripción enfermera, sino administración bajo la autoridad y prescripción de un profesional médico.

4) <u>Prescripción de tiempo y dosis.</u>

Este modelo es aplicado por especialistas trabajando con protocolos específicos para los pacientes, lo cual permite a los enfermeros alterar el tiempo y dosis de de medicaciones particulares, y ha sido usado extensamente en UK por enfermeras psiquiátricas de la comunidad, especialistas en diabetes y cuidados paliativos.

Tampoco este modelo puede recibir el calificativo de prescripción enfermera sino, como en el caso anterior, administración bajo la autoridad y prescripción de un profesional medico.

PAÍSES CON AUTORIZACIÓN PARA LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA

En 2000 existían seis países con autorización para la prescripción enfermera: Suecia, Australia, Estados Unidos de América (EEUU), Reino Unido (UK), Canadá y Nueva Zelanda. Actualmente, a los anteriores se han agregado, Sur África, Botswana, Kenya e Irlanda.

Todos estos países tienen organizaciones profesionales con un fuerte liderazgo y enfermeros con una buena base educativa que les otorga la capacidad y seguridad para argumentar sobre el derecho a la prescripción enfermera. Además éstos países tienen sistemas de Salud con una enfermería de la comunidad muy bien establecida y roles avanzados / especialistas de enfermería. Para estos sistemas, la prescripción enfermera

es una opción atractiva para promover la provisión efectiva de los recursos de salud y contener el coste sanitario.

Aspectos a resaltar de los 6 países en los que el CIE ha hecho seguimiento

Desde que se publicó la monografía del CIE (1999), con 6 países como objeto de estudio, se ha producido una evolución en una serie de países en los que los enfermeros han obtenido la autoridad para prescribir. Los países que se incluyeron para estudio son ejemplos de casos del proceso de cambio durante el desarrollo de la prescripción enfermera. Este proceso ha ido evolucionando desde el uso de formularios limitados hasta la prescripción independiente, proceso en el cual las organizaciones de enfermería y las mismas enfermeras han puesto gran cantidad de esfuerzo y formación específica para poder llevarlo a cabo.

La práctica avanzada / especialista parece ser necesaria para extender el rol ampliado a la prescripción enfermera.

Como resultado de las experiencias de estos países su impacto mundial es creciente.

Aunque el enfoque de la prescripción enfermera en cada país ha sido diferente, hay ciertos temas comunes que emergen de su trayectoria, y se ha desarrollado un marco de referencia común.

Algunos de los elementos claves identificados como importantes en el proceso de lograr la autorización para la prescripción enfermera son:

→ ¿Por qué la prescripción enfermera es tan importante?

Porque existe la necesidad de mejorar el servicio a los consumidores, mejorar el costo-efectividad y hacer mejoras profesionales. Se tiene que articular completamente la evidencia científica en esta área.

→ ¿Cómo se puede lograr?

En cada país se necesitó un procedimiento formal para asegurar el establecimiento de una legislación que permitiera a los enfermeros prescribir. Este procedimiento legislativo es usualmente lento con numerosas etapas a seguir para que se logre. Los enfermeros necesitan aliarse con otros grupos y asesoría legal para lograr un impacto legislativo.

→ ¿Quién prescribe?

Los modelos descritos anteriormente sugieren que han sido los enfermeros de la comunidad o enfermeros trabajando en áreas rurales los que inicialmente han participado en la prescripción. Las razones son : 1) que la necesidad del consumidor se puede identificarse rápidamente, ya que el acceso a las prescripciones de los médicos pueden ser muy limitadas si se compara con los hospitales; 2) el creciente enfoque del

cuidado en el sector de la atención primaria ha aumentado la carga del trabajo del personal médico, y la prescripción enfermera puede aliviar este hecho, y 3) la prescripción en estas áreas puede seleccionarse estratégicamente , puesto que no parece ser una amenaza al poder básico de otros profesionales, especialmente médicos.

Algunos países (por ejemplo Sur África, USA y Australia) han unido la prescripción al desarrollo de la enfermería avanzada/ /especialista. En otros (por ejemplo UK y Suecia) no existe este enlace de una forma tan clara. Lográndose la autoridad para un grupo de la profesión se obtiene una plataforma desde la que se puede desarrollar la prescripción en otras áreas de la profesión.

TRABAJO CON OTROS GRUPOS/ INFLUENCIA EN EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN POLÍTICA.

Ésta parece ser la clave del desarrollo de la prescripción enfermera. Las organizaciones profesionales en los países que han tenido éxito en obtener derechos para la prescripción enfermera han sido muy activas en asegurar el apoyo político y persuadir a los cuerpos legislativos para apoyar la prescripción enfermera. Aunque en la experiencia de estos países se ha notado la oposición de las organizaciones médicas, hay ejemplos positivos (UK) de cómo, cuando a estos grupos se les incluye y se les consulta desde el comienzo del proceso, es posible que apoyen el cambio. O por lo menos, neutralizar su oposición.

EVIDENCIA DEL COSTE- EFECTIVIDAD.

También es de gran importancia. Los gobiernos o cuerpos legislativos requieren cierta seguridad desde el comienzo de que prescribir puede mejorar el coste-efectividad. Existe una experiencia de evaluación, en cada uno de los países que tienen autorización para la prescripción enfermera, y la mayoría de los resultados que se han publicado apoya la prescripción enfermera, primordialmente en base a que mejora el acceso de los consumidores, la calidad del cuidado, y el coste-efectividad.