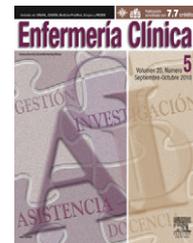




# Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



## ORIGINAL

## Conocimiento y satisfacción de la aprobación de la ley 29/2006 que regula la prescripción enfermera

Sandra Cabrera-Jaime<sup>a,\*</sup>, Joan María Estrada-Masllorens<sup>b</sup> y Paz Fernández-Ortega<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Oncología, Instituto Catalán de Oncología Badalona, Hospital Germans Trias y Pujol, Badalona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Escuela Universitaria de Enfermería, Departamento de Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup> Departamento de Investigación, Instituto Catalán de Oncología Duran y Reynals, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 24 de julio de 2010; aceptado el 2 de enero de 2011

### PALABRAS CLAVE

Prescripción;  
Enfermería;  
Satisfacción y  
conocimiento

### Resumen

**Objetivo:** Identificar el nivel de conocimiento, satisfacción y capacitación de las enfermeras con relación a la prescripción enfermera tras la aprobación de la Ley 28/2009.

**Método:** Estudio observacional descriptivo transversal realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Los sujetos a estudio fueron 485 enfermeras en formación máster o especialización y docentes de dicha escuela. Las variables principales de estudio fueron: satisfacción, conocimiento e información de la aprobación de la Ley, conocimiento de los elementos autorizados a prescribir, percepción de capacidad prescriptora de las enfermeras y opinión de la necesidad formativa e informativa respecto a la Ley. Como secundarias: años de experiencia profesional, ámbito laboral, curso formativo y sociodemográficas. La recogida de datos se realizó entre los meses de marzo y abril de 2010 mediante un cuestionario autoaplicable *ad hoc* de 29 ítems, probado previamente.

**Resultados:** Participaron 345 enfermeras, el 87,2% (301) alumnas en formación máster. El 72,3% (238) de las enfermeras conocían la aprobación de la ley, pero un 95,9% (303) indicó tener insuficiente información. La satisfacción media con la aprobación de la Ley se situó en  $6,24 \pm 2,08$ . El 57,6% (189) de las enfermeras opinaron estar capacitadas para prescribir productos sanitarios y un 41,3% (134), para prescribir fármacos.

**Conclusiones:** Hay satisfacción con la aprobación de la Ley 28/2009. Actualmente muchas enfermeras prescriben productos farmacológicos y sanitarios de forma autónoma.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [scabrerajaime@hotmail.com](mailto:scabrerajaime@hotmail.com) (S. Cabrera-Jaime).

12 **KEYWORDS**

13 Nursing;  
14 Prescription;  
15 Satisfaction and  
16 knowledge

**Knowledge and satisfaction of the passing of the law on nurse prescriptions among post-graduate nurses in the University of Barcelona**

**Abstract**

*Objective:* To identify the knowledge, satisfaction and capabilities of nurses regarding nurse prescribing after the approval of the Nurse Prescription Law.

*Methods:* A cross-sectional study carried out in the School of Nursing at the University of Barcelona (UB). The participants included 485 nurses taking a Masters or Specialist degree and teaching staff in these courses. The main variables were: satisfaction, information and knowledge about the recently approved Law, knowledge about the current skills on the prescribed products, nurse perception of their own prescribing ability, and opinion on information and training as regards the new law. The secondary variables included: years of professional experience, area and job position, postgraduate course and socio-demographic data. The study was conducted from March to April 2010 using a self-administered ad hoc questionnaire with 29 items on the topic and previously piloted on site.

*Results:* A total of 345 nurses participated, of whom 87.2% (301) taking a Masters degree. Of these, 72.3% (238) were aware and stated to have knowledge of the Law passed, although 95.9% (303) of them said they lacked information on it. The mean score on satisfaction with the approval of the Prescription Law was  $6.24 \pm 2.08$ . Of all the nurses, 57.6% (189) of them said they were currently able to prescribe health products and 41.3% were capable of prescribing drugs (134).

*Conclusions:* Nurses showed a high level of satisfaction with the Nurse Prescription law. Currently, many nurses are independently prescribing pharmacological and health products. © 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Qué se conoce**

Gran controversia sobre la pertinencia de la prescripción enfermera y sus diferentes propuestas. La aprobación de la modificación de la Ley 29/2006.

**Qué aporta**

El nivel de conocimiento y satisfacción del despliegue de la aprobación de la ley y su contenido. La percepción de capacidad prescriptora de productos sanitarios y farmacológicos por parte de las enfermeras y la concreción de los productos prescritos hasta la actualidad.

**Introducción**

1 Internacionalmente la prescripción enfermera es reconocida  
2 profesional y legalmente en varios países, como Australia,  
3 Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido, Fran-  
4 cia, Irlanda y Suecia, entre otros<sup>1,2</sup>. En cada uno de ellos,  
5 existen diversos modelos de praxis de dicha competencia,  
6 tanto en su rol autónomo como colaborativo<sup>3</sup>. Las prime-  
7 ras enfermeras prescriptoras aparecieron en Estados Unidos  
8 a finales de los años sesenta, a las que se llamó *nurses*  
9 *practitioners* y *advanced practice nurses*. El desarrollo de  
10 su actividad prescriptora nació para dar cobertura asisten-  
11 cial a extensas áreas geográficas. Para la adquisición de esta

nueva competencia, era necesario realizar una formación  
de nivel máster en prescripción y una posterior especializa-  
ción en áreas asistenciales como pediatría o anestesiología  
u otras<sup>4,5</sup>. En Europa, Suecia fue pionera en desarrollar esta  
competencia prescriptora. En 1994, tras un programa piloto,  
se aprobó y regularizó el reconocimiento de la prescripción  
enfermera. Las enfermeras suecas obtienen su acredita-  
ción a través de una formación posgraduada específica<sup>3</sup>.  
Posteriormente, Reino Unido aprobó la prescripción inde-  
pendiente de enfermería a nivel nacional a la que denominó  
*nurse prescribing*<sup>6,7</sup> y actualmenet ya se dispone de métodos  
virtuales formativos para la obtención de la acreditación,  
como el llamado *podcasting*<sup>8</sup>. En la mayoría de los paí-  
ses donde se ha autorizado la prescripción, sus motivos de  
implementación fueron dispares; en algunos, las extensas  
zonas geográficas que cubrir, y en otros, la escasez de pro-  
fesionales médicos hizo poner en práctica los diversos, pero  
consolidados, modelos de prescripción con sistemas acredi-  
tativos y formativos variados.

En España durante los años noventa algunas enfermeras  
planteaban el reconocimiento de la prescripción enfermera  
y concretamente en la atención al paciente con enferme-  
dad crónica<sup>9</sup>, para los que dicha prescripción podía mejorar  
el proceso asistencial adaptando el proceso de prescrip-  
ción a las características del usuario y, consecuentemente,  
mejorando la calidad asistencial<sup>10-12</sup>. Pero no es hasta 2005,  
durante el proceso parlamentario de la actualización de la  
ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento<sup>13</sup> a la  
actual ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racio-  
nal de los medicamentos y productos sanitarios<sup>14</sup>, cuando se  
inicia el debate político acerca de la necesidad de regulari-  
zar la prescripción a otros profesionales no médicos, creando  
gran polémica profesional y social.

46 Durante dicho proceso, tanto la Organización Colegial de  
47 Enfermería (Consejo General) como otros colegios oficiales  
48 enfermeros autonómicos han definido de forma clara y casi  
49 unánime el concepto de prescripción enfermera como «la  
50 capacidad de seleccionar, guiados por criterios de buena  
51 práctica, diferentes materiales, productos y/o dispositivos  
52 encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usua-  
53 rio y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero  
54 y administrados en forma de cuidados»<sup>15</sup>. Asimismo, dife-  
55 rentes autores y colegios profesionales<sup>16-19</sup> han concretado  
56 dos tipos de prescripción existentes con marcos legales  
57 y profesionales muy claros, como son: la prescripción  
58 enfermera autónoma, desarrollada en el marco profesional  
59 de actuación o rol independiente, donde la enfermera  
60 prescribe según su juicio clínico, realizando un diagnóstico  
61 y estableciendo un plan de cuidados propio, siendo la enfer-  
62 mera la única responsable, y la prescripción colaborativa, la  
63 cual se desarrolla en el rol interdependiente colaborando en  
64 la prescripción de otros profesionales estableciendo ajustes  
65 de dosis, prescripciones bajo protocolos o guías clínicas,  
66 siendo el responsable de la prescripción el prescriptor  
67 independiente, hasta ahora el médico. Otros aspectos clave  
68 que han sido definidos son la diferencia entre recetar y pres-  
69 cribir, entendiendo por recetar el trámite administrativo o  
70 documento de indicación que sólo debe ser desarrollado por  
71 el autor de dicha prescripción, aspecto no equiparable con  
72 el de prescribir, entendido como la capacidad de indicar y  
73 seleccionar en competencia profesional.

74 En julio de 2006 se aprobó la ley 29/2006<sup>14</sup> ~~que no reco-~~  
75 ~~nocce la capacidad de prescribir enfermera~~<sup>20</sup>, y no fue hasta  
76 el pasado 22 de diciembre de 2009 que el pleno del Congreso  
77 de los Diputados aprobó la ley 28/2009. En la presente ley se  
78 regulan las actuaciones establecidas en el artículo 77.1 del  
79 apartado 3 de la disposición adicional duodécima, estable-  
80 ciendo que «los enfermeros podrán indicar, usar y autorizar  
81 (prescribir) la dispensación de productos farmacológicos no  
82 sujetos a receta médica, así como de productos sanitarios,  
83 a través de sus correspondientes órdenes de dispensación  
84 (recetas)»<sup>21</sup>, todo ello pasando por un proceso necesario de  
85 acreditación, pendiente hoy de concreción.

86 Actualmente, después de la reciente legalización, son  
87 muchas las cuestiones que se plantean los profesionales de  
88 enfermería; unas tienen que ver con los elementos a pres-  
89 cribir y otras acerca de su habilidad y competencia, o las  
90 relacionadas con posibles futuras regularizaciones o acredi-  
91 taciones en la profesión.

92 Dada la nueva situación creada con la aprobación de  
93 la prescripción enfermera generalista, nos marcamos como  
94 objetivos principales de estudio: identificar el nivel de cono-  
95 cimiento y satisfacción de la aprobación de la ley 28/2009  
96 y de sus elementos a prescribir, así como conocer la per-  
97 cepción de capacidad prescriptora presente y futura de las  
98 enfermeras en formación máster y especialidad (alumnos y  
99 docentes) de la Universidad de Barcelona durante 2010.

## 100 Método

101 Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal  
102 de opinión, que se desarrolló en la Universidad de Barcelona  
103 (UB) durante 2010. La población de estudio fueron todos  
104 los estudiantes universitarios y docentes de formación pos-

105 graduada máster y especialidad que cursaron estudios en la  
106 Escuela de Enfermería de dicha universidad durante el curso  
107 académico 2009-2010. Se ofreció participar a un total de 485  
108 enfermeras (106 docentes y 379 alumnos).

109 Los criterios de inclusión que se tuvo en cuenta fueron:  
110 ser alumno o docente de formación posgraduada máster  
111 (oncología, pediatría, cirugía, anestesia, urgencias, salud  
112 comunitaria y atención al paciente diabético) y especiali-  
113 dad enfermera (salud mental y matrona) de la UB durante  
114 el curso académico 2009-2010, de cualesquiera edad y sexo,  
115 y haber dado su consentimiento informado. Como criterios  
116 de exclusión se incluyeron la posible dificultad idiomática  
117 y ser estudiantes extranjeros que sólo realizaran formación  
118 máster sin ejercer en la actualidad en España.

119 Las variables principales de estudio fueron: conocimiento  
120 de la aprobación de la ley, conocimiento de los elementos  
121 autorizados a prescribir, vías de comunicación de la apro-  
122 bación de la ley, satisfacción de la aprobación de la ley,  
123 percepción de mejora asistencial con la nueva ley, percep-  
124 ción de capacidad prescriptora de los profesionales, opinión  
125 de necesidad formativa e informativa respecto la actual ley  
126 y grado de aplicabilidad de los conocimientos cursados en su  
127 futura capacidad prescriptora. Como variables secundarias  
128 se consideraron: años de experiencia profesional, ámbito de  
129 desarrollo laboral, curso formativo realizado, edad y sexo.

130 Para el desarrollo del estudio, se solicitó autorización  
131 y revisión del proyecto a los directores de los cursos for-  
132 mativos de los másteres de la UB durante el mes de  
133 febrero de 2010, mediante presentación del proyecto y  
134 objetivos de estudio. Asimismo, se informó a los parti-  
135 cipantes del objetivo de estudio mediante la encuesta,  
136 solicitando su consentimiento informado a la participación a  
137 través del prefacio informativo del objetivo de estudio que  
138 acompañaba la encuesta distribuida, manteniendo en todo  
139 momento el anonimato y la confidencialidad.

140 El proceso de recogida de datos se realizó durante los  
141 meses de marzo y abril de 2010. El instrumento de reco-  
142 gida de datos fue un cuestionario *ad hoc* compuesto por 27  
143 preguntas cerradas mediante valoración dicotómica, pon-  
144 deración numérica (0 a 10) o escala de Likert, más dos  
145 preguntas abiertas acerca de los elementos que prescri-  
146 bían ellos en la actualidad. El cuestionario se puso a prueba  
147 con 10 profesionales enfermeros con formación posgraduada  
148 ajenos a la UB que no formaron parte de la muestra final.  
149 Tras las modificaciones pertinentes, se procedió al trabajo  
150 de campo. La distribución del cuestionario autoaplicable fue  
151 de tipo directo, mediante la presencia del alumno en clase,  
152 a través de los investigadores o coordinadores de máster.  
153 En el caso de los docentes y la especialidad de salud men-  
154 tal que no se encontraban en las aulas durante el período  
155 de inclusión por motivos de prácticas externas o falta de  
156 coincidencia con sus clases docentes, se envió por correo  
157 electrónico un enlace de acceso *on-line* a dicha encuesta  
158 para garantizar el anonimato.

159 Se realizó análisis descriptivo univariable y bivariable  
160 mediante SPSS<sup>15.0</sup>. Para las variables cuantitativas como el  
161 grado de satisfacción de la aprobación de la ley, se obtuvo  
162 media  $\pm$  desviación estándar (mediana; mínimo-máximo).  
163 Para las variables cualitativas como el grado de información  
164 o capacitación, se obtuvieron frecuencias y porcentajes. En  
165 el análisis bivariable se utilizó la prueba de la  $\chi^2$  para cono-  
166 cer la relación de las variables principales conocimiento y

**Tabla 1** Características sociodemográficas, laborales y formativas de los participantes

Mujeres	304 (91,6)
Edad (años), n = 323	30 (21-59)
Experiencia profesional (años), n = 285	6 (0-38)
<b>Ámbito profesional</b>	
Hospitalario	294 (87,7)
Comunitario	30 (9)
Otro	11 (3,3)
<b>Formación académica</b>	
Máster	301 (87,2)
Especialidad	44 (12,8)
<b>Curso impartido</b>	
Oncología-paliativos	25 (7,3)
Pediatría	34 (9,9)
Quirúrgica	95 (27,6)
Anestesia-críticos	41 (11,9)
Urgencias	68 (19,7)
Salud comunitaria-atención al paciente diabético	37 (10,8)
Matrona	35 (10,2)
Salud mental	9 (2,6)
<b>Participación</b>	
Alumnos	302 (89,1)
Docentes	37 (10,9)

Los datos expresan n (%) o mediana (intervalo).

**Tabla 2** Prioridades de la necesidad informativa de la ley 29/2006

	Prioridad 1 n (%)	Prioridad 2 n (%)
Ley en general	97 (30,4)	14 (4,2)
Los productos y fármacos de prescripción enfermera	171 (53,6)	94 (28,4)
Órgano regulador de la prescripción	29 (9,1)	152 (46)
Formación específica	20 (6,3)	68 (20,5)
Otra	2 (0,6)	3 (0,9)
Total	319	331

**Tabla 3** Opinión sobre el grado de mejora de la asistencia con la aprobación de la ley

Grado de mejora, n (%)	Tipo de mejora, n (%)	
Mejora mucho	45 (13,8)	Reducción de trámites 117 (43,2)
Mejora bastante	135 (41,5)	Mejor adaptación de la prescripción a las necesidades del paciente 77 (28,4)
Mejora poco	98 (30,2)	Reducción del tiempo de visita 52 (19,2)
No mejora	47 (14,5)	Seguridad de prescripción 25 (9,2)
Total	325	271

capacitación según las características profesionales y formativas, así como se la prueba de la t de Student o ANOVA para las variables cuantitativas y cualitativas como los años de experiencia profesional y la percepción de capacidad prescriptora o el grado de satisfacción según formación, asumiendo un intervalo de confianza del 95% para el error de tipo I. Las bases de datos consultadas para la revisión bibliográfica fueron PubMed, CINHALL, Cochrane, Cuidem y Cuitatge.

## Resultados

El número de enfermeros estudiados fue 345, situando el índice de respuesta en un 71,1% de la población total. La participación en el caso de los alumnos fue del 79,7% (302) y 34,9% (37) para los docentes. Entre las características definitorias de los participantes debemos destacar que el 91,6% (304) de los participantes eran mujeres, con una mediana de edad de 30 (21-59) años y 6 (0-38) años de experiencia profesional, procedentes en un 87,8% (294) del ámbito hospitalario y en formación máster, participando como alumnos (tabla 1).

Respecto al grado de conocimiento de la aprobación de la modificación de la ley 28/2009, el 72,3% (238) de los participantes eran conocedores, de los que el 66,2% (176) identificó correctamente los elementos autorizados a prescribir (productos sanitarios y fármacos no sujetos a prescripción médica); el 53,4% (132) había sido informado a través de los colegios profesionales enfermeros. A pesar de dicho conocimiento, el 95,9% (303) de los profesionales opinaron no tener suficiente información sobre la ley y un 95,2% (318) no era conocedor de ningún catálogo o nomenclátor de productos y/o fármacos de prescripción enfermera. Como primera prioridad en la necesidad de ampliación de información, el 53,6% (171) destacó querer conocer los productos y fármacos afectados por la regulación de la ley, y un 30,4% (97) precisa información general sobre los términos de la propia ley; como segunda prioridad, con un 46% (152), se destacó conocer la entidad reguladora de la capacidad prescriptora enfermera (tabla 2).

El grado de satisfacción de la aprobación de la ley obtiene una puntuación media de  $6,24 \pm 2,08$ . El 55,3% (180) de los profesionales cree que mejorará mucho o bastante la asistencia ofrecida al usuario, destacando como aspectos prioritarios la futura reducción de trámites en un 43,2% (117) y la mejor adaptación de la prescripción al usuario, con un 28,4% (77) (tabla 3).

**Tabla 4** Prescripción enfermera actual de productos sanitarios y farmacológicos

Primera opción productos sanitarios, n (%)		Primera opción productos farmacológicos, n (%)	
M. incontinencia	37 (31,4)	Antitérmicos/antiálgicos	65 (58,6)
Apósitos UPP	36 (30,5)	Laxantes/antidiarreicos	18 (16,2)
Material curas	20 (17)	Proceso embarazo	9 (8,1)
Instrumental	6 (5)	Tratamientos tópicos	8 (7,2)
Material ostomía	5 (4,2)	Complementos vitamínicos	6 (5,4)
Otros	14 (11,9)	Otros	5 (4,5)
Total	118		111

UPP: úlceras por presión.

El 57,6% (189) de las enfermeras se sienten bastante o muy capacitadas para prescribir productos sanitarios y el 41,3% (134), para los productos farmacológicos. Entre los motivos alegados para la falta de capacitación actual, se destaca la falta de formación en un 68,1% (94) para los productos sanitarios y en un 64,6% (117) para los farmacológicos. En segundo término, se sitúa la falta de conocimiento de los catálogos reguladores con un 29% (38/54).

Actualmente, el 41,8% (138) de las enfermeras afirman indicar productos sanitarios, principalmente los relacionados con el tratamiento de las úlceras por presión o la incontinencia. Además, el 36,5% (119) indica productos farmacológicos, situándose el 58,6% (65) de la prescripción en tratamientos antitérmicos o antiálgicos (tabla 4).

Cuando se analiza el grado de conocimiento de la ley y la percepción de capacidad prescriptora según el ámbito de procedencia, formación impartida o años de experiencia profesional, entre otros, podemos observar que los docentes presentan mayor conocimiento de la aprobación de la ley ( $p=0,014$ ) y se observan diferencias por cursos formativos, destacando un mayor conocimiento en el máster de atención al paciente diabético y comunitario ( $p=0,018$ ).

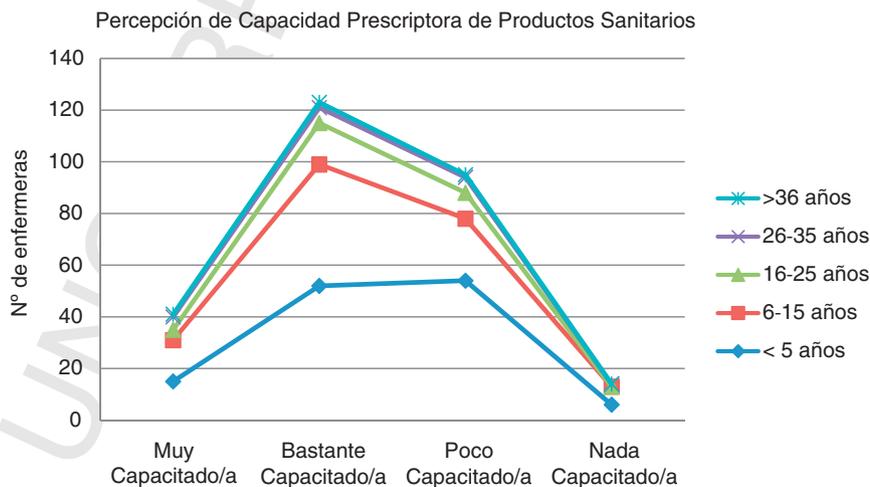
El grado de percepción de capacidad prescriptora de productos sanitarios se ve influido según la formación cursada, siendo mayor dicha percepción entre los profesionales que cursan especialidad frente a máster ( $p=0,03$ ). Por curso formativo, la especialidad de matrona y los másteres destinados a la atención del paciente oncopaliativo obtienen mayor percepción de capacidad prescriptora respecto a

los cursos de ámbitos más técnicos, como los quirúrgicos o críticos ( $p=0,001$ ). Los años de experiencia profesional no incrementan la percepción de capacidad de prescribir productos sanitarios (fig. 1). Contrariamente, el grado de percepción de capacidad prescriptora para productos farmacológicos aumenta en los profesionales con mayor experiencia profesional ( $p=0,034$ ) (fig. 2), los docentes ( $p=0,016$ ) y los especialistas ( $p=0,002$ ). El ámbito de desarrollo laboral (comunitario u hospitalario) no ha registrado diferencias significativas en ninguna de las variables de estudio.

Para finalizar, destaca que el 83,9% (265) de los profesionales opinan que el reconocimiento legal de la prescripción implica un avance profesional, tanto por el aumento de competencias en un 53% (150) como por el reconocimiento del trabajo realizado en un 43,8% (124). Entre los motivos de negativa al avance profesional, se destacaron el aumento del grado de responsabilidad en un 53,2% (33) y la carga profesional que supondría en un 33,9% (21). El 43,1% (126) de los alumnos participantes consideraron que la formación posgraduada que cursaban les ayudaría bastante o mucho en el desarrollo de su capacidad prescriptora.

## Discusión

El grado de conocimiento de la aprobación de la modificación de la ley es alto entre los profesionales a pesar de la existencia de lagunas informativas claras propias de



**Figura 1** Grado de percepción sobre capacidad prescriptora de productos sanitarios según experiencia profesional.

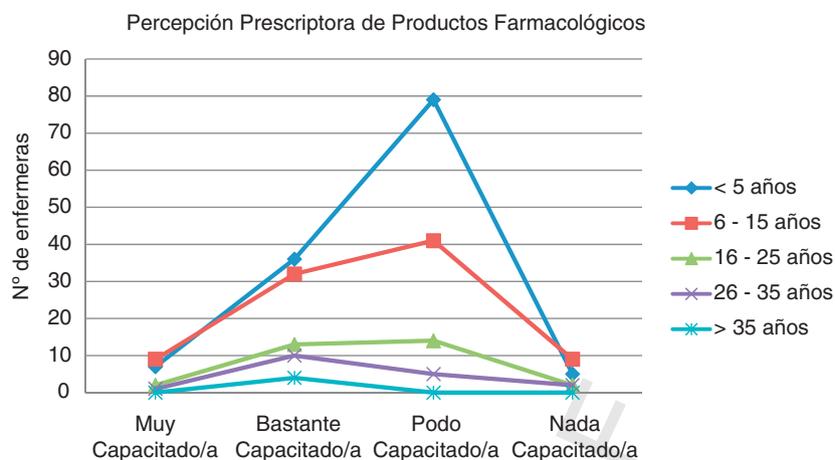


Figura 2 Grado de percepción sobre capacidad prescriptora de productos farmacológicos según experiencia profesional.

su falta de despliegue, y concretamente sobre los futuros decretos reguladores de los productos y fármacos a prescribir<sup>22</sup>.

La percepción de capacitación prescriptora se ve modulada por el desconocimiento del contenido de la ley, así como por la necesidad de formación específica, ya que, aunque a lo largo de la formación de pregrado se ha recibido formación, posteriormente en muchos de los casos los profesionales han visto limitado su desarrollo por un marco legal poco favorable. A pesar de todo, la aprobación de la ley es considerada por las enfermeras un avance profesional, mostrándose satisfechas. Cabe resaltar que las enfermeras especialistas, en especial las matronas, presentan mayor percepción de capacidad prescriptora, lo cual puede indicar que su formación especialista y el ámbito profesional concreto facilitan el desarrollo y el reconocimiento de dicha competencia.

Actualmente sigue sin concretarse el contenido del proceso de acreditación formativo que toda enfermera prescriptora deberá superar para ejercer su competencia profesional, tanto en el ámbito autónomo como en el colaborativo, pese a ser una realidad que la enfermera prescribe en el desarrollo de su labor asistencial.

Aun después del debate generado acerca de la pertinencia de reconocer legalmente la prescripción enfermera, no existen estudios que hayan recogido las inquietudes de las enfermeras frente a dicha competencia, por lo que no es posible comparar nuestros resultados con otros estudios nacionales. En el ámbito internacional, podemos observar que nuestras predecesoras no han estado exentas de dificultades para ejercer dicha competencia. Tal como destaca Sampson<sup>23</sup>, en algunos estados de Estados Unidos la legislación profesional varía, y este factor se suma a los complejos e históricos factores sociales y económicos que afectan a la lucha de las enfermeras para obtener derechos legales sobre su propia práctica profesional, sin supervisión o intervención de otro profesional. Fisher<sup>24</sup>, mediante un estudio realizado con enfermeras prescriptoras comunitarias inglesas, muestra que pese a que en general hay buena relación entre los diferentes profesionales implicados, las enfermeras describen alguna situación de dudas legales sobre su función de prescripción entre los médicos y los farmacéuticos.

Debe tenerse en cuenta que la aprobación de la ley actual sitúa la prescripción enfermera en un marco de prescripción generalista, abriendo el debate futuro acerca de la pertinencia de una prescripción específica para enfermeras especialistas; no debemos obviar que existen otros modelos de enfermeras prescriptoras especialistas en otros países.

Asimismo, al igual que nuestras colegas de otros países, debemos ser capaces de reportar resultados sobre la efectividad y calidad de dicha prescripción<sup>2</sup>. Una revisión sistemática sobre la prescripción enfermera muestra que enfermeras y médicos obtienen resultados iguales en la adecuación de las indicaciones terapéuticas, con un igual o menor consumo de fármacos y mejor resultado en el aspecto informativo-comunicativo del usuario, por parte de las enfermeras<sup>25,26</sup>. La revisión también destaca la necesidad de futuros estudios con diseños adecuados. Por ello, tras la implementación de la prescripción enfermera y de su correspondiente acreditación, deberán generarse futuros estudios que den a conocer cuál es la prescripción real realizada, cuál es el impacto en la seguridad del paciente y adherencia al tratamiento, así como medir la satisfacción y la calidad generada en el usuario y su coste-eficacia. Diferentes estudios<sup>25</sup> detallan aspectos facilitadores para la implementación de la prescripción enfermera, como son la formación, el trabajo en equipo con otros prescriptores y la existencia de protocolos o prescripciones computarizadas, entre otras. Es en estas estrategias que los colegios profesionales tienen un papel clave en la regulación de la futura formación y acreditación de la prescripción.

Por último, hay que resaltar que en el desarrollo de nuestras habilidades prescriptoras futuras, hasta ahora limitadas pero recientemente dotadas de reconocimiento legal y de plena responsabilidad, debemos mostrar a la población que la enfermera sigue siendo su profesional de referencia para mejorar sus cuidados de salud, así como consolidar nuestra aportación profesional en la atención multidisciplinaria, fortaleciendo nuestra imagen y nuestra competencia sin poner en cuestión la pertinencia de dicha capacidad prescriptora<sup>27-30</sup>.

Como limitaciones del estudio hay que destacar que los datos no pueden extrapolarse a otros ámbitos profesionales o comunidades, dado que el proceso informativo de la

353 ley y su desarrollo pueden discrepar entre comunidades o  
354 ámbitos asistenciales, pues la muestra de estudio forma  
355 parte del marco formativo-docente concreto. También debe  
356 tenerse en cuenta que la muestra tiene un alto predominio  
357 de profesionales del ámbito hospitalario, con lo cual podría  
358 haber variación respecto al ámbito comunitario. A pesar de  
359 ello, creemos que expresa el sentimiento común de nece-  
360 sidad de claridad de información del despliegue de la ley y  
361 su proceso de acreditación y abre la posibilidad de futuros  
362 estudios comparativos. También hay que destacar que, pese  
363 a diferencias significativas entre alumnos y docentes, debe  
364 considerarse un posible sesgo de selección la menor parti-  
365 cipación de docentes que de alumnos, lo cual podría estar  
366 mediado por el desconocimiento de la ley de los docentes  
367 no participantes.

## 368 Conflicto de intereses

369 Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## 370 Agradecimientos

371 A todos los alumnos y docentes participantes en el estu-  
372 dio, ya que sin su opinión no habría sido posible realizar el  
373 estudio, así como a las direcciones de los cursos de más-  
374 ter y especialidad de la Universidad de Barcelona por su  
375 colaboración.

## 376 Bibliografía

- 377 1. Creedon R, O'Connell E, McCarthy G, Lehane B. An evalua-  
378 tion of nurse prescribing. Part 1: a literatura review. Br J Nurs.  
379 2009;18:1322-7.
- 380 2. Creedon R, O'Connell E, McCarthy G, Lehane B. An evaluation  
381 of nurse prescribing. Part 2: a literature review. Br J Nurs.  
382 2009;18:1398-402.
- 383 3. Organización Colegial de Enfermería Consejo General. Marco  
384 referencial para la Prescripción Enfermera. Documento base  
385 [citado 30 May 2010]. Disponible en: [http://www.cge.  
386 enfermundi.com](http://www.cge.enfermundi.com).
- 387 4. Rubio C. La capacidad de prescribir de las enfermeras. Enfer-  
388 mería Integral. 1999;50:35-42.
- 389 5. Francés M. Prescripción de medicamentos por parte de la enfer-  
390 mera. 7.º Congreso SATSE. Marbella, mayo de 2001.
- 391 6. Increase in range of nurse prescribing. Int J Health Care Qual  
392 Assur. 2001;5:189.
- 393 7. Nurses to get extended prescription powers. BBC News, 1999  
394 March 8. Citado en: Borrador de propuesta de regularización  
395 legal para la prescripción enfermera. Colegio Oficial de Enfer-  
396 mería de Barcelona. 2006 [citado 30 May 2010]. Disponible en:  
397 [www.coib.cat](http://www.coib.cat).
- 398 8. Sánchez López D. El *postcasting* como herramienta de  
399 aprendizaje para enfermeras aspirantes a derechos de  
400 prescripción en el Reino Unido. Enferm Clin. 2010;20:  
264-5.

9. Ondaviela A, Lopez del Vallado C, Sabatés Saperas T, Escur  
401 Pujol L. Papel de la enfermería en la prescripción crónica. Aten  
402 Primaria. 1992;10:750-1.
10. Rubio Moril C, Cuesta Zambrana A. La capacidad de prescribir  
403 de las enfermeras. Enferm Integral. 1999;50:XXXV-V10.
11. Mariano Juárez L. La autonomía de los cuidados: compe-  
404 tencias y responsabilidades en enfermería. Enferm Científ.  
405 2002;238:48-51.
12. Autoridad de los profesionales de enfermería para prescribir:  
406 ¿un camino a seguir? Nursing. 2002;20:6.
13. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE núm.  
407 306, de 22 de diciembre de 1990.
14. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los  
408 medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 178, de 27 de  
409 julio de 2006.
15. Consejo General de Enfermería. Marco referencial para la pres-  
410 cripción enfermera. Documento base. 2007 [citado 20 May  
411 2010]. Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com>.
16. Cuxart N. La prescripción enfermera: bases para su argumen-  
412 tación. Nursing. 2006;24:56-65.
17. Jodar-Sola G, Cuxart-Ainaud N, Zabaleta-Del-Olmo E. Reflexio-  
413 nes sobre la prescripción enfermera en el ámbito de la atención  
414 primaria de salud. Aten Primaria. 2009;41:335-8.
18. Prescripción enfermera: ¿nuevas competencias? SEAPA Boletín  
415 Informativo. 2007;Diciembre:6-10.
19. Durán Escribano M. El ser y no ser de la prescripción enfermera.  
416 Enferm Clin. 2006;16:297-9.
20. Peya M. La nueva Ley del Medicamento y la prescripción enfer-  
417 mera. Nursing. 2006;24:6.
21. Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley  
418 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los  
419 medicamentos y productos sanitarios. BOE núm. 315, de 31 de  
420 diciembre de 2009.
22. Cataluña aprueba el primer catálogo para la prescripción autó-  
421 noma de la enfermera. Nursing. 2008;26:51.
23. Sampson DA. Alliances of cooperation: negotiating New Hamp-  
422 shire nurse practitioners' prescribing practice. Nurs Hist Rev.  
423 2009;17:153-78.
24. Fisher R. Relationships in nurse prescribing: revealing the pro-  
424 cesses. Br J Community Nurs. 2009;14:518-24.
25. Prescripción enfermera: revisión sistemática de la evidencia  
425 científica y estado actual. Centro Cochrane Iberoamericano  
426 para COIB. 2007.
26. Norman IJ, Coster S, McCrone P, Sibley A, Whittlesea C. A  
427 comparison of the clinical effectiveness and costs of mental  
428 health nurse supplementary prescribing and independent medi-  
429 cal prescribing: a post-test control group study. BMC Health  
430 Serv Res. 2010;10.
27. López Morales M. Prescripción enfermera, ¿para qué? Enferm  
431 Comun. [revista en Internet] 2006; 2 [citado 20 May  
432 2010]. Disponible en: [http://www.index-f.com/comunitaria/  
433 v2n1/a10.php](http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a10.php).
28. Zapata-Sampedro MA. Acerca de la prescripción enfermera.  
434 Enferm Clin. 2006;16:350-1.
29. Ortega Marlasca MM. Prescripción enfermera: ¿es algo  
435 reclamado y preciso verdaderamente? Aten Primaria.  
436 2010;42:188-9.
30. Jodar Sola J, Cuxart Ainaud N, Zabaleta del Olmo E. Respuesta  
437 del autor: la prescripción enfermera es precisa, necesaria e  
438 imprescindible. Aten Primaria. 2010;42:188-9.