

Prescripción enfermera: ¿nuevas competencias?

SEAPA, Jornada sobre Prescripción Enfermera, noviembre del 2007

En nuestro país reivindican la prescripción enfermera diversas organizaciones como: Comunidades Autónomas, Sindicatos, algunas Sociedades Científicas Médicas y también desde el Ministerio de Sanidad

Fernanda del Castillo Arévalo

(Enfermera C.S. Contrueces-Gijón)

El 29 de junio de 2006, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó en nuestro país la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En esta disposición se estipula expresamente que los médicos y odontólogos son los únicos con capacidad de prescribir; no se contempla, pues, la posibilidad de que enfermeros, farmacéuticos o podólogos puedan participar en el proceso de prescripción.

DISPOSICIÓN ADICIONAL DUODÉCIMA.

De la revisión de los medicamentos sujetos a prescripción.

Para facilitar la labor de los profesionales sanitarios que, de acuerdo con esta Ley, no pueden prescribir medicamentos, en el plazo de un año el Ministerio de Sanidad y Consumo establecerá la relación de medicamentos que puedan ser usados o, en su caso, autorizados para estos profesionales, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.

La práctica de nuestra actividad frente a esta Ley nos ha llevado a una situación de clara ilegalidad, al parecer, con una responsabilidad jurídico-penal por un delito de intrusismo y también por un delito de imprudencia por asunción (asumir tareas para las que no se está legalmente habilitado) que puede conllevar penas de inhabilitación; además las instituciones para las que trabajamos tienen responsabilidad civil subsidiaria.

La OMS en el año 2002, dentro de las medidas reguladoras para favorecer el uso



racional de los medicamentos, estableció que: «se deberían emitir licencias para los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras y paramédicos) para asegurar que todos sean lo suficientemente competentes para diagnosticar, recetar y dispensar.»

Así mismo, en nuestro país reivindican la prescripción enfermera diversas organizaciones como: Comunidades Autónomas, Sindicatos, algunas Sociedades Científicas Médicas y también desde el Ministerio de Sanidad en su publicación *Proyecto AP21. Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud 2007-2012* publicado en diciembre 2006 en su «Estrategia 17: Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos»:

Promover el establecimiento de una relación de medicamentos que puedan ser usados o autorizados por los profesionales de enfermería, así como las condiciones específicas en las que los puedan utilizar y los mecanismos de participación con los médicos en programas de seguimiento de determinados tratamientos.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR PRESCRIPCIÓN?

Según el *Diccionario enciclopédico ilustrado de Medicina Dorland*, Madrid, McGraw-Hill, 1992, se denomina *prescripción* a las instrucciones escritas para la preparación y la administración de un remedio. La Real Academia Española lo define como:

PRESCRIBIR: Preceptuar, ordenar, determinar algo. 2. Recetar, ordenar remedios.

La prescripción no está sólo referida a la indicación sobre medicamentos, sino también sobre dispositivos, productos sanitarios, hábitos, terapias no medicamentosas, etc.

Según un grupo de consenso y un estudio delphi dirigido por el Consejo General de Enfermería:

PRESCRIBIR: Emitir un criterio profesional sanitario dirigido al paciente por el que se propone la realización de una acción en virtud de un juicio clínico y terapéutico o de cuidados.

RECETAR: Cumplimentar un formulario que contiene la medicación, o el objeto de la prescripción que el profesional sanitario indica a un paciente acompañándose de instrucciones genéricas sobre su uso, y que normalmente se expide para ser presentado en una farmacia para su adquisición.

PRESCRIPCIÓN ENFERMERA: La capacidad de seleccionar, guiados por los criterios de buena práctica, diferentes materiales, productos y/o dispositivos encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario-paciente y de la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados.

Vemos, por tanto, que la prescripción va más allá de la cumplimentación de una receta, ya que precisa una valoración previa del problema, un juicio clínico e implica in-

reconocimiento y avance profesional de la enfermería.

La actividad de la enfermera en Atención Primaria dentro del proceso de atención integral incluye actividades de promoción, prevención, tratamiento de enfermedades en su faceta de diagnóstico, tratamiento y paliación, educación sanitaria y rehabilitación de las secuelas e integración de la persona afectada a una vida normal, lo que algunos llaman readaptación.

Las enfermeras en el desarrollo de su función de cuidar llevan a cabo dos tipos de roles: el autónomo o independiente y el interdependiente o de colaboración.

De la misma manera, hay una prescripción enfermera independiente o autónoma y una interdependiente o de colaboración. La de colaboración, a su vez, puede ser individualizada o protocolizada.

ROL AUTÓNOMO Y PRESCRIPCIÓN ENFERMERA AUTÓNOMA

Siguiendo los pasos del proceso de atención enfermero, para desarrollar el rol independiente, la enfermera realizará una valoración de la persona mediante la recogida continua de datos, realizará un diagnóstico, determinará los resultados deseados (objetivos específicos) e identificará las intervenciones. Llevará a cabo la puesta en práctica del plan. Y finalmente evaluará en que grado se han logrado los objetivos y valorará si hay que hacer cambios.

La actividad de la enfermera en Atención Primaria dentro del proceso de atención integral incluye actividades de promoción, prevención, tratamiento de enfermedades en su faceta de diagnóstico, tratamiento y paliación, educación sanitaria y rehabilitación de las secuelas e integración de la persona afectada a una vida normal, lo que algunos llaman readaptación

dicar el mejor régimen terapéutico al problema de salud.

La prescripción enfermera (en adelante PE) se ha visto en los países donde se realiza que conlleva una serie de beneficios, ya que: mejora la accesibilidad, la satisfacción y la calidad del servicio; disminuye el número de fármacos; controla y disminuye las reacciones y efectos adversos; mejora el control del gasto; disminuye el incumplimiento terapéutico y potencia un sistema asentado en el concepto de «atención centrada en el paciente»; por otro lado contribuye a una mejor organización asistencial y al

La prescripción en el marco de los planes de cuidados es una intervención que la enfermera realiza para llevar a cabo su plan. Como vimos al principio, la prescripción no sólo se refiere a medicamentos sino también a dispositivos y otros productos sanitarios y a recomendaciones.

En el caso de medicamentos o productos sanitarios un ejemplo evidente es cuando realizamos cuidados y prevención de heridas o úlceras por presión y utilizamos aquellos productos que según nuestro criterio son los más apropiados. La continuidad de la atención a veces exige la prescripción

de un determinado antiséptico, pomada o apósito; todas nosotras buscamos recursos para solucionarlo sin necesidad de que el paciente tenga que acudir al médico para que le extienda la receta que la enfermera ha estipulado; bien a través de los recursos del propio almacén, mediante la indicación al paciente si el producto no está financiado (como por ejemplo los ácidos grasos hiperoxigenados, las superficies para el manejo de las presiones) o mediante la emisión de una receta con el nombre y firma del médico del paciente. El que el paciente tuviera que acudir a la consulta del médico sería totalmente ineficiente y le ocasionaría molestias a ambos, además convertiría al médico en recetario de la enfermera.

En el caso de la deshabitación tabáquica, se pone de manifiesto la autonomía del paciente para decidir la terapéutica que quiere seguir tras la información recibida de la enfermera; en el caso de que se decante por algún fármaco y si no hay contraindicaciones, es el médico el que finalmente firmará la receta que previamente han acordado paciente y enfermera.

Estas paradojas son las que tienen que solucionarse de manera inmediata, ya que sobre la persona que firma la receta es sobre la que recae la responsabilidad de la prescripción; *por eso las prescripciones derivadas del juicio clínico de la enfermera deben ser firmadas y asumidas por ella*. Se deberá disponer de los documentos o formularios específicos que se estipulen.

Tanto el Consejo General de Enfermería como algunas Sociedades Científicas de Enfermería como FAECAP o Comunidades Autónomas como Cantabria han elaborado documentos donde relacionan que productos y en que situaciones se están utilizando de forma autónoma por las enfermeras.

Según la OMS, en su *Guía de la buena prescripción*, los pasos que hay que seguir en el proceso de la terapéutica razonada serían:

- Definir el problema del paciente. (Diagnóstico).
- Especificar el objetivo terapéutico.
- Comprobar si el tratamiento es adecuado.
- Comenzar el tratamiento.
- Dar información, instrucciones y advertencias.
- Supervisar el tratamiento.

La PE independiente cumple esos requisitos ya que se basa en una valoración y un juicio clínico, es decir, lo primero sería tener un diagnóstico, en este caso un diagnóstico enfermero; lo segundo, definir el objetivo, se correspondería con la planificación de cuidados (resultados esperados) y los últimos pasos con la implementación de los cuidados (intervenciones enfermeras).

Según la taxonomía NIC, la intervención es la **2390, Prescribir medicación**: prescribir medicación para un problema de salud.

La enfermera da consejo sobre lo prescrito, informando de: los efectos deseados (objetivo terapéutico), qué beneficios esperamos conseguir (el no instruir sobre este aspecto, puede ser causas de incumplimiento y de falsas expectativas); de los efectos indeseados (se le explica los efectos que pueden aparecer y como actuar, así como solicitar que nos los comuniquen); almacenamiento, instrucciones sobre el uso del medicamento (dosis, sistema de aplicación, cuándo tomarlo, si antes, durante o tras las comidas..).

En suma, la PE *independiente es un aspecto más del cuidado del paciente, completa el plan de cuidados y mejora la asistencia a la población ya que facilita la accesibilidad a los recursos que precisan para su cuidado.*

ROL INTERDEPENDIENTE Y PRESCRIPCIÓN ENFERMERA DE COLABORACIÓN

En la práctica asistencial de las enfermeras de AP el rol interdependiente o de colaboración podemos centrarlo en 4 situaciones: vacunaciones, atención a crónicos, atención a agudos o a la demanda y urgencias.

1. Vacunaciones: la aplicación sistemática de vacunación responde a actividades protocolizadas por la Institución Sanitaria competente, en nuestro caso la Consejería de Sanidad, que es la que marca el calendario vacunal vigente. Las enfermeras de AP somos las que llevamos a cabo la vacunación de la población ateniéndonos a dicho calendario y sin intermediación del médico, salvo excepciones; el hecho de administrar la vacuna va precedido de su indicación a la persona y de consejos sobre posibles efectos secundarios locales y/o generales y cómo actuar sobre ellos.

La intervención NIC es **6530; Manejo de la inmunización/vacunación**: control del estado de inmunización, facilitando el acceso a la inmunización y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.

2. Atención a crónicos: En estos momentos la PE en el marco de la atención a los paciente crónicos varía de unos a otros centros de salud y consultas; en virtud de la relación establecida médico-enfermera, en unos va a limitarse a proporcionarle al paciente una receta para continuar el tratamiento pautado por el médico, previa valoración de que no hay efectos secundarios y el tratamiento está resultando eficaz; en otros casos la actuación de la enfermera es mayor ya que además de lo anterior modifi-

ca la dosis de medicamento según sea la situación del paciente.

La prescripción se asienta en un diagnóstico y unos objetivos realizados por el médico y unas intervenciones realizadas por la enfermera. Es una prescripción enfermera (PE) de colaboración.

Las intervenciones NIC que pueden identificarse en este terreno son: **2380 Manejo de la medicación**: Facilitar la utilización segura y efectiva de las medicaciones prescritas y de libre dispensación, **7840: Manejo de los suministros**: Asegurar la adquisición y mantenimiento de los artículos apropiados para la provisión de cuidados al paciente, **5616: Enseñanza medicamentos prescritos**: preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

La atención a los paciente crónicos es un tema que las enfermeras debemos replantearnos: sabemos que hay consultas en las que la intervención enfermera se limita a tomar una tensión o realizar una glucemia capilar y proporcionarle al paciente la receta y citarle para volver a hacer lo mismo un mes después.

Pienso que nuestra implicación debe ser mucho más amplia, debemos realizar un abordaje integral, el objetivo es que el paciente aprenda a *manejar su propia enfermedad* y en este sentido se debe proporcionarle la información y los medios para que esto sea efectivo, además nuestra intervención debería ir encaminada a valorar como el paciente se *adapta a su enfermedad* y a ayudarle a ello. «Un paciente crónico bien controlado no es el que acude 12 veces al año a la consulta, sino el que conoce los objetivos terapéuticos, controla las cifras por su cuenta y si va mal es cuando acude a consulta».

La adherencia a los tratamientos crónicos, de todos es sabido que es muy baja, los más optimistas la sitúan en torno a un 50-60 %, la intervención de la enfermera debe centrarse en una valoración más profunda de esta adherencia, en una búsqueda activa de efectos secundarios y en técnicas de promoción de la adherencia medicamentosa y a otros tratamientos terapéuticos.

Especial relevancia tiene el seguimiento de los ancianos polimedicados; no olvidemos que según algunos estudios, un 12% de los ingresos hospitalarios es debido a un uso indebido de fármacos, y el porcentaje de errores en los tratamientos es muy alto (43%); deberíamos promover el diseño de programas específicos de seguimiento de estos pacientes, contamos actualmente con la ventaja de la herramienta informática que nos permite una más fácil revisión de los fármacos que tienen pautados. El punto de partida de una buena prescripción es el

diagnóstico y el tratamiento, pero se debe complementar con un adecuado seguimiento y apoyo personal del paciente.

En algunos países las enfermeras realizan el seguimiento completo de pacientes con patologías crónicas (asma, diabetes, problemas cardiovasculares), con una gran responsabilidad y con enorme éxito. Conlleva modificar las dosis pautadas y en algunos casos los medicamentos.

Existen diversos estudios sobre el manejo de pacientes con patologías crónicas comparando a médicos y enfermeros; en prevención secundaria de enfermos coronarios se ha visto que la actuación de las enfermeras era tanto o más efectiva que la de los médicos. Sistemas Nacionales de Salud de Reino Unido y EEUU están centrando sus líneas de trabajo en comprobar si se puede garantizar una asistencia sanitaria más eficiente; están realizando estudios en los que comparan la calidad de la asistencia prestada por enfermeros y médicos con las mismas responsabilidades y funciones, sobre todo en el seguimiento y control de pacientes con patologías crónicas para la prevención secundaria de complicaciones. Estas revisiones están demostrando que ambos son igual de eficaces, evidenciando así que las enfermeras pueden proporcionar mayores beneficios al sistema si se les amplían sus funciones y se les otorga mayor autonomía e independencia porque redundaría en una mayor eficacia y eficiencia.

Creo que los aspectos comentados podrían ser objeto de protocolización dentro de una estrategia de negociación de nuestra Sociedad con la Administración Sanitaria y las Sociedades Médicas.

3. Atención a agudos y a la demanda: En algunos países del ámbito anglosajón se están realizando estudios basándose en dos principios: 1, la enfermera como puerta de entrada al sistema, como filtro de la consulta médica, y 2, en pacientes con patologías crónicas (ya comentado) y con enfermedades leves; que intentan mejorar la eficiencia mediante el replanteamiento de las funciones de las enfermeras de AP; actualmente ya existen varios estudios y revisiones que respaldan estas medidas.

En nuestro país, también desde distintos ámbitos se está hablando del «rol expansivo» de la enfermera de AP; por esto entienden que la enfermera atienda procesos agudos de baja complejidad, previa protocolización. Uno de los artífices de esta modalidad es Casajuana, médico catalán que argumenta que dentro del campo de actuación de médicos y enfermeras hay determinados procesos que puede ser compartidos por ambos. Se atenderían consultas burocráticas y procesos agudos como IRAS, ITUS y

puede que algún otro. Se argumenta que no sólo se aumenta el campo de acción de la enfermera sino que también sirve para captar pacientes para actividades preventivas y además para llegar a más población sana; esto último es un verdadero reto a conseguir.

La PE en este marco sería una prescripción de colaboración protocolizada.

Los protocolos y guías clínicas son excelentes herramientas de trabajo que aseguran unos criterios mínimos de calidad y suelen estar basados en evidencias científicas; pero debemos tener en cuenta que la mayoría están realizados desde la disciplina médica y no desde la disciplina enfermera, y aunque pensemos que aumentan nuestra autonomía muchas veces la limita porque nos ajustamos a ellos siguiendo el enfoque biomédico en vez de hacerlo desde una perspectiva de atención integral.

Por otra parte, existen una serie de problemas comunes que efectivamente se pueden atender desde el punto de vista de la medicina o de la enfermería como son los problemas de sueño, ansiedad, dolor, incontinencia en la mujer, estreñimiento, diarrea, problemas de adaptación a las distintas situaciones de la vida, etc., que deberían ser atendidos en primer lugar por las enfermeras para evitar la medicalización y hacer abordajes más integrales. Este sí es un rol expansivo de la enfermera, o mejor dicho, es hacer lo que es de nuestra competencia.

Entre estos problemas comunes, habría

profesional de las enfermeras, y menos todavía a una mejora de la asistencia sanitaria que ofertamos a la población, dudo que la asunción por nuestra parte de las tareas de atención a procesos agudos banales contribuya a ninguna de las dos cosas.

Aunque el enfoque comentado pueda suponer retos importantes, creo que es más prioritario proponer líneas de desarrollo basadas en los cuidados. Es decir, desarrollar las actividades y servicios que ya tenemos asignadas dentro de las funciones de la enfermera comunitaria.

Lo que define a la enfermería son los cuidados a la población; y ello desde un modelo de atención para la salud centrado, como dijimos, en la promoción, prevención, EDS y readaptación, y no como viene siendo hasta ahora que se basa principalmente en un modelo centrado en la enfermedad y en la curación. A pesar de que se viene hablando desde esta perspectiva desde hace años, la realidad es que no se ha conseguido avanzar en el desarrollo del modelo deseado.

Los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y la población en general, así como los médicos y también muchas enfermeras, desconocen el enorme potencial de servicios que puede prestar la enfermera de Atención Primaria. Merece la pena una reflexión en profundidad, alejada de corporativismos, para llevar a la realidad asistencial este potencial y establecer la normativa reguladora correspondiente para con-

campos que nos son ajenos, que son propios de los médicos, como sería los casos de enfermedades menores que estábamos comentando, en vez de dirigir todos nuestros esfuerzos hacia lo primero, con especial hincapié en la atención a las personas dependientes, ancianos y otros grupos de riesgo y en favorecer la autonomía y los autocuidados de las personas.

Por eso pienso que la PE en este ámbito no es prioritaria.

Las enfermeras de todas formas podemos y debemos contribuir a mejorar la asistencia, la calidad de la atención de nuestros centros y la eficiencia del sistema; pero todo lo que se salga de nuestra competencia profesional debe ser objeto de debate y negociación de nuestra Sociedad con los otros sectores implicados y ello entendiendo la profesión desde una concepción abierta en relación al establecimiento de las competencias, con una visión no estática y cerrada al propio concepto de profesión, dado que ésta no es una realidad predeterminada abocada a realizar siempre lo mismo, sino que está en continua evolución, permanentemente adaptándose a los cambios que se producen en la sociedad y evolucionando según las necesidades de ésta.

El Informe Health Cast 2020 dice que para conseguir la sostenibilidad de los sistemas sanitarios se otorga un papel relevante a la adaptabilidad y flexibilidad de los profesionales.

Adaptabilidad de roles profesionales y estructuras organizativas. La flexibilidad en las estructuras organizativas y en los roles profesionales abre puertas hacia una organización centrada en los pacientes. Muchas veces las organizaciones corporativas, los organismos reguladores e incluso los propios ciudadanos son un obstáculo para esta necesaria flexibilidad. La rigidez de los roles clínicos impregna los programas de formación, las titulaciones y las propias preferencias de los pacientes.

Sin embargo, esta adaptabilidad está en el corazón de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Un ejemplo de la necesaria adaptabilidad es el rol de las enfermeras que, a todo lo largo del mundo, se están expandiendo.

4. Atención a las urgencias: En muchos Centros existen protocolos de actuación ante los distintos problemas que pueden presentarse; las enfermeras pueden en momentos determinados actuar en base a ellos aunque el médico por algún motivo no esté presente. Los algoritmos de actuación en Soporte Vital Avanzado son una muestra de ello; otro ejemplo: la contracepción postcoital podría realizarse con prescripción siguiendo el protocolo existente.

Los protocolos y guías clínicas son excelentes herramientas de trabajo que aseguran unos criterios mínimos de calidad y suelen estar basados en evidencias científicas; pero debemos tener en cuenta que la mayoría están realizados desde la disciplina médica y no desde la disciplina enfermera

que incluir los consejos para un uso adecuado de los medicamentos no financiados (analgésicos, anticonceptivos, etc.), otra de las paradojas relativas a la ley del medicamento, que se pueden vender libremente y no se permite a la enfermera aconsejar sobre su uso y por supuesto recetarlos; la educación sobre el uso adecuado de medicamentos es una parte importante del cuidado del paciente; sería una responsabilidad, compartida, respetando el derecho del paciente a una automedicación responsable.

Desde mi punto de vista, sin cerrarme a nada que pueda contribuir al desarrollo pro-

solidar los logros que se vayan obteniendo.

Estamos, pues, privando a la población de unos servicios que deberían ser para los que estuviéramos contratados; limitando nuestra actividad en algunos casos, a niveles mínimos, como es a la realización de técnicas diagnósticas y de tratamiento derivados de la actividad médica y subsidaria de ésta, y dejando sin desarrollar lo que es la razón de ser de nuestra profesión y lo que nos distingue de otras disciplinas.

Si tenemos nuestro campo propio sin desarrollar, parece un poco un engaño a la sociedad, comenzar a desarrollar otros

En estos cuatro supuestos dentro del rol interdependiente vemos que se trata de una prescripción de colaboración, ya sea individualizada o protocolizada.

Según el Consejo Internacional de Enfermería, se está produciendo un aumento en el número de países que ya han establecido la PE, existe un creciente interés para autorizarla en otros países y se considera la autoridad para prescribir como un avance de la profesión, junto a una mayor asunción de responsabilidades.

Actualmente la PE se lleva a cabo en varios países: Australia, Canadá, Estados Unidos, Holanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia. En todos ellos la competencia en este ámbito les viene dada por una formación postgrado, licenciatura o nivel de especialización previa; se les exige acreditación previa; en EEUU son *nurses practitioners* y *advanced practice nurse* y en Reino Unido *nurse prescribing* que pueden serlo las *health visitors* y las *district nurses*.

En nuestro país la legislación debería ir acompañada de unos requisitos de formación y acreditación (cursos, especialización...).

En cualquier caso, creo que se debería iniciar de forma inmediata la formación continuada en este campo, para ir preparando profesionales con seguridad y competencia para abordar la PE, sea ésta lo amplia que sea.

Por otra parte desde las sociedades profesionales debemos velar por evitar caer, también nosotras, en la medicalización y contribuir con la Administración Sanitaria competente para regular las relaciones con la industria farmacéutica.

CONCLUSIONES

La PE independiente es un aspecto más del cuidado del paciente, completa el plan de cuidados y mejora la asistencia a la población; se debe abogar por su regularización inmediata.

En cuanto a la PE de colaboración, el esfuerzo debería ir dirigido a que la Ley regulara la PE independiente y abriera la puerta para que cada Comunidad Autónoma estableciera mecanismos de dialogo y negociación con las partes implicadas (Sociedades Médicas y de Enfermería) para avanzar en el proceso de la prescripción colaborativa, por los cambios organizativos en la actividad que conlleva. Se debería avanzar en la asunción por parte de las enfermeras del seguimiento de los pacientes con patología crónicas.

Se debería iniciar el avance en la consecución de la implantación de las competencias potenciales de las enfermeras de AP; esto conllevaría una mayor autonomía, ma-

yor oferta de servicios, más eficiencia del sistema sanitario, mayor reconocimiento social y por tanto mayor grado de implicación de las enfermeras con el sistema y mayor compromiso con los ciudadanos.

Las profesiones sanitarias deben ser dinámicas para adaptarse a los cambios que se producen en la sociedad pero la definición y ampliación de sus competencias les corresponden a ellas.

Se debería iniciar la formación continuada en este ámbito de forma prioritaria.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Ley 26 julio 2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Marco referencial para la prescripción enfermera. Consejo Gral. de Enfermería 2006.
- Estudio sobre la prescripción enfermera en España. Resultados 1.ª fase. Consejo General de Enfermería 2006.
- Diccionario de la lengua española de la Real Academia Española.
- Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. *Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales*. OMS Sep 2002.
- Morales Asensio JM y colaboradores. Prescripción de medicamentos y productos sanitarios por enfermeras comunitarias. *Enfermería comunitaria* 2006; 2 (1): 8-16.
- Prescripción Enfermera. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. y Servicios Sociales. Servicio Cántabro de Salud.
- Proyecto AP XXI. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria de Salud. 2007-2012.
- Morilla Herrera JC. *¿El por qué de la prescripción enfermera?* Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.
- Borrador de propuesta de regularización legal para la prescripción enfermera. Colegi Oficial d'Infermeria de Barcelona (COIB) enero 2006
- López Guzmán J y Aparisi Miralles A. La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: una aproximación ético-legal. www.ajs.es/RevistaDS/VOLUMEN%2014/Vol242-02.pdf
- Nuria Cuixart Ainaud. La prescripción enfermera: bases para su argumentación. *Nursing* 2006, vol. 24, n.º 8
- Prescripción enfermera. Fuden. Observatorio Metodológico de Enfermería. www.ome.es/media/docs/Prescripci%C3%B3n_OME.pdf
- Prescripción Enfermera. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Informes Asanec octubre 2003
- Autoridad de los profesionales de enfermería para prescribir: ¿un camino a seguir? Editorial. *Nursing* 2002, vol. 20, n.º 2
- Marta Durán. El ser y no ser de la prescripción enfermera. *Enfermería Clínica* 2006; 16 (6) 297-299
- Rubio Moril C; Cuesta Zambrana. La capacidad de prescribir de las enfermeras. *Enfermería Integral*. 1999; 50: 35-42
- López Morales M. Prescripción enfermera, ¿para qué?. *Enferm Comun (edición digital)* 2006, 2(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v2n1/a10.php>>
- Rafael del Pino Casado. La enfermera como primer contacto para la atención de pacientes con enfermedades leves en Atención Primaria. *Index de Enfermería/ Otoño 2002, Año xi, n.º 38* www.index-f.com/oebe/38ARTICULO66-68.PDF
- Guía de la buena prescripción. OMS. «Proceso de la terapéutica razonada» Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. www.icf.uab.es/universidad/gbp/castella/gbp.pdf
- Listado de Medicamentos y Productos Sanitarios prescritos por enfermeras en España. Julio 2007. Consejo General de Enfermería.
- Casajuana Brunet. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer FMC. 2005; 12: 579-81.
- Informe «HealthCast2020» de Pricewaterhouse Cooper www.consultoras.org/frontend/plantillaAEC/noticia.php?id_noticia=4689s
- Isabel M.ª López Medina. Prevención de complicaciones en enfermos coronarios por profesionales de enfermería de Atención Primaria. *Index de Enfermería/ Primavera-Verano 2002. Año XI, n.ºs 36-37*
- Maciá Martínez, MA Revisión razonada del tratamiento farmacológico de pacientes polimedcados: FIEABRÁS. sescam.jccm.es/web/farmacia/guiaspublicaciones/V_4_2_Fierabras.pdf
- Barón Franco LC y col. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedcados. *Farmacia hospitalaria: órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*, ISSN 1130-6343, vol. 30, n.º 5, 2006, 280-283
- Dossier Sanifax. Informe elaborado por el bufete «Oliva-Ayala Abogados» para el Consejo de Enfermería sobre la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas 2007; 3 (3). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0268.php>>
- SATSE. Postura del Sindicato de Enfermería sobre la Prescripción Enfermera. Biblioteca Lascasas 2006; 2 (2). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0141.php>>