

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

QUÉ Y CÓMO PRESCRIBEN LAS ENFERMERAS DE UN DISTRITO RURAL DE ANDALUCÍA. NI MÁS CONSUMO NI MÁS GASTO

Autor principal JOSEFA SORIANO CINTAS

CoAutor 1 NATALIA SERRANO ORTEGA

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Comunitaria

Palabras clave prescripción enfermera médico inserción eficiencia

» Resumen

La introducción de la prescripción enfermera (PE) ha sido descrita en numerosos estudios, los cuales enfatizan la satisfacción de los pacientes con la misma, y la necesidad de una buena colaboración con el médico. También han sido muchos los argumentos en contra. Mediante el presente estudio se pretende;

-Analizar el nivel de inserción de la PE en el Distrito Sanitario Guadalquivir.

-Analizar el impacto de la PE sobre la tasa de consumo de determinados grupos terapéuticos.

-Analizar las variaciones respecto a la PE en cuanto al precio medio por receta de cada uno de los grupos terapéuticos, además del de Apósitos para el tratamiento de heridas.

En nuestro Distrito tenemos 10 centros con sólo una enfermera. Pretendemos analizar si esta variable tiene influencia en la inserción y en la eficiencia de la prescripción. Se usará para el primero de los objetivos la media y desviación típica de la inserción, junto con la prueba T empleada también en los objetivos 2 y 3 para muestras relacionadas a fin de analizar las diferencias de inserción entre el inicio y el final del periodo y diferencias de medias entre médicos y enfermeras.

Con respecto a la inserción de la prescripción enfermera se encontró diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de centro y la

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

La regulación de la prescripción enfermera (PE) en España tiene su inicio con la publicación en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) del 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 Andalucía1. Tras un periodo de suspensión cautelar, en febrero de 2010 se reactiva la vigencia del Decreto, que recoge la capacidad de las enfermeras andaluzas para prescribir cuatro grupos de productos farmacéuticos: Tiras reactivas para medición de glucemia, Apósitos para el tratamiento de heridas y otro material fungible, y absorbentes para la incontinencia urinaria. Además, el decreto habilita a las enfermeras para indicar los medicamentos no sujetos a prescripción médica, los denominados OTC.

Esta regulación legal equipara a España con otros países que ya habían regulado la PE con anterioridad: Australia, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia2, 3. La Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias del año 2003 reconoció a las enfermeras como profesionales sanitarios facultativos otorgándoles autoridad para decidir y actuar en los aspectos que dictan su autonomía profesional y científica4.

Al igual que en el resto de países, la introducción de la PE ha suscitado diversos debates, y muchos han sido los argumentos a favor y en contra, con líneas discursivas bastante similares a las que aparecieron en el resto de países donde ya ha sido implantada. No sorprende que el colectivo médico tuviese sus objeciones, aunque precedentes en otros países demuestran que los médicos acaban reconociendo que la PE también les beneficia. Los médicos más proclives a la innovación, generalmente los más jóvenes, se muestran más partidarios5.

Realizando una revisión de la literatura existente en lo que concierne a la evaluación del impacto de la PE tras años de implantación, encontramos numerosas referencias: uno de los argumentos esgrimidos en contra advertía que los pacientes no iban a confiar en que una enfermera les prescribiera productos farmacéuticos, afirmación que contradice los numerosos estudios realizados al respecto en otros países, que enfatizan la satisfacción de los pacientes con la PE. También encuentran ventajas los pacientes en cuanto a reducción de tiempos de espera, y mejora general de la calidad del servicio. Una evaluación completa no podría cerrarse sin explorar la visión de las propias enfermeras ante la

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Mediante el presente estudio nos proponemos una aproximación a algunos aspectos de la evaluación de la PE en Andalucía, no sólo con una orientación descriptiva en cuanto a lo cuantitativo, sino con interés por identificar barreras relacionadas con características de la propia enfermera y el médico que trabaja con ella. Pretendemos analizar la cuota de inserción de la prescripción enfermera en aquellos grupos terapéuticos más relacionados con su actividad cuidadora: Tiras reactivas para medición de glucemia, apósitos para el tratamiento de heridas, y absorbentes para incontinencia urinaria.

Estudio descriptivo, transversal con componente analítico. Se incluyen en el siguiente estudio las 81 enfermeras de familia del DS Guadalquivir que tienen asignada población de referencia. Se analiza por tanto el 100% de la población diana. El estudio se lleva a cabo dentro del Distrito Sanitario Guadalquivir de Atención Primaria, demarcación organizativa de carácter rural, que comprende un área geográfica situada en la provincia de Córdoba, e incluye 7 Zonas Básicas de Atención Primaria, (Bujalance, Fuente Palmera, La Carlota, La Sierra, Montoro, Palma del Río y Posadas) con 32 Centros de Salud y una población total de unos 120.000 habitantes, distribuida en 81 claves de médico de familia. La distribución demográfica es bastante homogénea en todas las zonas básicas, presentando éstas pirámides poblacionales similares. Se analiza parte del ejercicio de farmacia 2010-2011. En concreto, el periodo que va desde noviembre 2010-agosto 2011. Se utilizarán diversas fuentes en función de las variables estudiadas:

2.1 Variables y protocolo de recogida de datos

- Tasas de consumo.
- Inserción Prescripción Enfermera.
- Edad y sexo enfermera y su médico asociado.
- Tipo de centro.
- Precios medios por envase

Análisis estadístico

Para el primero de los objetivos, se calculará la media y desviación típica de la inserción abarcando todo el periodo de estudio. Dichos estadísticos se calcularán tanto para la inserción total como para la inserción por grupo terapéutico (absorbentes, tiras y apósitos). Mediante la prueba T para muestras relacionadas se analizarán las diferencias de inserción entre el inicio y el final del periodo para determinar si se trata de un fenómeno en expansión o se ha tocado techo. Se analizarán las posibles diferencias de media de inserción total existentes en función de diversos factores relacionados con la enfermera y su entorno asistencial. En la siguiente tabla, los factores a analizar y la prueba estadística utilizada. Para el segundo de los objetivos, utilizaremos en los 2 casos la Prueba T para muestras relacionadas a fin de analizar las diferencias de tasa entre el inicio y el final del periodo de estudio. Para el tercero de los objetivos utilizaremos la prueba T para muestras relacionadas para

» **Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?**

El impacto de la prescripción enfermera sobre la tasa de consumo de absorbentes se reduce significativamente el consumo de absorbentes medido en envases por habitante, en torno a un 5%.

Las enfermeras, por término medio, prescriben apósitos 1,67 euros (0.07-3.26) IC 95% más caros que los médicos, si bien éstos sólo representan el 12,5% del volumen total de gasto de los 3 grupos terapéuticos.

Por lo que podemos decir que, en cuanto al impacto económico de la prescripción, es significativa la disminución de la tasa de consumo de absorbentes, mientras que no se evidencia en las tiras reactivas.

Por tanto, la introducción de la prescripción enfermera no supone un incremento del precio medio por receta.

» **Barreras detectadas durante el desarrollo.**

Algunos pacientes no iban a confiar en que una enfermera les prescribiera productos farmacéuticos.

Existencia de corrientes enfermeras más puristas que incluso veían la prescripción como una amenaza contra la identidad del rol de los cuidados de enfermería.

» **Oportunidad de participación del paciente y familia.**

El paciente, familia y/o cuidadora bien informados suponen una figura importante en la prescripción enfermera, pudiéndole dar su correcto uso y posición dentro del Sistema Sanitario. De este modo, se reconoce en la enfermera una figura de proveedora de recursos y materiales e identifican la consulta enfermera a demanda como un servicio necesario para obtener la receta.

» **Propuestas de líneas de investigación.**

Los estudios futuros deberían de aumentar el número de profesionales (en particular enfermeras), y no el número de pacientes, con el fin de reducir el efecto de cualquier manera personal en los resultados. Dichos estudios también necesitan la adopción de métodos de análisis estadísticos que den cuenta de la variación en los resultados entre los profesionales, para evitar un exceso de precisión y un riesgo exagerado de errores tipo 1 (falsos positivos). Una preocupación final es la limitada variedad del rol de enfermería, el cual ha sido sometido a una evaluación rigurosa. Las enfermeras en muchos países ofrecen una gama mucho más amplia de la atención que se representa en la literatura científica actual. Relacionado con esto está la cuestión de lo que los niveles de formación y experiencia son requeridos por las enfermeras de trabajo como sustitutos médico. Las características de las enfermeras y médicos (número, formación, experiencia) deberían ser reportadas más a menudo y de

» **Bibliografía.**

1. Decreto 307/2009, 21 de julio, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 151, 5 de agosto de 2009
2. Buchan J., Implementing nurse prescribing, International Council of Nurses, Geneva, 2004
3. Courtenay M., Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK 2007 pp. 10931101
4. Ley 44/2003, 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 280, 22 de noviembre de 2003
5. Courtenay M. Nurse prescribing, policy, practice and evidence base 2008 pp. 563-6