



**Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/2014

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**BENEFICIOS DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA EN EL
MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR.**

Ruth Fernández Rivas

Ferrol 9 de Junio de 2014

Trabajo de Fin de Grado tutorizado por:

Dra. Lucía Núñez Fernández.

TÍTULO DO TRABALLO en ESPAÑOL:

BENEFICIOS DE LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA
EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR.

TÍTULO DO TRABALLO en GALEGO:

BENEFICIOS DA PRESCRIPCIÓN ENFERMEIRA NO
MANEXO DO PACIENTE CON DOR.

TÍTULO DO TRABALLO en INGLÉS:

BENEFITS OF NURSE PRESCRIBING IN THE
MANAGEMENT OF PATIENT WITH PAIN.

INDICE	1
RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5-23
1.1. El dolor.....	5-17
1.1.1. Clasificación del dolor	5-7
1.1.2. Valoración del dolor	7-9
1.1.3. Tratamiento farmacológico del dolor	9-12
1.1.3.1. Antiinflamatorios no esteroideos	12-13
1.1.3.2. Analgésicos opioides	13-16
1.1.3.3. Combinaciones de opioides y AINE	16
1.1.4. Dolor: diagnóstico enfermero	17-18
1.2. Prescripción en enfermería	18-23
1.2.1. Situación internacional de la prescripción de enfermería.....	18- 20
1.2.2. Situación de la prescripción enfermera en España.....	21
1.2.2.1. Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.....	21-22
1.2.2.2. Modalidades de prescripción enfermera	22-23
1.2.2.3. Ventajas de la prescripción enfermera.....	23
2. PREGUNTA A ESTUDIO	23-24
3. METODOLOGÍA	24-33
4. RESULTADOS	34-57

4.1. Análisis individual de los artículos revisados.....	34-45
4.1.1. Resumen del artículo de Banning M, 2004	34
4.1.2. Resumen del artículo de Creedon R et al, 2009	34-35
4.1.3. Resumen del artículo de Creedon R et al, 2009	35
4.1.4. Resumen del artículo de Walsh J, 2006.....	35-36
4.1.5. Resumen del artículo de Baird A, 2005.....	36
4.1.6. Resumen del artículo de Loveridge N, 2005	36
4.1.7. Resumen del artículo de Carey N et al, 2011.....	36-37
4.1.8. Resumen del artículo de Sheer B et al, 2008	37
4.1.9. Resumen del artículo de Stenner K et al, 2008	37-38
4.1.10. Resumen del artículo de Manias E et al, 2011.....	38
4.1.11. Resumen del artículo de C.Gielen S et al, 2013	38
4.1.12. Resumen del artículo de Romero C, A et al, 2014.....	38-39
4.1.13. Resumen del artículo de Drennan Vari M et al, 2014	39
4.1.14. Resumen del artículo de Schoenwald A. et al, 2011 .	39-40
4.1.15. Resumen del artículo de Wilson M et al, 2012	40
4.1.16. Resumen del artículo de Bray K et al, 2009	40-41
4.1.17. Resumen del artículo de Lazarus Jean B et al, 2003.....	41
4.1.18. Resumen del artículo de Stenner Karen et al, 2011	41
4.1.19. Resumen del artículo de Natan Ben M. et al, 2013	42
4.1.20. Resumen del artículo de Bucley T et al, 2013	42
4.1.21. Resumen del artículo de Cousins R et al, 2012.....	42

4.1.22. Resumen del artículo de While A et al, 2004	42-43
4.1.23. Resumen del artículo de Ryan-Woolley B et al, 2007....	43
4.1.24. Resumen del artículo de Bowskill D et al, 2012	43-44
4.1.25. Resumen del artículo de Jones K et al, 2011.....	44
4.1.26. Resumen del artículo de Stenner K et al, 2008	44
4.2. Análisis conjunto de los artículos revisados.....	44-57
4.2.1. Situación de la prescripción enfermera en los diferentes países.....	45-46
4.2.2. Necesidades formativas para la prescripción en enfermería	46-48
4.2.3. Tipos de prescripción enfermera.....	48-49
4.2.4. Percepción de la prescripción enfermera por parte de los pacientes	50
4.2.5. El rol de la enfermera prescriptora (" <i>nurse practitioner</i> ") en el manejo del dolor	51-53
4.2.6. La prescripción en el manejo del dolor y la importancia de la relación interprofesional.....	53-54
4.2.7. Beneficios de la prescripción enfermera en el manejo del dolor	54-57
5. DISCUSIÓN	57-60
6. CONCLUSIONES	60-61
7. BIBLIOGRAFÍA	61-66
8. AGREDECIMIENTOS.....	67
9. APÉNDICE DE ABREVIATURAS	67-68

RESUMEN

El desarrollo de la prescripción enfermera es una tendencia global en los últimos años y está incrementándose el número de países que introducen la prescripción enfermera en sus sistemas sanitarios. En España se encuentra legalizada desde el año 2009 pero pendiente de desarrollar la normativa que la regule.

El objetivo de esta revisión es determinar cuáles son los beneficios que aporta la prescripción enfermera en el manejo del paciente con dolor.

La metodología empleada ha sido realizar una búsqueda en las principales bases de datos biomédicas con la finalidad de encontrar la literatura existente sobre el tema. Se han seleccionado 26 artículos para su revisión, procedentes mayoritariamente de países anglosajones.

Los resultados encontrados muestran los beneficios que se obtienen con la prescripción enfermera destacando el incremento de la autonomía profesional, entre otros. También muestran las necesidades formativas y las diferencias que existen entre los distintos países al respecto, la importancia de las relaciones con el resto de los miembros del equipo de trabajo como elemento clave para adquirir confianza y seguridad para prescribir y la percepción de los pacientes sobre la prescripción enfermera.

Las conclusiones sobre la prescripción enfermera en el manejo del paciente con dolor es que son múltiples los beneficios que se obtienen para el paciente, para los profesionales de enfermería y para el sistema sanitario. Se debe seguir investigando y publicando estudios sobre el tema con la finalidad de facilitar un desarrollo más equitativo entre los diferentes países.

1. INTRODUCCION

1.1. El dolor

El dolor es una sensación desagradable que experimentan la mayoría de los pacientes como síntoma de su enfermedad. Existen diferentes definiciones del dolor, sin embargo cabe destacar que la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial, o descrito en función de dicho daño".(1)

Por su incidencia, prevalencia y significado, el dolor es uno de los problemas de salud más relevantes, debido a que se manifiesta como síntoma en múltiples enfermedades agudas, crónicas o en fase terminal. Por lo tanto, es un problema que surge habitualmente en la práctica asistencial y que requiere conocerlo bien para realizar un buen manejo.

1.1.1. Clasificación del dolor

Desde un punto de vista fisiopatológico existen tres tipos de dolor: (2)

a) Dolor neuropático

El dolor neuropático es aquel producido por lesiones en nervios, tractos en la médula espinal o en el tálamo. No existe un estímulo nociceptivo evidente pero existe evidencia relacionada de daño nervioso, como disfunción sensorial y debilidad. Se describe como un dolor lacerante o similar a una descarga eléctrica, sordo e intenso. Solo hay alivio parcial con fármacos analgésicos y narcóticos. El paciente también podría responder al tratamiento farmacológico con antidepresivos o anticonvulsivantes (2).

b) Dolor somático

El dolor somático es aquel producido por la lesión de la piel, las articulaciones o los músculos y habitualmente existe un estímulo nociceptivo evidente. Suele estar bien localizado y es similar a otros dolores somáticos que el paciente haya experimentado. Este tipo de dolor se alivia con antiinflamatorios o analgésicos narcóticos (2).

c) Dolor visceral

Este tipo de dolor está ocasionado por la lesión de estructuras viscerales y por lo general se activa por procesos inflamatorios. El dolor visceral es habitualmente difuso, no está bien localizado y se presenta con características de cólico. En general, se encuentra asociado con molestias inespecíficas, como náuseas o distensión y se consigue su alivio con analgésicos narcóticos y espasmolíticos (2).

Además el dolor se puede clasificar en función de su duración en (3):

a) Dolor agudo

El dolor agudo es aquel que se caracteriza por su comienzo bien definido, por la presencia de síntomas y signos físicos objetivos, tiene un final predecible y, en general, es una señal biológica de la posibilidad de una lesión o de la extensión de la misma. En el dolor agudo existe una correlación importante entre la intensidad del dolor y la patología desencadenante y su evolución natural es disminuir progresivamente hasta desaparecer, una vez se produce la curación de la lesión subyacente (3).

Las causas comunes de dolor agudo incluyen trauma, cirugía (dolor postoperatorio), procedimientos médicos y enfermedades agudas. El dolor agudo tiene una importante función biológica de protección para evitar la extensión de la lesión. Cada vez se está prestando mayor atención en la prevención y el tratamiento agresivo de dolor agudo para reducir las

complicaciones, incluyendo la progresión del dolor agudo a dolor crónico, un buen ejemplo es el manejo de dolor postoperatorio.

Se establece que el dolor agudo no suele durar más de lo que tarda en resolverse la lesión causante y en todo caso, menos de un período establecido entre 3 y 6 meses (3).

b) Dolor crónico

El dolor crónico puede definirse como aquel que persiste después del curso habitual de una enfermedad o después del tiempo razonable para la resolución de una lesión. Suele establecerse una duración superior a los 6 meses. Otra característica importante del dolor crónico además del factor tiempo, es que la posibilidad para identificar la patología causal es baja e insuficiente para poder explicar la presencia y la intensidad del dolor. El dolor crónico no tiene un final predecible y los factores ambientales y psicopatológicos influyen de forma substancial, por lo que el abordaje multidisciplinar es esencial. El dolor crónico supone un fuerte impacto sobre la función física, emocional y cognitiva, sobre la vida social, la vida familiar y la capacidad de trabajar del paciente (3).

Una situación de especial consideración es el dolor oncológico que va a estar muy determinado por la localización del tumor, tipo de tratamiento recibido y consecuencias de la evolución de la enfermedad como debilidad o encamamiento que generan un importante dolor articular y muscular (3).

Por lo tanto, es importante conocer ante qué tipo de dolor nos encontramos para poder realizar un buen manejo del mismo.

1.1.2. Valoración del dolor

Cuando un paciente presenta dolor es importante realizar una buena valoración, con la finalidad de proporcionar el tratamiento adecuado. Debido a que el dolor es una sensación subjetiva, existen muchos

factores que afectan a la percepción y reacción de una persona ante el dolor, como son los valores étnicos y culturales del paciente, la etapa de desarrollo en la que se encuentre, su entorno y las personas de apoyo, las experiencias previas del dolor y el significado del dolor actual. Por lo tanto, la valoración debe realizarse con un enfoque integral (4).

Dentro de esa valoración realizaremos una entrevista al paciente en la que recogeremos datos que nos permitan realizar la historia del dolor como la localización, la intensidad, la frecuencia, la duración, momento del día en el que predomina, factores desencadenantes, factores que lo alivian, factores que aumentan o disminuyen el umbral doloroso como pueden ser el silencio, el ruido o la compañía. En el caso del dolor crónico también es importante acompañar la entrevista de una evaluación psicológica (4).

Se entiende por umbral del dolor la intensidad mínima de un estímulo que despierta la sensación de dolor y puede variar significativamente dependiendo de cada individuo (4).

Para valorar la intensidad del dolor existen diferentes escalas que ayudan al paciente a comunicar la intensidad de su experiencia dolorosa y al profesional sanitario a poder clasificar el tipo de dolor, tales como las escalas numéricas (el paciente otorga un valor numérico al dolor en una escala del 1-10), las escalas verbales (nada, poco, bastante, mucho), las escalas visuales analógicas (EVA) y las escalas gráficas (4).

Se considera que la EVA permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores (5). Esta escala consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

Sin dolor _____ Máximo dolor

Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros (5).

Otra opción para valorar el dolor en el paciente es la Escala numérica (EN) que es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. En estos casos se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Este método es el más sencillo de interpretar y el más utilizado (5).

Además, asociada a la entrevista, es importante realizar una profunda observación del paciente y de este modo poder completar una buena valoración. A través de la observación, podemos detectar expresiones de dolor manifestadas por la adopción de posturas antiálgicas, gestos, cambios de conducta o cansancio, entre otros (4).

Existen situaciones en las que la valoración puede resultar difícil como es el caso de pacientes ancianos y/o con trastorno cognitivo en los que tendremos que ayudarnos de la información que puede proporcionar la familia (4).

1.1.3. Tratamiento farmacológico del dolor

Una vez realizada la valoración se deben adoptar las medidas farmacológicas y para ello es importante conocer la indicación de cada analgésico para realizar un buen manejo del dolor (4).

En el año 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la escalera analgésica de tres peldaños con la finalidad de simplificar y estandarizar el empleo de analgesia en función de la intensidad del dolor, siguiendo los peldaños en el tiempo de una forma progresiva y por tanto escalonada (6) (Figura 1). Hoy en día nos referimos a esta representación como la clásica escalera analgésica debido a las distintas actualizaciones.

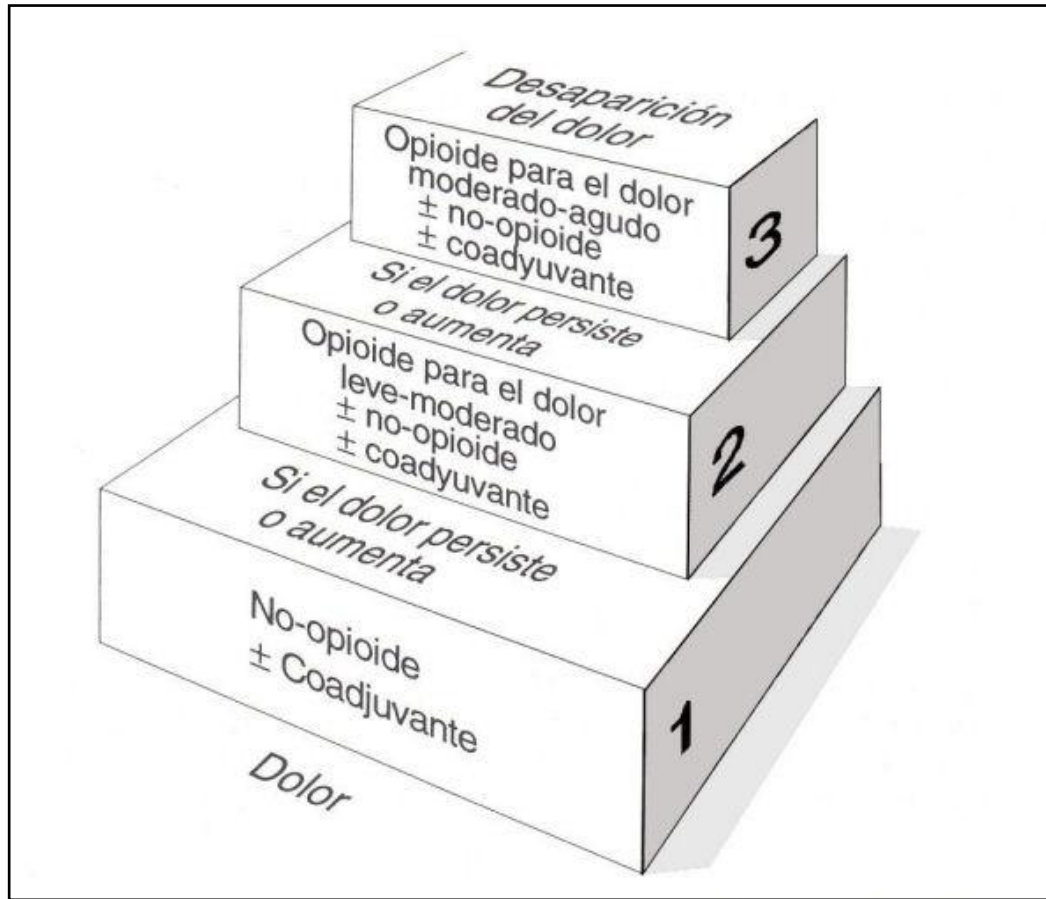


Figura 1: ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS (6)

En esta representación los fármacos utilizados en el tratamiento del dolor están situados en tres escalones consecutivos (2):

* **1º escalón**, en el que se encuentran los analgésicos menores como el ácido acetilsalicílico, el paracetamol, los salicilatos, el metamizol, el ketorolaco y el resto de los llamados antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) recomendados para el dolor leve.

* **2º escalón**, en el que se encuentran los analgésicos opioides débiles como son la codeína, la dihidrocodeína, el tramadol, la buprenorfina y la pentazocina, fármacos recomendados en el dolor moderado.

* **3º escalón**, donde se encuentran los analgésicos opioides más potentes o mayores como la morfina, la metadona, el fentanilo y la petidina, fármacos empleados en el dolor severo.

A lo largo de los años la escalera propuesta por la OMS se ha puesto entredicho y ha sufrido modificaciones (7). Se le ha incrementado un 4º escalón para el dolor intenso, y en este caso se requieren técnicas intervencionistas. La aparición de fármacos analgésicos que presentan distintas formas de actuación y el mayor conocimiento de los mecanismos etiopatológicos del dolor también han contribuido a confirmar que la escalera no es válida para todos los tipos de dolor, como es el caso del dolor agudo y postoperatorio, en los que la escalera no es útil, y aquí es la intensidad del dolor la que marca principalmente el tipo de fármaco, precisando un control inmediato y rápido, seguido de una evaluación continua que nos marca el regreso a fármacos de mayor a menor potencia analgésica, así como el cambio de vía de administración e incluso admite el abordaje con infiltraciones o bloqueos nerviosos. El concepto está perfectamente definido como "ascensor analgésico", es decir, subimos o bajamos la escalera pero sin hacerlo de forma escalonada (Figura 2) (8).

1º Escalón	2º Escalón	3º Escalón	4º Escalón
Antiepilépticos +/-	Antiepilépticos +/-	Antiepilépticos +/-	Técnicas analgésicas
Antidepresivos	Antidepresivos +/-	Antidepresivos +/-	
	Opioides débiles (tramadol)	Opioides potentes (morfina...)	

Figura 2: Escalera Analgésica Modificada (8).

En cualquiera de los escalones se permite asociar otros fármacos llamados coadyuvantes o coanalgésicos. Son fármacos no clasificados como analgésicos que presentan una actividad terapéutica que disminuye el dolor por acción propia o combinados con otros analgésicos, potencian el efecto de los analgésicos o reducen sus efectos secundarios. Entre

ellos se encuentran los antidepresivos, anticonvulsivantes, neurolépticos, corticoides o ansiolíticos (4).

Los opioides y los AINEs son los fármacos más utilizados en el control del dolor. Sin embargo, presentan su acción a través de diferentes mecanismos de acción, tal y como veremos a continuación, lo que determina su indicación en función de la intensidad del dolor.

1.1.3.1. Antiinflamatorios no esteroideos

Los AINEs tienen su mecanismo de acción a nivel periférico ya que, actúan inhibiendo la actividad de las ciclooxigenasas (COX), enzimas que convierten el ácido araquidónico que se encuentra en las membranas celulares en endoperóxidos cíclicos inestables, los cuales se transforman en prostaglandinas (PG) y tromboxanos que participan en diferentes mecanismos patógenos tales como la inflamación, el dolor y la fiebre. Por lo tanto, la inhibición de su síntesis en presencia de un AINE sería responsable de su actividad terapéutica (9).

La actividad antiálgica de los AINEs es de intensidad moderada o media, alcanzándose un techo analgésico claramente inferior al de los analgésicos opioides, pero frente a éstos presentan la ventaja de no alterar la percepción, lo cual supone una utilización clínica menos comprometida (9).

Los AINEs son útiles en los dolores articulares, musculares, dentarios y cefaleas de diversa etiología, incluidas las formas moderadas de migraña. A dosis suficientemente elevadas son también eficaces en dolores postoperatorios y postraumáticos, ciertos cólicos (p. ej., renales) y dolores de origen oncológico en sus primeras etapas (9).

Aunque la mayoría de los principios activos de este grupo farmacológico comparten las tres acciones que lo definen: analgésica, antitérmica y antiinflamatoria, su eficacia relativa para cada una de ellas puede ser diferente, incluso algún principio activo puede no presentar alguna de las

acciones, como por ejemplo el paracetamol que no es antiinflamatorio. Asimismo, su toxicidad puede coincidir con la del grupo o ser más o menos específica, de ahí que su utilización clínica dependa tanto de su eficacia como de su toxicidad relativas (9).

Los principios activos pertenecientes al grupo de los AINEs comparten una capacidad elevada de provocar reacciones adversas de intensidad y gravedad diversas, de las cuales no son conscientes generalmente los consumidores. De entre las reacciones adversas que producen se encuentran las alteraciones y lesiones gastrointestinales como pirosis, dispepsia, gastritis, dolor gástrico, diarrea, estreñimiento y la que revierte mayor gravedad es ulceración gástrica o duodenal que puede originar complicaciones graves, de carácter hemorrágico o perforaciones. Por lo que el consumo prolongado de AINEs obliga a reducir las dosis y se debe valorar prescribir un protector gástrico al paciente. La irritación de la mucosa gástrica es más intensa con el ácido acetilsalicílico, a concentraciones elevadas interfiere en la síntesis de protrombina, razón por la cual la hemorragia de vías gastrointestinales constituye un peligro particular. Además de la toxicidad gastrointestinal de los AINEs, la nefrotoxicidad constituye otro problema importante para los pacientes que consumen estos fármacos de forma crónica. Se debe mantener especial vigilancia de los pacientes con riesgo de insuficiencia renal (9).

Entre otras reacciones adversas cabe destacar las reacciones de hipersensibilidad o la hepatotoxicidad generada por el paracetamol (9).

1.1.3.2. Analgésicos opioides

La propiedad terapéutica más importante de los opioides es la analgesia. Los opioides tienen un mecanismo de acción a nivel central. Se caracterizan por poseer afinidad selectiva por los receptores opioides. Como consecuencia de la activación de estos receptores causan analgesia de elevada intensidad, producida principalmente sobre el sistema nervioso central (SNC) (10).

Existen tres tipos básicos de receptores opioides: μ , σ , κ y en función de cuales se activen se producen unas acciones u otras, como analgesia, miosis, midriasis, depresión respiratoria, sedación, bradicardia o hipotermia entre otras (10).

En función de la afinidad por los distintos receptores, los opioides se dividen en (10):

a) *Agonistas puros*: son los opiáceos que se comportan como agonistas sobre receptores μ . Pertenecen a este grupo: morfina, heroína, petidina, metadona, fentanilo y sufentanilo.

b) *Agonistas-antagonistas mixtos*: en sentido estricto son los opioides capaces de actuar sobre más de un tipo de receptor opioide.

c) *Agonistas parciales*: son los opiáceos que actúan sobre receptores μ con actividad intrínseca inferior a la de los agonistas puros, de ahí que, en presencia de un agonista puro, puedan comportarse también como antagonistas. Esto ha añadido cierta confusión, de manera que algunos autores engloban a los agonistas parciales en el grupo de los agonistas-antagonistas mixtos. El fármaco más característico es la buprenorfina. Otros agonistas parciales son la nalorfina y la pentazocina.

d) *Antagonistas puros*: son opiáceos que tienen afinidad por los receptores opioides, pero carecen de actividad intrínseca. Su afinidad se extiende a los tres principales tipos de receptores opioides. Entre ellos se encuentran la naloxona y la naltrexona.

Cuando dos fármacos activan varias vías neuronales por mecanismos de receptores diferentes y terminan ejerciendo la misma acción farmacológica, nos encontramos ante el denominado *dualismo farmacológico*. Esto sucede en el caso de los opioides. En efecto, opioides diferentes pueden producir analgesia, pero por mecanismos neuronales diferentes debido a que utilizan tipos de receptores distintos (10).

La analgesia constituye la propiedad terapéutica más importante de los fármacos opioides y guarda estricta relación con la dosis. Sirve para aliviar o suprimir dolores de gran intensidad, tanto agudos como crónicos, cualquiera que sea su localización. Sin embargo, existen algunos dolores como ciertas neuralgias, desgarros nerviosos o dolor del miembro fantasma que se resisten a la acción de los opioides (10).

El empleo de opioides en anestesia se encuentra muy generalizado. En algunas ocasiones, las dosis son pequeñas y tratan de completar la actividad analgésica de los anestésicos generales, pero con bastante frecuencia el opioide se administra a dosis muy elevadas (en particular, el fentanilo y sus derivados) como elemento sustancial de la anestesia (10).

Entre los efectos secundarios de los opioides se encuentran la depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sedación, miosis, hipotensión, prurito, hipertensión en vías biliares, bradicardia, estreñimiento, retención urinaria, entre otros. Ante una sobredosificación de opioides el antídoto empleado es la naloxona, antagonista puro de los receptores opioides (10).

Otro de los problemas importantes que presentan los opioides es el desarrollo de tolerancia a muchos de sus efectos. Esta tolerancia se manifiesta por la disminución en la duración de la acción o en la intensidad de la respuesta, lo que obliga a aumentar la dosis que recibe el paciente. La naturaleza de esta tolerancia es farmacodinámica y depende del tipo de receptor opioide activado, pero cuanto más intensamente actúe el opioide con mayor rapidez aparece la tolerancia. También cabe destacar que cuando una paciente recibe de forma crónica un opioide la suspensión brusca del opioide o la administración de un antagonista desencadena un síndrome de abstinencia, con intensa sintomatología central y vegetativa mayoritariamente simpática, que demuestra la existencia de un estado de dependencia física (10).

La vía de administración de los opioides (4), la forma, las dosis y el ritmo de dosificación varían extraordinariamente según la situación que se deba

tratar (aguda o crónica), el estado del paciente, la tolerancia desarrollada, etc. La *vía intravenosa* se utiliza en casos de dolor intenso, si el paciente está en malas condiciones o si existe escasa perfusión tisular. Se puede administrar en forma de bolo o de infusión. La *vía oral* se reserva para dolores agudos no muy intensos o para dolores crónicos, por ejemplo, el canceroso. La *vía rectal* resulta útil en los pacientes que no puedan utilizar la vía oral porque no están con plena conciencia, tienen náuseas y vómitos, presentan problemas para la deglución o, por causa del enlentecimiento del vaciado gástrico provocado por la morfina, presentan problemas de absorción. La *vía espinal* (intratecal y epidural) se está utilizando con frecuencia para el tratamiento de ciertos dolores agudos (parto, ciertos postoperatorios, etc.), dolores crónicos (con implantación de catéteres) y para intervenciones quirúrgicas torácicas. Han aparecido nuevas formas y sistemas de administración que pueden ser aplicadas para situaciones muy concretas, como la *vía transdérmica* para el fentanilo o la *vía bucal* para la morfina. Con el objetivo de conseguir un control permanente del dolor se han creado bombas de infusión portátiles que son perfectamente controlables incluso por el paciente. Estos dispositivos liberan continuamente una dosis basal de un opiáceo, al que se añaden nuevas dosis predeterminadas si es necesario, en cuanto el paciente presiona el botón habilitado para ello, esto se denomina analgesia regulada por el paciente (PCA, *patient-controlled analgesia*) (4).

1.1.3.3. Combinaciones de opioides y AINE

En determinadas ocasiones es necesario combinar la administración de fármacos opioides con AINEs y esta coadministración se puede realizar ya que tienen efectos aditivos, lo cual permite utilizar una dosis menor de cada uno de ellos y obtener el mismo grado de analgesia. Los efectos secundarios no se suman, ya que las dosis administradas son menores, por lo que estas combinaciones pueden emplearse para atenuar la intensidad de los efectos secundarios dependientes de las dosis (2).

1.1.4. Dolor: diagnóstico enfermero

Con el objetivo de unificar el lenguaje profesional de enfermería y poseer una taxonomía diagnóstica propia se fundó en el año 1973 la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (10). En el año 2002, el término NANDA dejó de ser un acrónimo para convertirse en una marca registrada: NANDA International (NANDA-I) cuyo principal objetivo es el desarrollo y el perfeccionamiento de los diagnósticos enfermeros. Un diagnóstico enfermero está constituido por una etiqueta diagnóstica, unas características definitorias y unos factores relacionados o factores de riesgo en función de si se presenta un problema real o potencial (11).

El dolor constituye una de las situaciones más habituales que deben abordar los profesionales de enfermería en el ejercicio de su profesión en el ámbito asistencial. La taxonomía NANDA valora el dolor dentro del dominio del confort y establece las siguientes etiquetas diagnósticas para los pacientes que manifiestan dolor: dolor agudo (00132) y dolor crónico (00133) (10).

- Dolor agudo (00132) (11)

La taxonomía NANDA aconseja el empleo de esta etiqueta en cualquier momento que el paciente experimente dolor y sea posible reducir la intensidad percibida de este o aumentar la eficacia del tratamiento médico mediante técnicas no invasivas (masajes, aplicaciones de calor o frío, relajación, entre otras) con independencia de que simultáneamente el dolor esté siendo tratado con fármacos o técnicas invasivas. Una vez realizado el diagnóstico se establecen los objetivos y una planificación de las intervenciones de enfermería encaminadas a cumplir esos objetivos. Una planificación que permite evaluar la eficacia y la calidad de los cuidados prestados.

- Dolor crónico (00133) (11)

La taxonomía NANDA aconseja el empleo de esta etiqueta en la misma situación explicada anteriormente en la etiqueta del dolor agudo pero destaca la diferencia que esta etiqueta está relacionada con incapacidad física o psicosocial crónica. Una vez realizado el diagnóstico se establecen los objetivos y una planificación de las intervenciones de enfermería encaminadas a cumplir esos objetivos.

1.2. Prescripción en enfermería

Los profesionales de enfermería desarrollan su principal actividad en los cuidados de la salud. Dentro de su rol asistencial la prescripción enfermera supone una nueva competencia que permite mejorar la atención integral de los pacientes.

1.2.1. Situación internacional de la prescripción de enfermería

El desarrollo global de la prescripción enfermera todavía se encuentra en expansión. Algunos países ya la han instaurado en sus sistemas sanitarios desde hace décadas y diversos estudios han demostrado que supone complementar muchos aspectos de la enfermería y adoptar un enfoque más holístico en el cuidado del paciente. Los países anglosajones tienen una mayor tradición en la prescripción de enfermería pero en los últimos años otros países europeos han seguido la misma línea de actuación (12).

Así en países como EE.UU., pionero en la prescripción enfermera, ya se prescribe desde los años 60. Comenzaron las enfermeras parteras (obstétrico-ginecológicas) y las enfermeras anestesistas y rápidamente se expandió a múltiples áreas de diferentes especialidades. A pesar de la polémica generada y de una oposición significativa, los resultados

mostraron una mejoría de los resultados clínicos y una reducción de los costes sanitarios. Surgieron de esta forma las denominadas "enfermeras de práctica avanzada" que precisan nivel de maestría e incluso actualmente en algunos estados del país se requiere nivel de doctorado. En Canadá se comenzó a prescribir a principios de 1990 para satisfacer las necesidades de servicios de salud de los pacientes en zonas remotas y aisladas, y para hacer frente a la escasez general de los médicos, en dichas zonas. Además supuso formalizar la prescripción "ilegal" por parte de las enfermeras de salud de la comunidad. En Australia (año 2000) y Nueva Zelanda (año 2001) los motivos que impulsaron la introducción de la prescripción enfermera fueron satisfacer las necesidades de medicación de los pacientes en zonas remotas, mejorar la atención al paciente y aumentar la rentabilidad del sistema de salud (12).

A nivel europeo, Suecia fue el primer país donde un grupo de enfermeras comenzó a prescribir en el año 1994. Esto se produjo con la finalidad de ofrecer a los pacientes, especialmente de áreas remotas, un acceso más rápido y de mejor calidad a los medicamentos, reducir la carga de trabajo de los médicos y mejorar los servicios sanitarios (12). Reino Unido es el país europeo más desarrollado en materia de prescripción enfermera. Se comenzó la actividad prescriptora por parte de la enfermería en 1998 y se introdujo con la finalidad de hacer un mejor uso de las habilidades y conocimientos de los profesionales de enfermería, ofrecer un servicio de salud más ágil, accesible y flexible, y reducir los tiempos de espera (12). Se establecen dos niveles de prescripción, la prescripción independiente y la prescripción suplementaria o complementaria. Se define la *prescripción independiente* como la responsabilidad para la valoración de los pacientes (con diagnóstico o en condiciones no diagnosticadas) y para la toma de decisiones sobre el manejo clínico necesario, incluyendo la prescripción (13), es decir, las enfermeras de forma independiente pueden prescribir cualquier medicamento dentro de su área de competencia basándose en el diagnóstico que ellas realizan. En este caso están limitadas por un formulario específico y solo puede prescribir fármacos controlados y

establecidos en el formulario. La *prescripción suplementaria o complementaria* se define como una asociación voluntaria entre un prescriptor independiente (médico u odontólogo) y un prescriptor complementario para llevar a cabo un plan de manejo clínico de pacientes específicos con el consentimiento del paciente (13). Es decir, las enfermeras pueden prescribir basándose en el diagnóstico realizado por un médico u odontólogo, normalmente fármacos empleados en enfermedades crónicas.

En Irlanda, se comenzó la prescripción en enfermería en el año 2007, debido a la lucha por las mejoras en la prestación de servicios, la atención integral, más rentabilidad, y para implementar la educación y la experiencia del personal de enfermería de manera más eficiente (12).

En los Países Bajos, se espera prescribir en un futuro próximo, con el objetivo de luchar por un sistema más rentable de salud. El envejecimiento de la población y una grave escasez de especialistas son las principales razones que van a conllevar a un mayor desarrollo del rol profesional de enfermería. Por otra parte, se sabe que las enfermeras en la práctica ya llevan prescribiendo medicamentos durante décadas, a pesar de no estar legislado, y la legalización de la prescripción enfermera puede poner fin a esta situación indeseable (12).

En Francia, la prescripción enfermera está legalizada desde el año 2012, con la modificación del artículo L4311 - 1 del "*Code de la Santé Publique*" por la LOI N ° 2012-1404 de 17 de diciembre de 2012 - art. 52. en donde se establece que las enfermeras pueden prescribir material sanitario y de curas citado en un listado pero no incluye prescripción de fármacos por lo que no existe un desarrollo de la prescripción enfermera que siga la filosofía desarrollada por los países anglosajones. Sobre Italia apenas hay literatura al respecto, dado que la formación en enfermería se encuentra a nivel básico (14).

1.2.2. Situación de la prescripción enfermera en España

En España, la situación de la prescripción enfermera se encuentra a medio desarrollo legal. Bien es cierto, que en el ejercicio profesional, los enfermeros tradicionalmente han venido desarrollando y llevando a cabo actuaciones que están relacionadas con la prescripción. La aprobación de la legislación para autorizar a la enfermería a normalizar una actividad de su práctica diaria, no es más que legalizar la prescripción que se ha venido realizando desde hace tiempo (15).

1.2.2.1. Modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

Con la modificación efectuada por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, a la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, donde solo se permitía prescribir a médicos y odontólogos, se ha establecido el primer avance para el desarrollo de la prescripción enfermera en España. Concretamente se ha modificado el artículo 77 donde se expresa (16):

"Los enfermeros podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de medicamentos, bien de forma autónoma, bien en colaboración con otros profesionales sanitarios. El Gobierno regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros, en el marco de los principios de la atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Ministerio de Sanidad y Política Social con la participación de las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros acreditará con efectos en todo el Estado, a los enfermeros para las citadas actuaciones" (16).

Sin embargo, tras esta modificación de la Ley queda pendiente el desarrollo normativo donde se regule todo lo relacionado con la prescripción enfermera.

A pesar de no existir una regulación nacional relacionada con la prescripción enfermera de fármacos, han surgido varias iniciativas autonómicas como la de las islas Baleares o la de Andalucía. Es esta última comunidad la que ya ha puesto en marcha un decreto, 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 sistema Sanitario Público de Andalucía y por el que los enfermeros andaluces prescriben fármacos desde 2009. Por lo tanto se convierten en los primeros enfermeros del Sistema Sanitario Español en prescribir (17).

1.2.2.2. Modalidades de prescripción enfermera

Es importante diferenciar que se establecen diferentes modalidades de prescripción enfermera, entre las que se distinguen tres modalidades de prescripción enfermera (18):

- **“Prescripción colaborativa”**: es realizada por la enfermería, con sujeción a criterios preestablecidos de integración asistencial, acordados entre la profesión enfermera y otros profesionales prescriptores (principalmente la profesión médica). Se trata de una prescripción basada en protocolos y guías estandarizadas o protocolizadas de práctica clínica y asistencial, comprendidas por los correspondientes medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica exclusiva. Este tipo de prescripción se puede denominar también como “prescripción protocolizada” o “prescripción de grupo”.

- **“Prescripción autónoma”**: es la que realiza el profesional de enfermería por sí mismo, sin estar sujeto a la autorización y control de un médico y,

por tanto sin necesidad de la firma o autorización de este. Se trata de la prescripción de medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica. Nos podemos referir a este tipo de prescripción como "prescripción independiente".

- **“Prescripción dependiente”**: este tipo de prescripción está basada en la instauración de regímenes específicos de colaboración interprofesional y de integración asistencial individualizada y adaptada a cada paciente, por los médicos y enfermeros responsables de su asistencia, en los que la prescripción enfermera se realiza fuera de aquellos dos primeros entornos de prescripción, estando sujeta a la autorización y control médico. Se trata de un tipo clásico de prescripción enfermera, muy frecuente en el ámbito hospitalario.

1.2.2.3. Ventajas de la prescripción enfermera

Finalmente vista la evolución de la prescripción enfermera en otros países y hacia dónde va encaminada en España no hay duda de que supone un avance no solo a nivel profesional sino que son varios los beneficios que se obtendrían tanto para los pacientes como para el sistema sanitario. Entre ellos una mejor accesibilidad al sistema, un incremento de la eficacia y eficiencia del sistema, una mejora de la calidad asistencial, una reducción del coste sanitario, mejor gestión en el gasto farmacéutico y aumento del grado de satisfacción del paciente y de los profesionales, entre otros (19). A pesar de la escasez de literatura al respecto, algunos estudios avalan estas ventajas pero se debe continuar estudiando y revisando los beneficios que aporta este nuevo rol.

2. PREGUNTA A ESTUDIO

El desarrollo de la prescripción enfermera está en expansión y hay países que llevan ventaja en cuanto a su implantación en el sistema sanitario y

su desarrollo. En nuestro país, la prescripción enfermera se encuentra a medio desarrollo legal, pero encaminada a llegar a ser una nueva competencia reconocida para el profesional de enfermería y con esto conseguir normalizar y respaldar legalmente una práctica habitual dentro de la labor asistencial. Sin embargo se debe seguir estudiando las ventajas de la prescripción enfermera en las distintas áreas clínicas.

Por ello la pregunta a estudio de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) es determinar cuáles son los beneficios/ventajas que aporta la prescripción enfermera tanto para el paciente como para el sistema sanitario como para el propio profesional de enfermería, centrándome en una situación como es el manejo del paciente con dolor.

3. METODOLOGÍA

Por lo tanto, para responder a la pregunta de este TFG se ha realizado una revisión de la bibliografía existente sobre el tema. Se han revisado tanto estudios de investigación como revisiones sistemáticas, en los que se demuestre cuales son los beneficios que aporta la prescripción de analgesia por parte del personal de enfermería en el manejo del dolor de los pacientes adultos.

Con el fin de localizar la principal literatura existente sobre el tema se ha llevado a cabo una búsqueda en las principales bases de datos bibliográficas. Los criterios de inclusión en la revisión llevada a cabo en este trabajo de final de grado son:

1. Idioma: artículos publicados en castellano, inglés, portugués o francés.
2. Cobertura cronológica: los últimos 10 años.
3. Tipo de diseño: revisiones sistemáticas o estudios investigación (cualitativa o cuantitativa).

4. Tipo de dolor y edad del paciente: artículos relacionados con el dolor agudo y/o crónico en el paciente adulto.

En cuanto a los criterios de exclusión, no se han valorado artículos que traten sobre prescripción enfermera relacionada con patologías que no cursan con dolor o en las que no es necesario el empleo de analgesia. Tampoco se han valorado los artículos que no cumplan los criterios de inclusión previamente establecidos.

A continuación se detalla la búsqueda en cada una de las bases de datos utilizadas en el estudio. En primer lugar, y con objeto de saber si ya se han realizado revisiones sistemáticas al respecto, se ha buscado en la base de datos Cochrane.

A) Biblioteca Cochrane Plus (acceso 25/03/14 y 01/04/14)

La biblioteca Cochrane Plus es una base de datos creada en 1992 por la colaboración Cochrane, un organismo sin ánimo de lucro cuya finalidad es elaborar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas y ensayos clínicos sobre temas sanitarios.

Las estrategias de búsqueda empleadas han sido las siguientes: ("*nursing prescriptions*"; "*nursing prescribing*") pero no se han obtenido resultados con la búsqueda.

En segundo lugar se han buscado artículos originales en las principales bases de datos biomédicas. La estrategia de búsqueda y el número de resultados obtenidos para cada una de ellas es la que se describe a continuación,

B) Pubmed / Medline (acceso 01/04/14)

Pubmed es un sistema de búsqueda que permite el acceso a bases de datos bibliográficas como Medline, la base de datos más importante de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos abarcando los

campos de la medicina, oncología, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas. Contiene más de 11 millones de referencias bibliográficas de artículos de revistas desde el año 1966.

Las estrategias de búsqueda empleadas han sido:

1. ("Nursing"[Mesh]) AND "Drug Prescriptions"[Mesh]

Filtros activados: *Clinical Trial, Review, Full text available, published in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, French, Spanish.*

Total de resultados obtenidos: 49 artículos.

Se han eliminado 41 artículos porque no se ajustan a los criterios de inclusión establecidos.

Seleccionados según los criterios establecidos y obtenidos a texto completo: 8 artículos (Tabla I).

Tabla I: Artículos seleccionados tras la búsqueda en Pubmed.

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
Banning M. (20)	Nurse prescribing, nurse education and related research in the united kingdom: a review of the literature.	<i>Nurse Education Today</i>	2004	1,24	0,052
Creedon R et al (21)	An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literature review.	<i>British Journal of Nursing</i>	2009	-	0,041

(-) no indexada. JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

Tabla I (Continuación): Artículos seleccionados tras la búsqueda en Pubmed.

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
Creedon R <i>et al</i> (22)	An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literature review.	<i>British Journal of Nursing</i>	2009	-	0,041
Walsh J (23)	Non-medical prescribing in nurse-led community leg ulcer clinics.	<i>British Journal of Nursing</i>	2006	-	0,041
Baird A (13)	Independent and supplementary prescribing and PGDs.	<i>Nursing Standard</i>	2005	-	0,028
Loveridge N (24)	Power to prescribe.	<i>Emergency nurse</i>	2005	-	0,028
Carey N <i>et al</i> (25)	Does non-medical prescribing make a difference to patients?	<i>Nursing Times</i>	2011	-	0,028
Sheer B <i>et al</i> (26)	The development of advanced nursing practice globally.	<i>Journal of nursing scholarship</i>	2008	-	0,069

(-) no indexada. JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

2. ("Nursing"[Mesh]) AND "Drug Prescriptions"[Mesh] pain)

Filtros activados: *Clinical Trial, Review, Full text available, published in the last 10 years, Humans, English, Portuguese, French, Spanish.*

Total de resultados obtenidos: 2 artículos.

Se ha eliminado 1 artículo porque ya se encuentra seleccionado en la anterior estrategia de búsqueda.

Seleccionados según los criterios establecidos: 1 artículo (Tabla II).

Tabla II: Artículos seleccionados tras la búsqueda en Pubmed.

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
Stenner K (19)	Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses' views.	<i>Journal of advanced nursing</i>	2008	1,48	0,078

JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

3. ("Nursing prescribing")

Filtros activados: *Clinical Trial, Review, Humans, English, Portuguese, French, Spanish, Adult: 19-44 years, Aged: 65+ years.*

Total de resultados obtenidos: 111 artículos.

Se han eliminado 103 artículos porque no se ajustan a los criterios de inclusión establecidos.

Seleccionados según los criterios establecidos: 8 artículos (Tabla III).

Tabla III: Artículos seleccionados tras la búsqueda en Pubmed.

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
Manias E <i>et al</i> (27)	Testing an educational Nursing intervention for pain assessment and management in older people.	<i>Pain Medicine</i>	2011	2,35	0,122
C.Gielen S <i>et al</i> (28)	The effects of nurse prescribing: a systematic review.	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	2013	2,18	0,088

JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

Tabla III (Continuación): Artículos seleccionados tras la búsqueda en Pubmed.

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
Romero Collado A <i>et al</i> (29)	Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity.	<i>Journal of nursing management</i>	2014	1,18	0,057
Drennan Vari M <i>et al</i> (30)	Trends over time in prescribing by English primary care nurses: a secondary analysis of a national prescription database.	<i>BMC health services research</i>	2014	1,66	0,137
Anthony V <i>et al</i> (31)	Two hundred days of nurse practitioner prescribing and role development: a case study report from a hospital-based acute pain management team.	<i>Australian Health Review</i>	2011	0,55	0,049
Wilson M <i>et al</i> (32)	An audit of independent nurse prescribing in a critical care outreach team	<i>Nursing in critical care</i>	2012	1,08	0,066
Bray K <i>et al</i> (33)	British association of critical care nurses position statement on prescribing in critical care.	<i>Nursing in critical care</i>	2009	1,08	0,066
B. Lazarus J <i>et al</i> (34)	Monitoring and investigating certified registered nurse practitioners in pain management.	<i>The Journal of Law Medicine&Ethics</i>	2003	1,22	0,116

JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

C) Cinahl (acceso 03/04/14)

Cinahl (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) es la base de datos de enfermería más completa e importante del mundo. Contiene libros, tesis doctorales, actas de congresos, *software* educativo, audiovisuales y revistas de enfermería y otras disciplinas relacionadas con la salud.

La estrategia de búsqueda empleada en Cinahl ha sido:

(MM "Prescriptive Authority") AND (MM "Practical Nurses") AND (MM "Pain")

Limitadores activados:

Fecha de publicación: 01-01-2004 hasta 31-12-2014.

Tipos de fuentes: Publicaciones académicas y Revistas.

Edad: adultos.

Total de resultados obtenidos: 197 artículos.

Seleccionados según los criterios establecidos, obtenidos a texto completo y no duplicados con otros encontrados en otras bases: 3 (Tabla IV).

Los restantes 195 artículos se han eliminado porque no cumplen los criterios de inclusión establecidos.

Tabla IV: Artículos seleccionados tras la búsqueda en Cinahl

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
L.Stenner K, <i>et al</i> (35)	Nurse prescribing for inpatient pain in the United Kingdom: A national questionnaire survey	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	2011	2,18	0,088
Ben Natan M <i>et al</i> (36)	The attitudes of patients with chronic conditions towards nurse prescribing medications	<i>International Nursing Review</i>	2013	1,04	0,049
Buckley T <i>et al</i> (37)	Nurse practitioner prescribing practices: the most frequently prescribed medications.	<i>Journal of clinical nursing</i>	2013	1,12	0,064

JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

D) EMBASE (acceso 05/04/14)

Embase es una base de datos biomédica con más de 28 millones de registros indexados de miles de revistas especializadas y actas de congresos. Ha sido otra de las bases de datos empleada para realizar la búsqueda y la estrategia de búsqueda empleada ha sido:

("Nurse prescribing")

Limitadores: *human, original articles, review articles, English language, book subsets: nursing, last 10 years, adults.*

El número de Resultados obtenidos ha sido: 59 artículos.

Seleccionados según los criterios establecidos, obtenidos a texto completo y no duplicados con otros encontrados en otras bases: 6 artículos (Tabla V).

Los 53 restantes han sido eliminados por no cumplir los criterios de inclusión o duplicados encontrados en otras bases.

Tabla V: Artículos seleccionados tras la búsqueda en EMBASE

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
Cousins R <i>et al</i> (38)	Nurse prescribing in general practice: A qualitative study of job satisfaction and work-related stress	<i>Family practice</i>	2012	1,5	0,109
E. While A <i>et al</i> (39)	Benefits and challenges of nurse prescribing.	<i>Journal of advanced nursing</i>	2004	1,48	0,078
Bernadette M <i>et al</i> (40)	Prescribing by specialist nurses in cancer and palliative care: Results of a national survey.	<i>Palliative Medicine</i>	2007	2,38	0,208
Bowskill D <i>et al</i> (41)	How do nurse prescribers integrate prescribing in practice: Case studies in primary and secondary care.	<i>Journal of clinical Nursing</i>	2013	1,12	0,064

(-) no indexada. JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

Tabla V (Continuación): Artículos seleccionados tras la búsqueda en EMBASE

AUTOR	TÍTULO DEL ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	F.I. (JCR)	SCIMAGO
Jones K <i>et al</i> (42)	The effectiveness of nurse prescribing in acute care.	<i>Nursing times</i>	2011	-	0,028
Stenner K (43)	The role of inter-professional relationships and support of nurse prescribing in acute and chronic pain.	<i>Journal of advanced nursing</i>	2008	1,48	0,078

(-) no indexada. JCR: Journal Citation Report. F.I.: Factor Impacto.

Por lo tanto, tras la realización de esta búsqueda de artículos en las cuatro bases de datos comentadas se han seleccionado para su revisión en este trabajo de final de grado 26 artículos publicados en revistas internacionales con un índice de impacto medio de 0,993. Cinco de estos artículos, son revisiones y el resto se trata de artículos de investigación. La mayoría de la literatura encontrada pertenece a investigación realizada en países anglosajones, doce artículos se han realizado en Reino Unido, cuatro en Australia, uno en USA, uno en Israel, uno en los Países Bajos y otro en España. Las revisiones estudian la prescripción desde un punto de vista global y analizando la situación internacional.

4. RESULTADOS

Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión explicados en la metodología para seleccionar los artículos, se han obtenido 26 artículos para realizar esta revisión.

4.1. Análisis individual de los artículos revisados

En primer lugar se realizará un pequeño resumen de cada uno de los artículos.

4.1.1. Resumen del artículo de Banning M, 2004 (20)

Se trata de una revisión realizada en Reino Unido en 2004 en la que se estudia el inicio y la formación necesaria de la enfermería para prescribir. Los resultados destacan la escasa y deficiente formación inicial en farmacología y aplicación terapéutica, lo que supone un obstáculo en el desarrollo de la prescripción enfermera. Se plantea la necesidad de ampliar la duración de los cursos de formación e incluso que se debería tratar de una formación de post-grado.

Respecto a la implantación de la prescripción enfermera tan solo hace referencia a la atención primaria de salud y lo importante que es establecer una buena alianza terapéutica y empatía en la consulta para la eficacia de la prescripción. Sin embargo destaca que no hay estudios de investigación que evalúen el impacto de la prescripción enfermera en la satisfacción del paciente.

4.1.2. Resumen del artículo de Creedon R et al, 2009 (21)

El objetivo de esta revisión realizada en Reino Unido en el 2009 es conocer el desarrollo de la prescripción enfermera en el mundo. Sus resultados se centran en el impacto que tiene la prescripción enfermera dentro del equipo multidisciplinar, la confianza de los profesionales de enfermería para prescribir, la preparación y formación que requieren los profesionales de enfermería para asumir este nuevo rol. Destaca que se

requiere realizar más investigación para evaluar el futuro desarrollo de la prescripción y también es necesario investigar sobre la visión del resto de los miembros del equipo multidisciplinar.

4.1.3. Resumen del artículo de Creedon R et al, 2009 (22)

Se trata de la segunda parte del estudio anterior. El estudio continúa revisando la literatura existente sobre la perspectiva que tienen los pacientes acerca de la prescripción enfermera, la prescripción en la práctica (en que ámbitos se prescribe con mayor frecuencia y que medicamentos) y los beneficios que aporta la prescripción enfermera. Los resultados muestran que se prescribe más en las zonas rurales, que los pacientes presentan alta confianza en la prescripción enfermera y los fármacos más prescritos son antibióticos para infecciones respiratorias y a nivel gerontológico son los analgésicos, antihipertensivos, fármacos cardiovasculares y fármacos para la diabetes. Entre los beneficios que se obtienen destaca el incremento de la autonomía profesional, entre otros. Se concluye que se requiere mayor investigación para conocer mejor el impacto de la prescripción en todos estos aspectos.

4.1.4. Resumen del artículo de Walsh J, 2006 (23)

Este artículo publicado en el 2006 trata sobre la importancia que supuso el cambio de la legislación sobre medicamentos en Mayo de 2006 en Reino Unido. Surge el concepto de prescripción no médica y se amplía el listado de medicamentos que pueden prescribir los profesionales de enfermería. El estudio se centra en el ámbito de atención primaria y sobre los pacientes que padecen úlceras. Las úlceras a menudo cursan con dolor, especialmente si están infectadas. Antes del cambio de legislación la prescripción independiente estaba limitada a la prescripción de AINEs y con la nueva legislación los profesionales de enfermería pueden prescribir analgésicos más fuertes dentro del ámbito de experto. En este artículo se destaca que a través de la prescripción las enfermeras de la comunidad consiguen reducir el número de pacientes con úlceras que acuden al

hospital, reducir el dolor y otros problemas asociados. Además se destaca la importancia de la prescripción enfermera en la atención primaria.

4.1.5 Resumen del artículo de Baird A, 2005 (13)

En este artículo se describen los diferentes tipos de prescripción enfermera que existen en Reino Unido: la prescripción independiente, la prescripción complementaria y los PGDs que se describen más adelante detalladamente.

4.1.6. Resumen del artículo de Loveridge N, 2005 (24)

Se trata de un artículo en el que se comenta desde la visión de una enfermera de Reino Unido (Nancy Loveridge) en el año 2005 como la prescripción enfermera influye en la autonomía profesional, la opinión sobre la formación que existe para poder prescribir, los aspectos necesarios para prescribir de forma segura y la responsabilidad que se debe asumir. Su conclusión es que la prescripción incrementa la autonomía como profesional, el curso de prescripción que reciben sirve para ampliar conocimientos pero no crea la suficiente confianza como para prescribir con seguridad y considera que se deben elaborar guías clínicas y una buena comunicación con el paciente para prescribir de forma adecuada. También destaca que con la prescripción se requiere una formación continuada y una práctica segura para disminuir los riesgos. Debido a los obstáculos que se presentan para prescribir los profesionales siguen escogiendo los PGDs a la hora de prescribir.

4.1.7. Resumen del artículo de Carey N et al, 2011 (25)

En este artículo se revisa el impacto que produce la prescripción no médica sobre el sistema sanitario en Reino Unido. Destaca que son muchos los países que han introducido la prescripción enfermera para mejorar la eficiencia y el acceso a la medicación por parte de los pacientes. Reino Unido es el país que tiene más extendido el derecho a prescripción enfermera del mundo, hay alrededor de 19.000 enfermeras

que prescriben. En el artículo se enumeran varios beneficios de la prescripción enfermera como mejora la autonomía profesional, la reducción de los tiempos de espera al facilitar un acceso más rápido a los medicamentos y el incremento en la eficiencia de las citas. También destaca que los profesionales de la salud consideran que las enfermeras son más accesibles que los médicos, comunican mejor y esto supone más posibilidades de implicar a los pacientes en su atención médica, compartir información, hacer preguntas, entender el significado de sus problemas, establecer el tratamiento más adecuado y la importancia del cumplimiento del tratamiento.

4.1.8. Resumen del artículo de Sheer B et al, 2008 (26)

Se trata de un artículo de revisión en el que se estudia el desarrollo de la práctica de enfermería avanzada como una tendencia global en los últimos años. Las experiencias en los diferentes países muestran que este nuevo rol ha surgido de la necesidad de reducir costes, mejorar el acceso a los cuidados, reducir el tiempo de espera y mejorar la eficacia de los servicios sanitarios. El desarrollo en los diferentes continentes varía en cuanto a los inicios y su desarrollo pero todos coinciden en que se requiere formación de nivel máster o de postgrado. En este estudio se muestra como en los países donde está más extendida la práctica de enfermería avanzada el número de enfermeras es mucho mayor que el de médicos.

4.1.9. Resumen del artículo de Stenner K et al, 2008 (19)

Se trata de un estudio de investigación realizado en Reino Unido (2006-2007) basado en entrevistas realizadas a 26 enfermeras capacitadas para prescribir medicamentos para pacientes con dolor agudo/crónico. Los resultados obtenidos establecen que la prescripción aporta beneficios para el sistema sanitario, los pacientes y los propios profesionales de enfermería. Se describe cada uno de los beneficios obtenidos entre los que destacan el incremento de la autonomía profesional, el aumento de la

satisfacción en el trabajo, mayor accesibilidad al tratamiento, eficiencia y rentabilidad de los recursos sanitarios, entre otros.

4.1.10. Resumen del artículo de Manias E et al, 2011 (27)

Se trata de un estudio de investigación realizado en Australia con el objetivo de valorar la eficacia de una intervención educativa enfermera en la valoración y manejo del dolor en los pacientes mayores hospitalizados comparando los resultados obtenidos antes de aplicar esta estrategia y tres meses después de aplicarla. Se diseñó un grupo control de 192 pacientes de dos hospitales Australianos. Este estudio concluye que una buena valoración realizada mediante escalas registradas y un manejo estructurado del dolor que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas reducen la intensidad del dolor. Respecto a la prescripción enfermera de analgesia se recomienda la elección de los analgésicos adecuados al tipo de dolor y pautar una dosis fija con un horario fijo.

4.1.11. Resumen del artículo de C.Gielen S et al, 2013 (28)

Esta revisión sistemática fue realizada en el 2008 por el Instituto de los Servicios de Salud de los Países Bajos debido al crecimiento del número de países que introducen la prescripción enfermera. El objetivo de este estudio ha sido comparar la eficacia de la prescripción enfermera frente a la prescripción médica y valorar los efectos de la prescripción enfermera. Se concluye que no hay diferencias significativas, las enfermeras parecen prescribir números comparables de medicamentos por visita del paciente que los médicos y parece haber pocas diferencias entre las enfermeras y los médicos en el tipo y la dosis de la medicación prescrita y en los resultados clínicos. Si hay diferencia en cuanto a la satisfacción del paciente, destaca una mayor satisfacción con la prescripción enfermera.

4.1.12. Resumen del artículo de Romero Collado A et al, 2014 (29)

Este estudio de investigación fue realizado en Girona en el 2013, para conocer la extensión de la prescripción enfermera y los medicamentos

que frecuentemente prescribe la enfermería en atención primaria dentro del contexto legal en el que se encuentra la prescripción enfermera en España. Para ello se realizó una encuesta a 125 enfermeras de atención primaria. Se concluye que se aplica la prescripción enfermera aunque no esté legalmente desarrollada, los medicamentos que más se prescriben son vacunas, antisépticos tópicos y AINEs. Un 70% de las enfermeras participantes consideran que contribuye al incremento de la autonomía profesional y un 40% ven un problema en asumir una nueva responsabilidad.

4.1.13. Resumen del artículo de Drennan Vari M et al, 2014 (30)

Es un estudio de investigación realizado en Inglaterra en el que se utilizó una base de datos nacional de prescripción de atención primaria entre los años 2006-2010 para analizar la situación de la prescripción enfermera en Inglaterra en ese periodo de tiempo. Los resultados mostraron que se incrementó el número de enfermeras que prescriben desde el año 2006 al 2010 pero el porcentaje de prescripción enfermera es pequeño respecto a la prescripción médica en atención primaria. También hubo tasas ligeramente más altas de prescripción enfermera en áreas con una población que presenta mayores problemas socioeconómicos y menos médicos por habitante, pero las correlaciones fueron débiles y se necesita una mayor investigación

4.1.14. Resumen del artículo de Schoenwald A. et al, 2011 (31)

Se trata de un estudio realizado en el servicio de anestesia de un hospital australiano en el que se describe el rol de un "nurse practitioner" (enfermero facultativo) durante 200 días en el manejo de los pacientes con dolor postoperatorio. Antes del nuevo rol de prescripción enfermera los pacientes sufrían retrasos en recibir la analgesia debido a una disminución de la disponibilidad de anestesistas debido a la carga de trabajo. Por lo tanto, el desarrollo de la prescripción enfermera ha supuesto para los pacientes un acceso más rápido a la analgesia. Tanto

la enfermería como la dirección médica del hospital apoya el desarrollo de este nuevo rol como algo que mejora la calidad de los cuidados, el manejo del dolor, minimiza los efectos adversos y mejora la satisfacción del paciente

4.1.15. Resumen del artículo de Wilson M et al, 2012 (32)

Este artículo trata sobre una auditoría realizada en 2011 en Inglaterra que muestra la actividad de dos enfermeras prescriptoras independientes durante cuatro meses en una unidad de cuidados críticos. Se estableció que a pesar de la complejidad y diversidad de los pacientes críticos se identifican una serie de fármacos que se prescriben habitualmente y se recomienda el desarrollo de un formulario que guíe la práctica individual y del equipo. Se comprobó que se incrementa la prescripción por la noche por la falta de presencia de los médicos y así se evita el retraso de que el paciente reciba el tratamiento. El artículo concluye que más investigación es necesaria para estudiar el desarrollo de la prescripción enfermera en esta área.

4.1.16. Resumen del artículo de Bray K et al, 2009 (33)

Este artículo es una revisión en las principales bases de datos junto con un estudio de investigación a través de una encuesta realizado por la Asociación Británica de las Enfermeras de Cuidados Críticos (2009) sobre la situación de la prescripción en este área. Se establece que existe poca literatura y estudios al respecto pero que la prescripción es positiva y mejora la calidad de los cuidados. Fundamentalmente se utiliza la prescripción complementaria o prescripción por grupos de pacientes PGDs y hay muy pocas enfermeras que prescriban de forma independiente en este área. Entre los obstáculos identificados para prescribir de forma independiente se encuentran que los profesionales de enfermería a pesar de recibir el curso de prescripción consideran que tienen pocos conocimientos sobre farmacología, la ausencia de control y supervisión de las prescripciones, las restricciones del formulario también

limitan la prescripción en este área y la falta de apoyo del personal médico.

4.1.17. Resumen del artículo de Lazarus Jean B et al, 2003 (34)

Es un estudio de investigación realizado en Alabama (EE.UU.) a través de una encuesta a 356 enfermeras sobre el rol de las "*nurse practitioners*" (enfermeras facultativas) en el manejo del dolor. La finalidad era conocer su percepción sobre la prescripción, las barreras que identifican para poder prescribir adecuadamente, la medicación que pueden prescribir y la importancia de la buena relación y el apoyo del equipo multidisciplinar. Se revisa también la formación requerida para la prescripción enfermera. Los resultados muestran que tan solo el 18% de las enfermeras encuestadas consideran inadecuada la formación, entre los obstáculos que se describen para poder prescribir se encuentran la resistencia del colectivo médico, déficit educativo y las restricciones sobre los fármacos que pueden prescribir.

4.1.18. Resumen del artículo de Stenner K et al, 2011 (35)

Se trata de un estudio de investigación realizado en Reino Unido, a través de una encuesta realizada a 137 enfermeras con la finalidad de conocer el rol de la enfermera prescriptora experta en el manejo del dolor. Todas las participantes trabajaban en distintas áreas donde se manejaba dolor crónico, dolor agudo, dolor en cuidados paliativos, entre otros. Se concluye que las enfermeras expertas en el manejo del dolor consideran la práctica prescriptiva como algo necesario para realizar un mejor manejo. Por lo tanto, la implantación de la prescripción enfermera contribuye de forma positiva en el manejo del dolor basándose en la evidencia práctica y destaca que los beneficios se encuentran limitados por las restricciones impuestas por la legislación.

4.1.19. Resumen del artículo de Natan Ben M. et al, 2013 (36)

Este estudio realizado a 230 personas con patologías crónicas en Israel concluye que los pacientes están a favor de la prescripción enfermera dentro del seguimiento de sus patologías pero no se encuentran a favor de la prescripción inicial de medicamentos o del cambio de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería ya que prefieren que sea realizado por un médico.

4.1.20. Resumen del artículo de Buckley T et al, 2013 (37)

Este artículo es un estudio de investigación realizado en Australia a 209 "nurse practitioner" en el que se describen las prácticas de prescripción enfermera y los fármacos que más se prescriben. Los resultados muestran que el 78% de las participantes prescriben dentro de su práctica y que los fármacos que más se prescriben son los antibióticos y los fármacos analgésicos aparecen en segundo lugar. Destaca la importancia de la prescripción enfermera en situaciones de urgencia, cuidados agudos y atención primaria.

4.1.21. Resumen del artículo de Cousins R et al, 2012 (38)

Es un estudio de investigación realizado en Reino Unido con la finalidad de conocer el impacto que supone la implantación de la prescripción como una nueva competencia del profesional de enfermería. Entre los resultados obtenidos se encuentra que este nuevo rol supone un aumento de la satisfacción personal motivado por un incremento de la autonomía profesional pero a su vez origina una mayor carga de trabajo que ocasiona un incremento del estrés laboral.

4.1.22. Resumen del artículo de While A et al, 2004 (39)

Este artículo muestra un estudio de investigación realizado en atención primaria en el sur de Reino Unido a través de encuestas enviadas por e-mail a 123 enfermeras con el objetivo de describir cuales son los factores que facilitan la prescripción enfermera, los obstáculos que existen para la

prescripción enfermera, el tipo de prescripción y medicamentos que suelen prescribir, los beneficios que se obtienen con la prescripción enfermera y la opinión de los profesionales de enfermería sobre el formulario de medicamentos legalizado para la prescripción enfermera. Los resultados muestran que el 80% de las encuestadas prescriben menos de tres veces por semana, consideran que necesitan mayor preparación y la falta de conocimientos lo consideran un obstáculo para la prescripción. También identifican la falta de confianza como un obstáculo y destacan la importancia del apoyo del médico y del resto del equipo para prescribir de forma más segura. De entre los fármacos que se prescriben regularmente el 12,4% son analgésicos.

4.1.23. Resumen del artículo de Ryan -Woolley B et al, 2007(40)

Este estudio trata de investigar la implantación de la prescripción enfermera en el área de cuidados paliativos y la visión de los profesionales de enfermería sobre la importancia de este nuevo rol en esta área. Para ello han entrevistado a enfermeras que trabajan en el área de cuidados paliativos. Los resultados establecen que consideran positivo este nuevo rol para la calidad de los cuidados de estos pacientes pero demandan mayor formación para desarrollar de forma adecuada la prescripción y el desarrollo de guías clínicas que faciliten la prescripción enfermera.

4.1.24. Resumen del artículo de Bowskill D et al, 2012 (41)

En este artículo se describen las diferencias existentes entre la prescripción enfermera en atención primaria y en atención secundaria. Los resultados destacan que en atención primaria existen menos restricciones en la prescripción enfermera, las decisiones son más individuales y suelen prescribir para condiciones crónicas. En atención secundaria, no pueden tomarse decisiones individuales, deben limitarse a un formulario específico dentro de su área de especialidad que debe ser

desarrollado por la organización sanitaria y los pacientes presentan condiciones más complejas.

4.1.25. Resumen del artículo de Jones K et al, 2011 (42)

Este artículo es un estudio de investigación realizado en Inglaterra entre julio 2005 y septiembre 2006 a través de entrevistas realizadas a pacientes por parte de profesionales sanitarios con la finalidad de evaluar el impacto y la eficacia de la prescripción enfermera en los cuidados agudos. Los resultados muestran que los pacientes encuentran beneficiosa la prescripción enfermera debido a que mejora los servicios sanitarios. Además no hay diferencias significativas entre la calidad de la prescripción médica y la prescripción enfermera pero si un mayor grado de satisfacción con la prescripción enfermera.

4.1.26. Resumen del artículo de Stenner K et al, 2008 (43)

El artículo publicado por Stenner *et al* es un estudio de investigación cualitativa realizado en Reino Unido con la finalidad de conocer el impacto de las relaciones interprofesionales dentro del equipo de trabajo sobre la prescripción enfermera. Se establece que la prescripción mejora la comunicación dentro de los miembros del equipo y permite flexibilizar el trabajo del equipo. Es muy importante el apoyo y la comunicación con todos los miembros del equipo, sobre todo con el personal médico para que los profesionales de enfermería ganen confianza y seguridad para prescribir

4.2. Análisis conjunto de los artículos revisados

Tras la lectura y análisis de los 26 artículos seleccionados se puede comprobar que presentan varios puntos en común. Es evidente que el desarrollo de la prescripción enfermera es una tendencia global en los últimos años y está incrementándose el número de países que introducen la prescripción enfermera. Tres artículos de los 26 revisados (25,26,28)

coinciden en que este nuevo rol ha surgido por diferentes motivos tales como:

- de la necesidad de reducir costes
- mejorar el acceso
- mejorar la calidad y la continuidad de los cuidados

Este nuevo papel de la enfermería se traduce en términos de eficiencia y eficacia de los servicios sanitarios. A continuación se analizarán otros puntos en común que se han encontrado en los artículos seleccionados.

4.2.1. Situación de la prescripción enfermera en los diferentes países

Hay que destacar que el inicio y desarrollo de la prescripción enfermera varía de unos países a otros. En uno de los estudios (26), se muestra como en los países donde está más extendida la prescripción el número de enfermeras es mucho mayor que el de médicos, esto sucede en Estados Unidos y Canadá, en los países asiáticos como Hong Kong, Singapur, Japón, Tailandia, y en Europa sucede en Reino Unido, Países Nórdicos, Bélgica, Suiza, Alemania y Países Bajos (Tabla VI). Esta situación supone uno de los motivos de la necesidad de implantar este nuevo rol para garantizar la eficacia de los servicios sanitarios.

Cabe destacar que Reino Unido es el país del mundo que tiene más extendido este nuevo rol, alrededor de 19.000 enfermeras prescriben en el país (25).

CONTINENTES	PAISES	ENFERMERAS	MEDICOS
		/1000	/1000
		HABITANTES	HABITANTES
América (Latina)	El Salvador	1.54	0.80
	Panamá	1.50	1.24
	Puerto Rico	1.98	1.68
América (Norte)	Canadá	9.95	2.14
	Estados Unidos	9.37	2.56
África	Botswana	2.65	0.40
	Sudáfrica	4.08	0.77
Asia	Hong Kong	5.28	1.70
	Taiwan	4.49	1.47
	China	1.05	1.06
	Japón	7.79	1.98
	Korea	3.85	2.29
	Singapur	4.24	1.40
	Tailandia	2.82	0.37
Australia	Australia	9.17	2.41
	Nueva Zelanda	8.16	2.37
Europa	Bélgica	5.83	4.49
	Alemania	9.72	3.37
	Países Bajos	13.73	3.15
	Suiza	10.75	3.61
	Reino Unido	12.12	2.30

Tabla VI: Source of statistics: World Health Organization, 2007

4.2.2. Necesidades formativas para la prescripción en enfermería

Sobre los programas de formación necesarios para asegurar una correcta prescripción en enfermería, a pesar de que los inicios y el desarrollo de la prescripción enfermera varía en los distintos países, todos (29,33) coinciden en que esta nueva competencia requiere nivel de máster o

postgrado. En los artículos revisados se emplea el concepto de "*advanced practice registered nurse*" (enfermera registrada de practica avanzada) o "*nurse practitioner*" (enfermeras facultativas) que es un tipo de enfermera de practica avanzada capacitada para prescribir.

En el estudio realizado por Romero-Collado A. *et al* (29) en el 2013 se describen las necesidades formativas para la prescripción enfermera en diferentes países. En Australia se requiere realizar un programa de formación, equivalente a un máster, y acreditar 3 años de experiencia profesional en el rol de "*advanced practice nursing*" en los últimos 6 años. En Nueva Zelanda se debe realizar un curso en el que se adquiere un diploma de post-grado y acreditar un mínimo de 3 años de experiencia profesional y al menos 1 año de experiencia en el área donde se pretende prescribir. En Canadá se debe realizar el máster como "*nurse practitioner*", superar un examen al finalizar el máster, demostrar competencia lingüística en inglés o francés y tener 3 años de experiencia profesional. En los Países Bajos también se debe realizar un máster como "*nurse practitioner*" de 2 años y acreditar 4 años de experiencia profesional. En Finlandia tan solo se requiere completar un programa de 45 *European Credit transfer System* (ECTS) y tres años de experiencia laboral en los últimos 5 años. En Irlanda, es necesario realizar un programa educativo integral de 6 meses y tres años de experiencia laboral en los últimos 5 años. En Reino Unido, el requisito para poder prescribir es realizar un curso de 26 días más 12 días a mayores de prácticas supervisadas, para ambos tipos de prescripción. Se debe superar el curso y registrarse para poder prescribir (33). También deben tener tres años de experiencia clínica. En España, la formación requerida es la diplomatura de tres años más un curso de 12 ECTS o titulación de grado sin tener en cuenta los años de experiencia profesional (29).

Inicialmente, las enfermeras en Reino Unido a pesar de haber recibido el curso de prescripción mostraron una falta de confianza y de seguridad según muestra el estudio realizado por Alison While *et al*, en el 2004 (39).

En este estudio realizado en atención primaria en el sur de Inglaterra en el año 2002, el 80% de las enfermeras destacaron una serie de obstáculos para la prescripción, entre los que se encontraron la falta de preparación en farmacología, la falta de información sobre los productos a prescribir, la falta de experiencia, la falta de apoyo de otros profesionales de la salud, la falta de tiempo y una lista de medicamentos muy limitada (39). A pesar de esto, el 68% de las participantes consideraron la prescripción útil dentro de su rol profesional debido a que les permite una mayor autonomía profesional, mayor satisfacción en el trabajo y una mayor calidad y continuidad de los cuidados proporcionados (39).

4.2.3. Tipos de prescripción enfermera

El Consejo Internacional de Enfermería define "*advanced practice registered nurse*" como una enfermera que ha adquirido una base de conocimientos de experto, habilidades para tomar decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para la práctica, cuyas características están determinadas por el contexto o país en el cual esté acreditada para la práctica (26).

El acto de la prescripción en enfermería se puede clasificar según como se realice. Así en 5 de los artículos revisados se clasifican las distintas **formas de prescripción** establecidas en Reino Unido (13,24,28,33,25):

- *PGDs*: no es considerada una forma de prescribir, significa literalmente "dirección de un grupo de pacientes" y se definen como "instrucciones escritas para el suministro o la administración de medicamentos a grupos de pacientes que presentan una misma situación clínica". Fueron desarrollados desde la práctica de suministrar y administrar medicamentos a los pacientes que presentaban una misma situación clínica, lo que supuso crear un grupo de protocolos que sirven de guía para administrar medicamentos a un paciente sin que exista una orden facultativa. Son muy utilizados en la práctica. Las enfermeras pueden

utilizarlos para suministrar o administrar medicamentos, por ejemplo las enfermeras tienen desarrollados PGDs para la administración de vacunas.

- *Prescripción complementaria*: es una forma de prescribir bajo un plan de manejo de la situación clínica de un paciente diagnosticada por un médico y este plan es creado de forma conjunta por el médico, la enfermera y el paciente. Pueden prescribir todos los fármacos del Formulario Británico Nacional incluidos fármacos controlados y medicinas sin licencia pero deben estar incluidas en el plan. Normalmente este tipo de prescripción se utiliza para el manejo de patologías crónicas.

- *Prescripción independiente*: la enfermera se encarga de realizar el diagnóstico y la valoración en el que se basa la prescripción. Solo pueden prescribir fármacos del *formulario "Nurse Prescribers Extended Formulary"* y los medicamentos asociados a una serie de indicaciones. Además deben limitarse a esas indicaciones para poder ser prescritos. Por ejemplo, la amoxicilina solo la pueden prescribir para la infección de tracto urinario en mujeres. Se limita al formulario específico a diferencia de la prescripción complementaria en la cual se puede prescribir de todo el Formulario Nacional Británico bajo el plan individual establecido para el paciente.

En mayo del 2006 se produjo un cambio en la legislación en Reino Unido que supuso una transformación importante en la prescripción enfermera. Surgió el concepto de prescripción no médica que extendió el derecho de prescribir de forma independiente a farmacéuticos y enfermeras. Amplió el número de medicamentos que podrían prescribir de forma independiente dentro de un área de especialidad (23). Desde el 2006 se ha incrementado el número de enfermeras prescriptoras.

4.2.4. Percepción de la prescripción enfermera por parte de los pacientes

Uno de los aspectos importantes a destacar sobre la prescripción enfermera es la visión y percepción que tienen los pacientes sobre esta nueva competencia de los profesionales de enfermería. Por lo tanto es un tema que se debe valorar para conocer el impacto de la misma.

Gielen S *et al*, realizaron un estudio en el 2006 (42) para valorar si existían diferencias significativas entre la prescripción médica y la no médica, se concluyó que no se encontraron diferencias significativas, ni en la duración de las consultas, ni en la frecuencia de prescripción, ni en los medicamentos prescritos, ni en los resultados clínicos. Sin embargo, si se destacó que los pacientes presentaron niveles más elevados de satisfacción con la prescripción enfermera que con la prescripción médica probablemente debido a una mejor comunicación con los pacientes y una mayor confianza.

Además cuatro de los artículos revisados (20,22,25,36) establecen que los pacientes presentan una visión positiva de la prescripción enfermera ya que consideran que los profesionales de enfermería son más accesibles que los médicos, comunican mejor por lo que consiguen entender de forma más adecuada el significado de sus problemas y la importancia del cumplimiento del tratamiento.

En América las "*nurse practitioners*" llevan más de 30 años prescribiendo y estudios sobre el tema han demostrado que estas enfermeras alcanzan resultados clínicos equivalentes a los médicos. Los pacientes muestran un nivel alto de satisfacción sobre las competencias técnicas de los profesionales de enfermería y también un mayor cumplimiento de los tratamientos y de los cuidados de promoción de la salud (34).

4.2.5. El rol de la enfermera prescriptora ("*nurse practitioner*") en el manejo del dolor

El papel que desempeñan los profesionales de enfermería en el manejo del dolor es la continua valoración, lo que supone un factor clave para una adecuada resolución. Por lo tanto, los profesionales de enfermería tienen la posibilidad de mejorar la seguridad y la eficacia en el manejo del dolor. Si no se resuelve, el dolor puede tener un impacto negativo en el estado de salud, la calidad de vida, el empleo, la productividad económica y la utilización del sistema sanitario. Por lo tanto, la eficacia del manejo del dolor agudo es necesaria no solo por razones humanitarias sino que también para promocionar la recuperación, prevenir las complicaciones, reducir los riesgos de dolor crónico y mejorar la eficiencia de los servicios (35).

La prescripción de medicación para aliviar el dolor es un nuevo rol de las enfermeras especialistas en el dolor. Han sido muchos los países que han desarrollado servicios dedicados al dolor agudo, entre ellos EE.UU, Canadá, Nueva Zelanda, y muchos países Europeos. En Reino Unido comenzaron en los años 90 motivado por el colegio de cirujanos y el colegio de anestesiólogos debido a las deficiencias en los cuidados del dolor postoperatorio y recomendaron el desarrollo de equipos multidisciplinares para asumir la responsabilidad del manejo del dolor, formación del personal, auditorías e investigación. Inicialmente, estas unidades se crearon con la finalidad del manejo del dolor postoperatorio y se fueron ampliando al manejo del dolor oncológico y dolor crónico (35).

Hay que destacar la importancia de la enfermera especialista en el dolor dentro del equipo multidisciplinar que tiene un papel clave en una variedad de entornos, incluyendo la hospitalización o áreas ambulatorias en los hospitales, la atención primaria, las unidades del dolor, oncología y cuidados paliativos (43).

Antes de la prescripción es importante realizar una buena valoración del dolor. En uno de los artículos (27) revisados se refleja la importancia de realizar una buena valoración, se trata de un estudio centrado en

personas mayores de 65 años y se valora la diferencia entre realizar una intervención estructurada que incluye una buena valoración y el seguimiento del tratamiento frente a no monitorizar el manejo del dolor. En la valoración se pueden emplear diferentes escalas de valoración, también destaca la importancia de realizar una historia sobre el dolor, sobre las características del dolor y sobre las dificultades que pueden existir durante la valoración como el deterioro cognitivo o los problemas para la comunicación. Una vez realizada la valoración se procede a establecer un plan que incluya la estrategia farmacológica para el manejo del mismo. Como estrategia farmacológica se recomienda pautar dosis fijas con horarios fijos para mejorar el cumplimiento del tratamiento. Este estudio concluye que con un buen manejo estructurado y multidisciplinar se obtienen buenos resultados (27).

En América las “*nurse practitioner*” están autorizadas por la ley para prescribir fármacos para el manejo del dolor pero existen diferencias en los diferentes estados del país. En 22 estados los profesionales de enfermería pueden prescribir fármacos opiáceos y AINEs como tratamiento para el dolor. Tan solo en cuatro estados se permite únicamente la prescripción de AINEs (34).

En Reino Unido la prescripción enfermera de opiáceos mayores, como el fentanilo, buprenorfina o la oxicodona, de forma independiente tan solo está autorizada en los cuidados paliativos. La morfina es el único opiáceo en el que se permite su prescripción de forma independiente en el tratamiento del dolor agudo post-traumático, alivio del dolor postoperatorio, cuidados paliativos y en el dolor ocasionado por el infarto agudo de miocardio (35,40). Los AINEs y el paracetamol junto con los opiáceos débiles como la codeína y el tramadol son los más prescritos normalmente ya que no tienen restricciones legislativas para la prescripción enfermera (35).

Un estudio realizado en Australia en el año 2010 (32) sobre la prescripción enfermera en el manejo del dolor agudo postoperatorio en un servicio de anestesia demostró que en general la prescripción enfermera

de analgesia fue segura y estuvo asociada con una disminución del tiempo de espera para recibir el tratamiento. Antes de la implantación de la prescripción, los pacientes sufrían retrasos en recibir la analgesia debido a una disminución de la disponibilidad de anestesistas ocasionada por la carga de trabajo. Por lo tanto, se concluyó que la dependencia exclusiva de personal médico para prescribir analgésicos obstaculiza la calidad de la prestación de atención sanitaria.

Resultados similares se obtuvieron en una auditoría realizada en Reino Unido en el 2011 (32) en una unidad de cuidados críticos en donde a pesar de la complejidad y diversidad de los pacientes se identificaron una serie de fármacos que se prescribían diariamente, entre ellos los analgésicos. En esta auditoría se demostró que la prescripción enfermera se incrementa por las noches por la falta de presencia de personal médico y para evitar el retraso de que el paciente reciba el tratamiento. En este estudio se concluye la importancia de la prescripción enfermera en estas unidades y se recomendó el desarrollo de un formulario para guiar la práctica individual y del equipo y asegurar que los pacientes reciben el tratamiento adecuado y con resultados seguros (32).

Por lo tanto el papel de las enfermeras ante el dolor consiste en la valoración, el seguimiento, la colaboración interdisciplinar, formación, educación y manejo del tratamiento (34). Para asumir esta responsabilidad de forma segura y adquirir confianza en la prescripción en dos de los artículos revisados (21,34) se destaca la importancia de impartir programas de formación sobre el manejo del dolor, sobre farmacología, sobre prescripción y trabajar con protocolos establecidos por el equipo multidisciplinar como hemos visto en el apartado 4.2.2.

4.2.6. La prescripción en el manejo del dolor y la importancia de la relación interprofesional

Seis de los artículos revisados (21,31,39,41,43) coinciden en destacar la importancia de la relación interdisciplinar y una efectiva comunicación con

otros profesionales de la salud como un elemento clave en el desarrollo de la prescripción.

Un estudio cualitativo realizado en Reino Unido (2007) en el que participaron 26 enfermeras que trabajaban en diferentes áreas y prescribían fármacos para el tratamiento del dolor agudo y el dolor crónico concluyó que la prescripción mejora las relaciones del equipo de trabajo porque mejora la comunicación y la confianza. El equipo multidisciplinar y la cooperación se mostraron como conceptos fundamentales para realizar un buen manejo del dolor, especialmente ante situaciones en las que el manejo del dolor es complicado como puede ser en los cuidados paliativos (40).

Compartir experiencias con otros profesionales mejora la adquisición de conocimientos lo que se traduce en un incremento de la confianza y la seguridad y por tanto se obtiene un aumento del número de prescripciones por parte del personal de enfermería (21,31,39,41,43). También es importante destacar no solo la importancia del equipo multidisciplinar sino que también es necesario el apoyo de las organizaciones sanitarias desarrollando programas de formación, protocolos y guías clínicas que faciliten la prescripción en el tratamiento del dolor (43).

4.2.7. Beneficios de la prescripción enfermera en el manejo del dolor

Una vez revisados todos los artículos sobre los estudios que se han realizado son múltiples los beneficios que se describen sobre la prescripción enfermera no solo en el manejo del dolor sino que estos resultados se pueden extrapolar a nivel de la prescripción enfermera en general.

a) Mayor grado de autonomía

La prescripción aporta un mayor grado de **autonomía** a la profesión. Es un beneficio intrínseco clave del que se derivan otros beneficios debido a que ocasiona una disminución de la dependencia y esto a su vez conlleva una mejora de las relaciones interprofesionales dentro del equipo y un incremento de la satisfacción laboral. Todos estos factores repercuten en una mejora de la calidad de los cuidados y un incremento de la atención holística del paciente (19).

En el contexto del dolor, la autonomía se define por el nivel de control que tienen las enfermeras sobre la evaluación, el diagnóstico y la toma de decisiones sobre la medicación de un paciente.

b) Satisfacción en el trabajo

La **satisfacción en el trabajo** se trata de una combinación de circunstancias psicológicas, fisiológicas y ambientales que permiten afirmar a la persona que se encuentra satisfecha. Se incrementa debido a una mayor autonomía proporcionada por la prescripción (19,38,39).

c) Mayor accesibilidad al tratamiento

La prescripción enfermera **mejora la accesibilidad de los pacientes al tratamiento**. Este hecho incrementa la velocidad con la que los pacientes reciben su medicación debido a que la prescripción permite trabajar más independientemente. Esto a su vez conlleva que se reduzcan los tiempos de espera y se incremente la eficacia de las citas (25,19,39).

d) Eficiencia y rentabilidad de los recursos sanitarios

La mejora de la accesibilidad de los pacientes al tratamiento es un beneficio que conlleva que se reduzcan los tiempos de espera por lo tanto se obtiene una mayor **eficiencia y rentabilidad de los recursos sanitarios**. Y a su vez una mayor satisfacción por parte de los pacientes con la atención prestada (19, 25).

e) Mejora de las relaciones y la comunicación con los pacientes

La autonomía permite que se puedan tomar decisiones cuando el paciente manifiesta dolor encaminadas a su alivio, lo que supone un aumento de la credibilidad y la confianza del paciente respecto al profesional de enfermería al resolverle su problema. Mejora la comunicación y el paciente obtiene mejor comprensión de la medicación prescrita. Además al paciente se le explica con mayor detenimiento los motivos para tomarla y el régimen correcto establecido por la enfermera (19,25,39).

f) Incremento de la seguridad

Se **incrementa la seguridad** en el sentido que garantiza que el profesional que evalúa al paciente es el responsable de prescribir el tratamiento adecuado. Para incrementar la seguridad a la hora de prescribir es necesaria una buena formación y conocimientos sobre fármacos, farmacocinética, farmacodinamia y efectos secundarios. En el ámbito del dolor es necesaria la experiencia y el conocimiento de la medición específica en el tratamiento del dolor para evitar errores de dosificación o medicación no adecuada y de la valoración del paciente. Realizar la elección correcta de la medicación mejora la confianza de los pacientes en el servicio recibido (19,25,39).

g) Adquisición de conocimientos

Por lo tanto a través de la prescripción se produce una **adquisición de conocimientos** y permite hacer más efectivo el uso de esos conocimientos lo que mejora la calidad y la continuidad de los cuidados.

Prescribir de forma independiente supone adquirir un mayor grado de autonomía y por consiguiente un aumento de la satisfacción laboral pero esto genera un incremento del estrés debido a una mayor carga de trabajo. Tan solo un estudio de los revisados (38) hace referencia a los

aspectos negativos que aporta el rol de la prescripción enfermera. Con la implantación de la prescripción enfermera aparece la necesidad de adquirir más conocimientos y de una actualización continua de los mismos además de la responsabilidad asociada con el diagnóstico y la prescripción.

Además en este estudio (realizado en Reino Unido 2011) las enfermeras entrevistadas destacan que la prescripción aporta todos los beneficios anteriormente citados pero no existe una recompensa que reconozca ni el esfuerzo de alcanzar la capacitación ni el aumento de responsabilidad expresado en términos salariales o de aumento de categoría profesional. También se destaca que en general en Reino Unido existe una falta de apoyo por parte del colectivo médico, de otros profesionales de la salud y de las organizaciones colegiales y esto es esencial para el desarrollo de la prescripción enfermera (38).

5. DISCUSIÓN

En este trabajo de fin de grado se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los beneficios de la prescripción enfermera ante el manejo del dolor de los pacientes. De toda la literatura que se ha encontrado se han revisado 26 artículos basados en estudios y revisiones que muestran la implantación, el desarrollo y los beneficios obtenidos de la prescripción enfermera a nivel internacional y fundamentalmente en los países anglosajones.

En esta revisión se ha mostrado que existen diferencias significativas de la situación de la prescripción enfermera entre los distintos países analizados basadas fundamentalmente en el nivel de desarrollo de la prescripción en los mismos (21,26,29).

En España, el cambio de legislación que permite la prescripción enfermera se produjo en el año 2009 pero todavía permanece pendiente de desarrollo el reglamento que regule esta situación, por lo que todavía no se ha implantado en el sistema sanitario español. Exceptuando

Andalucía, que ha desarrollado su normativa propia en donde se regula la prescripción enfermera, pero no se ha encontrado literatura al respecto sobre los beneficios obtenidos tras su implantación.

Con la búsqueda realizada se confirma que los países anglosajones son los que presentan un mayor desarrollo de la prescripción enfermera y han establecido diferentes formas de prescripción como ya se ha explicado anteriormente: prescripción independiente, prescripción complementaria y PGDs (13).

Un estudio (26) muestra que en los países donde más desarrollada se encuentra la prescripción enfermera la proporción de médico por paciente es mucho menor que en los países donde está menos desarrollada, este es uno de los hechos que justifica los inicios de la implantación de la prescripción enfermera.

En todos los países donde los profesionales de enfermería prescriben se requiere una formación avanzada y especializada acreditada a través de máster o de postgrado y experiencia profesional. En España tan solo se requiere realizar un curso de 12 ECTS y poseer título de grado sin tener en cuenta la experiencia laboral. Teniendo en cuenta las exigencias y requisitos en otros países debería ampliarse la formación en farmacología en el plan de estudios con la finalidad de que el título de grado permita prescribir de forma segura y con confianza o bien exigir un mínimo de experiencia profesional en un área determinada para poder prescribir.

Reino Unido es el país donde más desarrollada se encuentra la prescripción enfermera y en el año 2006 hubo un cambio de legislación con el cual se amplió el número de fármacos permitidos para poder prescribir, concretamente respecto a la analgesia pueden prescribir AINEs, opiáceos débiles y morfina de forma independiente. Cabe destacar que existe poca bibliografía al respecto en donde se especifique de forma clara y concisa los fármacos permitidos para la prescripción enfermera en los países en donde se encuentra instaurada y desarrollada

la prescripción, que fundamentalmente son Estados Unidos, Canadá, Australia y Reino Unido. En España se encuentra pendiente el desarrollo de la normativa que regule esta prescripción y la elaboración de un listado con los fármacos permitidos para poder prescribir.

Con respecto al dolor, es importante resaltar que constituye un problema habitual que refieren los pacientes en ámbitos tan distintos como hospitalización, urgencias, cuidados paliativos y/o atención primaria de salud. Son varios los estudios (25,27,31) que determinan que su manejo debe realizarse desde un enfoque multidisciplinar en donde los profesionales de enfermería son los responsables de la valoración de la situación y de la eficacia de las intervenciones y la respuesta al tratamiento. La prescripción enfermera supone una nueva competencia beneficiosa dentro del rol de la enfermera que maneja a un paciente con dolor. En esta revisión se muestra que varios estudios (21,31,39,41,43) enfatizan en la importancia de las relaciones interdisciplinarias en la prescripción enfermera y, sobre todo con el personal médico, dado que aporta mayor confianza y seguridad al personal de enfermería para prescribir. No se ha encontrado literatura en la cual se especifica la forma en la que el personal médico debe apoyar la prescripción enfermera. También es importante el apoyo de las organizaciones sanitarias mediante la elaboración de protocolos y guías clínicas que faciliten la prescripción. En general, en los estudios revisados (20,34,39,40), el personal de enfermería muestra una preocupación o sentimiento de no capacitación para prescribir fundamentado básicamente en la falta de conocimientos y de apoyo. Por lo tanto, destaca la importancia de la necesidad de formación en aspectos farmacológicos o conocimientos sobre los fármacos permitidos para prescribir.

Se ha demostrado que no existe una diferencia significativa entre la calidad de la prescripción médica y la prescripción enfermera pero que en general el paciente se encuentra satisfecho con la prescripción enfermera,

incluso más que con la médica, por la facilidad de comunicación y una mayor empatía (28).

Los estudios revisados muestran que, entre los beneficios que se obtienen de la prescripción enfermera en el manejo del paciente con dolor se encuentra, el incremento de la autonomía profesional, lo que supone un mayor aumento de la satisfacción laboral. Esto repercute en que el paciente percibe y recibe una mayor calidad en los cuidados, por lo tanto en el contexto del dolor el paciente recibe la analgesia adecuada y se valora la efectividad del tratamiento hasta conseguir el manejo óptimo. Se consigue mejorar la accesibilidad de los pacientes al tratamiento debido a que la prescripción permite trabajar de forma más autónoma, esto permite una reducción de los tiempos de espera y por lo tanto una mayor eficiencia y rentabilidad del sistema sanitario. La prescripción supone la adquisición de conocimientos por lo que obliga a la necesidad de formación y de esta forma prescribir de forma segura.

Por último, cabe destacar que varios de los estudios revisados (19,27,29,31,35,36,37,38,39,41,43) utilizan pequeñas muestras poblacionales en determinados países por lo que no hay literatura que muestre la situación real de la eficacia del desarrollo de la prescripción enfermera y estadísticas que muestren cifras objetivas sobre la rentabilidad que supone en el sistema. Se necesita que se continúe investigando sobre las ventajas que aporta la prescripción enfermera en las distintas áreas clínicas.

6. CONCLUSIONES

Tras la realización de este trabajo de final de grado se puede concluir que:

a) El rol de la prescripción enfermera adquiere cada vez mayor importancia y la experiencia de su implantación y desarrollo en los países

anglosajones es positiva y claramente beneficiosa. En España, se encuentra a medio desarrollo legal pero encaminada hacia su implantación en el sistema sanitario.

b) La formación exigida para la prescripción varía de unos países a otros pero se concluye que es necesario nivel de máster o postgrado con una ampliación de la formación farmacológica en el plan de estudios.

c) Los beneficios que se obtienen con la prescripción en el manejo del dolor son múltiples y estos beneficios repercuten sobre el paciente, los profesionales y el sistema sanitario.

d) Se requiere seguir investigando y publicando sobre la prescripción enfermera con la finalidad de equiparar y facilitar el desarrollo de la prescripción enfermera en los países donde se encuentra con un escaso desarrollo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Eduardo Ibarra. Una Nueva Definición de Dolor. Un Imperativo de Nuestros Días. Revista de la Sociedad Española del Dolor [revista en internet] volumen.13, nº2 Narón (La Coruña) 2006 Marzo. [acceso 28/03/14]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000200001

2. James P. Rathmell, Howard L. Fields. Dolor: fisiopatología y tratamiento. En: Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo (editores). Harrison: Principios de Medicina Interna. 17ª ed. España: McGraw-Hill Interamericana. 2012; p 81-86.

3. Dra. Ángela Mesas Idáñez. Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. Hospital Universitario Vall

d'Hebrón: Área de Traumatología, Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología; 2012 Noviembre [acceso 03/04/14].

Disponible en: <http://www.scartd.org/CursDolor/DolorAgutICronic.pdf>

4. Berman, A., Snyder, S.J., Koziar, B., Erb, G. Tratamiento del Dolor. Fundamentos de enfermería. 9ª ed. Pearson Educación; Madrid 2013,p. 1205-1245.

5. Serrano-Atero MS, Caballero J, Cañas A, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C and Prieto J. Valoración del dolor (I). Revista Sociedad Española del Dolor (acceso 8/04/14) 2002; 9: p. 94-108.

6. Sophie M. Colleau. Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20º aniversario. Cancer Pain [revista internet] Vol. 19, Núm. 1. 2006 [acceso 26/05/14]. Disponible en:

<http://www.cuidadospaliativos.org/archives/Evaluacion%20de%20la%20escalera.pdf>

7. J. Romero , R. Gálvez , S. Ruiz ¿Se sostiene la escala analgésica de la OMS?. Rev. Soc. Esp. Dolor v.15 n.1 Narón (La Coruña) 2008 enero-febrero. [acceso 08/04/14]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000100001

8. R. Gálvez, S. Ruiz, J. Romero: Propuesta nueva escalera analgésica para el dolor neuropático. Revista de la Sociedad Española del Dolor [revista en internet] v.13 n.6 Narón (La Coruña) 2006 agosto. [acceso 26/04/14]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113480462006000600001&script=sci_arttext

9. M.Feria. Fármacos analgésicos-antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos. Antiartríticos. En: Jesús Flórez, Juan Antonio Armijo, Africa

Mediavilla (editores). Libro de farmacología.5ª ed. Barcelona: Masson 1997; p. 355-387.

10. J. Florez. Fármacos analgésicos opioides. En: Jesús Flórez, Juan Antonio Armijo, Africa Mediavilla(editores). Libro de farmacología.5ª ed. Barcelona: Masson 1997; p. 435-452.

11. Maria Teresa Luis Rodrigo.los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª edición. Barcelona: Masson; 2013.

12. Marieke kroezen, Liset Van Dijk, Petern P Groenewegen, Anneke L Francke. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2011; 11:127 (acceso el 26/03/14).

13. Baird Anne. Independent and supplementary prescribing and PGDs. Nursing Standard. 2005; 19:51-56.

14. Code de la santé publique. Livre III: Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers. Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre Ier: Règles liées à l'exercice de la profession. article L4311-1. Disponible en: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689209&dateTexte=&categorieLien=cid>

15. Marco referencial para la prescripción enfermera del Consejo General de Enfermería. Documento de base. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>

16. 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.

17. 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.
18. Prescripción enfermera.. Observatorio metodología enfermera. 2007 Disponible en: http://www.ome.es/media/docs/Prescripcion_OME.pdf
19. Karen Stenner, Molly Courtenay. Benefits of nurse prescribing for patients in pain: nurses's views. Journal of advanced nursing. 2008; 63(1): 27-35.
20. Maggi Banning. Nurse prescribing, nurse education and related research in the United Kingdom: a review. Nurse Education Today. 2004; 24: 420-427.
21. Rena Creedon, Elizabeth O'Connell, Geraldine McCarthy, Brenda Lehane. An evaluation of nurse prescribing. Part 1: a literature review. British Journal of nursing. 2009; 18(21): 1322-1327.
22. Rena Creedon, Elizabeth O'Connell, Geraldine McCarthy, Brenda Lehane. An evaluation of nurse prescribing. Part 2: a literature review. British Journal of nursing. 2009; 18(22): 1398-1402.
23. Julia Walsh. Non-medical prescribing in nurse-led community leg ulcer clinics. British Journal of nursing. 2006; 15(11): 14-16.
24. Nancy Loveridge. Power to prescribe. Emergency Nurse. 2005;13(2): 18-19.
25. Nicola Carey, Karen Stenner. Does non-medical prescribing make a difference to patients?. Nursing times. 2011; 107(26): 14-16.
26. Barbara Sheer, Frances Kam Yuet Wong. The development of advanced nursing practice globally. Journal Of Nursing scholarship. 2008; 40(3): 204-211.

27. Elizabeth Manias, Stephen J. Gibson, Sue Finch. Testing and educational nursing intervention for pain assessment and management in older people . Pain Medicine 2011; 12:1199-1215.
28. Sanne C.Gielen, Janneke Dekker, Anneke L.Francke, et al. The effects of nurse prescribing: a systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2013; 2329: 1-14.
29. Angel Romero Collado, Erica Homs-Romero. Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. Journal of Nursing Management 2014; 22(3): 394-404.
30. Vari M Drennan, Robert L Grant, et al. Trends over time in prescribing by English primary care nurses: a secondary analysis of a national prescription database. BMC Health services Research. 2014; 14:54.
31. Anthony V. Schoenwald, et al. Two hundred days of nurse practitioner prescribing and role development: a case study report from a hospital-based acute pain management team. Australian health Review. 2011; 35: 444-447.
32. Mark Wilson, Karin Gerber, et al. An audit of independent nurse prescribing in a critical care outreach team. Nursing in Critical Care. 2012; 17(2):83-89.
33. Kate Bray, Deborah Dawson, Vanessa Gibson, et al. British association of Critical care nurses position statement on prescribing in critical care. Nursing in critical care. 2009; 14(5): 224-234.
34. Jean B. Lazarus, Belinda (Wendy) Downing. Monitoring and investigating certified registered nurse practitioners in pain management. 2003; 31 (1):101-118.

35. Karen L. Stenner, Molly Courtenay, Karin Cannons. Nurse prescribing for inpatient pain in the United Kingdom: a national questionnaire survey. *International journal of Nursing Studies*. 2011; 48 (7): 847-855.
36. M. Ben Natan, A. Kabaha, N.Jackob, R. Atallah, et al. The attitudes of patients with chronic conditions towards nurse prescribing medications. *International Nursing review*. 2013; 60 (4):469-476.
37. Thomas Buckley, Andrew Cashin, Meg Stuart, et al. Nurse practitioner prescribing practices: the most frequently prescribed medications. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22 (13-14):2053-2063.
38. Rosanna Cousins, Christine Donnell. Nurse prescribing in general practice: a qualitative study of job satisfaction and work-related stress. *Family practice*. 2012; 29 (2): 223-227.
39. Alison E. While, Kathryn S.M. Biggs. Benefits and challenges of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 45 (6): 559-567.
40. Bernadette M Ryan-Woolley, Gretl a McHugh, Karen A Luker. Prescribing by specialist nurses in cancer and palliative care: results of a national survey. *Palliative medicine*. 2007; 21: 273-277.
41. Dianne Bowskill, Stephen Timmons, Veronica James. How do nurse prescribers integrate prescribing in practice: case studies in primary and secondary care. *Journal of Clinical Nursing*.2012; 22: 2077-2086.
42. Kathryn Jones, Margaret Edwards, Alison While. The effectiveness of nurse prescribing in acute care. *Nursing times*. 2011; 107 (26): 18-19.
43. Karen Stenner, Molly Courtenay. The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of advanced nursing*. 2008; 63 (3): 276-283.

8. AGRADECIMIENTOS

Querría expresar mi reconocimiento y agradecimiento a las personas que, gracias a su colaboración, han contribuido a la realización de este Trabajo Fin de Grado:

En primer lugar, mi sincero agradecimiento a Lucía Núñez Fernández, tutora de este proyecto, por su consejo, ayuda y dedicación durante el desarrollo de este trabajo.

Un agradecimiento especial a María Sobrido, por su colaboración en la búsqueda bibliográfica para el estudio.

9. APÉNDICE DE ABREVIATURAS

AINEs: Antiinflamatorios no esteroideos.

COX: Ciclooxygenasas.

ECTS: European Credit transfer System.

EN: Escala numérica.

EVA: Escala Visual Analógica.

F.I.: Factor Impacto.

IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

JCR: Journal Citation Report.

NANDA: North American Diagnosis Association.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PCA: Analgesia Controlada por el Paciente.

PG: Prostaglandinas.

PGDs: Dirección de un grupo de pacientes.

SNC: Sistema Nervioso Central.

TFG: Trabajo de Fin de Grado.