

# Prescripción enfermera en el contexto de las urgencias y emergencia

ANTONIO J. VALENZUELA RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, SIXTO CÁMARA ANGUIA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermero DCCU (Baena). Distrito Sanitario Córdoba-Sur. Servicio Andaluz de Salud (SAS)

<sup>2</sup>Enfermero Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES 061). SP Jaén.

Correspondencia:

mail: [ajvalenzuela@teleline.es](mailto:ajvalenzuela@teleline.es)

Fecha de recepción: 21/05/2009

Fecha de aceptación: 30/05/2009

## *Nurse prescription in the urgencies and emergency context*

### RESUMEN

El área de las urgencias y emergencias, asistidas desde cualquiera de los niveles y entornos asistenciales plantea, si cabe, unos modelos de trabajo y formas en que la colaboración entre profesionales y el trabajo en Equipo hacen de la prescripción enfermera, muchas veces farmacológica, una necesidad legislada atendiendo a la mayor evidencia científica y a través de algoritmos de actuación internacionalmente aceptados. Posibilitando a la enfermera actuar acorde a estos conceptos y fuera de toda "duda y sospecha" de ilegalidad. Haciéndose necesario un consenso y desarrollo formativo y acorde a la especialización y diferenciación profesional en esta área y como argumentos que despejen cuantas dudas aún este asunto sigue encerrando sin ningún sentido y en muchos sectores.

### PALABRAS CLAVE

Prescripción enfermera, urgencias, emergencia.

### ABSTRACT

The area of the urgencies and emergencies, assisted from all levels and care settings raises, if possible, patterns of work and ways that collaboration between professionals and teamwork make nurse prescription, often pharmacological, a legislative needs in response to increased scientific evidence and through internationally accepted performance algorithms. Enabling the nurse to act according to these concepts and beyond any "doubt and suspicion" of illegality. Taking a consensus necessary training and development and according to professional specialization and differentiation in this area and as arguments to remove any doubt still remains the subject without enclosing any sense and in many sectors.

### KEYWORDS

Nurse prescription, urgencies, emergency.

La colaboración entre profesionales y el trabajo en Equipo hacen de la prescripción enfermera, muchas veces farmacológica, una necesidad legislada



La prescripción de enfermería es definida por BULECHECK, McCLOSKEY (1992) como cualquier cuidado directo que la enfermería realiza en beneficio del cliente

#### INTRODUCCIÓN

La evolución de las competencias enfermeras, la formación académica a través de los estudios de grado, especialización y postgrado, así como la necesidad evidenciada y evidente de que los sistemas sanitarios requieren de un mayor protagonismo enfermero en todos los entornos asistenciales en los que tenemos potencial de actuación y en una línea de eficiencia buscada para esos sistemas, hacen de la prescripción enfermera, como parte del proceso que, valora, diagnostica, plantea resultados, interviene sobre problemas y necesidades y evalúa dichos resultados, una necesidad sentida y argumentada en un entorno de ciencia que, mediante el manejo de conocimientos y método, confiere a la Enfermería actual un potencial enorme de desarrollo de nuestra propia autonomía dentro del proceso asistencial y de los Planes de Cuidados, a través del Proceso Enfermero (1).

La prescripción de enfermería es definida por BULECHECK, McCLOSKEY (1992) como cualquier cuidado directo que la enfermería realiza en beneficio del cliente. Ese cuidado directo incluye los tratamientos iniciados por la enfermera, los tratamientos iniciados en función del diagnóstico médico y la realización de actividades diarias esenciales para el cliente (2) (3).

Dicha prescripción, muchas de las ocasiones farmacológica (no ha de circunscribirse a los fármacos sino también al mejor régimen terapéutico posible) (3) y en la esfera de la propia responsabilidad, así como en el

espacio colaborativo, se encuentra inmersa en nuestro país en un gran debate que no ha concluido ni ha conferido aún entorno legal desarrollado a esta actuación concreta y que, ante la actual redacción legislativa y a pesar de los intentos y propuestas diversas, se encuentra en un periodo de “contextualización” que, de no concluirse y en estos términos, para nada beneficiará al receptor último de nuestras actuaciones y cuidados: **El Paciente**. No alcanzará un verdadero valor añadido, ni profesional ni asistencial o de servicio.

En este sentido, y en el mes de Abril de 2009, la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (**SEEUE**) plantea una **recomendación profesional** a todos sus asociados y al global de enfermeras de esta área con la petición expresa de difundirla, y que evidencia “el estado de indefensión” en el que ridículamente nos encontramos por lo apuntado anteriormente (4):

*“A los profesionales enfermeros y enfermeras de urgencias y emergencias se abstengan en su práctica clínica, asistencial y de cuidados, de realizar actividad alguna que pueda ser interpretada como un acto de prescripción farmacológica enfermera contrario a la legislación vigente.*

*Los supuestos de excepcionalidad o urgencia de causa mayor en las que en contra de esta recomendación se pudiera realizar prescripción farmacológica enfermera serán*

*aquellas en las que la denegación de ayuda y cuidados pusiera en riesgo la vida de las personas.*

*En estos supuestos los/as profesionales enfermeros/as que se vean abocados a realizar una acción que pueda ser considerada prescriptora, la SEEUE recomienda que dicha*

*acción sea puesta en conocimiento escrito de sus responsables jerárquicos y funcionales, así como de los representantes sindicales de las Mesas Sectoriales de Sanidad y reflejado en la historia del paciente indicando las causas que han motivado la acción.”*

El área de las urgencias y emergencias, asistidas desde cualquiera de los niveles y entornos asistenciales plantea, si cabe, unos modelos de trabajo y formas en que la colaboración entre profesionales y el trabajo en Equipo hacen de la prescripción enfermera, muchas veces farmacológica y ante situaciones de urgencia y emergencia, una necesidad legislada y en el entorno de colaboración en el que, atendiendo a la mayor evidencia científica y a través de algoritmos de actuación internacionalmente aceptados y cadencialmente revisados, posibiliten a la enfermera actuar acorde a estos conceptos y fuera de toda “duda y sospecha” de ilegalidad, haciéndose necesario un consenso y desarrollo, a la vez, formativo y acorde a la especialización y diferenciación profesional en esta área y como argumentos, al amparo de los cuales, se despejen cuantas dudas aún este asunto sigue encerrando sin ningún sentido y en muchos sectores.

En esta línea, alguna sociedad científica, curiosamente “ajena” al entorno definido para las urgencias y emergencias como es la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), también ha puntualizado alrededor de esta cuestión y a través de su informe de alegaciones al proyecto de Decreto 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 (SSPA) y a través de la inclusión de un nuevo artículo en ese decreto (lo que evidencia una necesidad de consenso irremisible) y en estos términos (5):

**Proponemos la inclusión de un apartado 6º en este artículo**

**Art.3.6**

*“Las enfermeras y enfermeros podrán indicar, en el ejercicio de su actuación profesional, el uso de medicamentos protocolizados en situaciones que requieran soporte vital avanzado y cuya utilización con carácter de emergencia pueda evitar el compromiso vital de la*

*persona. Las enfermeras y enfermeros deberán seguir las recomendaciones y estándares aprobados en cada momento sobre soporte vital avanzado vigentes en cada momento y reconocidos por la agencia internacional y/o española referente.*

**Justificación:** *Este nuevo apartado busca resolver las situaciones en las que, si la enfermera no dispone de la competencia para indicar la medicación de urgencia necesaria, podría comprometerse la vida del ciudadano/a atendido en una situación crítica. La enfermera no indicaría libremente en este supuesto, sino que solo podría utilizar medicamentos recomendados oficialmente y protocolizados en ese tipo de situaciones”.*

¿Hemos superado las relaciones con el modelo biomédico para adentrarnos en un solitario camino “monodialogante” de taxonomías enfermeras y lenguaje inaprensible y en muchas ocasiones “inimplementable” en la esfera de las urgencias y emergencias?.

La enfermera de urgencias y emergencias perfectamente puede ser la que en determinadas situaciones asista al paciente crítico y agudo sin la posibilidad puntal de apoyo en ningún otro profesional y nada más que amparada en sus conocimientos y en los algoritmos, protocolos y estándares de actuación universalmente planteados a través de la evidencia científica. Y es por ello, por lo que se requiere de un amparo legal que reconozca estas situaciones y la posibilidad de actuación, manejo, uso y prescripción farmacológica de cualquiera de los principios activos de los que va a depender, muchas veces, la vida de un paciente. O de los que se requiera su manejo y uso en situaciones en que el tiempo juega en contra de posibles agravamientos de la situación o secuelas de daño irreversible y previsible, y atendiendo siempre a esa posibilidad de valoración sin el apoyo médico, o en entornos consensuados a través de protocolos de actuación asumidos por cualquier institución asistencial y en el sentido apuntado, en lo que se ha venido a llamar “prescripción colaborativa estandarizada/protocolizada”(6) y que requerirá de mayor acotamiento y trabajo en conjunto multidisciplinar como para llegar a hacerse una realidad legislada.

La enfermera de urgencias participa de las actividades asistenciales y planes de cuidados planteados al paciente derivado al alta domiciliaria, así como del



Desde un punto de vista estrictamente jurídico, la responsabilidad puede abarcar tres aspectos: la civil, la penal y la administrativa

seguimiento y realización de actividades enmarcadas en los llamados “Servicios Comunes Programados”, durante los horarios y jornadas de cierre de los centros de Atención Primaria de Salud. Por lo que se ve, de esta forma “salpicada” e irrenunciablemente, de los mismos condicionantes de uso de material sanitario y prescripción farmacológica que el resto de las enfermeras comunitarias, en esa idea de seguimiento y de una Atención Continuada del paciente y bajo las mismas prerrogativas legales que venimos comentando.

Como apuntábamos al principio, es la formación y el respeto a estos conceptos de colaboración lo que posibilitará el actuar de la forma más correcta y beneficiosa para el paciente urgente. Sin olvidar jamás que la responsabilidad diagnóstica y de tratamiento recae irrenunciablemente en el médico y que es la enfermera a través de la técnica, el control y la vigilancia posteriores a la administración de la medicación, quien de esta forma evidencia a la vez autonomía y responsabilidad profesional sobre estas intervenciones concretas.

La actualización continua de algoritmos y el hacernos “esponja” al consenso científico y de evidencia que va apareciendo, hacen necesarias “postulaciones” permanentes en estos temas como para que, llegado el momento, participemos del consenso que se plantee en este sentido y a través de lo que debe ser una indiscutible presencia profesional enfermera y en ese entorno de legalidad necesario y exigido.

## ASPECTOS LEGALES

### **Responsabilidad legal de enfermería (pendiente de desarrollo normativo definitivo).**

Desde un punto de vista estrictamente jurídico, la responsabilidad puede abarcar tres aspectos: **la civil, la penal y la administrativa.**

Sin intención de abordar este punto en profundidad sino, más bien, ofrecer una primera visión meramente orientativa de cuál es la situación y hacia dónde vamos, centraremos estas cuestiones en la responsabilidad civil.

Los analistas y expertos jurídicos coinciden en que la responsabilidad de la administración de un medicamento es de quien lo aplica o del laboratorio que elabora el fármaco (cuando el fármaco no indica contraindicaciones). En la actualidad, la legislación vigente no permite aún de manera específica al Diplomado en Enfermería prescribir medicación como se comentó en la Introducción y por tanto, ha de atenerse a las instrucciones del facultativo. Si bien, entendemos que, en la práctica, pueden darse situaciones en las que el enfermero administra medicación con cierta independencia, como pueda ser el caso de la aplicación de un antiséptico en la piel del paciente a la hora de realizar el abordaje de una vía venosa o el cuidado de ciertas heridas.

Hoy por hoy, y ante esa gran paradoja legal y el definitivo desarrollo que comentamos, es el médico quien prescribe. Por ello ante la ley, y hasta que se consensuen

los entornos colaborativos y de potencial prescriptor enfermero, si el Diplomado en Enfermería por su cuenta y riesgo procede a sustituir la medicación prescrita y/o prescribirla directamente (acción que excede de sus funciones e incluso, en teoría, de sus conocimientos, como argumentos esgrimidos por todos los entornos que se oponen a ese desarrollo prescriptor), habrá de atenerse a las consecuencias ante la ley asumiendo su responsabilidad (7).

La responsabilidad es la asunción de las consecuencias de un daño, normalmente traducidas en una estimación económica. El art. 1902 del Código Civil establece que “el que por acción u omisión causa daño a otro está obligado a reparar el daño causado” (8).

La Jurisprudencia requiere para que haya responsabilidad tres elementos: a) la acción u omisión; b) el daño; y c) la relación de causalidad entre ambos.

En los supuestos de responsabilidad subjetiva, el sujeto habrá de probar, además de la acción y del daño y la relación de causalidad, la culpa del responsable, no así en los casos de responsabilidad objetiva en los que se puede prescindir de este último requisito.

El art 1.104 del Código Civil establece que “La culpa o negligencia consiste en la omisión de aquella diligencia que exija la naturaleza de la obligación y corresponda a las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar” (9).

Como curiosidad explicaremos que, la póliza de responsabilidad profesional del médico abarcará, no sólo la responsabilidad por hechos propios, sino por la de aquellas personas de las que se deba responder, y que puede abarcar tanto daños derivados de la organización del trabajo horizontal (trabajo en equipo), como de la organización del trabajo vertical (enfermero, personal auxiliar, etc.), en la que la responsabilidad puede alcanzar jerárquicamente al médico, aún cuando quepa aislar la responsabilidad del Diplomado en Enfermería o Auxiliar, si éstos traspasan el límite de su respectiva competencia y se extienden a proporcionar actos estrictamente médicos.

Podrá existir responsabilidad del Diplomado en Enfermería cuando, en el ejercicio de sus funciones propias, incurra en negligencia, descuido o falta de atención, e incluso cuando acometa indebidamente funciones propias del médico. Pero responderá éste (el médico) en el caso de que el daño al tercero se haya debido a su despreocupación en las funciones de control y

vigilancia o cuando encomiende o permita que el personal de enfermería traspase los límites de su competencia profesional. Y ello **sin perjuicio de la responsabilidad solidaria del Diplomado en Enfermería**, puesto que, de un mismo hecho, pueden ser responsables dos o más personas.

Si el enfermero comete un error en la administración del tratamiento farmacológico prescrito, éste deviene responsable. Si es el facultativo quien yerra, éste será el responsable, pero no debemos olvidar que el enfermero, por su trabajo, formación e interrelación con los facultativos adquiere conocimientos en la materia que, de existir errores en la prescripción por parte del facultativo y éstos sean apercibidos por el enfermero, habrá de ponerlos en conocimiento para evitar perjuicios al paciente. En caso contrario pueden devenir en responsabilidad.

Las **órdenes médicas** deberán ajustarse a unas normas concretadas en:

- Será una orden dada por escrito, con una grafía legible y firmada por el facultativo.
- Quedará especificado perfectamente el nombre del enfermo, número de habitación y cama, nombre del medicamento, posología y vía de administración.
- Fecha en que se hace la prescripción.

Estas normas podrán extralimitarse parcialmente en situaciones especiales, como en casos críticos, urgencias y emergencias, pudiéndose dar la orden de manera verbal, directamente o a través del teléfono, debiendo ser especificadas, registradas y firmadas posteriormente, cuando la situación crítica lo permita.

El personal Diplomado en Enfermería habrá de registrar en los documentos legales pertinentes de la Historia Clínica del paciente, no sólo el acto de administración en tiempo y forma, sino también toda la información derivada del mismo (Ej. Reacciones adversas, respuesta del paciente, eficacia, etc.).

En conclusión, ante la actual legislación, el Diplomado en Enfermería ha de someterse a las instrucciones del facultativo, con respecto a la administración de fármacos y a expensas del desarrollo de las modificaciones legislativas de las que estamos pendientes. En consecuencia habrá de seguirlas, de igual



La Comunidad Autónoma Andaluza ha marcado un antes y un después con el planteamiento de un proyecto de Decreto para la definición de la prestación farmacéutica

modo conforme a la "Lex artis" (o criterio valorativo de la corrección del acto médico en función de sus especiales características) y a sus conocimientos. Es decir, si las instrucciones recibidas fuesen absurdas o ilógicas, sería motivo de incumplimiento de las mismas. Caso de no actuar conforme a lo descrito anteriormente el profesional deviene en responsabilidad.

Nos aventuramos a presagiar que, este tipo de situaciones se verán ampliadas y contempladas, en un futuro no muy lejano, en legislaciones y proyectos normativos pendientes de desarrollo, en una evolución natural de la profesión y de las leyes que la regulan y que serán aceptadas con total normalidad por el resto de la comunidad científico-sanitaria.

La Comunidad autónoma andaluza ha marcado un antes y un después con el planteamiento de un proyecto de Decreto para la definición de la prestación farmacéutica enfermera en el ámbito del SSPA (10) que se encuentra en sus últimas fases de aprobación y publicación oficial.

A la vez, y a finales del mes de abril de 2009 (28/04/2009), el Congreso de los Diputados ha aprobado por unanimidad la modificación de la Ley 29/2006 de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en los siguientes términos (11):

**Uno.- Se modifica el apartado 1 del artículo 77, que tendrá la siguiente redacción:**

"1. La receta médica, pública o privada, y la orden hospitalaria de dispensación son los documentos que aseguran la instauración de

*un tratamiento con medicamentos por instrucción de un médico o un odontólogo, únicos profesionales con facultad para ordenar la prescripción de medicamentos. Sin perjuicio de lo anterior, el Gobierno regulará la participación en la prescripción de determinados medicamentos por enfermeros y podólogos en el marco de los principios de atención integral de salud y para la continuidad asistencial, mediante la aplicación de protocolos institucionales de elaboración conjunta y en planes de cuidados estandarizados, autorizados por las autoridades sanitarias."*

**Dos.- Se modifica la Disposición adicional duodécima, que tendrá la siguiente redacción:**

*"Disposición adicional duodécima. De la revisión de los medicamentos sujetos a prescripción y la regulación de la participación en la prescripción de otros profesionales sanitarios.*

*En el plazo de un año el Gobierno revisará la clasificación de los medicamentos de uso humano que han de dispensarse con o sin receta médica.*

*La regulación de la participación en la prescripción de medicamentos de otros profesionales sanitarios, a la que hace referencia el artículo 77.1, podrá extenderse asimismo a los productos sanitarios."*

**Disposición Derogatoria**

*Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la presente Ley.*

**Disposición Final Única. Entrada en vigor.**

*La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el "Boletín Oficial del Estado".*

Abriéndose pues, en este sentido, todo un abanico de posibilidades y de entorno colaborativo/consensuado que hacen imprescindible una definición clara de los límites protocolizados de la prescripción enfermera, también en el área de las urgencias y emergencias. Cuestión que no será resuelta desde nuestra óptica profesional, como comentábamos, sin el conocimiento y manejo experto, por parte de la enfermería de urgencias y emergencias, tanto de la medicación como de la aplicación del Proceso enfermero contextualizado a nuestra área (12), así como de toda la normativa emergente y su definitiva aplicación práctica.

#### PROCESO ENFERMERO Y FARMACOLOGÍA

#### Lenguajes estandarizados NANDA, NIC, NOC (13)

En el apartado sobre la responsabilidad legal en la administración de fármacos hemos comentado el aspecto colaborativo de esta labor, conjuntamente con el médico y demás personal asistencial, en el entorno del trabajo en equipo. Sin embargo, no debemos deducir de ello un exclusivo abordaje de los cuidados de enfermería, con respecto a la farmacología, únicamente desde ese punto de vista. Nuestra integridad profesional nos impide hacer esa reducción simplista de los cuidados. Los profesionales de enfermería no atienden a patologías o a fármacos, sino que dedican su trabajo a cuidar de las personas.

Afortunadamente, gracias al esfuerzo de los profesionales y al apoyo creciente de instituciones del ámbito social, asistencial, docente e investigador, podemos palpar claros signos de cambio y evolución en nuestra profesión. De este modo, el proceso enfermero y los lenguajes estandarizados y consensuados internacionalmente bajo una exquisita rigurosidad y validez científica (**NANDA, NOC, NIC**), se abren paso, poco a poco, estando cada vez más presentes en el día a día de los diferentes niveles asistenciales. Incluso la propia legislación que regula nuestra profesión se ha hecho eco de este cambio, modificando algunos aspectos que definen y regulan la labor de enfermería, haciendo mención específica a su capacidad profesional para valorar y detectar necesidades alteradas en los ciudadanos y su entorno (sociedad), orientando los cuidados que aplica a la satisfacción de las mismas, a través del desempeño de sus funciones en colaboración con otros profesionales del

sistema sanitario y también llevando a cabo funciones propias de manera independiente dentro de su rol profesional.

En la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (**NIC**) elaborada por el Grupo de Trabajo de la Universidad de Iowa, podemos identificar intervenciones directamente relacionadas con el tema que nos ocupa. Algunas de ellas plasman una visión general y otras se desarrollan en términos más específicos. Reproducimos las siguientes a modo de ejemplo:

- 2311 Administración de medicación: inhalación
- 2313 Administración de medicación: intramuscular (IM)
- 2303 Administración de medicación: intraósea
- 2314 Administración de medicación: intravenosa (IV)
- 2304 Administración de medicación: oral

Y otras más enfocadas a la gestión sanitaria como son:

- 7620 Comprobación de sustancias controladas
- 7840 Manejo de los suministros
- 7660 Revisión del carro de emergencias

A primera vista podemos tener la impresión de que se trata de intervenciones enmarcadas en un contexto de colaboración con otros profesionales. Evidentemente no podemos negar este hecho, por lo que debemos ubicarlas en un rol interdependiente, habitualmente, con el médico. A pesar de lo cual, vamos a identificar actividades que no se ciñen exclusivamente a un aspecto técnico-clínico sino que, descubriremos en ellas, la presencia de cuidados enfocados desde un punto de vista holístico (biopsicosocial), resaltando el carácter humano. Actividades estas que sí pueden ser desempeñadas de manera independiente y autónoma por la enfermera.

Junto a su definición destacamos algunas actividades muy significativas de las intervenciones ya mencionadas:

## 2300 Administración de medicación

Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades: verificar la orden, conocer alergias antes de la administración, observar la fecha de caducidad, preparar los medicamentos utilizando equipo y técnicas apropiados, observar los efectos terapéuticos de la medicación, observar si se producen efectos adversos.

## 2311 Administración de medicación: inhalación

Definición: Preparación y administración de medicamentos por inhalación.

Actividades: Seguir principios de administración de medicación, tomar nota de alergias del paciente, determinar el conocimiento de la medicación y comprensión del paciente del método de administración, determinar la habilidad del paciente para manipular y administrar la medicación, ayudar al paciente a utilizar el inhalador, agitar el inhalador, enseñar al paciente a inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás y a espirar, ayudar a colocarse el inhalador en la boca, enseñar a liberar la medicación mientras se inhala lentamente, hacer que aguante la respiración durante 10 segundos si es conveniente, controlar los efectos de la medicación, enseñar posibles efectos adversos, enseñar procedimiento de automedicación, documentar y registrar la administración de medicación y respuesta.

## 2313 Administración de medicación: intramuscular (IM)

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intramuscular.

Actividades: Seguir los principios de administración de medicación, tomar nota de alergias, tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección intramuscular, determinar el conocimiento de la medicación y grado de comprensión del paciente del método de administración, elegir aguja y jeringa adecuadas según información del paciente y de la medicación, comprobar incompatibilidades de fármacos, comprobar caducidades, preparar la dosis correctamente, elegir lugar de inyección adecuado y palpar si en la piel hay edemas, masas, contusiones, cicatrices para evitar puncionar en ellas, utilizar técnicas asépticas, introducir la aguja rápidamente en ángulo de 90 grados, aspirar antes de inyectar, controlar si presenta dolor agudo en el lugar de punción, controlar si presenta alteraciones sensoriales o motoras en el lugar de inyección, controlar efectos esperados y adversos, documentar la administración y respuesta del paciente.

## 2303 Administración de medicación: intraósea

Definición: Inserción de una aguja a través del hueso, en la médula ósea, con el fin de administrar líquidos, sangre o medicamentos de emergencia, en un corto período de tiempo.

Actividades: Inmovilizar la extremidad, seleccionar zona adecuada de inserción, medidas de asepsia, administrar anestésico en el punto de punción si procede, seleccionar tamaño de la aguja adecuado, insertar la aguja con el fiador a un ángulo de 60 a 90 grados, extraer fiador interno, aspirar el contenido de la médula ósea para confirmar la colocación de la aguja, irrigar la aguja con solución, fijar adecuadamente la aguja, conectar el sistema a la aguja y permitir que los líquidos fluyan por gravedad o bajo presión ajustando la velocidad requerida, observar signos y síntomas de extravasación, identificar compatibilidad de medicamentos, registrar el procedimiento incluyendo datos de interés (tamaño, zona, etc.), informar de la respuesta del paciente, canalizar vía IV y suspender la vía intraósea una vez que el estado del paciente se estabilice.

## 2314 Administración de medicación: intravenosa (IV)

Definición: Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades: Seguir los principios de administración de medicación, tomar nota de las alergias, determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración, comprobar incompatibilidades entre fármacos, comprobar las fechas de caducidades, preparar correctamente el equipo, preparar la concentración adecuada de medicación, verificar la colocación de la aguja dentro de la vena, mantener medidas de asepsia, administrar medicación con la velocidad adecuada, si se añade la medicación al suero mezclar la solución despacio, rellenar la etiqueta de la medicación y colocar en el recipiente del líquido IV, valorar respuesta, controlar el equipo/velocidad/solución, verificar si se produce infiltración y flebitis en el lugar de infusión, documentar la administración y respuesta.

2304 Administración de medicación: oral

Definición: Preparación y administración de medicamentos por la boca y seguimiento de la respuesta del paciente.

Actividades: Seguir los principios de administración de medicación, tomar nota de las alergias, determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración, determinar la capacidad de deglución, comprobar interacciones y contraindicaciones, observar caducidad, enseñar la administración correcta de la medicación sublingual, colocar la medicación sublingual bajo la lengua y enseñarle que no debe tragar la pastilla, ayudar al paciente con la ingestión de los medicamentos, realizar comprobaciones bucales después de la administración si es necesario, observar si hay posible aspiración del paciente, instruir al paciente o familia sobre la forma de administración, observar efectos terapéuticos/adversos/toxicidad/interacciones, registrar la administración y respuesta.

La terminología empleada en la etiqueta, definición y/o relación de actividades de las intervenciones NIC, pueden dar lugar a confusión en su interpretación, ya que se trata de textos traducidos de otros idiomas. Una vez asimiladas las definiciones y entendidas las actividades propuestas, creemos que constituyen un fiel reflejo de la labor diaria de los profesionales de la enfermería. Es cierto que, algunas actividades, no tendrán cabida en situaciones de urgencia o emergencia, sin embargo otras podrán llevarse a cabo con total naturalidad, en algunas ocasiones simplificándolas. Así, por ejemplo, una actividad que inicialmente puede provocar rechazo por nuestra parte, en el sentido de llevarla a cabo en situaciones de urgencia, podría ser:

*“Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del método de administración”*

Pues bien, esta actividad cuyo enunciado puede resultar complejo para su entendimiento, se lleva a cabo de manera asidua en los servicios de urgencias cuando se administra una medicación vía intramuscular, por ejemplo, y se conversa, de manera natural, con el paciente preguntándole si le han administrado medicación previamente de este modo, si conoce el procedimiento, etc. Se le apercibe de la sensación de pinchazo que va a experimentar, se le informa de que puede provocarle molestias o dolor. Así, con los datos que se obtengan, el profesional de enfermería elabora una estrategia de conducta y la pone en práctica para conseguir el mayor beneficio para el paciente.

Las intervenciones que hemos tratado con anterioridad son fácilmente asociadas a la labor de administración y control de fármacos por parte de los profesionales de enfermería. A nuestro entender, existen

más intervenciones que están estrechamente relacionadas con el mismo asunto, pero que no somos capaces de identificar con tanta facilidad, debido a que su enunciado no provoca una correlación directa con los cuidados de enfermería ante la farmacología, sino que es necesaria una interpretación más detenida para establecer este enlace. Este tipo de intervenciones no son exclusivas de la administración de fármacos, pero entendemos que tienen cabida en esta labor. Además, este tipo de intervenciones, que no han de considerarse como de menor importancia que las anteriores, pueden ser desempeñadas por enfermería de una manera completamente independiente. Máxime si tenemos en cuenta que las realizamos habitualmente en nuestro entorno de trabajo. Reproducimos algunas intervenciones NIC que pueden encajar con lo que hemos comentado:

- 4420 Acuerdo con el paciente
- 5510 Educación sanitaria
- 5610 Enseñanza: medicamentos prescritos
- 5618 Enseñanza: procedimiento tratamiento
- 5580 Información sensorial preparatoria

## 4420 Acuerdo con el paciente

Definición: Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específica.

Actividades: Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar, ayudar al paciente a identificar las metas, establecer objetivos positivos, clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, disponer de ambiente tranquilo.

Ej. de uso: El paciente se niega a tomar la medicación prescrita.

## 5510 Educación sanitaria

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Actividades: Determinar conocimiento sanitario actual, clarificar creencias y valores sanitarios.

## 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Definición: Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

Actividades: Informar al paciente del propósito y acción del medicamento, dosis, vía, duración, enseñar al paciente a realizar los procedimientos.

Ej. de uso: Administración de nitroglicerina sublingual a paciente.

## 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.

Actividades: Informar sobre dónde y cuánto durará el procedimiento, explicar el propósito, describir las actividades, obtener consentimiento informado, enseñar al paciente cómo cooperar.

Ej. de uso: Administración de inhaladores al paciente.

## 5580 Información sensorial preparatoria

Definición: Descripción en términos concretos y objetivos de las sensaciones y hechos normales asociadas con un procedimiento/tratamiento de cuidados de salud estresante que se avecina.

Actividades: Identificar la secuencia de eventos y describir el entorno asociado, identificar las sensaciones habituales que la mayoría de pacientes describe, describir las sensaciones en términos concretos y objetivos, utilizando palabras descriptivas del paciente, explicar sensaciones y el procedimiento/tratamiento en la secuencia que más probablemente se presentará, relacionar las sensaciones con su causa cuando no es evidente por sí misma, describir la duración esperable de las sensaciones y de los procedimientos o cuándo puede esperarse un cambio, personalizar la información utilizando para ello los pronombres personales, dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos.

Ej. de uso: Prevenir sobre los desagradables efectos secundarios de la adenosina a un paciente al que se le va a administrar dicha medicación.

A efectos pedagógicos, hemos iniciado este apartado por las intervenciones de enfermería (penúltima fase del proceso enfermero). A pesar de que en los numerosos ejemplos expuestos hemos mencionado situaciones en las que se detectan, por parte de enfermería, problemas sobre los que habrá que poner en práctica las intervenciones tratadas ya sea de manera independiente o en colaboración con otro profesional, no podemos concluir

esta sección sin representar de manera concreta los problemas que podemos detectar a raíz de la alteración de necesidades en el paciente. Como consecuencia de necesidad de administración de farmacoterapia y como consecuencia de la administración de la misma, la enfermera se enfrentará a problemas, reales o potenciales, que deberá asumir en un entorno colaborativo con el resto del equipo y también de manera independiente en

su propio rol profesional. Emplearemos para ello los lenguajes de enfermería consensuados internacionalmente. Se representan a modo de ejemplo:

**Problemas de colaboración**

Podrán enunciarse de manera real o potencial.

Reales:

- Deterioro neurológico secundario a ...
- Deterioro hemodinámico secundario a...
- Deterioro respiratorio secundario a...

Potenciales: Se empleará la abreviatura CP (complicación potencial).

- CP: Hipotensión secundaria a tratamiento con nitritos.
- CP: Hemorragia secundaria a tratamiento fibrinolítico.

**Diagnósticos enfermeros**

Podrán enunciarse de manera real o potencial, reflejándolo en cada caso. La enfermera es totalmente autónoma para resolverlos. Se empleará la Taxonomía NANDA. Reproducimos algunos ejemplos:

- 00078 Manejo inefectivo régimen terapéutico r/c...
- 00079 Incumplimiento del tratamiento r/c...
- 00126 Conocimientos deficientes r/c...
- 00148 Temor r/c...

Obviamente debemos, al menos, mencionar la necesidad de establecer unos objetivos (criterios de resultado e indicadores NOC), que nos orientarán en la planificación y evaluación del proceso enfermero. Los NOC, tal y como recomienda la bibliografía, se utilizarán relacionándolos con los diagnósticos de enfermería.

Todo el trabajo de enfermería habrá de ser registrado en los documentos oficiales establecidos para ello, utilizando los lenguajes estandarizados (12).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Valenzuela Rodríguez, AJ. Toma de decisiones en Enfermería de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. *Páginasenferurg.com*. [En línea]. N° 01 (2009). [Consulta: 15 Mayo 2009]. Disponible en: [http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/m\\_a\\_r\\_z\\_o\\_/paginasenferugn01\\_autonomiayresponsabilidad.pdf](http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/m_a_r_z_o_/paginasenferugn01_autonomiayresponsabilidad.pdf)

2. BULECHECK, G. M.; McCLOSKEY, J.C. Defining and validating nursing interventions. *Nurs.Clin. North Am.*, v. 27, n. 2, p. 289-99, 1992.

3. SCELE. Prescripción de medicamentos por personal de Enfermería. SCELE. [En línea]. [Consulta 19 de Mayo 2009]. Disponible en: [http://www.scele.enfe.ua.es/web\\_scele/prescripc\\_enfermer.htm](http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/prescripc_enfermer.htm)

4. SEEUE. Recomendación profesional sobre la prescripción enfermera. SEEUE. [En línea]. 2009. [Consulta 15 Mayo 2009]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/recomendaciones/recomendacionprescripcion.pdf>

5. Batres Sicilia, JP. Informe de alegaciones de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria ASANEC al Proyecto de Decreto 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. Biblioteca Lascasas 2009; 5 (2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0424.php> Consultado 19 de Mayo de 2009.

6. Grupo de Trabajo del Servicio Cántabro de Salud. Prescripción enfermera. Biblioteca Lascasas 2008; 4 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0295.php> Consultado el 19 de Mayo de 2009.

7. Prieto Flores, JL. Responsabilidad de los enfermeros en la administración de fármacos. *Ciber Revista enfermeriadeurgencias.com*. [En línea]. N° 22 (2004). [Consulta 15 Mayo 2009]. Disponible en: [http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA\\_EPOCA/2004/mayo/asesoria.htm](http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2004/mayo/asesoria.htm)

8. Código Civil: Libro IV: Título XVI. Capítulo II. De las obligaciones que nacen de culpa o negligencia. [\[Link\]](#)

9. Código Civil: Libro IV: Título I. Capítulo II. De la naturaleza y efecto de las obligaciones. [\[Link\]](#)

10. Montero Cuadrado MJ, Cháves González M. Proyecto de Decreto 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. Biblioteca Lascasas 2009; 5 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0400.php> Consultado el 19 de Mayo de 2009.

11. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. IX Legislatura. Serie B: Proposiciones de Ley. 13 de Marzo de 2009. Núm. 164-1. [En línea]. [Consulta 19 Mayo 2009]. Disponible en: [http://www.senado.es/legis9/publicaciones/html/maestro/index\\_B\\_164-01.html](http://www.senado.es/legis9/publicaciones/html/maestro/index_B_164-01.html)
12. Valenzuela Rodríguez, AJ, Cámara Anguita S. Registro del Proceso enfermero en el Área de Urgencias y Emergencias: una aplicación práctica a través de una herramienta viva. Salud y Cuidados. [En línea]. Nº 7 (2004). ISSN 1578-9128. [Consulta 20 de Mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.saludycuidados.com/numero7/registros/registro.htm>
13. Cámara Anguita S, Paco Paco Remedios. Fármacos en situaciones críticas. En: López Ortega J, Morales Asencio JM, Quesada Moya A. Cuidados al paciente crítico adulto. Madrid-Valencia: DAE; 2007. p. 175-219 [Nota: Se reproducen textos literales con permiso de los autores]
14. Luis Rodrigo, MT y varios. De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. Editorial MASSON, 2ª Edición. 2000. Barcelona.
15. McCloskey, JC y varios. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Editorial HARCOURT, 3ª Edición. 2001. Madrid.
16. North American Nursing Diagnosis Asociation. NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2003-2004. Harcourt. 2003. Madrid.