

ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOBRE LA INDICACIÓN DE FÁRMACOS POR PARTE DE LAS ENFERMERAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID Y PROPUESTAS DE MEJORA

SEMAM representa a las Enfermeras Familiares y Comunitarias en la Comunidad de Madrid, siendo un referente para las enfermeras que trabajan en Atención Primaria y también para la Consejería de Sanidad, con la que colaboramos en múltiples proyectos y con la que compartimos estrategias e intereses comunes.

Por ello, **nos dirigimos** tanto a la Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) para tratar este asunto, como a la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (SGFyPS), **como integrantes de esta Consejería**.

Estamos recibiendo múltiples consultas de **enfermeras que quieren conocer el número de protocolos de indicación de fármacos de los que hacer uso, su localización, y el estado de los que quedan por desarrollar en la Comunidad de Madrid**. Estos protocolos son los que se derivan de las guías publicadas por el Ministerio de Sanidad sobre la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os.

La Federación Nacional de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria, periódicamente recoge información general sobre la **situación en cada Comunidad Autónoma** y el desarrollo de las guías del Ministerio, conocidas coloquialmente para abreviar su referencia como "guías de prescripción/indicación enfermera".

La última publicación en medios de comunicación hace 3 meses arrojaba la siguiente fotografía:

Adaptación de las guías de indicación aprobadas por el M. de Sanidad

CC AA	Fiebre	Anticoagulación	Ostomías	Quemaduras	Hipertensión y diabetes	Heridas
Andalucía	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón	No	No	No	No	Sí	Sí
Asturias	No	No	No	Sí	No	Sí
Baleares	No	No	No	No	No	No
Cantabria	No	No	No	No	No	Sí
Castilla y León	No	No	No	No	No	Sí
Castilla-La Mancha	No	No	No	Sí	No	Sí
Cataluña	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Com. Valenciana	No	No	No	Sí	No	Sí
Extremadura	No	No	No	No	No	No
Galicia	No	Sí	Sí	Sí		Sí
Madrid	No	No	No	Sí	Sí	Sí
Murcia	No	No	No	No	No	No
País Vasco	No	No	No	No	No	No

Fuente: Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria.

EL PAÍS

Los datos reflejan que la **Comunidad de Madrid está por detrás de Andalucía, Cataluña y Galicia** en “indicación enfermera”, cuando tendríamos que ser el modelo a seguir en el Sistema Nacional de Salud.

Por ello, detectamos los siguientes problemas y oportunidades de mejora para los que es esencial su implicación:

1. Conforme se afianza la indicación enfermera como una competencia reconocida y exigida a las enfermeras en la atención a los pacientes, una parte de las consultas y quejas de las enfermeras tienen relación con la ausencia de visibilidad de estos protocolos.

No es fácil localizarlos dentro de la Intranet Saluda y, aunque hay una pestaña específica en el apartado de la SGFyPS, no es muy intuitivo ni fácil el acceso para las enfermeras de AP. Creemos que, si desde farmacia de AP se diera visibilidad y se incluyera un enlace destacado desde otros lugares accesibles, se facilitaría encontrar los protocolos y guías, incluso se podría publicitar desde Farenfermería, como se hace con la formación u otros correos dirigidos a los profesionales.

Nos preocupa la falta de visibilidad de los protocolos. Mientras podemos encontrar los de otras comunidades libres en internet con solo teclear una búsqueda, por ejemplo en google, en Madrid no podemos encontrar acceso libre a ellos. Estos protocolos son de vital importancia para miles de enfermeras, ya que ofrecen directrices fundamentales para asegurar una atención de calidad.

Resulta desconcertante que, a pesar de la participación del Ministerio de Sanidad en la elaboración de las guías, con la participación de las Comunidades Autónomas a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estas guías no estén fácilmente disponibles ni sean promovidas de manera adecuada para los profesionales de enfermería en la Comunidad de Madrid. Consideramos que es urgente corregir esta situación.

Las guías y protocolos, al ser de relevancia para un gran número de profesionales y afectar directamente en la atención a los pacientes, deben estar accesibles de forma clara y visible para todos los integrantes del sector de la enfermería. Proponemos iniciar una campaña de concienciación que destaque su importancia y **promueva su acceso entre las enfermeras, tanto en el ámbito sanitario público como privado, así como en Atención Primaria y Atención Hospitalaria**. Es crucial que todas las enfermeras tengan igualdad de acceso a esta información sin distinción. Mejorar la visibilidad y accesibilidad de estas guías no solo beneficiará a las enfermeras, sino que también contribuirá a elevar la calidad de la atención sanitaria en la Comunidad de Madrid.

2. Protocolos pendientes de publicación y el retraso que están sufriendo los mismos respecto a las guías publicadas por el Ministerio de Sanidad: ostomías, anticoagulación, fiebre, deshabitación tabáquica y uso de anestésicos locales.

3. Restricciones de los protocolos de la Comunidad de Madrid sobre los fármacos que se encuentran recogidos en las guías estatales publicadas por el Ministerio:

- Con estas decisiones respecto a la restricción de las guías del Ministerio desde la propia organización, se derivan tres graves consecuencias:

- a) Para los pacientes, se genera **inequidad en el sistema sanitario**,
- b) Para las enfermeras, **se reduce la posibilidad legal de indicar fármacos a pacientes y el reconocimiento y normalización de su uso por parte de las enfermeras**, que teniendo la oportunidad de tener el reconocimiento para su indicación mediante el aval del propio Ministerio de Sanidad y con la participación de las Comunidades Autónomas en la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial, se ve reducida prácticamente a la nada en la Comunidad de Madrid.
- c) Tanto para pacientes como para enfermeras **se produce una discriminación en la posibilidad de usar todo el catálogo que recoge el Ministerio**.

- Las restricciones mencionadas son muy llamativas en el primer protocolo publicado por la Comunidad de Madrid. Por ello, como uno de los objetivos prioritarios, queremos solicitar una **revisión sobre el protocolo de indicación de medicamentos en el tratamiento de las heridas**, intervención que es una competencia que recae prácticamente en exclusiva sobre las enfermeras.

Ha sido absolutamente restringido respecto a los fármacos propuestos para indicación de las enfermeras en la guía del Ministerio, incluso en mayor medida que otras guías en las que las enfermeras podrían tener menos protagonismo que en la cura de heridas, haciendo que las prescripciones deban ser inducidas, cuando esto no es útil para médicos y pacientes, ni es necesario, ni prudente, ni recomendado (enfermera induce prescripción médica).

- Las enfermeras tenemos varios diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA para los que no necesitamos la intervención ni el diagnóstico de otro profesional: 0044 Deterioro de la integridad tisular y 00046 Deterioro de la integridad cutánea, definido como alteraciones de la epidermis, de la dermis o de ambas, (lo que puede incluir abrasiones, cortes, quemaduras, heridas quirúrgicas, úlceras por presión, entre otros tipos de lesiones en la piel).

De estos diagnósticos surgen las NIC o **intervenciones enfermeras**, que son de nuestra exclusiva competencia e independientes de las intervenciones de otros profesionales, para los que necesitamos los recursos adecuados, entre ellos los fármacos que recoge la guía del Ministerio para poder realizarlas, como es el caso de 3660 Cuidados de las heridas, 3661 Cuidados de las heridas: quemaduras, 3680 Irrigación de las heridas, 3584 Cuidados de la piel: tratamiento Tópico, 3590 Vigilancia de la piel, 6540 Control de infecciones, 6550 Protección contra las infecciones.

- En la **Resolución de 20 de octubre de 2020**, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la «Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeras/os de: **Heridas**» se incluye el siguiente listado de medicamentos:

ATC	Denominación ATC
C05BA01	Heparinoides orgánicos.
C05BA03	Heparina.
D03BA	Enzimas proteolíticas.
D03BA03	Bromelaina.
D03BA52	Combinaciones con colagenasa.
D06AX01	Ácido fusídico.
D06AX04	Neomicina.
D06AX09	Mupirocina.
D06BA01	Sulfadiazina de plata.
D06BA51	Combinaciones con sulfadiazina de plata.
D06BX01	Metronidazol.
D07AA02	Hidrocortisona.
D07AB01	Clobetasona.
D07AB02	Butirato de hidrocortisona.
D07AC01	Betametasona.
D07AC04	Acetonido de fluocinolona.
D07AC06	Diflucortolona.
D07AC08	Fluocinónida.
D07AC10	Diflorasona.
D07AC13	Mometasona.
D07AC14	Aceponato de metilprednisolona.
D07AC15	Beclometasona.
D07AC16	Aceponato de hidrocortisona.
D07AC17	Fluticasona.
D07AC18	Prednicarbato.
D07AD01	Clobetasol.
D07CA01	Hidrocortisona con antibióticos.
D07CB01	Triamcinolona con antibióticos.
D07CB04	Dexametasona con antibióticos.
D07CC01	Betametasona con antibióticos.
D07CC02	Fluocinolona con antibióticos.
D07CC04	Beclometasona con antibióticos.
D07CC05	Fluocinónida con antibióticos.
D08AF01	Nitrofuril.

- Sin embargo, de todos ellos, el protocolo para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en heridas por parte de los profesionales de enfermería **en la Comunidad de Madrid incluye exclusivamente:**

3. Tipo de Intervención que realiza la/el enfermera/enfermero/matrona/matrón en el marco del seguimiento colaborativo por los profesionales sanitarios.

Los medicamentos incluidos en la Guía 202010-GENFHERIDAS y en este protocolo se han clasificado en dos grupos en función del tipo de intervención a realizar por la/el enfermera/enfermero/matrona/matrón:

- *Grupo 1. Inicio, prórroga/modificación y finalización:*
 - o Clostridiopeptidasa A (colagenasa).
 - o Corticosteroides monofármaco de baja-media potencia (uso tópico).
- *Grupo 2. Prórroga/ modificación y finalización (no inicio de tratamiento):*
 - o Corticosteroides monofármaco de potencia alta o muy alta (uso tópico).
 - o Antibióticos de uso tópico.
 - o Quimioterápicos para uso tópico (metronidazol).

Las reducciones de medicamentos y la imposibilidad de realizar una indicación inicial están basadas en criterios fuera de lugar en este protocolo. Solamente dos tipos de fármacos (colagenasa y corticoides de baja potencia) son los recursos que, en cuanto a medicamentos, la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios deja a las enfermeras prescribir de inicio, de todo un innumerable listado de fármacos que el Ministerio de Sanidad considera que pueden necesitar para atender a sus pacientes.

- En este mismo protocolo se justifica la eliminación de otros medicamentos del siguiente modo:

Otros medicamentos incluidos en la Guía 202010-GENFHERIDAS se han excluido de este protocolo:

- por no disponer de evidencia de beneficio clínico en la terapéutica de las heridas: combinaciones con antibióticos tópicos (colagenasa + neomicina, corticosteroides + antibióticos), sulfadiazina de plata, nitrofurul.
- por ser medicamentos no sujetos a prescripción médica (no requieren receta para su dispensación en la oficina de farmacia): heparinoides orgánicos, heparina tópica y combinaciones de tul con bálsamo de Perú.
- por no tener indicación en ficha técnica en las situaciones clínicas de este protocolo: bromelaina, sulfadiazina de plata combinada con nitrato de cerio, nitrato de plata, ácido fusídico.

- No se entiende que se eliminen estos medicamentos, ya que:

- ✓ En el primer apartado de las exclusiones: Si están incluidos en el listado del Ministerio es debido a que poseen evidencia para ser incluidos, como la poseen en otras comunidades que los incluyen. O peor aún, la retirada en esos términos en la Comunidad de Madrid da a entender que el Ministerio ha incluido sin criterio medicamentos en su listado, cuestión que pondría en evidencia el rigor de las decisiones de la publicación en el BOE de la Resolución de 20 de octubre de 2020. Lo más grave es que en el caso de algunos de estos fármacos de los que se asegura no tener evidencia para su uso, se permite su prescripción médica en los mismos términos en los que se prohíbe indicarlos a las enfermeras.
- ✓ En el segundo apartado de las exclusiones: Este protocolo habilita a las enfermeras a indicar un medicamento de prescripción médica, independientemente de que esté o no financiado, y sea de libre dispensación o no. Si consideran que el criterio para retirarlo del protocolo está justificado por el hecho de que sea de libre dispensación en las oficinas de farmacia y no requiera prescripción médica, estamos de acuerdo, porque esta retirada en ningún caso significaría que la enfermera no pudiera indicarlo de inicio a un paciente y tampoco sería un problema mantenerlo en el protocolo.
- ✓ En el tercer apartado de las exclusiones: No es cierto que no esté indicado su uso en las situaciones clínicas que mencionan, justo es al contrario, está indicado su uso justamente en esas situaciones clínicas. En el caso del ácido fusídico, se

indica según su ficha técnica, a la que se recurre constantemente para justificar algunas exclusiones de medicamentos, “*para infecciones cutáneas por estafilococos y estreptococos*”. Estos microorganismos, precisamente son los causantes de muchas de las heridas que tratan las enfermeras de forma autónoma y que requieren tratamiento tópico para evitar el tratamiento de antibióticos sistémicos, que definitivamente, sí que es una causa demostrada de generación de resistencias según las propias guías sobre el uso de antibióticos que ha publicado la Comunidad de Madrid. En el caso de sulfadiazina de plata, su indicación clínica es exactamente para lo que se impide su uso de inicio a las enfermeras “*indicado en el tratamiento y prevención de infecciones en quemaduras de segundo y tercer grado, así como en úlceras varicosas y de decúbito*” todas estas claras indicaciones, son también pérdidas de la integridad tisular, es decir, heridas.

Para poner de manifiesto los criterios tan dispares y restrictivos que Madrid ha aplicado a la hora de desarrollar los protocolos sobre las Guías del Ministerio frente al resto de comunidades autónomas, aportamos esta comparativa realizada sobre los medicamentos de la Guía de Heridas. En ella se pueden apreciar dos hechos significativos:

- Madrid es la Comunidad que más medicamentos excluye de su protocolo.
- Madrid es la única Comunidad que no permite a las enfermeras iniciar el tratamiento con la mayoría de los medicamentos incluidos en el protocolo.

Como consecuencia de esto, las enfermeras madrileñas únicamente pueden tratar de forma autónoma las heridas usando pomada de colagenasa y tres corticosteroides monofármacos de potencia baja-media, de uso tópico. En otros 15 fármacos sólo puede modificar o finalizar el tto, previa prescripción por parte de un médico, y en los 14 restantes no puede ni siquiera modificar la pauta del tratamiento, al haber sido excluidos del protocolo.

Puede observarse una comparativa entre comunidades en la siguiente tabla:

POSIBILIDAD DE INICIO AUTÓNOMO DEL TTO POR LA ENFERMERA

HERIDAS: FÁRMACOS/GRUPO FARM. MINISTERIO	MADRID	GALICIA	CANTABRIA	CATALUÑA	BALEARES	VALENCIA	CyL
D03BA Enzimas proteolíticas	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D07AA02 Hidrocortisona.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AB01 Clobetasona.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL	EXCL
D07AB02 Butirato de hidrocortisona.	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL	SÍ
D06AX04 Neomicina.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL	SÍ
D06AX09 Mupirocina.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D06BX01 Metronidazol.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC01 Betametasona	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC04 Acetonido de fluocinolona.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC06 Diflucortolona.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D07AC08 Fluocinónida	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC10 Diflorasona	NO	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL	SÍ	EXCL
D07AC13 Mometasona	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC14 Aceponato de metilprednisolona.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC15 Beclometasona	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC16 Aceponato de hidrocortisona.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC17 Fluticasona.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AC18 Prednicarbato.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07AD01 Clobetazol.	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D03BA03 Bromelaina.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL	EXCL
D03BA52 Combinaciones con colagenasa.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D06AX01 Ácido fuSídico	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D06BA01 Sulfadiazina de plata.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D06BA51 Combinaciones con sulfadiazina de plata.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
D07CA01 Hidrocortisona con antibióticos.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D07CB01 Triamcinolona con antibióticos.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D07CB04 Dexametasona con antibióticos.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL	EXCL	EXCL
D07CC01 Betametasona con antibióticos	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D07CC02 Fluocinolona con antibióticos	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D07CC04 Beclometasona con antibióticos.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D07CC05 Fluocinónida con antibióticos	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D08AF01 Nitrofuril	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	EXCL
D08AL01 Nitrate de plata.	EXCL	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
C05BA01 Heparinoides orgánicos.	LIBRE	SÍ	LIBRE	LIBRE	SÍ	SÍ	LIBRE
C05BA03 Heparina.	LIBRE	SÍ	LIBRE	LIBRE	SÍ	SÍ	LIBRE
D09AX91 Combinaciones con tul con bálsamo de Perú	LIBRE	SÍ	LIBRE	LIBRE	SÍ	SÍ	LIBRE

SÍ: La enfermera puede iniciar el tratamiento
NO: Se precisa una prescripción médica: solo modificar
EXCL: No pueden ser indicados ni modificados por la E
LIBRE: No son de prescripción médica

- Respecto a los siguientes medicamentos, queremos realizar las siguientes consideraciones para **solicitar la revisión del protocolo de heridas y la inclusión de los mismos en la indicación inicial por parte de las enfermeras en la Comunidad de Madrid:**

- ✓ Mupirocina: La literalidad de la ficha técnica dice que se indica en *“infecciones cutáneas causadas por microorganismos sensibles”*, lo cual ocurre en algunas heridas, así como se indica para *“lesiones traumáticas infectadas, siempre que su extensión sea limitada”*, resulta obvio que estas lesiones son también heridas, que pueden ser agudas o cronificarse y todas ellas son las que tratan precisa y concretamente las enfermeras.
- ✓ Sulfadiazina de plata: Ateniéndose a la literalidad de la ficha técnica se ha producido un *“error”* al eliminar de la indicación inicial la Sulfadiazina de plata, puesto que literalmente dice *“Este medicamento está indicado en el tratamiento y prevención de infecciones en quemaduras de segundo y tercer grado, así como en úlceras varicosas y de decúbito”*. Si revisan la bibliografía de la guía del Ministerio encontrarán que en heridas se encuentran artículos de heridas

crónicas, que son en definitiva lo que nos lleva a las úlceras de las que se habla en la ficha técnica. Las úlceras que tratamos las enfermeras también son heridas.

- ✓ Nitrato de plata: Con la excusa de que la ficha técnica no avala su uso en las heridas, el uso del nitrato de plata sin prescripción médica inicial se convierte en “ilegal” para las enfermeras gracias al protocolo de la Comunidad de Madrid y para los “*granulomas de la piel*” que no dejan de ser heridas puesto que hay lesión dérmica y epidérmica con tejido subyacente expuesto, a menudo sangrante, y que también se requiere para tratar tejido de hipergranulación en úlceras crónicas.

- ✓ Metronidazol: Es fundamental considerar su prescripción de inicio especialmente en el contexto del cuidado de heridas tumorales en pacientes que requieren cuidados paliativos. Aunque existe preocupación por la resistencia a los antibióticos, en el caso específico de pacientes con heridas tumorales en cuidados paliativos, el metronidazol es esencial para proporcionar confort al paciente. Las enfermeras, como proveedoras de cuidados, tienen como uno de sus principales objetivos el alivio del sufrimiento del paciente. En este sentido, hay que adoptar un enfoque holístico que atienda las necesidades específicas de estos pacientes sin necesidad de recurrir a intervenciones médicas excesivas. Por lo tanto, solicitamos que se revise y actualice la práctica clínica para reflejar las evidencias actuales y **garantizar un cuidado óptimo y compasivo para los pacientes con heridas tumorales en cuidados paliativos**. Los medicamentos no se usan aislados, sino que se usan con pacientes, que tienen unas necesidades, entre ellas el tratamiento de las heridas, aunque este tratamiento sea paliativo.

- El documento del Ministerio dice textualmente: “*Con estas actuaciones se colabora en la consecución del objetivo terapéutico de las personas con heridas y en la **prevención de la aparición de complicaciones***”.

Al igual que habla de: “*2.2 Heridas crónicas: Lesiones por presión, por humedad, úlceras venosas, úlceras arteriales, úlceras neuropáticas, úlceras neoplásicas, otras enfermedades que pueden causar heridas en la piel por enfermedades infecciosas, epidermólisis bullosa. Heridas agudas: Quemaduras (véase guía de quemaduras), traumáticas, quirúrgicas, laceraciones. Asociados: Dolor. 2.3 Población diana. Personas que presenten heridas, cualquiera que sea su entidad o etiología, y que precisen ser atendidas mediante indicaciones o directamente por un profesional de la salud. 2.4 Tipo de intervención que realiza la/el enfermera/o. **La curación de heridas es una práctica habitual del/ la enfermero/a en el ámbito de sus competencias***”.

- Teniendo en cuenta lo anterior, **no son coherentes las restricciones efectuadas a la indicación inicial** por parte de las enfermeras **respecto a lo que propone el Ministerio de Sanidad, ni respecto a su documento guía ni teniendo en cuenta las fichas técnicas**, puesto que, como bien saben, dentro de todas las intervenciones que realizan las enfermeras, **en la cura de heridas precisamente, es donde no hay ninguna controversia sobre sus competencias**. Por ello, la restricción de la posibilidad de prescribir inicialmente limita a las enfermeras para intervenir sobre algo que realizan

habitualmente en su práctica asistencial y para lo que los médicos solicitan su asesoramiento, pues son quien toma las decisiones fundamentadas y fundamentales para la atención a esos procesos, según también nos reconoce la GAAP en sus procesos APADE.

- Evitar que la enfermera registre en MUP lo que el paciente precisa en la cura de heridas **no va a evitar la prescripción final por parte del médico, que prescribirá en función de lo que el paciente requiera en conjunto con la enfermera.** Esto solo supone una traba que retrasa el tratamiento y hace menos operativo el proceso de atención sanitaria perjudicando al paciente, al médico, a la enfermera y a la eficiencia del sistema sanitario, del que **todos somos garantes como gestores de cuidados.**

- Consideración aparte requiere la condición de que los médicos, que continuamente mencionan la sobrecarga de trabajo que tienen en atención primaria, habitualmente no tienen formación específica en los cuidados del paciente que han sido tratados históricamente por las enfermeras, así como no la tienen los farmacéuticos, ya que ningún otro profesional a excepción de las enfermeras cura de forma habitual heridas en cualquiera de sus formas.

- Por último, indicarles que **sería más operativo, complementaría y serviría más al objetivo del uso racional del medicamento para todos los profesionales haber generado protocolos específicos en relación al uso de los fármacos que contienen todas las guías y protocolos y su correcto uso,** como se ha hecho en otras comunidades. Pero en este caso, los protocolos restrictivos responden al único objetivo de la limitación del uso por parte de las enfermeras de los medicamentos, y no a la oportunidad de la adecuación del uso para todos los profesionales sanitarios.

4. Para tratar los mismos problemas con los mismos medicamentos se utilizan diferentes indicaciones, criterios de uso y de evidencia, dependiendo de que el profesional que lo usa sea médico o enfermera.

Las Comunidades Autónomas ya han estado representadas en la elaboración de las Guías del Ministerio, por lo que sus representantes ya han dado el visto bueno a las Guías publicadas por el Ministerio.

La mayoría de las Comunidades, basadas en el reconocimiento a la práctica clínica de las enfermeras, autorizan la indicación de TODOS los medicamentos sujetos a prescripción médica incluidos en los listados de las guías publicadas por el Ministerio, tanto si hay una prescripción médica previa, como si es la enfermera quien lo inicia, señalando el protocolo en el que se basa su indicación.

No entendemos que la Comunidad de Madrid aplique un criterio restrictivo respecto a lo publicado por el Ministerio. Sobre todo, si tenemos en cuenta que estos fármacos sí pueden ser prescritos por los médicos. Esto supone, en nuestra opinión, una doble discriminación hacia las enfermeras madrileñas:

– Respecto a las enfermeras de otras comunidades que sí les reconocen el derecho a utilizar estos fármacos de forma autónoma.

– Respecto a los profesionales médicos a quienes sí les estaría permitido prescribir estos fármacos para estas mismas indicaciones a las que a las enfermeras se les niega.

Esto último es especialmente paradójico en los casos de los protocolos de heridas, quemaduras o en lo referente al tratamiento de la piel en las ostomías, puesto que el conocimiento y la experiencia para la toma de decisiones clínicas en el ámbito de Atención Primaria lo tiene y lo ejerce desde siempre la enfermera, pero la posibilidad de utilizar todos los fármacos sin ninguna restricción por parte de la Subdirección de Farmacia y Productos Sanitarios sólo se les concede a los médicos, incluso para fármacos que el protocolo de heridas refiere que se retiran para la indicación por parte de las enfermeras por no “tener evidencia” (solo para ellas).

Nos preguntamos si dicha Subdirección se plantea quitar a los médicos la capacidad de prescribir en MUP aquellos fármacos que, pese a estar autorizados por la AEMPS, son de baja o nula utilidad terapéutica o si piensa comprobar si cada prescripción médica se ajusta a los criterios de uso racional y eficiente de los medicamentos, según los documentos publicados. ¿Por qué no interviene para limitar la capacidad prescriptora de los médicos cuando detecta interacciones peligrosas (p.e. Triple Whammy), o prescripción de medicamentos inapropiados en ancianos, o uso excesivo de antibióticos para problemas de salud que no lo requieren, o selección inapropiada de estos mismos antibióticos con el consecuente riesgo de aparición de resistencias microbianas...

Son tantos los ejemplos de intervenciones que se nos ocurren de cara a mejorar la utilización de los fármacos, que solo podemos interpretar las decisiones que se están tomando en el marco de las indicaciones autorizadas a las enfermeras, como un claro ejemplo de discriminación, menosprecio y falta de reconocimiento a su desempeño clínico.

Nos hacemos preguntas más sencillas de responder con un ejemplo para las heridas: ¿Por qué la enfermera no puede prescribir el uso de mupirocina en las heridas siguiendo las indicaciones de su ficha técnica y los médicos que no curan en sus consultas esas heridas sí pueden? ¿Es válido el argumento de la evidencia cuando el médico puede seguir prescribiendo fármacos para el mismo uso que a la enfermera no se le permite? ¿Por qué no se cierran todas las prescripciones de mupirocina si no hay evidencia que avale su uso para los episodios a los que se asocian?

Nos complace comprobar que el Ministerio de Sanidad con sus guías y la mayoría de las Comunidades Autónomas con sus protocolos confían en la capacidad de toma de decisiones responsables de las enfermeras. Y nos produce un profundo malestar comprobar cómo desde nuestra propia Comunidad se cuestiona de forma continua esta capacitación por parte de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, con el beneplácito de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria y del resto del Servicio Madrileño de Salud.

5. **SEMAP**, como Sociedad Científica representante de las Enfermeras Familiares y Comunitarias y colaboradora con el SERMAS en todo lo relacionado con la atención al paciente en el ámbito de la Atención Primaria, **solicita participar en la elaboración de los nuevos “protocolos de prescripción” y en la revisión del protocolo de heridas conforme al proyecto inicial del Ministerio**, puesto que es en AP donde más se van a utilizar.

- Para empezar a trabajar de forma conjunta solicitamos **conocer el detalle de los criterios que se han utilizado para impedir a las enfermeras realizar la indicación inicial de los fármacos que se recogen en las Resoluciones del Ministerio de Sanidad, siendo fundamental conocer la justificación y el interés de estas decisiones** que, además de dejar sin cobertura legal a las enfermeras sobre lo que realizan de forma efectiva en su práctica habitual, limitan conscientemente sus competencias, obstaculizan la atención de los pacientes y hacen ineficiente el sistema.

- Tengamos en cuenta que por un lado existen PAC sin médicos, por otro APADÉ. Hay una **contradicción entre lo que se exige a las enfermeras en la atención a los pacientes y lo que la organización le permite y avala legalmente**, entre lo que solicita y a la vez se impide desde diferentes lugares del mismo SERMAS, todo ello sin entrar a cuestionar el propio concepto de “prescripción no firmante”.

- Pensamos que sería beneficioso para todos establecer una relación colaborativa donde poder contar con **el asesoramiento de la parte asistencial del SERMAS y de SEMAP, y para ello nos ofrecemos a colaborar** puesto que se podrían aunar la práctica asistencial y los objetivos de la tarea encomendada por el Ministerio en cuanto a su mandato de desarrollo a las Comunidades cuando se dijo *“la aplicación de estas guías en la práctica asistencial supone la optimización de las competencias profesionales de las/los enfermeras/os”*, que no confluyen en la Comunidad de Madrid ni se recogen en sus protocolos.

Madrid 22 de abril de 2024

JUNTA DIRECTIVA SEMAP