



RESOLUCIÓN N° **xx**/2027

Por la que se aprueba el documento "Marco de Actuación Enfermera de cuidados respiratorios" como elemento de referencia en la ordenación del ejercicio profesional enfermero en dicho ámbito.

PREÁMBULO

I

Las enfermedades respiratorias constituyen un grupo de patologías agudas y crónicas que afectan a las vías respiratorias y al pulmón, con un elevado impacto en la salud, la calidad de vida y la mortalidad a nivel mundial. Incluyen desde infecciones respiratorias hasta enfermedades crónicas como el asma, la EPOC, las bronquiectasias, las enfermedades intersticiales pulmonares o la apnea del sueño. Debido a su complejidad, elevada prevalencia y frecuente asociación con comorbilidades, requieren un abordaje multidisciplinar y coordinado por profesionales altamente cualificados, que garantice una atención integral, equitativa y centrada en las necesidades de cada persona, sin discriminación por razón de sexo, edad, raza, ideología, religión o condición social.

La prevención, detección precoz y tratamiento de las enfermedades respiratorias requieren una estrategia integral que garantice la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y una atención coordinada y centrada en la persona, contribuyendo a reducir la carga de enfermedad, mejorar la supervivencia y aumentar la calidad de vida de las personas afectadas.

En este ámbito, donde las enfermeras desempeñan un papel fundamental e insustituible, es necesario contar con profesionales que dispongan de un elevado nivel de conocimientos, habilidades y experiencia clínica en la atención a personas con enfermedades respiratorias.

Durante los últimos años, la atención a estas patologías ha experimentado el desarrollo de modelos asistenciales basados en la evidencia científica para la distribución, organización y coordinación de los recursos sanitarios. El objetivo principal de estos modelos es mejorar el acceso a la atención, garantizando el conocimiento experto y los



servicios necesarios para una asistencia efectiva y eficiente. Este enfoque requiere la coordinación de diferentes disciplinas sanitarias, como neumólogos, médicos de atención primaria, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, rehabilitadores y otros profesionales, favoreciendo la incorporación de nuevos roles específicos que mejoren la continuidad asistencial mediante un abordaje interdisciplinar.

Esta interdisciplinariedad debe siempre considerarse a partir del mutuo respeto de competencias de los profesionales sanitarios implicados en el proceso de atención de salud, tal y como propone la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Por ello, es preciso contar con enfermeras con formación de posgrado y experiencia clínica en el ámbito de las enfermedades respiratorias, que les permitan asumir funciones de mayor complejidad. Estas profesionales deben disponer de la autonomía necesaria para la valoración integral de las personas con patología respiratoria y la toma de decisiones en situaciones complejas, aplicando las competencias clínicas que corresponden dentro de su ámbito profesional. La adquisición de estas capacidades favorece la emisión de juicios clínicos más precisos y la planificación de intervenciones adecuadas a las necesidades de pacientes con procesos respiratorios agudos y crónicos de elevada complejidad.

II

El artículo 1 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales, señala como uno de los fines esenciales de estas Corporaciones de derecho público “la ordenación del ejercicio de las profesiones, (...) la defensa de los intereses profesionales de los colegiados y la protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de los colegiados”. Se destaca de este modo que la ordenación profesional corporativa encuentra su razón de ser en postulados de seguridad jurídica –completando aspectos accesorios de los que no se ocupan las leyes y sus reglamentos de desarrollo–, excelencia y calidad profesional –ofreciendo pautas y criterios útiles para el ejercicio en los distintos ámbitos de actividad– y tutela de los derechos de los ciudadanos, perceptores y destinatarios finales de los servicios profesionales. Un mejor servicio profesional redunda en beneficio de las personas atendidas y, en última instancia, del conjunto de la sociedad. Se trata, en definitiva, de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional.



De manera más específica, los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de ordenación de la actividad profesional de enfermería aprobados por Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, reconocen –en palabras de su preámbulo– la importancia y trascendencia de aplicar criterios de calidad en las actuaciones profesionales de enfermería, en el marco del sistema sanitario español, y en consonancia con la potestad legalmente atribuida de ordenar el ejercicio de la profesión en el ámbito de su competencia; estableciendo, en clara correspondencia, el deber que pesa sobre los colegiados de ejercer la profesión conforme a las normas de ordenación del ejercicio profesional, ateniéndose a las normas deontológicas establecidas, así como aquellas otras que con el mismo objeto establezca la organización colegial.

Esta competencia ordenadora le corresponde, en el ámbito de la profesión enfermera, al Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, órgano superior de representación y coordinación profesional, concretamente mediante el desarrollo de las funciones de aprobación de normas deontológicas y resoluciones de ordenación profesional en el ámbito de material de su competencia, así como mediante la adopción de resoluciones y acuerdos de control de calidad de la competencia profesional. Así lo establece con rotundidad el artículo 56 de los Estatutos Generales que dispone que la función ordenadora se llevará a cabo mediante la elaboración de “cuantas normas y estándares de actuación profesional sean necesarios”, añadiendo la Disposición Adicional Tercera que el ejercicio de la competencia ordenadora se basará en razones de oportunidad lo que implica el reconocimiento de un margen de apreciación discrecional tanto de las necesidades existentes, como del concreto ámbito profesional enfermero que debe ser objeto de ordenación o el momento propicio para ello en función de los diversos factores – desarrollo, especialización, demanda, etc.– que pueden concurrir. Así pues, los Estatutos Generales no sólo otorgan la potestad ordenadora de la profesión al Consejo General, sino que le reconocen –como función que tiene legalmente atribuida– el margen de apreciación de la oportunidad de esta ordenación, garantizando así la debida adecuación entre necesidades, demandas sociales y prestación profesional enfermera de calidad.

No debe confundirse la ordenación profesional corporativa de la enfermería con la regulación de aspectos esenciales del ejercicio profesional enfermero. Entre estos últimos destacan la existencia misma de la profesión, la delimitación de sus campos de actuación, los requisitos académicos o profesionales a los que se vincula su ejercicio o, incluso, las relaciones con otras profesiones sanitarias con las que comparte relaciones estrechas o vínculos de proximidad. Todo esto, sintéticamente señalado, es el ámbito propio de la regulación profesional que corresponde de manera exclusiva al legislador o, en ciertos



casos, a la Administración mediante la aprobación de reglamentos ejecutivos o de desarrollo.

La ordenación profesional, por el contrario, parte de aquellas previsiones legales y reglamentarias y busca establecer criterios orientadores y pautas prácticas y operativas que sirvan para enfocar adecuadamente el ejercicio, adaptándolo a las necesidades cambiantes de un entorno enfermero cada vez más especializado y exigente. La ordenación profesional no crea ámbitos profesionales –lo hace la Ley, de la que parte–, pero tampoco restringe, ni limita, el ejercicio profesional que a los enfermeros les corresponde; ni establece condiciones o requisitos esenciales que estos deben cumplir para una actuación profesional válida. La ordenación profesional corporativa –a la que responde el presente documento– tan sólo busca orientar la actuación de las enfermeras, poniendo a su disposición criterios útiles extraídos de la experiencia práctica que la Corporación atesora. Se respetan así, plenamente, en consonancia con la doctrina constitucional, los principios generales de legalidad y de libertad que sustentan el Estado de Derecho, en el particular relativo al ejercicio de las profesiones reguladas.

III

El marco normativo de la profesión enfermera conforma su contenido y ámbito de actuación de acuerdo con su evolución histórica que ha conducido hasta la actual normativa tanto europea como nacional que la regula.

A) La evolución histórica de profesión enfermera y sus competencias.

Partiendo de la conocida como Ley Moyano, de 1857, la Real Orden de 26 de junio de 1860, por la cual se regulan los estudios de *Practicante en Medicina y Cirugía*, ya establecía los conocimientos que habían de exigirse a quienes quisieran adquirir el título de practicante, incluyendo las siguientes materias:

- el arte de los vendajes y apósitos más sencillos y comunes en la cirugía menor.
- el de hacer las curas por la aplicación de varias sustancias blandas, líquidas y gaseosas al cuerpo humano.
- el arte de practicar sangrías generales y locales, la vacunación, la perforación de las orejas, escarificaciones y ventosas, y de aplicar a los cutis tópicos irritantes, exutorios y cauterios.
- el arte de dentista y de la pedicura.



Con fecha 21 de noviembre de 1861 se aprueba la Real Orden para los Practicantes y Matronas o parteras; y más adelante, el Reglamento de 16 de noviembre de 1888 atribuye a los practicantes las siguientes actuaciones:

- El ejercicio de la cirugía menor;
- La ayudantía en las grandes operaciones ejecutadas por profesores;
- Las curas de los operados y el uso de aplicaciones y remedios.

Ya en el siglo XX, por Orden del Ministerio de la Gobernación, de 26 de noviembre de 1945, se aprobaría el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales, reconociendo expresamente que el título de Practicante habilita para realizar con la indicación o vigilancia las siguientes funciones:

- Para el ejercicio de las operaciones comprendidas bajo el nombre de Cirugía menor;
- Para el cargo de ayudante en las grandes operaciones que ejecuten los médicos y en las distintas especialidades;
- Para las curas de los operados;
- Para la aplicación de medicinas y tratamientos curativos a los enfermos, con arreglo a las prescripciones del médico;
- Para la aplicación de inyecciones;
- Para la asistencia a partos normales, en poblaciones menores de 10.000 almas, siempre que no ejerzan legalmente en la misma localidad matronas tituladas y sin perjuicio de los derechos adquiridos.
- Para la vacunación preventiva;
- Para el ejercicio de la profesión de pedicuro o cirujano callista y masajista terapéutico.

Tras la creación del título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) por el Decreto de 4 de diciembre de 1953, se unificaron los títulos de practicante, enfermera y matrona, cuyas competencias profesionales quedaron reguladas en Decreto del 17 de noviembre de 1960, incluyendo las siguientes funciones:

- a) Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos;
- b) Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las distintas especialidades.



- c) Practicar las curas de los operados;
- d) Prestar asistencia inmediata en casos de urgencias, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien habrán de llamar perentoriamente;
- e) Asistir a los partos normales cuando en la localidad no existan titulares especialmente capacitados para ello.
- f) Desempeñar todos los cargos y puestos para los que en la actualidad se exigen los títulos de practicantes o enfermera.

Y, por último, se produce la integración de los estudios de A.T.S. en la Universidad, creando las Escuelas Universitarias de Enfermería por el Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, así como la titulación de Diplomado en Enfermería. La disposición transitoria segunda de esta norma estableció que “quienes estén en posesión de los títulos de Practicante, Enfermera o Matrona, o Ayudante Técnico Sanitaria, tendrán, a la terminación del curso 1979/1980 los derechos profesionales y corporativos que, en su caso, se atribuyan a los nuevos Diplomados en Enfermería”.

B) La regulación actual de la profesión enfermera.

Además de las competencias profesionales que la profesión acumula con su bagaje histórico ya reseñado, la configuración actual debe tener en cuenta normas europeas y nacionales, que a continuación se detallan:

- La Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre de 2013, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, con su redacción actualizada por la Directiva Delegada (UE) 2024/782 de la Comisión, de 4 de marzo de 2024, ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar:
 - a) competencia para diagnosticar de forma independiente los cuidados de enfermería necesarios utilizando para ello los conocimientos teóricos y clínicos, y para programar, organizar y administrar cuidados de enfermería al tratar a los pacientes sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a), b) y c), con el fin de mejorar la práctica profesional;



- b) competencia para colaborar de forma eficaz con otros actores del sector sanitario, incluida la participación en la formación práctica del personal sanitario sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras d) y e);
 - c) competencia para responsabilizar a las personas, las familias y los grupos de unos hábitos de vida sanos y de los cuidados de la propia salud sobre la base de los conocimientos y las capacidades adquiridos de conformidad con el apartado 6, letras a) y b);
 - d) competencia para, de forma independiente, tomar medidas inmediatas para mantener la vida y aplicar medidas en situaciones de crisis y catástrofe;
 - e) competencia para, de forma independiente, dar consejo e indicaciones y prestar apoyo a las personas que necesitan cuidados y a sus allegados;
 - f) competencia para, de forma independiente, garantizar la calidad de los cuidados de enfermería y evaluarlos;
 - g) competencia para establecer una comunicación profesional completa y cooperar con miembros de otras profesiones del sector sanitario;
 - h) competencia para analizar la calidad de los cuidados y mejorar su propia práctica profesional como enfermero responsable de cuidados generales.
- Por su parte, en el ámbito nacional, el artículo 7.2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias señala en su apartado a) que corresponde a la profesión enfermera:

"...la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades."

- Además, el artículo 4.7 de la misma Ley ha reforzado la autonomía e independencia de las distintas profesiones sanitarias en el ejercicio de sus respectivas actuaciones:

"El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica/ científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley"



y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico."

- Y el artículo 54.3 de los Estatutos de la Organización Colegial señala que los cuidados de enfermería comprenden:

"...la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna".

- Paralelamente a esta regulación general, también es preciso mencionar la regulación académica oficial que habilita para el ejercicio de la profesión enfermera, especialmente, la Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero.
- Tampoco hay que olvidar la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, cuyo texto refundido fue aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, el cual incluye en su artículo 79.1 las competencias de los enfermeros para, de forma autónoma, indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación. Y en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, 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.
- Por otra parte, tanto el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, como el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, que lo modifica, explicitan en los Anexos IX y X el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones internacionales de diagnósticos de enfermería publicados por la asociación internacional de diagnósticos de enfermería NANDA-I, de intervenciones de enfermería (NIC, por *Nursing Interventions Classification*) y



de resultados de enfermería (NOC, por sus siglas en inglés de *Nursing Outcomes Classification*).

Con absoluto respeto al marco jurídico de competencias de la profesión enfermera, así como de las que tienen atribuidas legalmente el resto de profesiones sanitarias, la presente resolución en modo alguno pretende establecer o regular competencias profesionales, sino única y exclusivamente fijar y detallar los contenidos y los estándares de calidad unificados de la práctica profesional de las enfermeras que proporcionan cuidados a personas con enfermedades respiratorias, a partir de las competencias que tiene reconocidas la profesión, en los términos que figuran en el documento Anexo a la presente Resolución, para tratar de asegurar su correcto ejercicio en aras de proporcionar seguridad clínica a las personas con enfermedades respiratorias, familiares y/o cuidadores, así como a los propios profesionales.

Bajo este marco jurídico, resulta de todo punto adecuado y pertinente que por parte del Consejo General, en uso de sus fines y funciones, reconocidos legal y estatutariamente, se apruebe una resolución como la presente para fijar y detallar los contenidos y los estándares unificados de la actuación profesional de las enfermeras en el ámbito de los cuidados respiratorios, siempre desde el más absoluto respeto al ámbito de competencias del resto de las profesiones sanitarias, y sin que por ello la presente resolución tenga ninguna pretensión ni carácter regulador de la profesión enfermera, en los términos que figuran en el documento Anexo a la presente Resolución, como elemento de la ordenación profesional para asegurar su correcto ejercicio en aras a proporcionar seguridad clínica a las personas, familiares y/o cuidadores, así como a los propios profesionales.

IV

De acuerdo con el artículo 9º de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios profesionales, en su vigente redacción, corresponde a los Colegios Profesionales, en su ámbito provincial, y al Consejo General, en tanto repercute en el ámbito nacional, ordenar en sus respectivos entornos, la actividad profesional de los colegiados. Las modificaciones de esta ley, habidas entre 1978 y 2020, han mantenido la ordenación profesional entre sus fines y funciones -artículos 1.3, 5º, letra i)-, así como respecto de la “deontología profesional” -artículos 2.5, 10.2, e) y 11.1, e)-. Asimismo, el artículo 3.12 de la Ley 17/2009, reconoce a los colegios profesionales la condición de “autoridades competentes” en materia de “regulación, ordenación y control de las actividades de servicios”.



Desde esta perspectiva, es claro que el Consejo General tiene competencia para dictar resoluciones como la presente. Esta facultad también es reconocida en los artículos 24.16, 24.22 y 56.1 de los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería, de su Consejo General y de la actividad profesional de enfermería, en el sentido de atribuirle la competencia para aprobar las resoluciones que ordenen, en el ámbito de su competencia, la actividad profesional de los colegiados, las cuales tendrán carácter obligatorio, como forma de tratar de garantizar el derecho a la salud mediante la calidad y la competencia profesional. Debe tenerse en cuenta que la obligatoriedad deriva de la conexión de esta materia con el ámbito deontológico.

En este mismo sentido se pronuncia el artículo 1º del Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española de 2026, que establece que ordenar la actividad profesional de los colegiados y las colegiadas en su área de ejercicio profesional es la tarea principal del Consejo General, los Consejos Autonómicos y los Colegios Provinciales de enfermería.

Las resoluciones de ordenación del ejercicio profesional buscan garantizar la buena praxis profesional en un área concreta. El concepto buena praxis es consustancial a la función ordenadora colegial y a la deontología profesional y así lo expuso el Tribunal Constitucional, en su Sentencia nº 3/2013, de 17 enero (Fundamento 6º), afirmando que la razón de atribuir esta función a los Colegios Profesionales y no a la Administración “...y, con ello, el control de las desviaciones en la práctica profesional estriba en la pericia y experiencia de los profesionales que constituyen su base corporativa”.

Las normas deontológicas deben informar la práctica profesional en cualquier área, siendo reseñable, en la presente resolución, la inclusión de cuestiones como la explicitación del consentimiento informado; la protección de la confidencialidad; el respeto a las competencias de otras profesiones, clarificando los roles y la escenas de colaboración de las/os enfermeras/os; la inclusión de salvaguardas de seguridad (no maleficencia), tanto para establecer protocolos de seguridad como para prever una formación específica para el manejo de emergencias. Asimismo, para reforzar la capacitación ética y deontológica se prevé la necesidad de formarse en esta materia. Por último, para garantizar la equidad de acceso, los órganos colegiales de las diferentes estructuras territoriales promoverán ante las autoridades sanitarias la extensión de unidades de enfermería avanzada en esta materia en los diferentes territorios.

La función ordenadora que se materializa en la presente resolución, conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, no afecta a aspectos esenciales de la profesión – definidos legal y reglamentariamente– sino tan sólo derivaciones de ellos, con carácter



auxiliar y secundario, respetando los límites competenciales y la esencia de la profesión fijados por la normativa aplicable.

Por ello, la Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, en sesión celebrada el **XX de diciembre de 2026**, en uso de las competencias legal y estatutariamente atribuidas, después del pertinente estudio, debate y deliberación en profundidad, y en el ejercicio de la soberanía que como órgano supremo del Consejo y por ende de la Organización Colegial ostenta, por mayoría absoluta de sus miembros presentes, ACUERDA:

ARTÍCULO ÚNICO: Se aprueba el documento "Marco de actuación enfermera de cuidados respiratorios", que figura como anexo a la presente resolución, como elemento de referencia en la ordenación del ejercicio profesional enfermero en dicho ámbito.



DISPOSICIÓN ADICIONAL

En aplicación de la Ley 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y demás normativa concordante, toda referencia a personas, colectivos, cargos académicos, etc., cuyo género sea femenino o masculino, estará haciendo referencia al género gramatical neutro, incluyendo, por tanto, la posibilidad de referirse tanto a mujeres como a hombres.

DISPOSICIÓN FINAL

La presente Resolución entrará en vigor en el día de la fecha y de su contenido se dará traslado a todos los Colegios Oficiales.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente, con el visto bueno del Sr. Presidente, en Madrid, a XXXXXXXX de diciembre de dos mil veintiséis.

Vº. Bº.

EL PRESIDENTE,

LA SECRETARIA GENERAL,



ANEXO

Marco de Actuación Enfermera de cuidados respiratorios

Contenido

1.	Definiciones	15
2.	Alcance de la resolución y del documento marco	24
3.	Marco Teórico	26
3.1.	Experiencias de éxito en el manejo de las ER	32
3.2.	Innovación en los cuidados respiratorios.....	33
3.3.	Sociedades Científicas en el abordaje de las ER	34
4.	Justificación.....	39
4.1.	Impacto de las enfermedades respiratorias	39
4.2.	Coste para el sistema sanitario.....	42
4.3.	Modelos de Atención Integrada en ER.....	43
4.4.	Papel de las enfermeras en la atención a personas con ER.....	44
4.5.	Calidad de la atención a personas con ER.....	45
4.6.	Modalidades de desarrollo enfermero en cuidados respiratorios.....	49
4.7.	Enfermería en las organizaciones y sistemas sanitarios.....	54
5.	Denominación del perfil profesional.....	55
6.	Definición del perfil profesional de la enfermera de cuidados respiratorios	56
6.1.	Atención clínica directa en los distintos ámbitos asistenciales	58
6.2.	La enfermera en servicios de diagnóstico funcional, intervencionismo y tratamiento especializado.....	61
6.3.	Coordinación de cuidados, calidad y gestión clínica	63
6.4.	Desarrollo profesional, formación e implicación comunitaria.....	64
7.	Objetivos de la enfermera de cuidados respiratorios	66
7.1.	Objetivo General	66



7.2.Objetivos específicos	66
8. Determinación del perfil profesional de la enfermera de cuidados respiratorios	67
9. Marco de Actuación Enfermera de cuidados respiratorios	73
10. Definición de los contenidos mínimos en la formación de las Enfermeras de Cuidados Respiratorios	96
11. Aportación de las enfermeras de cuidados respiratorios al sistema sanitario.....	99
12. Retos de las enfermeras de cuidados respiratorios.....	102
12.1. Adaptación del desarrollo enfermero a cambios a nivel global en los cuidados respiratorios	102
12.2. Adaptación de las enfermeras respiratorias al modelo nacional.....	102
12.3. Adaptación de la práctica asistencial en los cuidados respiratorios	103
12.4. Retos específicos	105
13. Abreviaturas.....	108
14. Referencias	110
15. Anexos	147
Anexo 1. Diagnósticos NANDA-I con su definición y factores relacionados. 147	
Anexo 2. Grupos de interés, proyectos de investigación, documentos de consenso y obras más relevantes realizadas por el Área de Enfermería de SEPAR (desde 2020).	157



1. Definiciones

- **Adhesión terapéutica:** grado de coincidencia entre la conducta de la persona atendida y las recomendaciones del profesional competente, acordadas entre ambos, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, la modificación de hábitos de vida, la actividad física programada, etc. Supone la aceptación del tratamiento prescrito y un compromiso activo por parte de la persona atendida.¹
- **Aerosolterapia:** método de tratamiento que permite administrar sustancias en forma de aerosol por vía inhalada mediante nebulizadores, dispositivos encargados de generar aerosoles de partículas terapéuticas líquidas. Incluye broncodilatadores, corticoides, antibióticos entre los fármacos más comunes.²
- **Anticuerpos monoclonales:** tipo de proteína elaborada en el laboratorio que se une a ciertas dianas en el cuerpo, como los antígenos de la superficie de las células cancerosas. Hay muchos tipos de anticuerpos monoclonales, y cada anticuerpo monoclonal se produce para unirse a un antígeno específico único. Los anticuerpos monoclonales se usan para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, incluso algunos tipos de cáncer. Se utilizan solos o para transportar medicamentos, toxinas o sustancias radiactivas directamente a las células cancerosas.³
- **Apnea obstructiva del sueño:** enfermedad caracterizada por la presencia de un número promedio de apneas e hipopneas predominantemente obstructivas igual o mayor a 15 por cada hora de sueño (conocido como índice de apnea-hipopnea, $IAH \geq 15/h$); o la presencia de un $IAH \geq 5/h$ acompañado de uno o más de los siguientes factores: excesiva somnolencia durante el día, sueño no reparador, cansancio excesivo y/o deterioro de la calidad de vida relacionada con el sueño, no justificables por otras causas.⁴
- **Asma de difícil control:** asma insuficientemente (o mal) controlada a pesar de una estrategia terapéutica apropiada y ajustada al nivel de gravedad clínico.⁵⁻⁸
- **Asma:** enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, donde participan distintas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos, que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.⁵



- **Atención centrada en la persona:** modelo de práctica establecido a través de la formación y promoción de las relaciones terapéuticas entre los profesionales sanitarios, los pacientes y sus personas allegadas. Este modelo está basado en los valores de respeto por las personas, el derecho individual a la autodeterminación, respeto mutuo y entendimiento. Está sustentado por culturas de empoderamiento y contribuye a un modelo continuo de desarrollo de la práctica.⁹
- **Atención domiciliaria:** prestación de cuidados sanitarios en el domicilio de la persona para favorecer continuidad asistencial y confort, para favorecer la continuidad asistencial, la autonomía, la permanencia en su entorno habitual y el confort.¹⁰
- **Atención integrada:** conjunto de individuos y grupos (incluidos pacientes, cuidadores, proveedores de atención médica, gerentes y otros autores) y sus organizaciones, que trabajan juntos para brindar una atención equitativa y culturalmente segura para los pacientes coordinada de la mejor manera posible a lo largo de las dimensiones de información, relaciones y gestión de la atención.¹¹
- **Atención Sanitaria Domiciliaria:** extensión integral de la cartera de servicios de la Atención Primaria. Proporcionar asistencia sanitaria, preventiva y social en el propio hogar a pacientes inmovilizados, crónicos complejos o en situación de dependencia que no pueden desplazarse al centro de salud.¹²
- **Autocuidado:** capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir las enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud.¹³
- **BPAP (Bilevel Positive Airway Pressure):** modalidad de ventilación mecánica no invasiva que proporciona dos niveles de presión positiva: uno alto de presión inspiratoria y otro bajo de presión espiratoria.¹⁴
- **Broncodilatador:** agente farmacológico que tiene la capacidad de relajar el músculo liso de las vías aéreas y aumentar así el calibre de la luz bronquial, permitiendo un mejor paso de aire.¹⁵
- **Bronquiectasia:** enfermedad pulmonar crónica, heterogénea y progresiva, caracterizada por la dilatación permanente de los bronquios caracterizada y la



inflamación persistente de las vías aéreas, acompañada generalmente de tos, producción de esputo e infecciones bronquiales recurrentes.¹⁶

- **Calidad asistencial:** grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios.
- **Calidad de vida relacionada con la salud:** es el aspecto de la salud relacionado con la calidad de vida que se centra en el nivel de capacidad de las personas, su funcionamiento diario y su posibilidad de experimentar una vida plena.¹⁷
- **Calidad de vida:** percepciones que tienen los individuos sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven, y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.¹⁸
- **Capacidad funcional:** nivel de autonomía y capacidad física de una persona para realizar actividades de la vida diaria y mantener un funcionamiento independiente en su entorno habitual.¹⁹
- **Carga de enfermedad:** medida de las pérdidas de salud en la población que representa tanto las consecuencias mortales como las no mortales de las enfermedades y los factores de riesgo asociados a ellas.²⁰
- **Comorbilidad:** efectos combinados de problemas de salud adicionales en referencia a una patología crónica principal.²¹ También se conoce como enfermedad asociada, enfermedad concomitante y enfermedad concurrente.²²
- **Competencia profesional:** aptitud del profesional sanitario para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión, para resolver los problemas que se le plantean.²³
- **Continuidad asistencial:** visión continua y compartida de la atención sanitaria en la que intervienen múltiples profesionales de ámbitos de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos y coordinados, cuyo objetivo final es la calidad asistencial que se ofrece a la ciudadanía.²⁴
- **Continuidad en la atención/de cuidados:** relación sostenida entre un paciente y un profesional sanitario que trasciende los episodios individuales de la enfermedad, siendo el tiempo un componente clave. Abarca la continuidad relacional, informativa y de gestión.²⁵



- **Disnea:** experiencia subjetiva de malestar respiratorio que consiste en sensaciones cualitativamente distintas que varían en intensidad.²⁶
- **Educación terapéutica:** proceso continuo educativo integrado en el tratamiento mediante el que se intenta facilitar a las personas con enfermedades crónicas y a sus familiares las competencias y el soporte necesario para que sean capaces de responsabilizarse de su enfermedad, entiendan las bases del tratamiento, pudiéndolo integrar en su vida cotidiana; sean capaces de prevenir las complicaciones, reconocer y actuaren situaciones de riesgo agudo.²⁷
- **Empoderamiento de la persona:** proceso mediante el cual las personas adquieren habilidades, conocimientos y confianza para participar activamente en las decisiones relacionadas con su salud y en el manejo de su enfermedad.²⁸
- **Enfermedad del tracto respiratorio:** enfermedad que afecta a las vías respiratorias, incluyendo las fosas nasales, los bronquios y los pulmones. Se encuentran las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón.²⁹
- **Enfermedad pulmonar intersticial:** conjunto heterogéneo de aproximadamente 200 trastornos que suelen cursar con inflamación y fibrosis del tejido pulmonar.³⁰
- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:** enfermedad respiratoria crónica generalmente progresiva, caracterizada por limitación persistente del flujo aéreo, y asociada a alteraciones de las vías respiratorias y/o del parénquima pulmonar.³¹
- **Enfermedad respiratoria crónica:** enfermedades crónicas de las vías aéreas y de otras estructuras pulmonares.³²
- **Enfermedades pulmonares ocupacionales:** enfermedad respiratoria derivada de exposición laboral a agentes nocivos. físicos, químicos o biológicos, capaces de causar o agravar daño pulmonar.³³
- **Enfermera de práctica avanzada:** enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimientos de experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen condicionadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer.³⁴
- **Enfermería de cuidados respiratorios:** área especializada de la enfermería



dedicada a la prevención, valoración, educación terapéutica, cuidados, seguimiento y rehabilitación de las personas con enfermedades respiratorias agudas y crónicas, promoviendo el autocuidado, la adhesión al tratamiento, la gestión de síntomas y la mejora de la calidad de vida.³⁵

- **Espirometría:** prueba funcional respiratoria básica que mide los volúmenes y flujos pulmonares movilizados durante maniobras respiratorias forzadas, siendo fundamental para la evaluación, diagnóstico y seguimiento de las enfermedades respiratorias.³⁶
- **Evidencia científica:** conjunto de conocimientos obtenidos mediante investigación científica rigurosa, sistemática y reproducible, que han sido analizados críticamente para respaldar la toma de decisiones en la práctica clínica, la gestión sanitaria o el desarrollo de políticas de salud.³⁷
- **Exacerbación:** evento agudo caracterizado por un empeoramiento de los síntomas respiratorios que va más allá de las variaciones normales del día a día y conduce a un cambio en la medicación.³¹
- **Fragilidad:** estado clínico asociado a la edad, con una disminución de la reserva fisiológica y de la función en múltiples órganos y sistemas, lo que confiere una disminución en la capacidad para hacer frente a factores estresantes crónicos o agudos, y una mayor vulnerabilidad ante los mismos.³⁸
- **Función pulmonar:** capacidad del sistema respiratorio para garantizar una ventilación adecuada y un intercambio gaseoso eficaz entre el aire y la sangre.³⁹
- **Herramientas de apoyo a la toma de decisiones para pacientes:** instrumentos (recursos visuales, gráficos, diagramas...) Basados en la mejor evidencia científica disponible que ayudan a las personas a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Favorecen la comprensión de los beneficios y riesgos de cada opción, fomentan la colaboración con los profesionales de la salud, permitiendo clarificar los valores personales y ajustarlos también a la experiencia de los profesionales.⁴⁰
- **Hipertensión pulmonar:** trastorno fisiopatológico caracterizado por presencia de presión arterial pulmonar media > 20 mmHg en reposo, medida a través de cateterismo cardíaco derecho.⁴¹
- **Hipoxemia:** disminución de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial.⁴²
- **Hospitalización a domicilio:** servicio que ofrece al paciente, en su domicilio,



tratamiento médico y enfermera en igual cantidad y calidad que en el hospital. Se trata de procesos agudos que requieren ingreso hospitalario y siempre por un periodo limitado de tiempo. Si no existe el servicio, el paciente debe permanecer ingresado en el hospital.⁴³

- **Infecciones del tracto respiratorio inferior:** infecciones que afectan a las estructuras respiratorias situadas por debajo de la laringe, incluyendo la tráquea, los bronquios, los bronquiolos y el parénquima pulmonar. Incluyen principalmente la traqueítis, la bronquitis aguda, la bronquiolitis, la neumonía y la gripe.⁴⁴
- **Innovación en salud:** desarrollo y aplicación de nuevos procesos, políticas o programas que responden a necesidades sanitarias de las personas, poblaciones o comunidades. Estas innovaciones se encaminan a mejorar la calidad, el impacto y la eficiencia de los entornos de salud y de vida, de un modo equitativo y sostenible.⁴⁵
- **Interdisciplinariedad:** forma de trabajo colaborativo en la que profesionales de diferentes disciplinas integran conocimientos, habilidades y perspectivas para abordar de manera conjunta un problema o necesidad, compartiendo objetivos, comunicación y toma de decisiones, con el fin de proporcionar una atención integral y centrada en la persona.⁴⁶
- **Liderazgo clínico:** capacidad de los profesionales sanitarios para influir, coordinar y movilizar a otros miembros del equipo asistencial con el fin de mejorar la calidad de la atención, promover la seguridad del paciente y alcanzar objetivos comunes centrados en la salud y el bienestar de las personas atendidas.⁴⁷
- **Monitorizar:** observar mediante aparatos especiales el curso de uno o varios parámetros fisiológicos o de otra naturaleza para detectar posibles anomalías.⁴⁸
- **Multidisciplinariedad:** participación coordinada de diferentes profesionales en la atención integral. modelo de trabajo en el que profesionales de diferentes disciplinas participan de forma coordinada en la valoración, planificación y atención de una persona, aportando cada uno sus conocimientos y competencias para proporcionar una atención integral y centrada en las necesidades de la persona.⁴⁶
- **NANDA-I:** conocida hasta 2002 como *North American Nursing Diagnosis*



Association, se denomina actualmente según su marca oficial NANDA International o NANDA-I. Es la organización internacional que tiene como misión facilitar el desarrollo, perfeccionamiento, difusión y uso de terminología diagnóstica estandarizada de enfermería.⁴⁹

- **NIC:** acrónimo de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (*Nursing Interventions Classification* en inglés). Terminología con lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los enfermeros desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica.⁵⁰
- **NOC:** acrónimo de Clasificación de los Resultados de Enfermería (*Nursing Outcomes Classification* en inglés). Terminología y criterios estandarizados para resultados mensurables como consecuencia de intervenciones realizadas por enfermeras.⁵¹
- **Oxigenoterapia continua domiciliaria:** suministro de oxígeno para uso continuo y, en general indefinido, en el domicilio de pacientes que presentan insuficiencia respiratoria crónica hipoxémica.⁵²
- **Oxigenoterapia de alto flujo por cánulas nasales:** modalidad de soporte respiratorio no invasivo que administra gas calentado y humidificado a alto flujo mediante cánulas nasales. Puede generar un bajo nivel de presión positiva, pero no se considera ventilación mecánica no invasiva.⁵³
- **Patología respiratoria:** conjunto de enfermedades y trastornos que afectan al aparato respiratorio, incluyendo las vías aéreas superiores e inferiores y los pulmones, alterando la función normal de la respiración y el intercambio gaseoso. Estas enfermedades pueden ser de origen infeccioso, inflamatorio, obstructivo, restrictivo, tumoral u ocupacional.⁵⁴
- **Polimedicación:** cualitativamente, se refiere al hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica, cifra a partir de la cual, hay una relación independiente con el uso inadecuado de los medicamentos.^{55,56}
- **Práctica basada en la evidencia:** modelo asistencial sustentado la integración de la mejor evidencia científica disponible con la experiencia del profesional sanitario y las necesidades de la persona atendida, teniendo en cuenta el entorno



de la práctica.⁵⁷

- **Prevención primaria:** conjunto de acciones dirigidas a prevenir la manifestación de la enfermedad. Esta incluye acciones de promoción de la salud mediante cambios en el impacto que producen los determinantes sociales y económicos de la salud; la divulgación sobre riesgos de salud y comportamentales, junto con la consulta y las medidas para reducir estos a nivel personal y comunitario; suplementación nutricional y de la alimentación; educación sobre higiene oral y dental; y servicios preventivos como la inmunización y la vacunación de niños, adultos y de los mayores, así como la profilaxis vacunal para personas expuestas a enfermedades transmisibles.⁵⁸
- **Prevención secundaria:** conjunto de medidas dirigidas a la detección precoz de enfermedad existente con la intención de detener o retrasar la progresión de esta y de sus efectos, por ejemplo, mediante el cribado u otros programas de detección precoz como los chequeos de salud rutinarios.⁵⁹
- **Prevención terciaria:** estrategias de gestión de las enfermedades y/o rehabilitación, dirigidas a evitar o reducir el deterioro o las complicaciones de enfermedades instauradas, por ejemplo, mediante educación al paciente y la terapia física.⁵⁹
- **Promoción de la salud:** proceso de empoderar a las personas, de forma individual o colectiva, para aumentar el control sobre sus determinantes de salud y así mejorar su salud.⁵⁹
- **Rehabilitación Respiratoria:** intervención integral basada en una evaluación exhaustiva de la paciente seguida de terapias adaptadas al paciente que incluyen, entre otros, entrenamiento con ejercicios, educación terapéutica y cambio de comportamiento, diseñada para mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedades respiratorias crónicas y promover la adhesión a largo plazo a comportamientos que mejoran la salud.⁶⁰
- **Sarcopenia:** reducción de la masa y la función muscular (que debería ser evaluada por la velocidad de la marcha).⁶¹
- **Seguridad del paciente:** ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos.⁶²
- **Soporte respiratorio no invasivo:** técnicas de soporte respiratorio que se aplican



sin una vía aérea artificial invasiva (sin intubación endotraqueal ni traqueostomía). Incluye la ventilación mecánica no invasiva y la terapia de alto flujo con cánulas nasales.^{53,63}

- **Telemedicina:** prestación de servicios sanitarios mediante tecnologías de comunicación a distancia.⁶⁴
- **Terapia inhalada:** es la administración de medicamentos, especialmente broncodilatadores y corticoides, en forma de aerosol directamente al tracto respiratorio. Vía de elección para tratar enfermedades pulmonares obstructivas, ya que permite que el fármaco actúe de forma rápida y directa sobre los bronquios.⁶⁵
- **Tos crónica:** tos persistente durante más de ocho semanas.^{66,67}
- **Transferencia (asistencial):** procedimiento destinado a la movilización de la persona atendida de una estructura a otra, junto con su información clínica y administrativa.⁶⁸
- **Unidad de cuidados respiratorios intermedios:** área de monitorización y atención especializada de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda o crónica-agudizada, cuya gravedad no precisa de ingreso en una unidad de cuidados intensivos, pero por cuya complejidad tampoco pueden ser tratados en planta de hospitalización convencional.⁶⁹
- **Ventilación mecánica no invasiva domiciliaria:** uso intermitente o continuo de un sistema de ventilación administrado a través de una interfase nasal, facial o pieza bucal en la ventilación no invasiva o de traqueostomía para la invasiva. La VMD constituye un tratamiento bien establecido de la insuficiencia respiratoria crónica de pacientes con fallo ventilatorio.⁷⁰
- **Ventilación mecánica no invasiva:** modalidad de soporte respiratorio no invasivo que proporciona asistencia ventilatoria mediante presión positiva aplicada a través de una interfaz externa, sin invadir la vía aérea. Incluye modalidades como CPAP y BPAP.⁵³
- **Vulnerabilidad clínica:** mayor susceptibilidad de una persona a sufrir complicaciones de salud.⁷¹



2. Alcance de la resolución y del documento marco

Desde la aprobación de la Constitución Española y de su artículo 36 se ha establecido una reserva de ley en materia de regulación del ejercicio de las profesiones tituladas. Esta norma constitucional no ha supuesto una modificación de los fines y funciones que la Ley de Colegios Profesionales atribuye a dichos colegios y a sus consejos generales, pero sí que implica que la función ordenadora colegial deba respetar el marco regulatorio esencial de la profesión. Este marco regulatorio reservado a la ley comprende la existencia de una profesión titulada, los requisitos y títulos necesarios para su ejercicio y su contenido, entendido como el conjunto formal de las actividades que la integran.

La jurisprudencia considera que los Consejos Generales están facultados para ordenar “aspectos de carácter secundario o auxiliar”, es decir, cuando “no se afecta ni a las competencias profesionales, ni a la esencia de la actividad”, de manera que entran dentro de lo auxiliar o secundario las materias “que no hayan sido reguladas mediante normas dictadas por otros órganos del poder público con superior competencia”, siempre que se ordene sin salirse de los referidos límites “esenciales”.

A esta finalidad responden precisamente tanto el presente documento marco como la resolución que lo aprueba, de manera que ninguno de los dos constituye en modo alguno ninguna regulación de competencias profesionales. Además, el documento se articula de manera absolutamente respetuosa no sólo con las propias competencias enfermeras establecidas por la normativa de referencia, sino también respecto de las competencias del resto de las profesiones sanitarias.

De este modo, sus contenidos sirven como patrón de actuación que permite el control de las desviaciones en la práctica profesional, basado en la pericia y experiencia de los profesionales que constituyen su base corporativa, conforme a la actualización del Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española⁷².

Por ello, partiendo de dichas premisas, este documento marco recoge un perfil profesional de un ámbito de ejercicio de la enfermería, que ya existe en la actualidad, con la finalidad de establecer criterios profesionales, deontológicos y formativos para garantizar la calidad y la competencia profesional y, en consecuencia, el desarrollo del derecho a la salud y la mejora de la atención sanitaria, según los criterios científicos actuales.

Se observa la necesidad de incidir en la aplicación de las normas y principios deontológicos de la Enfermería en términos de comunicación, información asistencial y consentimiento informado (artículos 20, 21, 23, 24 y 25 del Código Deontológico);



garantizando una información veraz, comprensible y proporcionada ajustada al marco competencial, así como un consentimiento libre, voluntario y, cuando proceda, registrado en la historia clínica; la protección de la confidencialidad y el secreto profesional (arts. 28 y 29) así como el registro, documentación y acceso a la historia clínica (arts. 30 y 31); el respeto a las competencias de otras profesiones, clarificando los roles y los escenarios de colaboración de las/os enfermeras/os mediante la aplicación de la evidencia científica (artículo 69); lo relativo a la toma de decisiones y responsabilidad (arts. 70 y 71) en relación con la delegación de tareas (art. 73) y el intrusismo profesional (art. 74); así como el trabajo en equipo con la colaboración interprofesional (art. 83), la comunicación efectiva (art. 84) y la evaluación y mejora continua (art. 85).

Además, cabe incorporar la necesidad de salvaguardar la seguridad ante incidentes y eventos adversos (art. 76), así como la gestión del riesgo (art. 77). Estas previsiones deben complementarse con la obligación de formación continua (art. 78), especialmente en aquellos supuestos que puedan requerir una actuación inmediata ante situaciones de emergencia.

Todo ello debe aplicarse de acuerdo con los valores y principios fundamentales (arts. 5, 9, 10, 11 y 12) garantizando que la actuación profesional se desarrolle con seguridad, competencia, diligencia y respeto a la persona atendida. En este mismo sentido, la enfermera tiene el deber de prestar auxilio profesional cuando sea posible, siempre que no implique un riesgo propio ni de terceros y actuando de acuerdo con sus competencias, conocimiento y experiencia, no hacerlo es éticamente inadmisibile y constituye delito de omisión de socorro (art. 87).

Por último, para garantizar la equidad de acceso territorial, los órganos colegiales de las estructuras correspondientes promoverán ante las autoridades sanitarias la extensión de perfiles profesionales en cuidados avanzados sobre esta materia, conforme a la dignidad humana (art. 6), la atención humanizada (art. 16), el cuidado a la persona con discapacidad (art. 47) y la accesibilidad y adaptación (art. 48). Todo ello se integra en la nueva actualización relativa a la toma de decisiones en gestión sanitaria (art. 105), la gestión eficiente de personas y recursos (art. 106) y la participación en la formulación de políticas de salud (art. 107) del Código Ético y Deontológico, que exigen priorizar la dignidad, la seguridad, la equidad, la accesibilidad, la calidad de la atención y el bienestar, tanto de las personas atendidas como del conjunto de la comunidad. Desde la óptica de la justicia, es importante que el marco de actuación se implemente de forma universal y homogénea, evitando desigualdades territoriales.



3. Marco Teórico

Las enfermedades respiratorias (ER) generan un alto impacto para la salud a nivel mundial, aunque continúan siendo patologías frecuentemente infraestimadas.⁷³⁻⁷⁵ Tal es la dimensión del problema que ocasionan, que las ER transmisibles encabezan los listados internacionales de mortalidad de origen infeccioso desde hace décadas, afectando especialmente a los menores de 5 años y a la población mayor de 70 años.⁷⁶⁻⁷⁹ Las infecciones respiratorias más comunes en la población general son principalmente las neumonías y la tuberculosis, mientras en niños son más frecuentes las infecciones respiratorias altas, como el resfriado común (con mayores picos de infección en invierno) o las provocadas por rinovirus (con una variación estacional menor, aunque con picos más frecuentes otoño y primavera).^{80,81}

Uno de los problemas más relevantes asociado con la atención sanitaria en las ER agudas es la aparición de patógenos multirresistentes, ya que dificulta su abordaje terapéutico y contribuye a la aparición de infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).⁷⁷ Estas infecciones no solo presentan problemas graves en la comunidad, sino que hacen más complejo el manejo clínico en personas con neumonía nosocomial (NN) y en su forma asociada a ventilación mecánica (NAVM). Este último tipo de neumonías se desarrolla en personas hospitalizadas (previamente sin neumonía) en unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI), de cuidados intensivos (UCI) respiratorios y/o generales, que han permanecido en ventilación mecánica durante al menos 48 horas.⁸² En España, la NN representa el 18,33% de las IRAS adquiridas en el mismo centro de ingreso, siendo la segunda más frecuente en el contexto hospitalario general y la primera en UCI.⁸³ Para combatir la NN, y en concreto la NAVM, desde 2011 se ha puesto en marcha la primera propuesta de intervención multifactorial, denominada proyecto Neumonía Zero (NZ), que cuenta con el apoyo de la mayoría de las instituciones de la Administración Pública y de las organizaciones del sector privado, así como con la colaboración de la mayor parte de las UCI de España, lideradas por diferentes Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades de Críticos (SEMICYUC).⁸⁴

Como resultado de las ER agudas, ya sean infecciosas o por intoxicación, pueden originarse daño e inflamación alveolar y de otras estructuras, lo que a su vez puede conducir a cuadros graves de insuficiencia respiratoria, como el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), o contribuir a la aparición de enfermedades respiratorias crónicas (ERC) como fibrosis pulmonar y bronquiectasias.^{77,85}

Las ERC presentan una elevada prevalencia e incidencia a nivel mundial, siendo consideradas enfermedades de atención prioritaria en el programa de cronicidad de la



Organización Mundial de la Salud (OMS).⁸⁶ Las ERC afectan a las vías respiratorias y a otras estructuras del pulmón, englobando patologías como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma, las bronquiectasias, las enfermedades intersticiales, la apnea del sueño (AOS) y las ER de origen laboral, entre otras.⁸⁶ Junto con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la obesidad y la depresión, las ERC constituyen uno de los grupos de patologías con mayor impacto social y sanitario.⁸⁷ Se trata de enfermedades en parte prevenibles, con curso clínico insidioso, que generan discapacidad y requieren de atención a largo plazo, por lo que las políticas de prevención primaria se consideran prioritarias. Aunque pueden afectar a todos los grupos poblacionales, suelen presentar una triada característica compuesta por edad avanzada, comorbilidad y polimedicación.^{75,86,88}

En este contexto, la comorbilidad asociada a las ERC impacta negativamente sobre la calidad de vida y el pronóstico vital de las personas, además de relacionarse estrechamente con una mayor utilización de recursos sanitarios, generando una doble problemática: la complejidad terapéutica y la fragilidad. Asimismo, la polimedicación, como parte de la triada, mantiene una relación directamente proporcional con el número de comorbilidades presentes.⁸⁹⁻⁹¹ Con el fin de abordar estos problemas, el Ministerio de Sanidad ha publicado una serie de recomendaciones que incluyen una modalidad de evaluación específica en base a las características clínicas de las personas con ERC en edad avanzada (tabla 1).⁹²

Tabla 1. Características de las ERC en pacientes de edad avanzada

Característica	Descripción
Alta prevalencia	Especialmente en mayores de 65 años
Infradiagnóstico	Mayor infradiagnóstico en mujeres y en fases leves
Comorbilidades asociadas	Cardiovasculares, metabólicas, psiquiátricas
Impacto funcional y social	Limitación de la autonomía y aumento de la dependencia
Polimedicación y riesgo de interacciones	Necesidad de revisión periódica de tratamientos
Evaluación multidimensional recomendada	Valoración médica, funcional, psicosocial y del entorno familiar
Planes de cuidados individualizados	Enfoque centrado en la persona, con seguimiento coordinado e interdisciplinar

Tabla adaptada del Ministerio de Sanidad (2024).⁹²



Las ERC más prevalentes son la EPOC, el asma y las bronquiectasias no debidas a fibrosis quística (BQ). La EPOC es una enfermedad de carácter multisistémico y un elevado grado de heterogeneidad entre personas.^{93,94} El tabaquismo continúa siendo su principal factor de riesgo, aunque la enfermedad también se asocia a exposiciones laborales, contaminación atmosférica y, cada vez con mayor evidencia, a alteraciones del desarrollo pulmonar durante la infancia que pueden condicionar una menor función pulmonar en la vida adulta. Las personas con EPOC presentan síntomas respiratorios crónicos secundarios a anomalías de las vías aéreas y/o de los alvéolos, que provocan una limitación persistente y, con frecuencia, progresiva, al flujo aéreo. La tríada clínica clásica incluye disnea, tos y producción de esputo, aunque también pueden aparecer sibilancias recurrentes y sensación de opresión torácica.⁹⁵ En este contexto, la educación terapéutica constituye un elemento fundamental para capacitar a las personas con EPOC en el autocuidado, con el objetivo de mantener y mejorar su calidad de vida.²⁷ Este abordaje debe realizarse por profesionales específicamente formados, entre los que las enfermeras en cuidados respiratorios desempeñan un papel esencial: su presencia en atención primaria favorece el seguimiento longitudinal, mientras que durante la hospitalización resultan clave para reforzar conocimientos, revisar la técnica inhalatoria, promover la adhesión terapéutica y preparar el alta. Sin embargo, el diseño de intervenciones específicas sigue siendo complejo debido a la elevada heterogeneidad en formato, intensidad, contenidos y profesionales implicados, sin que pueda identificarse un modelo único claramente superior.⁹⁶

El asma constituye un síndrome heterogéneo que incluye diversos fenotipos clínicos, con manifestaciones similares, pero etiologías probablemente diferentes. Su aparición se relaciona con factores genéticos, del huésped y ambientales, entre los que destacan la atopia, la rinitis, la obesidad, determinados factores prenatales y perinatales, el tabaquismo durante la gestación y distintas exposiciones ambientales. Además, algunos desencadenantes como las infecciones víricas, los alérgenos, el humo del tabaco, el ejercicio, las emociones o los cambios climáticos extremos pueden favorecer la aparición de síntomas o agudizaciones. Las personas con asma presentan inflamación de las vías aéreas y síntomas respiratorios variables en el tiempo y en intensidad, siendo las sibilancias el signo más característico, junto con disnea o dificultad respiratoria, tos y opresión torácica, a menudo con predominio nocturno o de madrugada.⁵ En muchas ocasiones, se convierte en una enfermedad compleja con necesidad de un abordaje especializado e interdisciplinar, así como la utilización de múltiples fármacos. Dentro de la población diagnosticada, existe un grupo de personas bien identificados con asma grave que requieren el seguimiento por parte de equipos interdisciplinarios especializados y con experiencia en el manejo de esta patología.⁹⁷ En concreto, el papel de la enfermera experta en asma está ampliamente



respaldado por la literatura científica, y constituye un pilar fundamental en la atención integrada a personas con asma, especialmente en los casos de difícil control.⁹⁸⁻¹⁰¹ La participación de la enfermera de cuidados respiratorios en la educación terapéutica, la monitorización clínica, la realización de pruebas funcionales respiratorias y el seguimiento personalizado ha demostrado mejorar los resultados clínicos, reducir ingresos hospitalarios y optimizar la adhesión al tratamiento. Estas funciones, junto con el acompañamiento emocional de la persona, contribuyen a una atención de calidad, efectiva y centrada en la persona.⁹⁹

Las BQ son la tercera enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea más frecuente y se caracterizan por dilataciones irreversibles de la luz bronquial.¹⁰² La progresión de las BQ es variable, aunque con la evolución de la enfermedad suele aparecer un aumento del número de agudizaciones (ABQ), infección bronquial crónica por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) y otros microorganismos potencialmente patógenos multirresistentes y un empeoramiento de los síntomas. Todo esto conduce a un deterioro progresivo de la función pulmonar y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRSS), y a un incremento de la morbilidad y el coste sociosanitario.¹⁰³

Existen otras ERC menos prevalentes, pero con un alto impacto en la calidad de vida de las personas que las padecen, como la hipertensión pulmonar (HP) o los trastornos genéticos que aumentan el riesgo de ERC, como el déficit de la proteína alfa-1 antitripsina (DAAT). La HP es un trastorno fisiopatológico y hemodinámico definido por el aumento de la presión arterial pulmonar media, que puede aparecer en diferentes enfermedades cardiovasculares y respiratorias, originando una alteración progresiva de la vascularización pulmonar y del hemicardio derecho que, en ocasiones, conduce a la muerte. Su etiología es desconocida, pero se han identificado factores de riesgo de su aparición como VIH, enfermedades del tejido conectivo y el uso de metanfetaminas.¹⁰⁴ Clínicamente suele manifestarse con disnea progresiva de esfuerzo, fatiga, palpitaciones o síncope, síntomas inespecíficos que pueden favorecer el retraso diagnóstico, especialmente cuando se solapan con enfermedades respiratorias crónicas como la EPOC o la enfermedad pulmonar intersticial. Su impacto es relevante por la limitación funcional, el deterioro de la calidad de vida, la sobrecarga y disfunción del ventrículo derecho y el aumento de la morbilidad.^{41,105}

Por otro lado, el DAAT se considera la enfermedad rara más frecuente en el adulto.¹⁰⁶ Se trata de una enfermedad genética caracterizada por niveles bajos de la proteína alfa-1 antitripsina en sangre, cuya principal función es proteger el tejido pulmonar. Su afectación pulmonar se manifiesta principalmente como EPOC o enfisema de inicio precoz,



con disnea progresiva de esfuerzo, tos y expectoración, incluso en pacientes jóvenes sin antecedente tabáquico claro. Además, algunas variantes genéticas pueden producir acumulación anómala de la proteína en el hígado, por lo que el DAAT también puede asociarse a enfermedad hepática. El retraso diagnóstico puede tener un impacto clínico y psicosocial relevante, limitar el abordaje precoz, favorecer un peor estado clínico y funcional, y retrasar intervenciones clave como el abandono del tabaco, la prevención de exposiciones, el estudio familiar y el acceso a tratamientos específicos.^{107,108}

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un grupo heterogéneo de más de 200 entidades que afectan al intersticio pulmonar y, en algunos casos, también a las vías aéreas, compartiendo grados variables de inflamación y/o fibrosis.¹⁰⁹ Su curso clínico, tratamiento y pronóstico son muy variables: algunas pueden resolverse, mientras que otras evolucionan hacia insuficiencia respiratoria, trasplante pulmonar o muerte. Suelen manifestarse de forma inespecífica, principalmente con disnea y tos, y también pueden aparecer acropaquías u otros signos sugestivos de enfermedad autoinmune sistémica. Su diagnóstico es complejo, y el abordaje debe realizarse de forma individualizada y multidisciplinar. En este proceso, la enfermera de cuidados respiratorios desempeña un papel clave en la identificación de necesidades, el seguimiento de síntomas y tratamientos, la coordinación entre niveles asistenciales y, en unidades especializadas, como gestora de casos que favorece la continuidad asistencial y el acompañamiento de la persona y su familia.¹¹⁰

También considerada minoritaria, la fibrosis quística es una enfermedad genética, hereditaria, crónica y multisistémica, causada por alteraciones en el *gen regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística* (CFTR), que condicionan secreciones espesas y viscosas, con afectación especialmente respiratoria y digestiva. Aunque clásicamente se consideraba una enfermedad pediátrica de mal pronóstico, los avances en diagnóstico, seguimiento y tratamiento han aumentado la supervivencia y han transformado su abordaje en el de una enfermedad crónica que también afecta a población adulta. Sin embargo, a nivel mundial persisten importantes desigualdades: se estima que una proporción relevante de personas con fibrosis quística permanece sin diagnosticar y que el acceso a terapias modificadoras de CFTR sigue siendo limitado en muchos países.

La exposición ambiental y/o laboral a ciertas sustancias tóxicas también se asocia a la aparición de ER agudas y crónicas. Mientras que la relación entre exposición y diagnóstico es más obvia y rápida en las ER agudas, el mantenimiento de largos periodos de latencia entre exposición y manifestación clínica es más común en las ERC.¹¹¹ Es por ello necesario conocer la historia laboral completa ante la sospecha de estas ER, al asociarse con



la exposición a productos químicos, biológicos, vapores, gases o polvo. Algunas de las ER laborales más clásicas son la silicosis y la asbestosis, aunque también se incluye a la EPOC y el asma entre ellas.¹¹² La silicosis es una ER causada por la respiración de pequeñas partículas de sílice de forma continuada durante 10 o más años o bien grandes cantidades durante meses o años, lo que causa inflamación y fibrosis pulmonar. Sus síntomas más comunes son la tos, la disnea y el dolor torácico anterior o posterior.¹¹³ La asbestosis se origina por la respiración de amianto, un material compuesto por un grupo de minerales naturales que es ampliamente utilizado en construcción por sus propiedades técnicas. Los componentes del amianto poseen un efecto carcinogénico sobre los pulmones, la laringe, los ovarios y sus membranas, así como un efecto fibrótico en los pulmones que causa la llamada asbestosis pulmonar.¹¹⁴

Recientemente han cobrado relevancia las consecuencias de la exposición al radón, no solo en el ámbito laboral, sino también en espacios interiores como viviendas, centros educativos y otros edificios.¹¹⁵ El radón es un gas radiactivo de origen natural, incoloro, inodoro e insípido, procedente de la desintegración del uranio presente en suelos y rocas, que puede acumularse en espacios cerrados, especialmente en plantas bajas, sótanos o edificios con ventilación insuficiente.¹¹⁶ Está reconocido como carcinógeno humano y constituye una de las principales causas de cáncer de pulmón, también en personas no fumadoras, con un efecto especialmente relevante en fumadores por su sinergia con el tabaco.¹¹⁷ En España, este problema de salud pública ha motivado la aprobación del Plan Nacional contra el Radón ¹¹⁶, orientado a reducir el riesgo para la salud de la población y de las personas trabajadoras por la exposición en recintos cerrados. Además, una revisión sistemática reciente ha señalado que la exposición infantil en centros educativos puede ser elevada en determinadas áreas geográficas, con aulas que superan los niveles de referencia recomendados.¹¹⁸ Este hallazgo es especialmente relevante debido al elevado número de horas al día que pasan los niños en estos espacios, y a la mayor vulnerabilidad que presentan durante el desarrollo del sistema respiratorio.

Existen múltiples trastornos respiratorios que pueden afectar al sueño, como la apnea central del sueño, los síndromes de hipoventilación durante el sueño y la hipoxemia nocturna asociada a enfermedades respiratorias o cardiopulmonares crónicas. Entre ellos, la AOS es la entidad más desarrollada en la literatura científica debido a su elevada prevalencia, su impacto sobre la calidad de vida y su asociación con complicaciones cardiovasculares, metabólicas, neurocognitivas y de seguridad.⁴ La AOS consiste en episodios repetidos de obstrucción total o parcial de la vía aérea superior durante el sueño, que provocan apneas, hipopneas, desaturaciones intermitentes y microdespertares. Sus



manifestaciones más frecuentes incluyen ronquido habitual, pausas respiratorias observadas, sueño no reparador, cefalea matutina, cansancio, dificultad de concentración y somnolencia diurna excesiva. Su estudio permite identificar a pacientes con una enfermedad frecuente, infradiagnosticada y potencialmente tratable, en la que el diagnóstico y la adhesión al tratamiento pueden modificar el pronóstico y mejorar la calidad de vida.⁴ En este contexto, la enfermera de cuidados respiratorios desempeña un papel clave en la detección de síntomas, educación terapéutica, preparación, acompañamiento, realización e interpretación de las pruebas diagnósticas, entrenamiento en el uso de CPAP u otros dispositivos, seguimiento de la adhesión, refuerzo de hábitos de sueño y medidas higiénico-dietéticas.¹¹⁹

Por lo tanto, las ER constituyen un problema sanitario de primer orden, cuyo abordaje precisa un enfoque interdisciplinar con acciones concretas y normalizadas. En los últimos años se han podido desarrollar iniciativas de abordaje estructurado de las ER, con algunas experiencias centradas en la modificación de estilos de vida y en la mejora de la detección, diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades.

3.1. Experiencias de éxito en el manejo de las ER

El documento publicado por el *Forum of International Respiratory Societies* (FIRS), en el año 2021, identificó ocho acciones para reducir la carga de las ER (Tabla 2).¹²⁰

Tabla 2. Acciones propuestas por el *Forum of International Respiratory Societies* para reducir la carga de las ER.

Mejorar la concienciación del público y de los responsables de las políticas de que la salud respiratoria es vital para la salud mundial.
Reducir y eliminar el uso del tabaco y derivados.
Adoptar y cumplir las normas de la OMS para reducir la contaminación del aire ambiental.
Implementar el acceso universal a una atención sanitaria de calidad.
Mejorar la prevención y diagnóstico precoz de las ER.
Aumento de la educación y la formación de los profesionales sanitarios.
Normalizar el seguimiento y la notificación de la prevalencia, la gravedad y el tratamiento de las ER para permitir el desarrollo de estrategias nacionales mejor informadas.
Aumentar la financiación de la investigación respiratoria para desarrollar programas, herramientas y estrategias para prevenir y tratar mejor las ER.

Tabla adaptada del Informe del Forum of International Respiratory Societies (2021).¹²⁰

Todas estas iniciativas han tomado un notable impulso con la adopción de nuevas formas de involucrar a las personas atendidas y a sus familiares, de incorporar tecnologías de apoyo y de transformar sistemas fragmentados en enfoques integrados de atención sanitaria. Dichos enfoques se agrupan dentro de la innovación, con diferentes niveles de disrupción, y que ha sido definida como un *fenómeno de destrucción creativa* por Thomas Schumpeter, a mediados del siglo XX.^{121,122}

3.2. Innovación en los cuidados respiratorios

La OMS entiende la innovación en salud como el desarrollo e implementación de nuevos o mejorados productos, políticas, sistemas, tecnologías sanitarias, servicios y formas de prestación que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de las personas.^{123,124} En este sentido, la innovación puede concebirse como todo cambio (no solo tecnológico) basado en el conocimiento (no exclusivamente científico) que genera valor (no únicamente económico). Asimismo, la OMS describe la mHealth como la práctica de la medicina y la salud pública apoyada en dispositivos móviles, tales como teléfonos móviles, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes digitales personales y otros dispositivos inalámbricos.¹²⁵



La prevención mediante programas de educación terapéutica estructurados y la monitorización remota podría favorecer la detección precoz de las exacerbaciones y mejorar el cumplimiento terapéutico en las ERC. La monitorización en tiempo real puede incrementar la eficiencia de la atención al permitir intervenciones más oportunas y dirigidas. La información generada por los pacientes a través de aplicaciones digitales, integrada en la historia clínica, facilita la elaboración de planes de cuidados más personalizados y la adaptación dinámica de las intervenciones. La explotación continua de estos datos contribuye, además, a la mejora progresiva de los programas y a un uso más eficiente de los recursos sanitarios.^{126,127} En este contexto, las enfermeras, y en particular las enfermeras de práctica avanzada tienen un papel clave en la monitorización, la educación terapéutica y el apoyo a la autogestión de los pacientes con ERC.^{128,129}

La inteligencia artificial (IA), en particular, comienza a ocupar un papel estratégico en el apoyo a la toma de decisiones clínicas, la predicción de eventos adversos y la interacción personalizada con pacientes. Sin embargo, su implementación requiere abordar desafíos éticos, organizativos y formativos desde una perspectiva regulada y basada en evidencia, especialmente en el contexto europeo.¹³⁰

3.3. Sociedades Científicas en el abordaje de las ER

Las sociedades científicas han contribuido de forma decisiva al desarrollo de la enfermera de cuidados respiratorios, favoreciendo la generación de conocimiento científico, la formación continuada, la investigación y la estandarización de cuidados en el ámbito de las enfermedades respiratorias crónicas y agudas.

En España, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ([SEPAR](#)) ha sido pionera en la integración de enfermeras dentro de su estructura científica y organizativa. La SEPAR es una sociedad científica que reúne a distintos profesionales vinculados al ámbito de la patología respiratoria. Su estructura organizativa está encabezada por una Junta Directiva y se articula en diferentes áreas de trabajo, independientes, pero estrechamente coordinadas entre sí. Entre ellas se encuentra el Área de Enfermería Respiratoria ([AER](#)), creada en el año 1992. A su vez el AER es representada en los programas integrados de investigación (PII), en los comités asesores y en otros órganos que tienen que ver con la gestión documental como la revista *Archivos de Bronconeumología*, indexada en el primer cuartil de su categoría en la base de datos *Journal Citation Reports*, u *Open Respiratory Archives*, entre otros. Varios miembros de AER forman parte activa de las principales sociedades científicas relacionadas con el paciente respiratorio, como la *European Respiratory Society* (ERS) y la *American Thoracic Society* (ATS).¹³¹



Los objetivos principales del AER son estimular actividades de formación y el desarrollo de la investigación en cuidados, así como colaborar en la realización y desarrollo de actividades científicas, promover y organizar reuniones de temas de interés para la enfermera de cuidados respiratorios, tanto en su vertiente teórica como en los aspectos más prácticos, y participar de proyectos de la sociedad en colaboración con otras áreas.

El organigrama del AER está compuesto por cuatro personas que ostentan los cargos de coordinadora, secretaria y dos vocales, elegidos mediante proceso público y transparente por los miembros de la AER cada tres años, de manera que no coincide nunca el cambio integral de la Junta en el mismo año, permitiendo la continuidad de los proyectos iniciados.

Dentro del AER de SEPAR existen grupos de interés (GI), con líneas estratégicas diferentes, pero aspectos centrales comunes como la formación continuada y la excelencia en cuidados, la promoción y el liderazgo en proyectos de investigación y, sobre todo, la facilitación de redes de comunicación entre enfermeras de cuidados respiratorios con intereses comunes. Los GI no son estáticos ni perpetuos, sino que pueden crearse en función del interés de los socios mediante un procedimiento específico para su implementación. Algunos de los GI en el AER son: enfermedades respiratorias minoritarias, terapia inhalada, intervencionismo y endoscopia respiratoria, función pulmonar, trastornos del sueño y terapias respiratorias domiciliarias, y ventilación mecánica y UCRI, todos tienen dos coordinadores que se encargan de dinamizar el GI, promoviendo actividades formativas, de divulgación y de investigación, y rinden cuentas a los socios en las dos reuniones anuales: el Congreso anual de la SEPAR y la Reunión de Invierno.

Por lo tanto, el desarrollo del Área de Enfermería Respiratoria en la SEPAR ha permitido la participación en las enfermeras en grupos de trabajo multidisciplinares, congresos, programas docentes, proyectos de investigación y elaboración de documentos de consenso y guías clínicas para el abordaje de las patologías respiratorias (Anexo 2). Asimismo, ha contribuido al impulso de la formación continuada, la investigación aplicada y el desarrollo de competencias específicas en cuidados específicos a personas con ER.¹³¹

Junto al ámbito nacional, existe una extensa red de sociedades científicas autonómicas y regionales de neumología y patología respiratoria (Tabla 3) que han favorecido el desarrollo territorial de la enfermera de cuidados respiratorios mediante actividades formativas, reuniones científicas, becas, líneas de investigación y espacios específicos de participación profesional. Varias de estas sociedades cuentan actualmente



con grupos o áreas específicos de enfermería respiratoria, reflejando la creciente consolidación de la disciplina dentro de las estructuras científicas regionales.

Tabla 3. Sociedades científicas autonómicas y regionales de patología respiratoria en España

Sociedad científica	Área geográfica
Associació Il·lenca de Respiratori (AIRE)	Illes Balears
Sociedad Asturiana de Patología Aparato Respiratorio (ASTURPAR)	Asturias
Asociación Canaria de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOCAN)	Canarias
Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID)*	Comunidad de Madrid
Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur (NEUMOSUR)*	Andalucía y Extremadura
Sociedad Aragonesa de Aparato Respiratorio (SADAR)*	Aragón
Sociedad Castellano-leonesa y Cantabria de Patología Respiratoria (SOCALPAR)*	Castilla y León y Cantabria
Sociedad Castellano-Manchega de Patología Respiratoria (SOCAMPAR)	Castilla-La Mancha
Societat Catalana de Pneumologia (SOCAP)*	Cataluña
Sociedade Galega de Patoloxía Respiratoria (SOGAPAR)	Galicia
Sociedad Murciana de Patología Respiratoria (SOMUPAR)*	Región de Murcia
Sociedad Valenciana de Neumología (SVNEUMO)	Comunitat Valenciana
Sociedad Vasco-Navarra de Patología Respiratoria (SVNPAR)*	País Vasco, Navarra y La Rioja

Fuente: elaboración propia a partir de información disponible en las páginas web oficiales de las sociedades científicas de patología respiratoria. * Sociedades con grupo, área o sección específica de enfermería respiratoria.

Dependiendo del enfoque de la patología respiratoria, otras sociedades científicas de ámbito nacional también colaboran con el Ministerio de Sanidad a través del portal de salud del Sistema Nacional de Salud^{62,132,133}:



- **Asociación Española de Pediatría (AEP):** a través de su área de neumología pediátrica, colabora en el manejo de enfermedades respiratorias infantiles.
- **Federación Asociaciones Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP):** promueve la prevención, la educación para la salud, el manejo de patologías crónicas y el fomento de hábitos de vida saludables en relación con las enfermedades respiratorias.
- **Federación Española de Asociaciones de pacientes alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER):** entidad sin ánimo de lucro que busca mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por este tipo de patologías.
- **Grupo de Respiratorio en Atención Primaria (GRAP):** tiene el objetivo general de realizar y promover actividades de investigación y docencia sobre temas de patología respiratoria en Atención Primaria (AP) de Salud.
- **Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC):** sociedad especializada en patologías respiratorias de origen alérgico (asma, rinitis) y enfermedades inmunológicas.
- **Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC):** agrupa a profesionales que trabajan en el campo de la patología infecciosa, tanto desde el punto de vista clínico y del tratamiento como de diagnóstico microbiológico y la prevención de las enfermedades respiratorias.
- **Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC):** lidera la formación específica de cuidados del paciente crítico y promueve la investigación científica en la prevención y el manejo de complicaciones respiratorias en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- **Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio (SEHAD):** promueve el correcto manejo de procesos agudos y crónicos en el entorno de las personas con problemas respiratorios, con el objetivo de proporcionar atención con la misma seguridad y calidad que en el hospital.
- **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC):** trabaja estrechamente con el Ministerio y SEPAR en el abordaje de patologías respiratorias crónicas en la red de atención primaria.
- **Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC):** se centra en el manejo del paciente crítico, coordinando el soporte



vital avanzado, la ventilación mecánica y los protocolos de prevención de complicaciones respiratorias en las Unidades de Cuidados Intensivos.

- **Sociedad Española del Sueño (SES):** sociedad para el desarrollo de la investigación e impulso de la Medicina del Sueño en España.

A **nivel europeo**, la [ERS](#) cuenta con un grupo de enfermería respiratoria dentro de su estructura científica, promoviendo la armonización de competencias, la formación especializada y la investigación colaborativa internacional en cuidados respiratorios. Además, la ERS participa activamente en el desarrollo de documentos de consenso, estándares formativos y programas de acreditación orientados a mejorar la calidad asistencial y la atención integral de las personas con enfermedades respiratorias.¹³⁴

En el **ámbito internacional**, organizaciones como la [ATS](#), la Asociación Latinoamericana de Tórax ([ALAT](#)) y el Consejo Internacional de Enfermeras ([CIE](#))¹³⁵ reconocen el papel estratégico de las enfermeras en la prevención, el manejo clínico, la educación sanitaria y el seguimiento de las ERC. Del mismo modo, iniciativas impulsadas por la OMS, como la *Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases* (GARD)⁸⁸, subrayan la necesidad de fortalecer equipos multidisciplinares y potenciar el liderazgo enfermero en la atención a las ERC.



4. Justificación

Las enfermedades crónicas constituyen un importante desafío a nivel mundial por su alta prevalencia, impacto sanitario, social y económico.¹³⁶ Por lo tanto, deben considerarse una prioridad en las políticas sanitarias, orientadas al control integrado de los factores de riesgo evitables en la prevención primaria y, cuando su puesta en marcha ya no es posible, en la prevención secundaria y terciaria dentro de un modelo integrado, interdisciplinar y transversal.¹³⁷

Las ERC representan una carga significativa para los sistemas de salud a nivel global.^{138,139} Estas patologías se asocian a elevados niveles de discapacidad, pérdidas económicas por bajas laborales, ingresos hospitalarios recurrentes y una sobrecarga de los recursos asistenciales. A pesar de su magnitud, muchas ERC siguen infradiagnosticadas y no reciben la prioridad correspondiente en las diferentes políticas sanitarias. Su abordaje requiere estrategias integrales que combinen prevención, diagnóstico precoz, educación terapéutica y continuidad asistencial, donde las enfermeras en cuidados respiratorios desempeñan un papel clave.

4.1. Impacto de las enfermedades respiratorias

En el año 2021, 4,2 millones de pacientes fueron hospitalizados por ER y las muertes debidas a estas enfermedades representaron el 6% de todas las defunciones en la Unión Europea. En España, las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las ER fueron las principales causas de muerte durante el primer semestre, con el 26,2%, 25,6% y 12,9% del total de fallecimientos, respectivamente.¹⁴⁰

Dentro de las ER agudas, la neumonía es una de las más representativas por su elevada morbilidad, especialmente en población infantil y en personas mayores. En España, en el año 2024 se registraron 5 casos de neumonía por cada 1.000 habitantes, sin contabilizar las debidas a la COVID-19.¹⁴¹ La neumonía, junto con el resto de las infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI), presenta una carga sanitaria relevante por su alta prevalencia, su capacidad para producir complicaciones y su impacto en términos de mortalidad y años de vida saludable perdidos. En Europa las ITRI causaron aproximadamente 219.500 muertes y 4,7 millones de años de vida saludable perdidos en 2021, con una tasa de mortalidad de 14,1 por 100.000 habitantes, superior a la observada en España, situada en 8,2 por 100.000 habitantes. Sus factores de riesgo varían según el sexo y la edad: en hombres, el principal factor atribuible es el tabaquismo, mientras que en mujeres destacan las bajas temperaturas. En población infantil, el patrón también cambia; en menores de 5 años el principal factor de riesgo es el bajo peso al nacer, mientras que en



niños y adolescentes hasta los 14 años la contaminación ambiental por partículas y las bajas temperaturas muestran un peso muy similar.⁷⁷

Por otro lado, las ERC constituyen un problema grave de salud pública por su alta prevalencia, impacto funcional y coste económico. A menudo comienzan en etapas tempranas de la vida, incluso en la juventud, y afectan de forma progresiva a la capacidad funcional y a la calidad de vida de quienes las padecen. Su carga económica es elevada; se estima que el 50 % del coste corresponde a recursos sanitarios directos y el otro 50 % a pérdidas indirectas, como bajas laborales o disminución de la productividad. Asimismo, se estima que hasta el 70 % de este gasto es atribuible a un control deficiente de la enfermedad.¹⁴²

Desde una perspectiva social, las ERC reducen la participación en la vida comunitaria y aumentan la dependencia de cuidados, especialmente en poblaciones vulnerables. Además, el infradiagnóstico, la falta de educación sanitaria y el estigma asociado al uso de ciertos tratamientos dificultan un cuidado adecuado. Por ello, resulta prioritario impulsar estrategias comunitarias centradas en la promoción de la salud respiratoria, la prevención, el acceso equitativo al diagnóstico precoz, la continuidad asistencial y la participación de la persona. Las enfermeras, especialmente en roles avanzados, desempeñan un papel crucial en este enfoque comunitario integral.^{98,142}

La EPOC afecta a más de 392 millones de personas y supone la tercera causa de muerte en todo el mundo.¹³⁹ En España, se estima que más de un millón de personas tiene EPOC, con una prevalencia aproximada del 2,2% de la población. La prevalencia en hombres prácticamente triplica la observada en mujeres y aumenta de forma progresiva con la edad, hasta superar el 10% en hombres de 75 años o más. En Europa también representa una carga muy elevada: en 2021 la estimación fue de 40,4 millones de personas con EPOC, 332.900 muertes y 7 millones de años de vida saludable perdidos. Además, la EPOC concentra cerca del 80% de las muertes atribuibles a las enfermedades respiratorias crónicas, lo que refuerza su relevancia como problema prioritario de salud pública. A nivel global, se estima que los casos de EPOC aumentarán un 23% entre 2020 y 2050, con un mayor impacto en mujeres y en países de ingresos bajos y medios. Además, se prevé que la EPOC continúe ocupando una posición destacada entre las principales causas de muerte y carga de enfermedad a nivel mundial.¹⁴³

La prevalencia de asma a nivel internacional es igualmente elevada, presentando cifras por encima de 260 millones de personas, con una incidencia estimada de 1,1 casos por 1.000 habitantes/año.¹³⁹ Se estima que 42,7 millones de personas viven con asma en Europa, de las cuales 13,7 millones son niños y jóvenes; además, en 2021 se atribuyeron a esta



enfermedad 15.800 muertes y 1,9 millones de años de vida saludable perdidos. Estos datos reflejan que el impacto del asma no se limita a la mortalidad, sino que incluye una carga importante de morbilidad y discapacidad asociada a síntomas persistentes, agudizaciones, limitación de la actividad y deterioro de la calidad de vida.^{144,145} En España, esta carga resulta especialmente relevante en las formas graves y no controladas: se estima que el asma grave representa el 5-10% de la población asmática y que alrededor del 50% de estas personas presenta mal control de la enfermedad; además, la prevalencia del asma grave no controlada se sitúa en torno al 3,9-4,9% del total de personas asmáticas.¹⁴⁶

Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) afectan a 684.200 personas en Europa, siendo 2.500 de ellas población pediátrica. Las cifras más recientes atribuyen a estas enfermedades 35.400 muertes y 656.600 años de vida saludable perdidos. Estos datos reflejan una carga relevante de morbilidad y discapacidad, especialmente en las formas fibrosantes y progresivas.¹⁴⁷ En España, los datos disponibles son más limitados, aunque se estima una incidencia de EPID de 7,6 casos por 100.000 personas/año, siendo la fibrosis pulmonar idiopática el subtipo más frecuente, seguida de la sarcoidosis, las EPID asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas y la neumonitis por hipersensibilidad.¹¹⁰

El conjunto de otras patologías menos prevalentes supone una importante carga mundial, representadas por los trastornos respiratorios del sueño, la hipertensión pulmonar (HP) y las enfermedades pulmonares de origen ocupacional, ya que contribuyen de forma significativa a la morbilidad, la discapacidad y el consumo de recursos sanitarios.⁷⁵ A ello se suman los efectos nocivos de la contaminación atmosférica y del cambio climático sobre la salud respiratoria, asociados a un aumento de la mortalidad y de las hospitalizaciones por ER y cardiovasculares.^{113,148}

En concreto, la HP afecta a cerca de 192.000 personas y provoca aproximadamente 22.000 muertes al año en el mundo.¹⁰⁴ En Europa, cerca 39.300 personas viven con HP, de las cuales alrededor de 1.971 se encuentran en España. Los últimos datos indican que en 2021 se produjeron 3.188 muertes en Europa y 241 en España debido a la enfermedad. Además, su impacto también se refleja en los años de vida perdidos, con una tasa estandarizada de 6,2 en Europa y 5,7 en España. Estos datos ponen de manifiesto una carga relevante de morbilidad y discapacidad asociada a una enfermedad rara, progresiva y potencialmente grave.¹⁴⁹

La apnea obstructiva del sueño representa una de las enfermedades con mayor impacto a nivel mundial. En Europa, en 2015 se estimó que aproximadamente 197 millones de adultos presentaban AOS con un índice de apnea-hipopnea (IAH) ≥ 5 , y 102 millones presentaban formas moderadas o más graves, con un IAH ≥ 15 . En España, estas cifras se



situaron en 9.195.448 personas y una prevalencia del 35,2% para AOS con IAH ≥ 5 , y en 4.233.728 personas y una prevalencia del 16,2% para AOS con IAH ≥ 15 .¹⁵⁰

Una de las patologías con más impacto a nivel individual, comunitario y del sistema es el cáncer de pulmón, ya que sigue siendo la neoplasia con mayor mortalidad a nivel mundial, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos de las últimas décadas. Aunque las tasas de supervivencia han mejorado, la supervivencia relativa global a los 5 años continúa siendo baja, situándose generalmente por debajo del 30%, con marcadas diferencias según el estadio al diagnóstico.^{117,151} En concreto, en 2021 cerca de 735.200 personas vivían con cáncer de pulmón en Europa, de las cuales alrededor de 49.628 se encontraban en España. Ese mismo año se produjeron aproximadamente 501.937 nuevos diagnósticos en Europa y 28.628 en España, provocando más de 23.454 muertes en el país. Además, su impacto también se refleja en los años de vida saludable perdidos, que alcanzaron los 590/10.000 habitantes en población española.¹⁵²

Según la OMS y la *European Respiratory Society*, se estima que para el año 2030 la neumonía, la tuberculosis, el cáncer de pulmón y la EPOC serán responsables de aproximadamente una de cada cinco muertes en el mundo.^{75,153} En la Unión Europea, las tasas de mortalidad por ER estandarizadas por edad han disminuido en las últimas décadas; sin embargo, se ha observado un aumento de la mortalidad por causas respiratorias en los grupos de mayor edad.⁸⁶ No se esperan cambios sustanciales en la proporción global de mortalidad atribuible a ER en el continente europeo, que seguirá representando en torno a una décima parte de todas las muertes. Se prevé, no obstante, un incremento de las muertes debidas a la EPOC y al cáncer de pulmón, paralelo a una disminución progresiva de la mortalidad por infecciones respiratorias.^{117,154}

4.2. Coste para el sistema sanitario

Las ER representan una de las principales causas de hospitalización y consumo de recursos, especialmente en mayores de 65 años. Su coste en Europa es de 380.000 millones de euros (55.000 millones de euros en recursos sanitarios, 42.000 millones de euros por pérdida de producción y 280.000 millones de euros por discapacidad ajustada por edad). La mitad del coste económico causado por las ER se relaciona con el hábito tabáquico.¹⁵⁴

Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) generan una carga económica considerable para el sistema sanitario, tanto en España como en el conjunto de Europa, como ilustran los siguientes datos^{142,155}:

- A nivel europeo, se estima que las ERC suponen más de 380.000 millones de euros anuales en costes directos e indirectos, incluyendo hospitalizaciones, medicación,

pérdida de productividad y discapacidad.

- En España, el gasto sanitario total en 2021 alcanzó los 60.796 millones de euros solo en hospitales, lo que representa el 46,1 % del gasto sanitario total.
- El gasto sanitario público por habitante fue de 2.789 euros en 2021, con un crecimiento medio anual del 5,3 % desde 2017.
- Según el *Informe INTEGRA-EPOC*¹⁴², hasta el 70 % del coste de la EPOC se debe a un mal control de la enfermedad, lo que implica un gasto evitable si se mejora la gestión clínica.
- En el caso particular de las bronquiectasias, su cobertura sanitaria supone un gasto medio de 4.700€ por persona atendida al año, lo que puede encarecerse en los casos más graves hasta los 10.000€. ^{156,157}

Estos datos refuerzan la necesidad de invertir en promoción de la salud, prevención, diagnóstico precoz y seguimiento eficaz, donde las enfermeras en cuidados respiratorios pueden desempeñar un papel clave en la eficiencia del sistema.

4.3. Modelos de Atención Integrada en ER

Desde la perspectiva de las personas con problemas crónicos de salud, la atención integrada (AI) consiste en una concepción holística y preventiva de la atención sanitaria en la que el paciente, con todas sus comorbilidades y circunstancias, es el centro de la estrategia terapéutica.¹¹ Otra característica esencial es que la acción terapéutica tiene una orientación fundamentalmente preventiva, con los objetivos de evitar los episodios de exacerbación y modular el curso de la enfermedad, organizándose en base a programas con objetivos bien estandarizados y que garantizan la colaboración y continuidad asistencial entre los niveles de atención, así como la articulación con el soporte social y otros servicios comunitarios.¹⁵⁸

Las personas con ERC, por su complejidad, comorbilidades, fragilidad y asociación con problemas socioeconómicos, constituyen un colectivo prioritario para este tipo de enfoque. El nivel de complejidad de la atención sanitaria requerida y el grado de fragilidad son determinantes del riesgo asociado y de la estratificación de la persona en un programa de AI, pero la transición hacia este modelo no está exenta de complejidades. Los pioneros en la conceptualización de este modelo asistencial se sitúan en Estados Unidos con los denominados “sistemas integrales”.¹⁵⁹ En Europa existen experiencias de “atención compartida” en diversos países. En 2012 se inició la iniciativa EIP-AHA (*European Innovation Partnership for Active and Healthy Ageing*)¹⁶⁰, que promueve el despliegue extenso



de este nuevo modelo asistencial como un gran programa de innovación sanitaria a nivel de la Unión Europea.

En los pacientes con ERC es difícil establecer un pronóstico vital inferior al año y la indicación precisa de cuidados paliativos. Para afrontar esta situación es necesaria una evaluación multidimensional en condiciones de estabilidad clínica, realizada por el equipo interdisciplinar de referencia, con la participación de la persona y de su familia. Las voluntades anticipadas pueden ser de gran ayuda al tomar decisiones en estos momentos.¹⁶¹ La estrategia de intervención debe ofrecer tratamientos de eficacia probada y que aseguren la comodidad de la persona, continuidad asistencial durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por profesionales formados, atendiendo a las preferencias de la persona. A pesar del aumento del conocimiento en cuidados paliativos, todavía se detectan barreras que dificultan su aplicación en las ERC.¹⁶²

4.4. Papel de las enfermeras en la atención a personas con ER

Dadas las características de la atención sanitarias a personas con ER, las enfermeras de cuidados respiratorios deberían, asumir un papel estratégico en todo el proceso de la enfermedad, centrando su actuación en los siguientes aspectos:

La **prevención primaria**: es la medida más coste-efectiva, aunque su implantación sigue siendo menor de lo deseable. Los programas de prevención primaria deben abordar los factores de riesgo como son: el consumo de tabaco, de otras sustancias y/o de cigarrillos electrónicos (activo y pasivo), el consumo excesivo de alcohol, hábitos nutricionales inadecuados, el estilo de vida sedentario, la contaminación ambiental, los alérgenos, la exposición a sustancias nocivas (como el polvo y los productos químicos), las infecciones de las vías respiratorias y la predisposición genética. El tabaquismo es el factor nocivo más importante para la salud respiratoria, siendo la primera causa de pérdida de salud y muerte evitable, por lo que la prevención primaria es esencial para evitar su inicio.^{163,164}

El objetivo de la **prevención secundaria** se centra en la detección del problema en las primeras fases de la enfermedad, cuando los cambios son fundamentalmente de tipo funcional y, por tanto, en parte reversibles. Las medidas preventivas y terapéuticas buscan minimizar el impacto negativo de la enfermedad.^{93,94}

El **abordaje terapéutico** de todas las ERC debe basarse en dos pilares fundamentales: el tratamiento farmacológico y el no farmacológico, que deben individualizarse en función de la gravedad, las comorbilidades, las preferencias de la persona y su entorno. Una evaluación multidisciplinaria centrada en el paciente y basada en la mejor evidencia disponible constituye el primer paso del plan terapéutico.^{165,166}



Tratamiento farmacológico. La vía inhalada es la principal ruta de administración de medicamentos para la mayoría de los pacientes con ERC. Sin embargo, existen diversas opciones en cuanto a la técnica de administración, que se seleccionará en función de la disponibilidad del fármaco, el coste y la capacidad de la persona para realizar correctamente la técnica tras una instrucción y un seguimiento adecuados.^{94,106}

Tratamiento no farmacológico. Los programas de rehabilitación respiratoria (RR) constituyen una intervención central en el manejo de las ER (recomendación fuerte; evidencia moderada)^{60,167}. Los programas de educación terapéutica administrados de forma aislada tienen un efecto limitado sobre la función pulmonar y la capacidad de ejercicio, aunque desempeñan un papel relevante en el desarrollo de habilidades de autocuidado y muestran mayor impacto cuando se integran en programas estructurados de RP. El último consenso sobre programas de RP en las ER, publicado recientemente por la *American Thoracic Society*, presenta la RP como una intervención multidisciplinaria e integrada que incluye entrenamiento físico supervisado, educación terapéutica y estrategias de cambio conductual orientadas a promover hábitos de vida saludables más allá del ejercicio físico (nutrición, sueño, etc.). Se trata, por tanto, de una intervención compleja y holística que debe considerarse dentro de un plan terapéutico continuado.¹⁶⁷

Tipo de seguimiento: Los pacientes con EPOC e insuficiencia respiratoria crónica en tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD) presentan una mejoría demostrada en la calidad de vida y en la supervivencia, siempre que la indicación sea adecuada y se mantenga una buena adhesión al tratamiento. La adecuación de la prescripción y el grado de adhesión son habitualmente mejorables, por lo que la existencia de programas de atención sanitaria orientados a revisar estos aspectos resulta especialmente relevante.^{168,169} La utilización de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en pacientes con EPOC muy grave e hipercapnia, pero clínicamente estables, se ha incrementado en los últimos años. Se trata de un tratamiento complejo que requiere una adecuada selección del paciente y un seguimiento estructurado. El seguimiento de la evolución de la gravedad durante una exacerbación y de la respuesta al tratamiento instaurado constituye un elemento esencial en la gestión del episodio agudo.¹⁶⁹

Por último, la **prevención terciaria** estará dirigida a prevenir la incapacidad, disminuir los síntomas y complicaciones a través de programas integrados.^{93,94}

4.5. Calidad de la atención a personas con ER.

Para evaluar la calidad de la atención prestada a personas con ERC, es fundamental establecer indicadores de calidad que permitan medir el desempeño de los servicios

sanitarios en cada etapa del proceso asistencial. Estos indicadores ofrecen una visión estructurada de los aspectos clave que influyen en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y experiencia de la persona. Además, facilitan la toma de decisiones basada en datos, promueven la mejora continua y permiten comparar resultados entre distintas organizaciones y niveles asistenciales. A continuación, se presentan los principales indicadores de calidad recomendados en intervenciones sobre ERC (Tabla 4), en línea con las estrategias publicadas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) en España.^{86,92,132}

Tabla 4. Indicadores de calidad en intervenciones sobre enfermedades respiratorias crónicas (ERC)

Dimensión	Indicador
Diagnóstico precoz	Porcentaje de pacientes con espirometría realizada en el diagnóstico inicial
Evaluación integral	Porcentaje de pacientes con valoración multidimensional documentada
Adhesión terapéutica	Tasa de cumplimiento del tratamiento inhalado prescrito
Educación terapéutica	Porcentaje de pacientes con plan de acción personalizado
Continuidad asistencial	Número de reingresos por exacerbación en <30 días
Coordinación asistencial	Porcentaje de pacientes con seguimiento en atención primaria tras alta
Resultados en salud	Reducción de exacerbaciones graves por paciente/año
Satisfacción del paciente	Nivel de satisfacción global con la atención recibida

Tabla adaptada de estrategias del SNS y documentos del Ministerio de Sanidad¹⁷⁰

Además, existen indicadores específicos de calidad para cada proceso asistencial en las distintas ER, y que son utilizados también en investigación como variables comparativas.¹⁷¹

Un aspecto esencial a la hora de medir la calidad de la atención es la perspectiva de las personas atendidas. En la última década, la evaluación de la calidad de un servicio y la identificación de las áreas de mejora se han basado en medidas informadas por sus usuarios



mediante el uso de instrumentos estandarizados, ya sea sobre los resultados percibidos o PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*), o sobre su experiencia en el uso o PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*)¹⁷²:

- Los PROMs permiten medir los efectos de la atención sanitaria en las personas atendidas y en poblaciones más amplias, e incluye los elementos de mayor importancia para ellas y sus familias, como los cambios en el estado de salud, pronóstico, comportamiento, conocimiento, experiencias o la satisfacción.¹⁷³ Estas medidas se recogen mediante el uso de diferentes instrumentos, entre los que se incluye la valoración del estado de salud, herramientas de calidad de vida relacionada con la salud, escalas de comunicación de síntomas, evaluaciones de la atención y satisfacción con el tratamiento, medidas de impacto económico, así como cuestionarios centrados en aspectos específicos de la experiencia de las personas atendidas, como la depresión o la ansiedad.¹⁷⁴ A continuación se detallan algunos de los elementos comúnmente valorados mediante PROMs en la atención con personas con ER¹⁷¹:

PROMs (Efectividad, Eficacia Seguridad)
Calidad de vida
Función física
Función social
Función emocional
Función cognitiva
Estado funcional
Alfabetización en salud
Síntomas
Efectividad en el tratamiento y efectos secundarios
Adhesión terapéutica
Utilización de recursos sanitarios no planificados (ej. reingresos hospitalarios, Visitas al Servicio de Urgencias)
Mortalidad no esperada

- De forma paralela, los PREMs se utilizan para captar la experiencia del paciente en relación con la organización asistencial, las respuestas emocionales y los aspectos más prácticos, como los tiempos de espera. Se compone de factores relacionales, como el respeto, la dignidad o el apoyo emocional y psicológico; así como de

factores funcionales, como el acceso a tratamientos, gestión de síntomas, o el confort en el uso de los servicios sanitarios, entre otros.^{175,176} A continuación se detallan algunos de los elementos comúnmente valorados mediante PREMs en la atención con personas con ER:

PREMs ¹⁷⁷ (Experiencia, usabilidad)	Ítems ^{178,179}
En relación con el proceso de atención (<i>experiencia del paciente</i>)	• Gestión del tiempo. • Trato recibido. Calidad del contacto. • Participación en la toma de decisiones. Autonomía y capacidad de decisión. • Información recibida y comunicación • Intimidad y confidencialidad. • Accesibilidad de los profesionales. • Navegabilidad a través del sistema (dónde ir, con quién hablar, que llevar). • Atención durante las transiciones. • Adecuación de la prescripción. Carga del tratamiento (<i>Burden of treatment</i>). • Entorno físico y psicológico de los centros • Control del dolor • Apoyo emocional y trato • Respeto a los valores del paciente • Consideración tenida con la familia y acompañantes
En relación con componentes de telemedicina si existen en la intervención profesional-paciente (<i>usabilidad</i>).	El cuestionario SUS (<i>System Usability Scale</i>) es una herramienta estandarizada de 10 preguntas diseñada para medir la usabilidad percibida de un sistema o producto digital. ¹⁸⁰

Otra categoría estandarizada de medida comunicada por los pacientes se relaciona estrechamente con la seguridad asistencial y se conoce como PRIMs (*Patient-reported incident measures*). Los PRIMs sirven para captar las preocupaciones de las personas atendidas y sus familiares sobre posibles incidentes o riesgos de seguridad asistencial en el sistema.¹⁸¹



En ocasiones, la perspectiva de las personas atendidas se recoge sin contar con el uso de instrumentos estandarizados ni con la interpretación de los profesionales. Esta información proporciona una interpretación holística y complementa los resultados y experiencias que fueron recogidas de forma estructurada mediante PREMs y PROMs. Las formas no estructuradas son conocidas como PROs (*patient-reported outcomes*) y PREs (*patient-reported experience*), y tienen un enfoque más cualitativo, que permite identificar situaciones conductuales que pueden afectar al proceso asistencial.¹⁸²

En 2019, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y sus estados miembros pusieron en marcha el proyecto PaRIS (*Patient-Reported Indicators Surveys*), consistente en la primera encuesta internacional basada en PROMs y PREMs en Atención Primaria, referidos por la población adulta, con especial interés en las personas que padecen enfermedades crónicas. En su informe nacional se han reflejado resultados de gran impacto en el sistema, como la influencia negativa de la multimorbilidad en la percepción del estado de salud, un alto nivel de satisfacción con la atención recibida y una alta confianza en los profesionales, entre otros aspectos destacados.¹⁷⁶

4.6. Modalidades de desarrollo enfermero en cuidados respiratorios

La enfermería, como profesión dinámica, avanza hacia una mayor especialización, generación de conocimiento propio, investigación e innovación, ofreciendo cuidados de calidad, seguros y centrados en la persona. En este contexto, la armonización de los estándares educativos resulta esencial para garantizar el reconocimiento internacional de la certificación de las enfermeras de cuidados respiratorios.

El informe conjunto elaborado por la OMS, el CIE y la campaña *Nursing Now* (2020) ofrece una visión actualizada sobre la enfermería a nivel mundial.^{183,184} Este documento recomienda invertir en formación, empleo y liderazgo, e impulsar la participación enfermera en el ámbito sociopolítico basada en la evidencia. Sin embargo, el rol de las enfermeras especialistas en patología respiratoria aún carece de definición y consenso, lo que dificulta establecer competencias y formación acreditada. Para avanzar en este sentido, la colaboración con asociaciones de pacientes como SEPARpacientes,¹⁸⁵ *European Lung Foundation* (ELF)¹⁸⁶ o la ATS¹⁸⁷ cobra especial relevancia. Asimismo, a través del grupo de enfermería de la ERS se ha creado la *International Coalition of Respiratory Nurses* (ICRN)¹⁸⁸ con el objetivo de consensuar un programa de estudios a escala mundial.^{189,190}

La experiencia internacional muestra avances significativos en este ámbito. En Estados Unidos, desde hace 40 años, se han definido diferentes perfiles avanzados de enfermeras, que les permiten ocupar puestos de trabajo concretos y especializados siempre



que cumplan unos requisitos específicos de formación y experiencia.¹⁹¹ Entre estos perfiles se incluyen las figuras de enfermera de práctica avanzada (*EPA - Advanced Practice Registered Nurse*), de *Clinical Nurse Specialist* (que requiere máster y/o doctorado) y la figura de *nurse practitioner* (que requiere máster y/o doctorado junto con experiencia clínica). Países como Canadá, Reino Unido, Australia, Francia, Irlanda, Finlandia y Australia también tienen definidos los roles de práctica avanzada.^{135,192,193}

En relación con la práctica avanzada, el CIE, define a EPA como *“aquella enfermera que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones complejas y competencias clínicas para una práctica expandida, siendo las características de esta práctica definidas según el contexto y/o el país en cual ejerce su profesión. Se recomienda un grado máster como nivel inicial”*.^{6,7} A partir de esta definición, el perfil de la EPA corresponde a una profesional con formación de posgrado (máster o doctorado) y competencias clínicas reconocidas. Integra investigación, educación y asistencia con autonomía y capacidad para asesorar a otros profesionales. Este rol, superior al de la enfermera generalista, requiere definición clara, asignación de espacios asistenciales y evaluación continuada de su intervención. Sus beneficios incluyen mayor calidad, efectividad y continuidad de cuidados, así como mejores resultados en salud y satisfacción del paciente.

Con el fin de contextualizar el desarrollo de estos roles, en la Tabla 5 se resumen las principales diferencias entre la enfermera de práctica avanzada y la enfermera de cuidados generales, en términos de formación, competencias, grado de autonomía y responsabilidades asistenciales, de acuerdo con las definiciones del CIE y la evidencia disponible sobre práctica avanzada enfermera.

Tabla 5. Comparativa entre Enfermera de Práctica Avanzada y Enfermera de Cuidados Generales ⁵¹

Aspecto	Enfermera Cuidados Generales	Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)
Formación	Grado universitario	Posgrado (máster o doctorado) y formación específica en competencias avanzadas
Autonomía	Limitada, generalmente bajo supervisión médica	Alta autonomía en la toma de decisiones clínicas y liderazgo en la atención
Rol profesional	Atención directa al paciente bajo protocolos establecidos	Evaluación avanzada, diagnóstico enfermero complejo, consulta clínica, coordinación y liderazgo
Ámbitos de actuación	Principalmente en entornos hospitalarios y comunitarios básicos	Diversos entornos: hospitalario, comunitario, sociosanitario, consulta avanzada, equipos multidisciplinares
Contribución al sistema	Aplica cuidados basados en guías y protocolos	Mejora la calidad, eficiencia, continuidad asistencial e introduce innovación y evidencia en la práctica. ^{191,192,194}

Características principales y experiencias previas de la implementación de la EPA en otros sistemas:

En relación con la prestación de servicios, resulta clave diferenciar la eficacia (resultados obtenidos en condiciones controladas, por ejemplo, en ensayos clínicos) de la efectividad y la eficiencia, que valoran el impacto real de las EPA en la población diana y el uso óptimo de los recursos del sistema (reducción de reingresos, estancias y utilización de pruebas, a igual o mejor calidad asistencial). ¹⁹⁵⁻¹⁹⁸

Desde la perspectiva económica, la evaluación de las EPA se apoya en el cálculo de costes directos e indirectos y en distintos tipos de análisis: coste simple (unidades monetarias), razón coste-beneficio (comparando el valor monetario de costes y beneficios), análisis coste-efectividad (coste por reingreso hospitalario evitado, por evento adverso prevenido, etc.) y análisis coste-utilidad, que incorpora medidas como los años de vida



ajustados a calidad (AVAC/QALYs) y permite estimar razones de coste-efectividad e índice coste-utilidad incremental para apoyar decisiones de asignación eficiente de recursos.^{195,199}

Desde la perspectiva de apoyo a los equipos interdisciplinarios, la implementación de la EPA se asocia con cambios en la práctica clínica (mayor trabajo colaborativo, redistribución de tareas, más tiempo para educación y seguimiento) y con una gestión más efectiva del proceso asistencial, al reducir tiempos de espera, reingresos hospitalarios y uso de recursos agudos sin deteriorar los resultados clínicos.²⁰⁰⁻²⁰² En entornos en los que la EPA se ha incorporado a los equipos interdisciplinarios, se ha podido observar una alta aceptabilidad del rol por parte de médicos y otros miembros del equipo, facilitando la delimitación de responsabilidades y mejorando los canales de comunicación, la accesibilidad al servicio, la experiencia del equipo y la percepción de continuidad asistencial.^{203,204} Desde la perspectiva de las personas atendidas, las intervenciones lideradas por EPA también se evalúan mediante PROMs y PREM específicos. La evidencia muestra que los modelos enfermeros avanzados obtienen resultados al menos equivalentes a los modelos médicos en calidad de vida, control de la enfermedad y uso de recursos, con tasas similares o menores de complicaciones, reingresos y mortalidad, lo que refuerza su perfil de seguridad.^{194,201} Desde la perspectiva de las personas atendidas, también se han obtenido altos niveles de satisfacción, sensación de empoderamiento y percepción de cuidados más centrados en la persona tras la consulta con EPA.²⁰³

Más allá de la teoría, es importante conocer cómo se desempeñan estas funciones de los roles avanzados de enfermeras en la práctica de los cuidados respiratorios. El trabajo realizado por el grupo de Janelle Yorke²⁰⁵ identificó las actividades desempeñadas por las enfermeras especialistas en respiratorio en los diferentes niveles del sistema sanitario inglés. En el estudio se observó que, aunque la mayoría de los contratos de estos profesionales corresponden al ámbito hospitalario, la mayor parte de las actividades se realizaban fuera de este, incluida la atención domiciliaria. También se evidenció trabajo interdisciplinar, aunque el concepto de “atención integrada” no se reflejó en las respuestas abiertas. Las enfermeras informaron sobre el exceso de tareas administrativas, horas no remuneradas y una previsión de jubilación del 50% en los próximos diez años, lo que plantea la necesidad de planificar el relevo generacional para garantizar la continuidad de competencias esenciales.

En cuanto a resultados, sigue siendo complejo demostrar cuáles son directamente atribuibles a la intervención de la enfermera con perfiles avanzados en cuidados respiratorios. No obstante, la evidencia emergente sugiere resultados positivos en muchas



áreas de la salud respiratoria. Es probable que la intervención de enfermeras con perfiles avanzados en cuidados respiratorios sea más eficaz en áreas como la realización de pruebas diagnósticas, la gestión de tratamientos complejos y el trabajo dentro de equipos integrados, particularmente en pacientes con alta complejidad.²⁰⁵⁻²⁰⁷

Un ejemplo concreto de especialización lo encontramos en Estados Unidos, donde existe un programa para optar a la acreditación de educación terapéutica en asma.²⁰⁸ Dicho programa incluye conocimientos actualizados sobre fisiopatología, tratamiento, teorías del desarrollo, dimensiones culturales, impacto de las enfermedades crónicas y principios de enseñanza-aprendizaje. Se trata de un programa multidisciplinario, dirigido a profesionales titulados que han demostrado su dedicación a la excelencia. Para optar a la acreditación, es imprescindible acreditar un mínimo de 1.000 horas de educación sobre asma para pacientes, asesoramiento y coordinación, lo que garantiza un alto nivel de competencia y especialización.

La evidencia disponible muestra que el desarrollo de estos perfiles avanzados en enfermería de cuidados respiratorios contribuye a mejorar la efectividad y eficiencia de los sistemas sanitarios incrementando también la satisfacción de los usuarios y disminuyendo el tiempo de espera para recibir una atención especializada.²⁰⁹ Por tanto, el desarrollo de categorías profesionales en roles avanzados de enfermeras de cuidados respiratorios podría aportar un importante valor añadido en la atención a las enfermedades respiratorias crónicas, al mejorar la continuidad asistencial, la coordinación entre niveles y la calidad de los cuidados especializados. Sin embargo, la implantación de perfiles avanzados de enfermería es desigual entre países. Irlanda es el único que dispone de ambos perfiles, mientras que Portugal cuenta con la especialidad de Enfermería en Rehabilitación Respiratoria y Estados Unidos con la acreditación en Educación Terapéutica en Asma.^{208,210,211} Algunos autores, como Murray et al.²¹² y Stridsman et al.¹⁰⁰, plantean la necesidad de formación específica en respiratorio para consolidar estos roles.

Además, las enfermeras de cuidados respiratorios destacan por su competencia en la realización e interpretación de pruebas diagnósticas específicas, así como por su papel en la formación y acompañamiento de nuevos profesionales, la capacitación continuada de los equipos asistenciales consolidados, el liderazgo en investigación enfermera y la gestión de cuidados de mayor complejidad.³⁴

En consonancia con esta evolución competencial y organizativa, la elevada complejidad y necesidad de cuidados de las personas con problemas de salud respiratorios ha favorecido la implementación de nuevos modelos organizativos y asistenciales liderados



por enfermeras, especialmente en el seguimiento de pacientes ERC. Asimismo, el desarrollo de recursos específicos (como las consultas monográficas enfermeras, los equipos multiprofesionales de hospitalización a domicilio, el seguimiento de terapias respiratorias y las modalidades de telemonitorización) ha puesto de manifiesto la necesidad de incorporar perfiles enfermeros con competencias avanzadas, capaces de dar respuesta a escenarios clínicos cada vez más complejos y especializados.¹²⁶

4.7. Enfermería en las organizaciones y sistemas sanitarios

Los servicios de salud enfrentan desafíos organizativos que requieren una gestión eficaz del personal y la valorización del rol de las enfermeras. A menudo, las enfermeras especialistas son poco reconocidas y su papel, mal definido, se percibe como costoso. La falta de regulación clara y la superposición con funciones médicas dificultan la implementación de la enfermera de cuidados respiratorios, siendo imprescindible un marco de actuación basado en evidencia científica y regulado por políticas claras. La educación, la experiencia y la responsabilidad profesional son clave para garantizar resultados en salud. Las diferencias entre países en evaluación y regulación añaden complejidad. Es fundamental generar evidencia para justificar su valor y sostenibilidad en el sistema.

Debido a la alta prevalencia de las ER, la mayoría de las enfermeras atenderán a personas con problemas respiratorios en algún momento de su carrera profesional. Por tanto, la evaluación respiratoria podría considerarse una habilidad clínica fundamental y necesaria.²¹³ Un estudio del Reino Unido evaluó las habilidades respiratorias enseñadas en los planes de estudios de enfermería a través de una encuesta, de los que un 61% dedicaban más de 4 horas a enseñar anatomía y fisiología respiratoria y ERC. Menos de la mitad de los encuestados dedicaba más de 4 horas a enseñar salud respiratoria y prevención, mientras que un 33% ofrecía formación sobre rehabilitación respiratoria y tratamiento farmacológico.²¹⁴

Actualmente, es imprescindible que el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España ordene el ámbito de actuación de las enfermeras de cuidados respiratorios, con el fin de garantizar la seguridad del paciente y del desarrollo profesional del colectivo.



5. Denominación del perfil profesional

Enfermera de cuidados respiratorios

Borrador

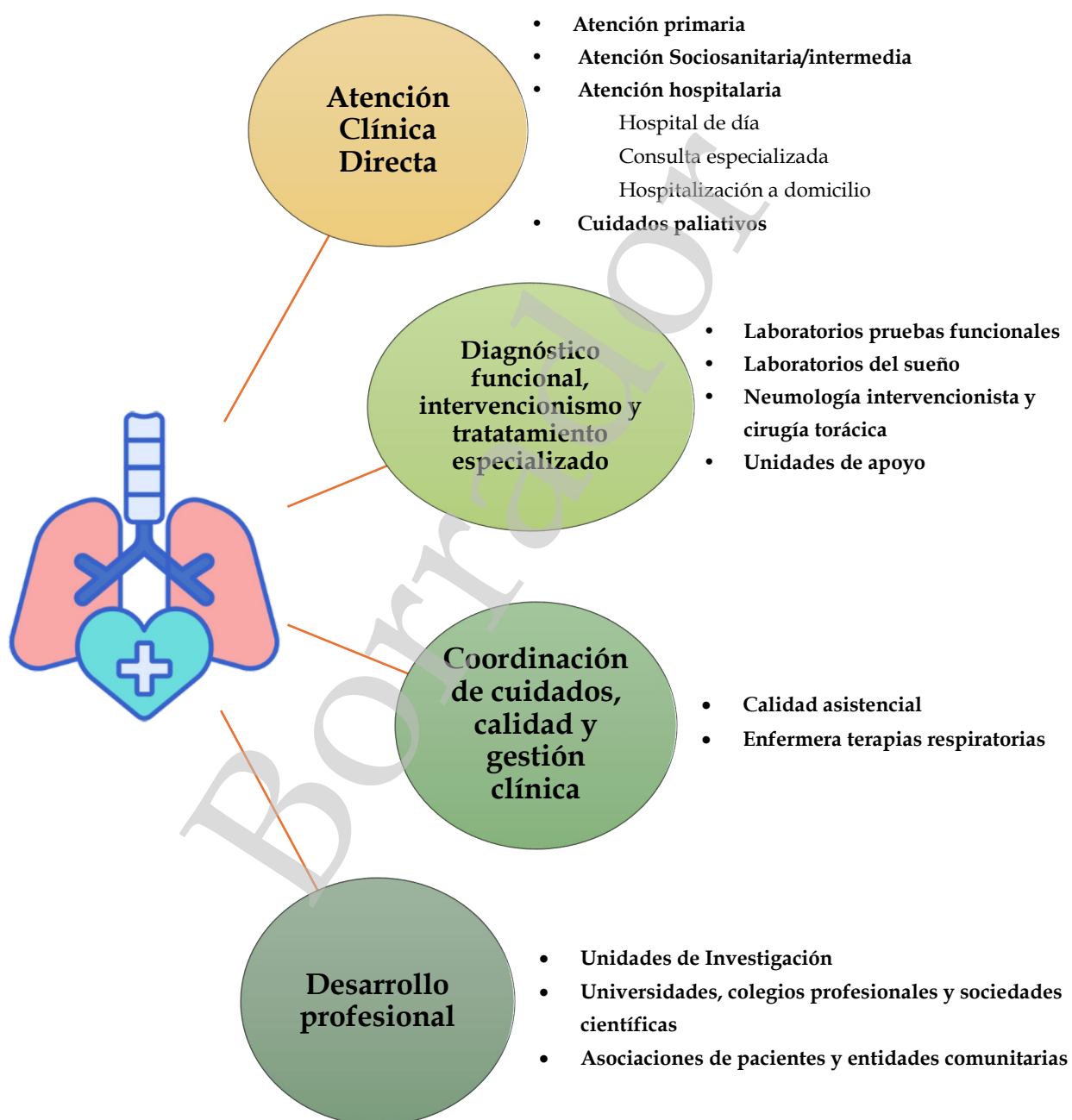


6. Definición del perfil profesional de la enfermera de cuidados respiratorios

En consonancia con el Código Ético y Deontológico de la Enfermera Española⁷², el carácter interdisciplinar de la atención a las personas con enfermedades respiratorias exige que las enfermeras de cuidados respiratorios, respetando las competencias y responsabilidades del resto de profesionales del equipo (arts. 83 y 84), ejerzan un papel de referencia en los cuidados enfermeros. De forma más específica, deben participar activamente en la valoración, planificación, coordinación y evaluación de los cuidados, contribuyendo a la toma de decisiones clínicas tanto en el ámbito hospitalario como comunitario (arts. 17, 50, 53, 60, 70 y 107). Este liderazgo enfermero, sustentado en la evidencia científica, la competencia profesional y el trabajo colaborativo (art. 108), resulta esencial para garantizar una atención integral, segura, continuada y centrada en la persona con enfermedad respiratoria.

La enfermera de cuidados respiratorios es una profesional con formación y competencias específicas en la atención integral de personas con ER agudas y crónicas. Su práctica se basa en un enfoque holístico, que integra aspectos clínicos, funcionales, emocionales y sociales de la persona, su familia, cuidadores y entorno. Este perfil se caracteriza por su capacidad para realizar valoraciones exhaustivas, tomar decisiones clínicas complejas e intervenir a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad (prevención, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, rehabilitación respiratoria, cuidados paliativos y soporte al final de la vida), basados en la mejor evidencia científica disponible.^{211,215} Además, su actuación se extiende a distintos ámbitos profesionales (figura 1).

Figura 1. Ámbitos de actuación de la enfermera de cuidados respiratorios.



Fuente: Elaboración propia. Icono procedente del repositorio de imágenes de Margnific, bajo licencia.



6.1. Atención clínica directa en los distintos ámbitos asistenciales

Las enfermeras en cuidados respiratorios desarrollan sus actividades de forma transversal en varios niveles asistenciales de este ámbito, en todas las etapas de la vida.²¹⁶ Su labor se centra tanto en la atención individual como colectiva, incluyendo el enfoque preventivo, protector y de promoción de la salud, fundamentales en la atención a personas con ER.^{217,218}

- **Atención primaria:** la atención primaria de salud constituye uno de los principales puntos de entrada al sistema sanitario para las personas con ER, ya que estas acuden a sus servicios con una frecuencia 1,4 veces mayor que la población general, siendo 2,5 veces mayor en personas con EPOC y 3 veces en personas con neumonía.¹⁴¹ La enfermera de cuidados respiratorios desempeña un papel clave en la prevención primaria y secundaria, el seguimiento estructurado de personas con ER, y la educación sanitaria individual y grupal dirigida a las personas atendidas y a sus cuidadores.²¹⁹

En este ámbito, la enfermera interviene en la detección precoz de síntomas respiratorios, vigilancia clínica, campañas de vacunación respiratoria (gripe, neumococo, COVID-19) y prevención de malos hábitos respiratorios. Su actuación tiene un papel central de coordinación con recursos comunitarios, atención domiciliaria y servicios sociales, garantizando la equidad y continuidad asistencial.¹⁶³ Asimismo, puede participar en programas estructurados de seguimiento y telemonitorización, en coordinación con otros niveles asistenciales¹²⁶

- **Atención sociosanitaria/intermedia^{220,221}:** la enfermera de cuidados respiratorios trabaja en centros residenciales, unidades de convalecencia, media estancia y otros dispositivos sociosanitarios, facilitando una atención especializada, proactiva y centrada en la persona, adaptada a pacientes con enfermedad respiratoria crónica, multimorbilidad, fragilidad o dependencia. Actúa como nexo entre el hospital, atención primaria, los servicios comunitarios y los recursos sociosanitarios, favoreciendo la continuidad asistencial y evitando la fragmentación de los cuidados. Participa en la coordinación de las intervenciones respiratorias desarrolladas por los distintos profesionales y organizaciones, facilitando que la persona acceda a las medidas diagnósticas, terapéuticas, educativas y de seguimiento adecuadas, con independencia del lugar en el que reciba la atención. También actúa como referente para el personal del centro en el seguimiento de la situación respiratoria, la identificación de cambios clínicos, el uso adecuado de los tratamientos y dispositivos prescritos y la activación de la valoración especializada

cuando sea necesaria. En los dispositivos de atención intermedia, participa en la transición desde el hospital hacia el domicilio o el centro residencial, colaborando en la comunicación del plan de cuidados, la continuidad de los tratamientos, la preparación de pacientes y cuidadores y la planificación del seguimiento posterior.

- **Atención hospitalaria:** incluye unidades de hospitalización convencional, hospitalización a domicilio, hospital de día respiratorio, urgencias y UCRI, así como en UCI generales y/o de respiratorio. En todos ellos, la enfermera de cuidados respiratorios desempeña un rol asistencial avanzado, actuando con autonomía clínica y capacidad de respuesta rápida ante situaciones agudas, inestables o críticas. Realiza valoraciones clínicas integrales y continuadas, implementa planes de cuidados individualizados basados en las guías clínicas y protocolos, y participa activamente en la planificación precoz del alta y la continuidad asistencial entre niveles.²²² En entornos de alta complejidad, colabora en el manejo del soporte respiratorio no invasivo (SRNI), ventilación mecánica invasiva, drenajes torácicos, aspiración de secreciones, sistemas de humidificación activa y vigilancia estrecha de signos de deterioro. Participa también en cuidados críticos avanzados, incluyendo soporte ventilatorio invasivo y coordinación con equipos de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), según protocolos institucionales.⁶³ Administra tratamientos por vía intravenosa, nebulizada e inhalada, garantizando la seguridad clínica y eficacia del procedimiento. Lidera estrategias de prevención de eventos adversos, detección precoz de complicaciones y seguridad del paciente, en el marco del trabajo interdisciplinar y conforme a estándares de calidad asistencial.²²³
 - **Hospital de día respiratorio:** atención intermedia especializada dirigida a pacientes que requieren intervenciones diagnósticas, terapéuticas o educativas de alta complejidad, donde la enfermera es responsable de la administración segura y protocolizada de terapias intravenosas, inhaladas o nebulizadas, así como en la preparación y acompañamiento de la persona durante procedimientos diagnósticos o funcionales avanzados (administración de tratamientos biológicos, inicio y seguimiento de tratamientos nebulizados complejos, etc.).²²⁴ Aquí la enfermera de cuidados respiratorios lleva a cabo el seguimiento de pacientes con exacerbaciones moderadas, situaciones de descompensación subaguda o inicio/titulación de tratamientos como oxigenoterapia, broncodilatadores y VMNI.^{225,226}
 - **Consulta especializada/monográfica de enfermería respiratoria:** la



enfermera de cuidados respiratorios también desempeña labores de atención directa especializada en consultas monográficas, orientadas al seguimiento especializado de pacientes con ERC o de difícil control (como asma, EPOC, bronquiectasias, patologías intersticiales, AOS o enfermedades neuromusculares).²²⁷ La enfermera lidera la planificación individualizada de cuidados y desarrolla intervenciones estructuradas de educación terapéutica para pacientes y cuidadores, centradas en el autocuidado, el manejo de síntomas, la adhesión al tratamiento y la toma de decisiones compartida.²²⁸ Participa en la monitorización funcional básica (pulsioximetría, prueba de la marcha, escalas clínicas), en la interpretación colaborativa de pruebas realizadas en la unidad de función pulmonar (espirometría, gasometría arterial, entre otras), y en la estratificación del riesgo clínico. Interviene activamente en el entrenamiento y manejo del SRNI, oxigenoterapia domiciliaria, cámaras de inhalación y nebulizadores, incluyendo su ajuste individualizado según tolerancia, eficacia y preferencias de la persona.²²⁹ En este contexto, la enfermera de cuidados respiratorios se coordina con un equipo interdisciplinar (neumología, fisioterapia, farmacia, trabajo social, psicología, nutrición, atención domiciliaria), asegurando un abordaje integral, continuo y centrado en la persona. Además, promueve estrategias de titulación de tratamientos, seguimiento clínico remoto y ajuste precoz ante signos de descompensación.²⁰⁷

- **Hospitalización a domicilio**^{43,230-232}: ofrece una modalidad de ingreso hospitalario que se orienta a mantener la continuidad y calidad de los cuidados en el entorno de la persona. La enfermera de cuidados respiratorios lleva a cabo el manejo de dispositivos respiratorios domiciliarios de SRNI, oxigenación, humidificación y aspiración; así como la administración de tratamientos por vía inhalada e intravenosa. También integra herramientas de telemonitorización, escalas clínicas validadas y registro estructurado de síntomas para evaluar la evolución, detectar descompensaciones y planificar intervenciones precoces. También participa en la titulación de dispositivos domiciliarios y en la evaluación de adhesión terapéutica, especialmente en tratamientos ventilatorios.
- **Cuidados paliativos y atención al final de la vida**: la intervención de la enfermera de cuidados respiratorios al final de la vida se basa en la evaluación continuada y control multidimensional de síntomas como disnea refractaria, ansiedad, tos



persistente, dolor o secreciones, incorporando estrategias farmacológicas y no farmacológicas ajustadas a cada caso.²³³ Participa en la planificación anticipada de decisiones, promueve el respeto a la autonomía de la persona y proporciona apoyo emocional, relacional y espiritual tanto al paciente como a su entorno familiar. Colabora estrechamente en la titulación y adecuación de soporte ventilatorio domiciliario indicado como medida de confort, así como en el seguimiento de la respuesta terapéutica. Evalúa el sufrimiento desde un enfoque holístico (físico, psicológico, social y existencial), gestiona recursos sanitarios y sociales disponibles, y asegura cuidados de confort tanto en domicilio como en unidades específicas.^{162,234}

6.2. La enfermera en servicios de diagnóstico funcional, intervencionismo y tratamiento especializado.

La enfermera de cuidados respiratorios es responsable de la realización de todas las técnicas de forma autónoma o colaborativa necesarias para poder realizar un diagnóstico de calidad, valoración funcional, soporte terapéutico y optimización del estado clínico-funcional, con un foco especial en la educación terapéutica de las personas con ER y su entorno.

- **Laboratorios de pruebas funcionales respiratorias:** se trata de un entorno clínico especializado en el que se realizan pruebas diagnósticas clave para la valoración funcional respiratoria. La enfermera de cuidados respiratorios participa activamente en la preparación de la persona, la ejecución técnica segura y la monitorización clínica durante pruebas como espirometría forzada y basal, prueba broncodilatadora, gasometría arterial, pletismografía, test de difusión de monóxido de carbono (DLCO), oscilometría de impulsos, medición de FeNO, test de marcha de seis minutos y ergoespirometría, entre otras.³⁹ Garantiza el cumplimiento estricto de los criterios de calidad y reproducibilidad según normativas nacionales e internacionales (como las guías SEPAR/ERS/ATS), vela por la seguridad del procedimiento y detecta precozmente signos de intolerancia clínica. En pacientes frágiles, pediátricos o con deterioro funcional severo, adapta el procedimiento a sus capacidades y necesidades, asegurando accesibilidad y fiabilidad diagnóstica.^{235,236}
- **Laboratorios de sueño^{4,119}:** en las unidades de trastornos respiratorios del sueño, la enfermera de cuidados respiratorios desarrolla funciones especializadas en la preparación, realización, seguimiento e interpretación colaborativa de pruebas diagnósticas como la polisomnografía nocturna completa, la poligrafía respiratoria domiciliaria, el test de latencias múltiples del sueño y el test de mantenimiento de la vigilia, entre otras. Colabora activamente en el proceso diagnóstico y terapéutico



de patologías como la AS, hipoventilación alveolar, insomnio, parasomnias y trastornos del ritmo circadiano. Lidera la educación terapéutica sobre higiene del sueño, fisiopatología de la enfermedad y uso correcto de dispositivos, tanto para pacientes como cuidadores. Realiza el entrenamiento, adaptación y ajuste progresivo de tratamientos de VMNI u otros dispositivos domiciliarios, valorando tolerancia, eficacia clínica y cumplimiento terapéutico mediante datos objetivos y percepción subjetiva. Su intervención asegura la adhesión al tratamiento, la continuidad asistencial y la mejora de la calidad del sueño, todo desde un enfoque centrado en la persona, que combina eficacia clínica y acompañamiento educativo.

- **Neumología Intervencionista y cirugía torácica:** la enfermera de cuidados respiratorios desempeña un rol activo en unidades de neumología intervencionista y cirugía torácica, tanto en procedimientos diagnósticos y terapéuticos mínimamente invasivos como en entornos quirúrgicos programados o urgentes.²³⁷ Su labor incluye la preparación de la persona para el procedimiento, educación sanitaria anticipada, obtención del consentimiento informado, monitorización intraoperatoria y colaboración directa durante procedimientos como fibrobroncoscopia, eco-endoscopia, punción pleural, toracocentesis, drenaje pleural, biopsias transbronquiales o lavado broncoalveolar.²³⁸ En cirugía torácica, participa en el soporte perioperatorio, el control del dolor agudo (incluyendo técnicas no farmacológicas), la prevención de complicaciones respiratorias y la movilización precoz. Realiza el seguimiento post-procedimiento, vigila signos de complicación inmediata y coordina el alta segura. Interviene en la gestión de muestras biológicas en colaboración con anatomía patológica y microbiología, asegurando su correcta trazabilidad.²³⁹ Su participación garantiza la seguridad de la persona, la calidad del proceso asistencial y la coordinación entre niveles, desde un enfoque integral, técnico y centrado en la persona.²⁴⁰
- **Unidades de Apoyo (como las unidades especializadas de rehabilitación respiratoria, deshabituación tabáquica, nutrición y psicología):** realiza una intervención terapéutica integral y multidimensional, basada en una evaluación clínica exhaustiva de la persona y seguida de intervenciones personalizadas que incluyen entrenamiento físico, educación sanitaria y modificación de hábitos. Su objetivo es mejorar la condición física y emocional de las personas con ER y fomentar conductas saludables sostenibles, de acuerdo con las guías ERS/ATS.⁶⁰ La enfermera de cuidados respiratorios desempeña un papel clave en el diseño, implementación y seguimiento de estos programas, que incluyen el entrenamiento



supervisado, educación estructurada, apoyo emocional y refuerzo del autocuidado.²⁴¹ Además, colabora en el entrenamiento de técnicas de conservación de energía, control de disnea, uso adecuado de inhaladores y dispositivos de oxigenoterapia, y en la identificación precoz de signos de descompensación. Su intervención potencia la recuperación funcional, la autonomía y la calidad de vida de la persona con ER.²⁴² En el abordaje del hábito tabáquico, las intervenciones realizadas por enfermeras desempeñan un papel fundamental para que las personas con problemas respiratorios dejen de fumar, abarcando múltiples funciones como evaluadoras, educadoras, coordinadoras, facilitadoras de la práctica, organizadoras y supervisoras. La evaluación y la educación para la salud son esenciales durante todo el proceso respiratorio, tener una participación proactiva de las enfermeras liderando el proceso de deshabituación aumenta significativamente la probabilidad de éxito.²⁴³⁻²⁴⁵

6.3. Coordinación de cuidados, calidad y gestión clínica

Un aspecto relevante para un abordaje adecuado desde los distintos niveles de actuación es la gestión clínica llevada a cabo por enfermeras, garantizando una atención eficiente, segura y centrada en la persona.²⁰⁷ Su conocimiento experto sobre la evolución de las ER y las ERC, los tratamientos disponibles y las necesidades cambiantes de las personas atendidas permite una planificación precisa de recursos humanos y materiales, así como una adecuada organización de los servicios. Esta visión integral favorece la asignación óptima de profesionales en cada fase del proceso asistencial, evitando duplicidades, mejorando la continuidad de cuidados y reduciendo costes innecesarios.²⁴⁶

Además, las enfermeras gestoras con formación avanzada en patología respiratoria contribuyen a la toma de decisiones estratégicas, al diseño de circuitos asistenciales eficientes y a la implementación de indicadores de calidad.¹⁶⁵ Su liderazgo clínico y capacidad de coordinación interprofesional son claves para proporcionar una atención eficaz, especialmente en contextos de alta complejidad y demanda asistencial ^{207,247,248}:

- **Calidad asistencial y seguridad del paciente:** la enfermera de cuidados respiratorios lidera y participa activamente en los sistemas de gestión de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, tanto en el ámbito clínico como organizativo. Interviene en el diseño, implementación y evaluación de indicadores enfermeros sensibles a los cuidados respiratorios, en planes de mejora específicos, auditorías clínicas internas y externas, análisis de incidentes, gestión del riesgo sanitario y revisión de procesos críticos (como administración de terapias inhaladas/nebulizadas, soporte ventilatorio, o manejo de oxigenoterapia).



Contribuye al cumplimiento de normativas y estándares de calidad nacionales e internacionales (ISO, *Joint Commission*, UNE, SEPAR), promoviendo una cultura institucional de seguridad, mejora continua y aprendizaje organizacional.^{249,250} Su rol es clave en la medición de resultados en salud respiratoria (*léase apartado 3.5.*), satisfacción del paciente, reducción de eventos adversos y eficacia de las intervenciones enfermeras, con un enfoque ético, participativo, basado en la evidencia y centrado en la persona.

- **Enfermera de terapias respiratorias**^{2,251,252}: su objetivo es mejorar el funcionamiento y uso de los equipos domiciliarios que precisan las personas con ER. En este contexto, una enfermera de cuidados respiratorios orientada a la adecuación de oxigenoterapia permite realizar una valoración inicial estructurada de las necesidades clínicas, funcionales y sociales de la persona, optimizar e individualizar la selección del dispositivo y la titulación del flujo, reforzar la educación terapéutica y establecer un seguimiento estrecho con verificación objetiva del uso. Una buena gestión de los equipos de ventilación y oxigenoterapia contribuye a mejorar la adecuación del tratamiento a la vida diaria de la persona, detectar precozmente barreras en la adhesión y maximizar la efectividad de la terapia en la práctica real, y por lo tanto mejorar la función respiratoria y calidad de vida. Así como estar en contacto con las empresas suministradoras para conseguir una mejor eficiencia de los equipos, en función a las necesidades detectadas y la disponibilidad de equipos.

6.4. Desarrollo profesional, formación e implicación comunitaria

La enfermera de cuidados respiratorios, como sucede en otras áreas de la práctica, lleva a cabo distintas tareas de investigación, ya sea desde un rol de soporte, gestión o dirección, conforme a su nivel de formación posgrado.

- **Unidad de investigación y ensayos clínicos**: de acuerdo con el Código Deontológico de la Enfermería Española⁷², la enfermera de cuidados respiratorios *debe contribuir al avance de la disciplina a través de una investigación rigurosa, ética y relevante, respetando la normativa vigente (art. 68).* Para su aplicación también *debe poseer los conocimientos y habilidades científicas que la lex artis exige en cada momento, así como mantenerse actualizada en cuanto a los avances y las mejores prácticas en cuidados basados en la evidencia científica disponible (art. 69).* Con este propósito, la enfermera de cuidados respiratorios participa activamente en proyectos de investigación vinculados a ER, tanto como miembro del equipo investigador como en calidad de investigadora principal. Lidera estudios que generan evidencia científica orientada a mejorar la calidad, seguridad y efectividad de los cuidados enfermeros. En lo



relacionado con aspectos metodológicos, también desempeña su labor en el diseño, la implementación operativa, el seguimiento clínico, recogida sistemática de datos, evaluación de resultados y transferencia del conocimiento a la práctica asistencial. Estas actividades permiten que la enfermera de cuidados respiratorios promueva la práctica clínica basada en la evidencia, así como la innovación en cuidados respiratorios y el desarrollo profesional enfermero.²⁵³

- **Universidades, colegios de enfermería y sociedades científicas:** la enfermera de cuidados respiratorios contribuye a la formación universitaria y continuada, difunde conocimiento basado en la evidencia y colabora con entidades científicas. Como docente, mentora y referente profesional, impulsa la especialización, la innovación, la calidad asistencial y el desarrollo sostenible del ámbito respiratorio.
- **Asociaciones de pacientes y entidades comunitarias:** la enfermera de cuidados respiratorios conecta sistema sanitario y comunidad, liderando iniciativas con asociaciones y entidades locales. Impulsa educación, alfabetización y proyectos comunitarios, promueve autocuidado, participación y derechos de personas con enfermedades respiratorias, reduciendo desigualdades y fortaleciendo atención centrada comunitariamente.^{131,254}

Por lo tanto, se puede concluir que la actuación de la enfermera de cuidados respiratorios puede desarrollarse desde el ámbito público o privado, adaptándose a las diferentes etapas del ciclo vital y a las características individuales de cada persona. Por ello, resulta necesaria la presencia de estas figuras referentes en la atención de personas con ER, ya que requieren de unas capacidades específicas imprescindibles para la atención, evaluación, seguimiento y gestión de este tipo de patologías.



7. Objetivos de la enfermera de cuidados respiratorios

7.1. Objetivo General

Garantizar cuidados enfermeros integrales y de calidad, centrados en la persona, seguros y basados en la mejor evidencia científica disponible, orientados a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento farmacológico y no farmacológico, rehabilitación respiratoria y manejo integral de los problemas respiratorios, promoviendo la autonomía, la calidad de vida y el bienestar de las personas y su entorno, en todos los niveles asistenciales y en todas las etapas de la vida.

7.2. Objetivos específicos

- Promover la salud respiratoria y la mejora en la atención aguda y crónica, con el fin de reducir la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de las ER, mediante la aplicación de intervenciones enfermeras basadas en la mejor evidencia disponible.²⁵⁵
- Liderar el diseño, la implementación y el desarrollo de modelos de atención orientados a la cronicidad, la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles, garantizando cuidados integrales a las personas con ER.^{131,219}
- Promover la investigación, la innovación y la docencia en cuidados respiratorios, generando conocimiento científico que mejore los resultados en salud e incorporando la perspectiva de género, la equidad y los determinantes sociales en relación con la salud respiratoria.^{253,256}
- Fomentar la educación sanitaria, la adhesión terapéutica y la autogestión de la persona, promoviendo la capacitación de las personas y sus cuidadores en el manejo de las ER y en la prevención de exacerbaciones.^{242,257}
- Contribuir a la sostenibilidad y eficiencia del SNS en la atención respiratoria, la optimización de recursos y la mejora continua de la calidad asistencial.^{258,259}



8. Determinación del perfil profesional de la enfermera de cuidados respiratorios

Tanto el anexo VIII del Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, que aprobó el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el SNS, como el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, que lo modifica, explicitan el contexto en el que debe de realizarse el acto enfermero con lenguaje propio, recogiendo expresamente las clasificaciones de diagnósticos, relacionados en este ámbito.^{260,261}

A lo largo de la práctica profesional de las enfermeras, en todos los entornos de atención y grupos de edad, se atiende a personas que se encuentren en riesgo o tengan problema relacionado con el curso de las ER o con su tratamiento, exigiendo una capacitación y formación básica que les permita prestar los mejores cuidados basados en la mejor evidencia disponible.

En este apartado se indican los diagnósticos NANDA-I de la decimotercera edición (2024-2026)²⁶², objetivos de resultado (NOC)⁵¹ e intervenciones enfermeras (NIC)⁵⁰ más característicos de los cuidados avanzados de personas con ER, así como de sus cuidadores y/o familia. Esta relación de diagnósticos no es exhaustiva, de manera que existen otros muchos relacionados con la atención a las personas con ER, proporcionados habitualmente por enfermeras de cuidados generales y que no son objeto de esta definición del perfil de enfermeras que proporcionan cuidados avanzados, ya que no son exclusivos de la persona con ER y, por tanto, no difieren de los desarrollados en el ámbito de la gestión de cuidados.

Dicha exposición está basada en evidencia científica reciente que ha permitido validar en población española tanto el contenido de diagnósticos enfermeros específicos relacionados con las ER, como sus interrelaciones con NOC⁵¹ y NIC⁵⁰, además de centrarse en los problemas más habituales que presentan estas personas, considerando la necesidad de una valoración integral e individualizada de cada situación concreta que supone la planificación específica de cada situación.²⁶³ Fruto de esa valoración integral se consideran no sólo los problemas fisiológicos derivados de la enfermedad, sino también los aspectos psicosociales y conductuales que acompañan a este tipo de procesos.

A continuación, se presentan los diagnósticos enfermeros NANDA-I específicos para la atención a persona atendidas con ER (Tabla 6), los resultados NOC asociados (Tabla 7) y las intervenciones NIC correspondientes (Tabla 8). Las interrelaciones entre las tres taxonomías, fundamentales para la elaboración de planes de cuidados estandarizados en esta población, se describen de forma detallada y ordenadas por dominios en el Anexo 1.



Tabla 6. Diagnósticos NANDA-I específicos para la atención a personas con enfermedades respiratorias (ER)

Código	Diagnósticos NANDA-I
00298	Disminución de la tolerancia a la actividad
00477	Carga de fatiga excesiva
00030	Deterioro del intercambio de gases
00032	Patrón respiratorio ineficaz
00033	Deterioro de la ventilación espontánea
00430	Deterioro de la respuesta al destete ventilatorio del adulto
00435	Conocimientos de salud inadecuados
00039	Riesgo de aspiración
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
00205	Riesgo de shock



Tabla 7. Resultados NOC más frecuentes

Código	Resultados NOC
0001	Resistencia
0002	Conservación de la energía
0005	Tolerancia de la actividad
0007	Nivel de fatiga
0008	Fatiga: efectos disruptivos
0402	Función respiratoria: intercambio gaseoso
0403	Función respiratoria: ventilación
0410	Función respiratoria: permeabilidad de las vías respiratorias
0411	Respuesta de la ventilación mecánica: adulto
0412	Respuesta al destete de la ventilación mecánica: adulto
0414	Función cardiopulmonar
0415	Función respiratoria
0802	Signos vitales
0911	Función neurológica: control motor central
1010	Estado de deglución
1639	Autogestión de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
1803	Conocimiento: manejo de la enfermedad
1805	Conocimiento: conducta de salud
1808	Conocimiento: medicación
1811	Conocimiento: actividad prescrita



Código	Resultados NOC
1848	Conocimiento: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica
1861	Conocimiento: manejo de la neumonía
1924	Control del riesgo: proceso infeccioso
1935	Control del riesgo: aspiración
2103	Severidad de los síntomas
3103	Automanejo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica



Tabla 8. Intervenciones NIC más frecuentes

Código	Intervenciones NIC
0180	Manejo de la energía
0200	Favorecimiento del ejercicio
0221	Terapia de ejercicios: ambulación
1872	Cuidados del drenaje: torácico
1910	Manejo del equilibrio ácido-base
2006	Estado de salud personal
2311	Administración de medicación: inhalatoria
3102	Automanejo: enfermedad crónica
3140	Manejo de la vía aérea
3160	Aspiración de las vías aéreas
3180	Manejo de la vía aérea artificial
3200	Precauciones en la aspiración
3210	Manejo del asma
3230	Fisioterapia torácica
3250	Mejora de la tos
3300	Manejo de la ventilación mecánica: invasiva
3302	Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva
3310	Destete de la ventilación mecánica
3320	Oxigenoterapia
3350	Monitorización respiratoria



Código	Intervenciones NIC
3390	Ayuda a la ventilación
3900	Regulación de la temperatura
4106	Cuidados del embolismo: pulmonar
4180	Manejo de la hipovolemia
4260	Prevención del shock
4310	Terapia de actividad
4490	Ayuda para dejar de fumar
5250	Apoyo en la toma de decisiones
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad
5606	Enseñanza: individual
5616	Enseñanza: medicamentos prescritos
5618	Enseñanza: procedimientos o tratamientos
6480	Manejo ambiental
6680	Monitorización de los signos vitales
7370	Planificación para el alta



9. Marco de Actuación Enfermera de cuidados respiratorios

Las actuaciones e intervenciones de la profesional enfermera/o en este campo se desarrollan dentro de su ámbito de competencias, conforme a su *lex artis*, en el marco de los principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico y con absoluto respeto a las competencias del resto de profesionales que intervienen en el proceso asistencial completo.⁷²

Es necesaria la consideración de la interdisciplinariedad con los demás profesionales sanitarios que intervienen en el campo de la atención a pacientes con ER, al encontrarnos con espacios competenciales compartidos, tal y como reconoce la normativa vigente. Por lo tanto, la enfermera de cuidados a personas con ERC desarrolla su práctica en un contexto multidisciplinar e interdisciplinar compartiendo principios nucleares para proporcionar una atención de excelencia.

Conforme al modelo de Patricia Benner ²⁶⁴, la enfermera adquiere sus capacidades a lo largo de su desarrollo profesional, siendo cada vez más experta en un área concreta de su competencia profesional. Así, se trata de enfermeras expertas que llegan a su máximo nivel de competencia en un ámbito de la disciplina enfermera, en este caso el cuidado de las personas con ER, basándose en la evidencia científica, el juicio clínico y el pensamiento crítico.

Basándonos en el modelo enfermero mencionado anteriormente, con respecto al desarrollo competencial identificado en los roles avanzados implementados en varios sistemas sanitarios, se indican aquellos aspectos considerados relevantes y que pueden servir para clarificar el perfil y marco de actuación enfermera en el ámbito de los cuidados respiratorios.

En primer lugar, se describen las actitudes que son valoradas en las enfermeras de cuidados respiratorios. Estas actitudes se entienden como las diferentes capacidades comportamentales que tiene una persona, y que le permiten desarrollar una acción en concreto de manera satisfactoria y completa (tabla 9).²⁶⁵

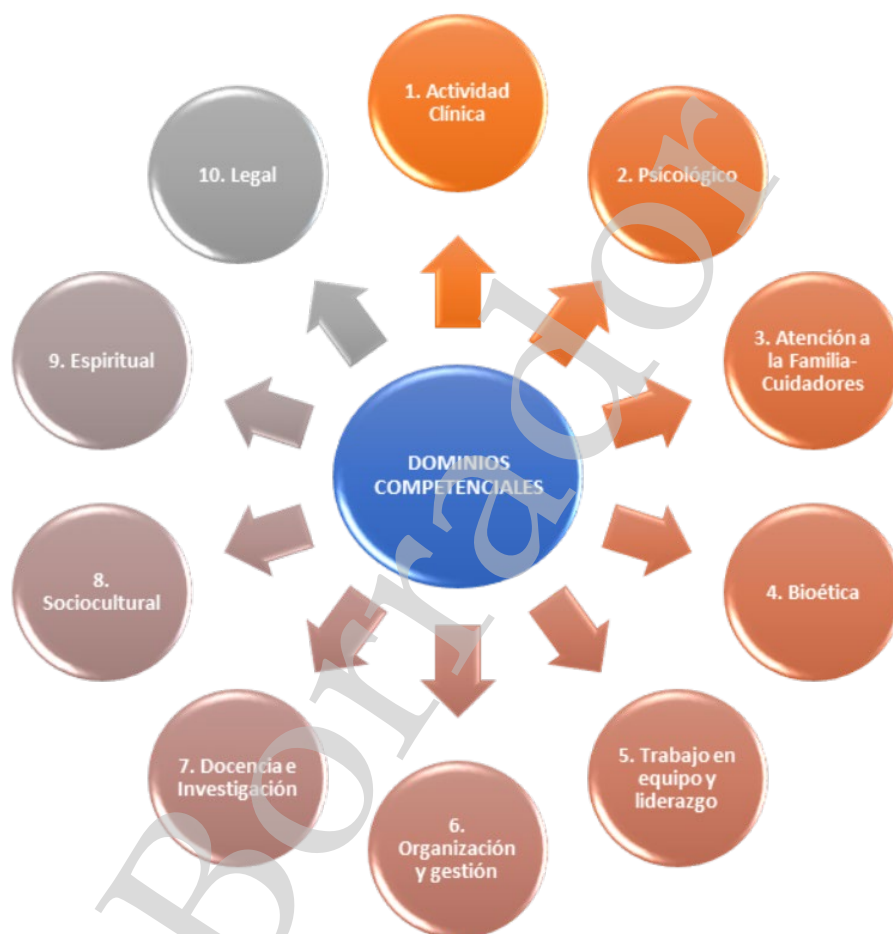
Tabla 9. Actitudes características de las enfermeras de cuidados respiratorios

1-Capacidad crítica y autocrítica: Actitud para desarrollar y utilizar un pensamiento crítico basado en la evidencia científica de cuidados
2-Empatía: Capacidad cognitiva para ponerse en el lugar de otra persona y entender sus sentimientos
3-Escucha activa: Habilidad en la comunicación y escucha atenta a las personas atendidas en el proceso salud-enfermedad para influir positivamente en sus hábitos de vida
4-Resiliencia: Competencia enfermera en la práctica clínica habitual que permite buscar la parte positiva ante la adversidad humana
5-Accesibilidad: Las enfermeras de cuidados a personas con ER deben ser accesibles a las necesidades de las personas y proporcionar respuestas ágiles acordes a la calidad y sostenibilidad del sistema sanitario
6-Trabajo en equipo: Fomentar y construir el trabajo conjunto, todos los miembros son importantes
7-Habilidades interpersonales: Adquirir habilidades para cuidar como la destreza, la confianza en sí, la habilidad para establecer una relación de confianza entre las personas y el esfuerzo del trabajo conjunto para aumentar la eficacia de resultados en una enfermería transcultural con diversidad de personas.^{254,266}
8-Compromiso ético: Trabajar el estudio racional de la moral y el bien vivir ofreciendo cuidados acordes a las necesidades y creencias de las personas
9-Capacidad de organización: Es necesario planificar el tiempo en el trabajo para aumentar la eficiencia

La labor asistencial de la enfermera de cuidados respiratorios desarrolla su actividad basada en un modelo biopsicosocial que integra la visión individual con la familia y personaliza los cuidados. Para ello requiere desarrollar intervenciones educativas adaptadas a las necesidades de salud de personas con alta complejidad de cuidados, gestionando los recursos disponibles para mejorar la calidad de vida, realizando una atención holística.

En segundo lugar, la enfermera de cuidados respiratorios ha de desarrollar sus competencias en base a una serie de dominios que orienten el adecuado ejercicio de la profesión en este ámbito, representados en la figura 2.²⁶⁷⁻²⁶⁹

Figura 2. Dominios competenciales específicos para el ejercicio enfermero en personas con problemas respiratorios



Elaboración propia, adaptado de ORDEN SND/1427/2023.²⁷⁰

El desarrollo a través de estos dominios además debe ir encaminada a empoderar a las personas atendidas, mejorar sus resultados en salud y del sistema, así como su experiencia, satisfacción y calidad de vida. Por tanto, las enfermeras de cuidados respiratorios deben adquirir conocimientos, habilidades y actitudes específicas para la prestación y la gestión de cuidados en el campo asistencial (tabla 10).

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

Dominio 1. Actividad Clínica
Competencias Específicas
• Recabar información de la historia clínica y la valoración integral de la persona con ER y su familia, incluyendo la evaluación clínica, funcional, emocional y social, identificando las características de la situación de enfermedad. • Evaluar las necesidades de la persona con ER y su familia, identificar situaciones de complejidad clínica y establecer estadios pronósticos utilizando herramientas específicas de valoración. • Valorar el impacto físico, emocional, social y espiritual de los síntomas respiratorios y del proceso global de enfermedad en la persona, su familia y cuidadores. • Identificar signos y síntomas respiratorios relevantes, valorar su evolución clínica y detectar precozmente situaciones de descompensación o agravamiento de la enfermedad. • Realizar una evaluación continua del proceso clínico, anticipando complicaciones y actuando ante cambios en la situación de salud de la persona con ER. • Detectar y abordar los principales síntomas asociados a las ER, como disnea, tos, fatiga, secreciones o intolerancia al ejercicio. • Manejar los efectos secundarios derivados de los tratamientos farmacológicos y terapias respiratorias. • Entrenar y supervisar el uso correcto de dispositivos terapéuticos respiratorios, incluyendo inhaladores, sistemas de oxigenoterapia y dispositivos de soporte ventilatorio no invasivo (CPAP, BPAP), evaluando la técnica y promoviendo la adhesión al tratamiento. • Realizar la valoración funcional respiratoria y el seguimiento clínico mediante herramientas de monitorización y escalas clínicas apropiadas (pulsioximetría, pruebas funcionales respiratorias básicas y otros instrumentos de evaluación), interpretando sus resultados para orientar la toma de decisiones clínicas. • Conocer las indicaciones, limitaciones y balance riesgo-beneficio de las diferentes intervenciones terapéuticas en el ámbito respiratorio, incluyendo tratamientos

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

farmacológicos, terapias inhaladas, oxigenoterapia, soporte ventilatorio y otras intervenciones terapéuticas.

- Informar a la persona con ER, y cuando corresponda a su familia o cuidadores, sobre el balance riesgo-beneficio de las intervenciones terapéuticas y las alternativas disponibles, favoreciendo la toma de decisiones informada.
- Detectar las causas del incumplimiento o baja adhesión al tratamiento y aplicar estrategias para mejorar la adhesión terapéutica y el autocuidado.
- Diseñar, implementar y evaluar planes de cuidados respiratorios personalizados, adaptados a las necesidades clínicas y al contexto social de la persona con ER.
- Establecer planes de atención compartida con el equipo multidisciplinar y coordinar la intervención de los diferentes profesionales implicados en la atención.
- Manejar las principales urgencias y emergencias respiratorias en el ámbito asistencial correspondiente, actuando con rapidez y eficacia según protocolos clínicos establecidos.
- Identificar situaciones de crisis o descompensación clínica y activar los recursos asistenciales necesarios.
- Identificar la situación de últimos días o final de vida en personas con ER avanzada y adaptar el plan terapéutico a los objetivos de cuidado.
- Aplicar la práctica clínica basada en la evidencia científica en la toma de decisiones asistenciales en el ámbito de los cuidados respiratorios.
- Comunicar de forma efectiva y apropiada con la persona con ER, su familia y el resto de los profesionales del equipo asistencial.
- Utilizar herramientas de teleconsulta y telemonitorización para el seguimiento remoto de la salud respiratoria, la educación sanitaria y la resolución de incidencias, favoreciendo la accesibilidad y reduciendo visitas presenciales innecesarias.
- Participar en el diseño, validación y mejora de herramientas digitales dirigidas a la prevención, educación, seguimiento y apoyo a las personas con ER.

Procedimientos y Técnicas



Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

Comunes en los cuidados respiratorios
• Pulsioximetría • Monitorización cardiorrespiratoria • Gasometría arterial/venosa • Capnografía
Aerosolterapia y administración inhalada
• Nebulización (jet, ultrasónica, malla) • Inhaladores presurizados (MDI ± cámara) • Dispositivos de polvo seco (DPI) • Inhaladores activados por la inspiración • Dispositivos de nube de vapor suave
Terapias respiratorias y proporcionar soporte
• Oxigenoterapia convencional (cánulas nasales, mascarillas simples y de efecto Venturi) • Oxigenoterapia de alto flujo por cánulas nasales (OAF) • Ventilación mecánica no invasiva (VMNI) • Ventilación mecánica invasiva (VMI) • Manejo de interfaces (mascarillas, cánulas)
Pruebas funcionales respiratorias
• Espirometría (simple y broncodilatadora) • Provocación bronquial específica e inespecífica • Prueba de fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) • Capacidad de Difusión del Monóxido de Carbono (DLCO) • Pletismografía

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Oscilometría
- Test de la marcha de 6 minutos (6MWT)
- Ergoespirometría

Pruebas para el estudio de trastornos respiratorios del sueño

- Poligrafía respiratoria
- Polisomnografía
- Titulación de VMNI

Técnicas diagnósticas e intervencionismo

- Broncoscopia (diagnóstica/terapéutica)
- Toma de muestras (lavado broncoalveolar, cepillado, biopsias)
- Toracocentesis
- Colocación/manejo de drenaje pleural y torácico
- Aspiración de secreciones (vía aérea)

Manejar

- El adecuado mantenimiento de los equipos de función respiratorias, relacionado con su calibración y recambio de los fungibles necesarios según la normativa.
- Parámetros de los ventiladores y de los dispositivos de alto flujo
- Fármacos inhaladores y nebulizadores
- La programación de los ventiladores y altos flujos.
- Los diferentes dispositivos de oxigenoterapia domiciliaria, y su indicación en función de la situación respiratoria de las personas atendidas.
- Los dispositivos específicos para la administración de prostaciclina, inmunoglobulinas y fármacos biológicos.

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios**Dominio 2. Psicológico****Competencias Específicas**

- Realizar una valoración adecuada de las personas atendidas y de su entorno socio familiar.
- Manejar las fases de adaptación emocional ante la enfermedad.
- Realizar un seguimiento adecuado de las reacciones no adaptativas de las personas atendidas y de sus familiares.
- Aplicar habilidades de comunicación: escucha activa, empatía, información bidireccional y práctica reflexiva.
- Facilitar la expresión afectiva, así como la identificación de temores y preocupaciones acerca de la enfermedad y sus consecuencias tanto en la persona atendida como en su familia.
- Comunicar malas noticias de forma adecuada, ajustándolas a cada contexto.
- Trabajar desde una atención centrada en la persona atendida.
- Identificar y mejorar las actitudes y habilidades tanto propias como del equipo, identificando elementos de mejora.
- Aplicar técnicas cognitivas y conductuales para el control de síntomas.
- Reforzar y mantener los mecanismos de afrontamiento adaptativos de la persona atendida.
- Identificar y evaluar aquellas personas atendidas y familias con mayor riesgo de desarrollar alteraciones psicológicas.
- Desarrollar intervenciones preventivas para garantizar el bienestar de los miembros del equipo referente de la atención.
- Detectar las reacciones psicológicas en fases de duelo y pérdida.
- Actuar frente al distrés emocional ocasionado por diferentes factores, remitiendo en su caso al profesional adecuado.
- Aplicar estrategias de comunicación terapéutica basadas en la escucha activa, la empatía y el respeto a la autonomía de la persona atendida para fortalecer la relación terapéutica.

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Proporcionar educación sanitaria clara y comprensible sobre la ER, el tratamiento y el manejo de dispositivos terapéuticos, favoreciendo el autocuidado y la adhesión terapéutica.
- Adaptar la información y los mensajes de salud a las características socioculturales, educativas y emocionales de la persona atendida para mejorar la comprensión y la participación en el proceso de cuidado.

Dominio 3. Atención a la Familia y Cuidadores**Competencias Específicas**

- Educar a familiares y cuidadores en la atención de la persona con ER y en el manejo de los cuidados, tratamientos y dispositivos respiratorios necesarios.
- Evaluar de forma integral las necesidades de la familia o del cuidador principal y sus competencias para la atención de las personas con ER.
- Evaluar los indicadores del entorno sociofamiliar de las personas con ER que puedan influir en el proceso de cuidado.
- Elaborar un diagnóstico sociofamiliar y un plan de actuación dirigido a la familia o cuidadores.
- Evaluar los resultados de las intervenciones del equipo asistencial sobre la familia y los cuidadores.
- Prevenir y detectar signos de agotamiento, sobrecarga o distrés en la familia o en el cuidador principal.
- Proporcionar apoyo, orientación y educación a la familia y cuidadores para favorecer el autocuidado de las personas con ER y la continuidad de los cuidados.
- Promover la participación de la familia y cuidadores en el proceso de atención, respetando los valores, preferencias y capacidades de las personas atendidas.

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

Dominio 4. Bioética

Competencias Específicas

- Aplicar apropiadamente los principios y normas recogidos en el Código Deontológico de la Enfermería Española en el ejercicio profesional de los cuidados respiratorios.⁷²
- Conocer los dilemas éticos más frecuentes en los distintos escenarios de la atención respiratoria (aguda, crónica, domiciliaria y paliativa), especialmente aquellos relacionados con tratamientos de soporte vital, la limitación del esfuerzo terapéutico o el final de la vida.
- Aplicar los principios fundamentales de la bioética (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) en la toma de decisiones clínicas, tanto en situaciones complejas como en el cuidado cotidiano.
- Evaluar las actitudes, creencias, valores, preferencias y comportamientos de la persona atendida y de los profesionales implicados, e integrarlos en una planificación anticipada de decisiones respetuosa y centrada en la persona.
- Conocer los principales argumentos sociales, culturales y éticos que rodean los dilemas clínicos en el ámbito respiratorio, promoviendo el respeto a la diversidad, la equidad y la no discriminación.
- Garantizar una comunicación clara, veraz y adaptada a las personas con ER que favorezca la toma de decisiones compartidas y el respeto a la autonomía.
- Aplicar el proceso de consentimiento informado como una herramienta ética y clínica que garantice la comprensión, la participación y el empoderamiento de las personas atendidas.
- Respetar la intimidad, confidencialidad y protección de los datos clínicos del paciente conforme al marco legal vigente.
- Participar activamente en los procesos de toma de decisiones en situaciones de alta complejidad clínica, como la adecuación del esfuerzo terapéutico, el inicio o retirada de soporte vital y la atención al final de la vida.
- Promover una atención centrada en la persona que evite el encarnizamiento terapéutico y favorezca el respeto a los valores y preferencias de las personas en el proceso de enfermedad avanzada.

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Presentar casos relevantes a los comités de ética asistencial y participar activamente en espacios de deliberación ética, contribuyendo a la toma de decisiones colegiadas desde una perspectiva enfermera.
- Conocer el enfoque deliberativo como modelo de análisis ético de casos clínicos y utilizarlo como herramienta práctica para abordar conflictos éticos de forma reflexiva, rigurosa y contextualizada.
- Mantener la competencia profesional mediante formación continua que garantice una práctica clínica ética, segura y basada en la evidencia.
- Aplicar los principios bioéticos y las normativas de buenas prácticas en todas las fases del proceso investigador, incluyendo la selección de participantes, la obtención del consentimiento informado, la protección de datos personales y la difusión responsable de los resultados.

Dominio 5. Trabajo en equipo y liderazgo**Competencias Específicas**

- Trabajar de forma colaborativa en equipos interdisciplinarios para proporcionar una atención integral y continuada a las personas con ER.
- Establecer un plan de trabajo integral en coordinación con los distintos ámbitos asistenciales.
- Proporcionar soporte a los otros miembros del equipo asistencial.
- Potenciar las habilidades y contribuciones de los distintos miembros del equipo asistencial.
- Comprender la dinámica del equipo asistencial en diferentes situaciones clínicas y organizativas.
- Conocer y reconocer los roles, competencias y ámbitos de actuación de los distintos profesionales implicados en el manejo de las personas con ER para favorecer una colaboración interdisciplinaria eficaz.
- Aplicar estrategias de comunicación eficaz, liderazgo clínico y resolución de conflictos para mejorar la coordinación y el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios.
- Liderar reuniones del equipo asistencial basadas en el modelo de atención compartida.



Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Participar en comités clínicos interdisciplinarios relacionados con el manejo de la persona con ER.
- Prevenir el síndrome de burnout en sí mismo o en otros miembros del equipo asistencial.
- Recondicionar comportamientos que interfieran en el adecuado funcionamiento del equipo asistencial.
- Coordinar la atención entre niveles asistenciales, garantizando la continuidad de cuidados respiratorios y la implementación de planes terapéuticos personalizados.
- Aplicar el conocimiento del sistema sanitario para facilitar la coordinación entre niveles asistenciales y garantizar la continuidad de los cuidados respiratorios.
- Planificar, desarrollar y evaluar planes de cuidados respiratorios consensuados con el equipo interdisciplinario, la persona y su entorno, fomentando la toma de decisiones compartidas.
- Participar en la elaboración e implantación de protocolos y vías clínicas para el manejo integral de personas con ER.
- Promover un entorno de trabajo colaborativo, reconociendo y potenciando las fortalezas del equipo y orientando la práctica hacia objetivos comunes.
- Utilizar herramientas de estratificación del riesgo clínico para priorizar intervenciones enfermeras centradas en la prevención, la reducción de ingresos hospitalarios y la mejora de la calidad de vida de la persona atendida y sus cuidadores.
- Liderar programas de educación en salud respiratoria dirigidos a las personas atendidas y a sus cuidadores, promoviendo el autocuidado, la adhesión al tratamiento, el uso adecuado de dispositivos terapéuticos (inhaladores, oxigenoterapia, ventilación no invasiva) y el empoderamiento de la persona con ER.
- Transmitir de forma clara y precisa al equipo asistencial la evolución de la persona con ER, los resultados de las intervenciones y cualquier cambio clínicamente significativo.
- Comunicar la información clínica relevante de forma estructurada con el equipo y con la persona, asegurando la comprensión del plan terapéutico y favoreciendo decisiones clínicas seguras y coherentes.

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Detectar riesgos potenciales y compartir la responsabilidad en la toma de decisiones para reforzar la seguridad de la persona.
- Identificar oportunidades de mejora en la coordinación asistencial y proponer soluciones innovadoras que contribuyan a optimizar recursos, fortalecer la continuidad de cuidados y mejorar la experiencia de las personas con ER.
- Participar en redes y asociaciones profesionales, tanto regionales como nacionales e internacionales, que promuevan la formación continua, el intercambio de buenas prácticas y la investigación en cuidados respiratorios.

Dominio 6. Organización y Gestión**Competencias Específicas**

- Conocer las estructuras organizativas del sistema sanitario en general y las de los equipos de atención a personas con ER en particular.
- Aplicar las normativas de gestión de recursos y de la información en los diferentes ámbitos asistenciales, fomentando la atención compartida.
- Utilizar las distintas estructuras organizativas del sistema sanitario y los recursos disponibles para optimizar la atención a las personas con ER.
- Favorecer la continuidad de los cuidados gestionando los recursos comunitarios disponibles y estableciendo canales de comunicación eficaces entre los diferentes equipos de salud implicados en la atención.
- Participar en el diseño y desarrollo de la cartera de servicios de los distintos recursos asistenciales y profesionales implicados en la atención respiratoria.
- Establecer indicadores de calidad sensibles a los cuidados respiratorios.
- Gestionar y evaluar la calidad de los servicios asistenciales mediante el análisis de indicadores y resultados en salud respiratoria.
- Evaluar la prestación de servicios en relación con objetivos clave de rendimiento y eficiencia del sistema sanitario.
- Identificar áreas de mejora en los procesos asistenciales y proponer e iniciar cambios orientados a la mejora continua de la calidad de la atención respiratoria.



Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

Dominio 7. Docencia e Investigación
Competencias Específicas
• Identificar las necesidades formativas en cuidados respiratorios a partir del análisis de la situación sociosanitaria de la comunidad. • Diseñar, planificar y evaluar planes formativos dirigidos a profesionales sanitarios implicados en la atención a personas con ER. • Formar a otros profesionales, personas atendidas y familiares en el ámbito de los cuidados respiratorios. • Diseñar y desarrollar intervenciones educativas dirigidas a las personas atendidas, cuidadores y población general para promover la prevención de ER y la adopción de hábitos saludables. • Elaborar materiales docentes y herramientas de evaluación para la formación especializada en cuidados respiratorios. • Colaborar con universidades y centros formativos en la formación teórico-práctica de estudiantes de pregrado y posgrado en el ámbito de los cuidados respiratorios. • Promover la formación avanzada y la actualización continua en cuidados respiratorios entre profesionales sanitarios. • Integrar equipos docentes en programas formativos dirigidos a las diferentes categorías profesionales del ámbito sanitario. • Actuar como referente docente en cuidados respiratorios para instituciones sanitarias, organizaciones profesionales y sociedad. • Evaluar el impacto de las intervenciones formativas en profesionales, personas atendidas, familias e instituciones sanitarias. • Promover la participación de las personas atendidas y asociaciones en actividades formativas y de educación sanitaria. • Integrar herramientas digitales, nuevas tecnologías y recursos innovadores en los procesos de enseñanza y aprendizaje en cuidados respiratorios. • Basar la práctica clínica y el desarrollo profesional en la evidencia científica (Enfermería Basada en la Evidencia).



Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Conocer y aplicar la evidencia científica más actualizada en la práctica enfermera de cuidados respiratorios.
- Evaluar críticamente la literatura científica, incluyendo guías clínicas, revisiones y estudios primarios, valorando su validez, fiabilidad, relevancia y metodología.
- Aplicar los principios de la atención basada en la evidencia, la epidemiología clínica y los estándares de calidad para mejorar la toma de decisiones clínicas.
- Desarrollar y participar en proyectos de investigación orientados a mejorar los cuidados respiratorios, la calidad de vida de las personas atendidas y las mejores prácticas clínicas.
- Identificar áreas de incertidumbre en la evidencia científica y promover nuevas líneas de investigación en cuidados respiratorios.
- Participar en comisiones, redes y grupos de investigación favoreciendo la colaboración interdisciplinar entre profesionales clínicos y académicos.
- Realizar auditorías y evaluaciones sistemáticas de la práctica clínica mediante indicadores de calidad para promover la mejora continua de los cuidados respiratorios.
- Analizar críticamente los resultados de investigaciones, auditorías y evaluaciones, aplicándolos para mejorar la práctica clínica y orientar la de otros profesionales.
- Garantizar la aplicación práctica de los resultados de investigación mediante estrategias de implementación en la práctica asistencial.
- Difundir los resultados de investigación y las buenas prácticas en cuidados respiratorios mediante publicaciones científicas, congresos, jornadas y otras actividades académicas.
- Desarrollar habilidades en la búsqueda, análisis, lectura crítica y síntesis de información científica relevante para actualizar conocimientos y optimizar la toma de decisiones clínicas.
- Buscar, filtrar, organizar, almacenar y evaluar información relevante sobre salud respiratoria, promoviendo la alfabetización digital entre las personas atendidas y los profesionales.
- Evaluar críticamente la calidad, la veracidad y el rigor científico de la información biomédica disponible en línea, promoviendo el uso y la difusión de contenidos basados en evidencia y provenientes de fuentes confiables.

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Promover la formación y capacitación en metodologías de investigación en cuidados respiratorios, favoreciendo su integración en la práctica clínica.
- Conocer y participar en programas institucionales para la mejora de la calidad en cuidados respiratorios y de los resultados en salud.
- Motivar a estudiantes y profesionales para desarrollar trabajos académicos e investigaciones en el área de los cuidados respiratorios.
- Conocer y respetar las limitaciones éticas y normativas de los proyectos de investigación en salud.

Dominio 8. Sociocultural**Competencias Específicas**

- Conocer los valores, creencias, actitudes y prácticas de las principales culturas en relación con la atención sanitaria.
- Adaptar la atención a las características culturales, valores y preferencias de cada persona, identificando posibles conflictos de raíz sociocultural.
- Gestionar los conflictos relacionados con diferencias de valores, creencias y prácticas culturales en el contexto asistencial.
- Respetar la igualdad de género e identificar posibles maltratos o sesgos de género en el entorno asistencial.
- Adaptar la comunicación y la educación sanitaria a las características socioculturales, educativas y lingüísticas de la población para favorecer la equidad en el acceso a la información y a los cuidados respiratorios.
- Identificar barreras socioculturales que dificulten la comprensión de la información sanitaria y desarrollar estrategias comunicativas que favorezcan la participación de la persona en su proceso de salud.
- Utilizar plataformas digitales —como blogs, redes sociales o vídeos— para la creación y difusión de contenido educativo sobre salud respiratoria y ER, con el objetivo de informar, sensibilizar y fomentar el autocuidado entre personas atendidas y cuidadores, adaptando los contenidos a diferentes contextos socioculturales y niveles de alfabetización en salud.
- Crear y compartir contenido digital educativo (como vídeos, infografías, artículos o materiales interactivos) sobre las ER, su prevención, tratamiento y cuidados.

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Promover hábitos saludables para prevenir ER y sus complicaciones, difundiendo información basada en la evidencia sobre técnicas de respiración, alimentación, ejercicio físico, higiene del sueño, adhesión al tratamiento y reducción de factores de riesgo como el tabaquismo.
- Fomentar entornos digitales de aprendizaje y apoyo que impulsen la participación de la persona atendida, el autocuidado y la adhesión a los tratamientos.

Dominio 9. Espiritual**Competencias Específicas**

- Evaluar y respetar la dimensión espiritual de las personas atendidas, teniendo en cuenta sus valores, creencias y necesidades espirituales.
- Identificar y abordar las inquietudes relacionadas con los aspectos espirituales que puedan influir en el proceso de la ER y sus cuidados.
- Integrar las creencias y valores espirituales de la persona en el abordaje terapéutico, favoreciendo la esperanza y la búsqueda de sentido ante la enfermedad.
- Detectar situaciones de distrés espiritual y actuar en consecuencia, facilitando el apoyo adecuado o derivando a los recursos espirituales o religiosos disponibles cuando sea necesario.
- Respetar la diversidad de creencias, valores y prácticas espirituales en el proceso de atención, garantizando una atención humanizada y centrada en la persona.

Dominio 10. Legal**Competencias Específicas**

- Conocer y respetar los derechos de las personas atendidas y la normativa legal vigente en el ámbito sanitario, especialmente en relación con la autonomía del paciente, el consentimiento informado, la confidencialidad y la protección de datos personales (Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente; Reglamento (UE) 2016/679, Reglamento General de Protección de Datos; Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Tabla 10. Competencias específicas de las enfermeras de cuidados respiratorios

- Conocer y aplicar el marco legislativo que regula el ejercicio de las profesiones sanitarias y la organización del sistema sanitario en España (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; Ley 14/1986 General de Sanidad).
- Garantizar la protección, confidencialidad y uso adecuado de la información clínica conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos (Reglamento (UE) 2016/679 de Protección de Datos; Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).
- Gestionar información y datos clínicos digitales de forma ética y segura, respetando los principios de confidencialidad y protección de datos conforme al Reglamento (UE) 2016/679 y a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Desarrollar competencias en ciberseguridad para garantizar el uso seguro de las tecnologías sanitarias y la protección de los datos personales en el entorno digital sanitario.
- Aplicar las normas legales y éticas en los procesos de investigación en salud, asegurando el respeto a los derechos de las personas participantes y el cumplimiento de las buenas prácticas clínicas (Ley 14/2007 de Investigación Biomédica; Normas de Buena Práctica Clínica).
- Actuar conforme a la legislación vigente en materia de seguridad del paciente, calidad asistencial y responsabilidad profesional (Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; estrategias y normativa sobre calidad y seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud).

La enfermera de cuidados respiratorios deberá además atender a las personas dentro de un marco de la práctica que se fundamenta en el proceso enfermero. Dicho proceso comienza por la valoración de la persona, la cual precisa del uso de herramientas genéricas y específicas que sirvan para conocer las necesidades de cuidados y establecer una planificación acorde a las mismas.^{262,271} En la tabla 11 se presentan las escalas de valoración genéricas y específicas que son comúnmente utilizadas por las enfermeras de cuidados respiratorios:

Tabla 11. Escalas de valoración genéricas y específicas en enfermedades respiratorias

Escalas genéricas en valoración de personas con ER utilizadas comúnmente por enfermeras de cuidados respiratorios			
Nombre Abreviado	Descripción	Referencia	Enlace (QR)
EQ-5D	EuroQoL-5D. Calidad de vida con 5 dimensiones	Badia et al. ²⁷²	Cuestionario bajo registro: 
Escalas de cuidados respiratorios			
TA	Test Adhesión a Inhaladores 12 ítems. Compuesto por un TAI de 10 preguntas cumplimentadas por la persona con ER y 2 preguntas cumplimentadas por el profesional sanitario.	Plaza et al., 2016 ²⁷³	Cuestionario:  Validación española: 
BORG	Escala de esfuerzo percibido de Borg modificada (0-10) Muy utilizada en EPOC, asma, rehabilitación respiratoria, pruebas de esfuerzo.	González et al., 2003. ²⁷⁴	



mMRC	Modified Medical Research Council dyspnea scale. Categoriza la gravedad de la disnea basado en limitaciones de la actividad física	Amado et al., 2018. ²⁷⁵	
Nijmegen	Cuestionario de Nijmegen Cribado de síndrome de hiperventilación (SH).	Martínez Moragón et al., 2005. ²⁷⁶	
St. George's Respiratory Questionnaire:	Cuestionario específico para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de personas con ER.	Ferrer et al., 1996. ²⁷⁷	
Escalas de áreas específicas en cuidados respiratorios			
Trastornos del Sueño			
STOP-Bang Questionnaire	Herramienta para cribado de SAOS	Delgado Vargas et al., 2021. ²⁷⁸	
Berlin Questionnaire	Herramienta autoadministrada de cribado de SAOS.	Navarrete Martínez et al., 2003 ²⁷⁹	Cuestionario (inglés):  Validación España (AP): 



Escala de Stanford de Somnolencia	Cuestionario autoadministrado para medir la somnolencia subjetiva en un momento específico, en base al nivel de alerta.	Hodes et al., 1973 ²⁸⁰ <i>No se encuentra validado en población española</i>	Cuestionario (inglés): 
FOSQ	Cuestionario de Calidad de Vida Funcional en Trastornos de Sueño Mide el impacto de los trastornos que cursan con somnolencia diurna excesiva en las actividades de la vida diaria.	Vidal et al., 2007. ²⁸¹ Rodríguez Pérez et al., 2013. ²⁸²	 Cuestionario en español (México): 
AIS	Escala de Insomnio de Atenas Mide la severidad del insomnio y sus repercusiones en la vida diaria.	Gómez Benito et al., 2011. ²⁸³	
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index Índice de calidad de sueño de Pittsburgh.	Macías Fernández y Royuela Rico, 1997. ²⁸⁴	Cuestionario:  Texto validación: 
Test de somnolencia Epworth	Escala validada que valora la somnolencia diurna en personas con trastornos primarios del sueño.	Chiner et al., 1999. ²⁸⁵	



EPOC			
CAT	COPD Assessment Test Evalúa el impacto de la EPOC en la calidad de vida relacionada con la salud.	Agustí et al., 2012. ²⁸⁶	
Asma			
ACT	<i>Asthma Control Test</i>	Nathan et al., 2004 ²⁸⁷	
Fibrosis Quística			
CFQ-R	Cystic Fibrosis Questionnaire-Revised Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para personas adolescentes y adultos con fibrosis quística.	Oliveira et al., 2010. ²⁸⁸	
Hipertensión pulmonar			
CAMPOR	Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review Instrumento de calidad de vida (CV) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) informado por la persona atendida y específico para personas con hipertensión pulmonar.	Aguirre Camacho et al., 2017. ²⁸⁹	Artículo con acceso limitado: 
emPHasis-10	Cuestionario para medir el impacto de la HP en la CVRS	Yorke et al., 2014 ²⁹⁰ (version original).	Artículo original en inglés : 



Hábito tabáquico			
Test de Fagerström (dependencia)	Cuestionario validado para determinar el grado de dependencia física de la nicotina.	Becona y Vázquez, 1998. ²⁹¹ (validación en población española).	Validación en España (acceso limitado):  Cuestionario en español: 
Test de Richmond:	Cuestionario que mide la motivación para dejar de fumar.	Richmond et al., 1993 ²⁹² Fuente original en inglés.	Cuestionario en español: 



10. Definición de los contenidos mínimos en la formación de las Enfermeras de Cuidados Respiratorios

La heterogeneidad de los planes formativos de los títulos de Grado en Enfermería respecto a los cuidados respiratorios hace evidente la necesidad de que la formación de las enfermeras especializadas en dicha materia vaya más allá a la adquirida durante ese periodo académico.

Definir los contenidos mínimos de formación posgrado que capaciten a la enfermera en el ámbito de los cuidados respiratorios puede resultar problemático debido a la inexistencia de una regulación específica a nivel nacional que especifique los roles profesionales avanzados.^{192,293} Si bien es cierto que los criterios establecidos por el CIE son claros respecto al nivel educativo mínimo requerido (MECES 3, EQF 9), no estipulan un periodo de experiencia profesional mínimo necesario debido a la ausencia de evidencia científica que apoye dicho requerimiento.²⁹⁴

El tiempo mínimo necesario de experiencia profesional en la práctica clínica centrada en recursos específicos de cuidado avanzado, para garantizar la capacitación de las/los enfermeras/os en este ámbito, sería de 2 años.

Tomando como referencia la experiencia internacional y las recomendaciones de organismos oficiales, las enfermeras de cuidados respiratorios deberán recibir formación de posgrado y formación continuada acreditada en la que se incluyan las siguientes áreas:²⁹⁵

Fundamentos en cuidados respiratorios

- Anatomía, fisiología y mecánica del aparato respiratorio.
- Pruebas de función pulmonar estáticas y dinámicas.
- Valoración enfermera de personas con ER.
- Requerimientos nutricionales de personas con ER.
- Promoción y educación para la salud en la persona con ER.
- Prevención de riesgos laborales: aislamientos respiratorios y riesgos biológicos.

Principales patologías respiratorias

- Malformaciones vasculares pulmonares y del aparato respiratorio.
- Enfermedades pulmonares obstructivas.
- Enfermedades pulmonares restrictivas.



- Enfermedades respiratorias intersticiales.
- Enfermedades respiratorias infecciosas.
- Enfermedad vascular pulmonar.
- Patología pleural.
- Fibrosis quística.
- Bronquiectasias.
- Enfermedades respiratorias minoritarias.
- Afectación respiratoria en enfermedades neuromusculares.
- Patología respiratoria del sueño.
- Enfermedades ocupacionales y gestión de la patología ocupacional.

Terapias respiratorias, soporte ventilatorio y técnicas especializadas

- Tratamiento con prostanoides
- Oxigenoterapia y terapias respiratorias domiciliarias.
- Terapia inhalada.
- Soporte Respiratorio No Invasivo
- Ventilación mecánica invasiva.
- Neumología intervencionista.
- Rehabilitación respiratoria.
- Trasplante pulmonar.
- Cuidados especializados en cirugía torácica.

Atención especializada y continuidad asistencial

- Cuidados en atención primaria y ámbito ambulatorio.
- Cuidados en hospitalización convencional y hospitalización a domicilio.
- Cuidados en UCRI, en UCI respiratoria y en UCI general.
- Cuidados al paciente respiratorio pediátrico.
- Urgencias respiratorias.
- Paciente paliativo respiratorio y cuidados al final de la vida.



- Enfermera de cuidados respiratorios como gestora de casos.

Innovación:

- Inteligencia artificial y Big Data para el soporte en la toma de decisiones
- Investigación en cuidados respiratorios.
- Nuevas intervenciones terapéuticas.
- Realidad virtual extendida.
- Tecnología robótica.
- Validación de escalas y mecanismos de valoración y estratificación.

Salud comunitaria

- Tabaquismo y deshabituación tabáquica.
- Salud digital y e-salud en las personas con ER (telemonitorización, teleconsulta y seguimiento remoto).
- Gestión, análisis y uso de información sanitaria digital y alfabetización en salud.
- Comunicación digital y divulgación en salud respiratoria (uso profesional de redes sociales y creación de contenidos educativos).
- Calidad y seguridad del paciente.

En resumen, el ejercicio de los cuidados respiratorios requiere, como mínimo, formación universitaria de posgrado y formación continuada acreditada, dirigidas al desarrollo de competencias clínicas, docentes e investigadoras que aseguren una práctica experta, segura y basada en la mejor evidencia científica disponible.



11. Aportación de las enfermeras de cuidados respiratorios al sistema sanitario.

La enfermera de cuidados respiratorios centra sus cuidados en promover el más alto grado de salud respiratoria en la población. Los enfermeros en cuidados respiratorios son asesores en la gestión de la atención de las personas con ER, evalúan e implementan nuevas formas de proporcionar cuidados y son expertos en su campo con un amplio conocimiento de las complicaciones respiratorias tanto en el entorno hospitalario como en la comunidad.²⁹⁶

La enfermera de cuidados respiratorios actúa en todos los niveles asistenciales (primario, secundario y terciario) planificando, implementando y evaluando cuidados basados en la mejor evidencia disponible. Tiene un papel activo en la promoción de la salud respiratoria, la prevención primaria, la educación terapéutica, el autocuidado, el soporte psicosocial, la gestión del alta hospitalaria y la continuidad asistencial.²¹⁵ Su intervención busca resultados sensibles a la práctica enfermera, como la mejora de la tolerancia a la actividad, la autonomía funcional y la reintegración de la persona a su entorno familiar y comunitario.²⁹⁷ Desempeña un papel esencial y transversal en el abordaje global de las ER, con responsabilidad en el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cuidado adaptadas a cada etapa de la enfermedad y a los objetivos clínicos y vitales de cada persona. Este rol se desarrolla tanto en entornos hospitalarios como comunitarios, e implica la provisión de cuidados centrados en la persona, integrales y sostenibles a lo largo del ciclo vital.²⁹⁷

Asimismo, desempeña funciones de liderazgo en la coordinación interprofesional, el diseño de planes de cuidados personalizados y la generación de conocimiento a través de la investigación.²⁹⁸ Su actuación se fundamenta en conocimientos, actitudes y valores acreditados, y contribuye de forma estratégica al abordaje de la cronicidad, la fragilidad y la polimedicación, especialmente en personas mayores y con comorbilidad. Favorece la integración de modelos colaborativos y tecnologías innovadoras (como la monitorización remota o la IA) que permiten una atención más proactiva, eficiente y personalizada.^{189,299} Todo ello desde una orientación ética, humanista, centrada en la persona, y comprometida con una atención personalizada, segura, eficiente, sostenible y respetuosa del marco competencial del resto de profesionales sanitarios.

Participa activamente en la planificación terapéutica, el manejo de la cronicidad, la prevención de exacerbaciones, la educación sanitaria y la adhesión al tratamiento, siendo clave para el empoderamiento de la persona y la mejora de su autogestión.³⁵ Además, colabora en la implementación de modelos de atención integrada y tecnologías de



seguimiento remoto, lo que contribuye a la eficiencia del sistema sanitario y a la continuidad asistencial.²⁹⁹

Su práctica se fundamenta en el método científico y en la aplicación crítica de la mejor evidencia disponible, con un enfoque orientado a resultados clínicos y a la mejora continua de la calidad asistencial. Esto se logra mediante procesos de auditoría, investigación, evaluación de resultados sensibles a los cuidados enfermeros y generación de conocimiento en contextos de práctica avanzada.³⁵

La enfermera de cuidados respiratorios aporta un valor esencial al sistema sanitario y a la atención de las personas con ER, garantizando la continuidad de los cuidados, facilitando la coordinación entre niveles asistenciales y articulando la intervención de los distintos profesionales implicados en el proceso de atención. Este rol, desarrollado con autonomía profesional y un nivel avanzado de práctica clínica, ofrece una atención integral, segura y centrada en la persona a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad, desde el respeto competencial y la colaboración interprofesional.

En un contexto marcado por la cronicidad, la multimorbilidad y la complejidad terapéutica de las ER, la enfermera de cuidados respiratorios ofrece un enfoque clínico especializado y adaptado a las necesidades individuales de cada persona. Aporta valor al sistema sanitario mediante estrategias de continuidad asistencial, prevención de exacerbaciones y reducción de ingresos hospitalarios evitables, optimizando el uso de recursos sociosanitarios.³⁵ Su actuación se basa en el conocimiento experto de las patologías respiratorias, la gestión del autocuidado y el uso racional de tecnologías emergentes (como la monitorización remota o el seguimiento digital integrado), permitiendo una respuesta precoz y personalizada ante cambios clínicos.³⁰⁰ Además, ofrece un abordaje integral que combina competencias clínicas avanzadas, habilidades comunicativas, capacidad educativa y liderazgo en el trabajo colaborativo con otros profesionales del ámbito sanitario, social y comunitario. Su labor es clave para promover entornos respiratoriamente saludables, la equidad en el acceso a cuidados y la participación de la persona en la toma de decisiones.²⁹⁷

La enfermera de cuidados respiratorios se integra activamente en los equipos multi e interdisciplinares, colaborando desde el respeto al marco competencial y aportando una visión integral y centrada en la persona (figura 3).

Figura 3. Principales aportaciones de la enfermera de cuidados respiratorios al sistema sanitario.



Imagen generada a través del creador IA de imágenes de Magnific (bajo licencia), usando como comando una versión resumida de la sección y posteriores modificaciones de contenido.

Generada el lunes, 27 de julio de 2026, www.magnific.com.



12. Retos de las enfermeras de cuidados respiratorios

12.1. Adaptación del desarrollo enfermero a cambios a nivel global en los cuidados respiratorios

El ámbito de los cuidados respiratorios se encuentra inmerso en un contexto de transformación demográfica y epidemiológica, marcado por el envejecimiento poblacional, el incremento de las ERC y la aparición de perfiles de pacientes más frágiles, complejos y polimedicados.³⁰¹ Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2025, las personas de 65 años o más representaban el 20,4% de la población total, evidenciando un envejecimiento progresivo que impacta directamente en la demanda de cuidados respiratorios especializados.³⁰² Además, las proyecciones del INE indican que este porcentaje alcanzará un máximo del 30,5% en torno a 2055, lo que supone un desafío significativo para el sistema sanitario en términos de planificación y provisión de servicios de salud.³⁰³ La atención centrada en la persona y la continuidad asistencial son pilares fundamentales para abordar las necesidades complejas de los pacientes con ERC.¹³²

Las enfermeras en cuidados respiratorios deben desarrollar competencias avanzadas en valoración integral, atención a la fragilidad y acompañamiento en situaciones de alta vulnerabilidad, incorporando un enfoque sociosanitario que integre los determinantes sociales de la salud. La evolución de las necesidades asistenciales exige una redefinición del rol profesional, con capacidad de liderazgo clínico, toma de decisiones autónoma y participación en la transformación de los modelos de atención. La OMS destaca la importancia de empoderar a las enfermeras para liderar cambios en los sistemas de salud, especialmente en la gestión de enfermedades crónicas.¹⁸⁴

Adaptarse a este nuevo perfil poblacional implica anticiparse a necesidades cambiantes, prevenir complicaciones, fomentar el autocuidado y acompañar al paciente y su entorno en todas las etapas del proceso de salud-enfermedad, especialmente en el caso de ERC como la EPOC, el asma grave, la fibrosis pulmonar o el AS.³⁰⁴ Las guías clínicas recientes enfatizan la necesidad de intervenciones enfermeras proactivas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con ERC.⁹³

12.2. Adaptación de las enfermeras respiratorias al modelo nacional

La integración del perfil del enfermero en cuidados respiratorios en el modelo nacional de salud exige una redefinición estructurada y normativa del rol profesional, que incluya su reconocimiento formal y su implantación homogénea en todos los niveles asistenciales. El Real Decreto 450/2005 establece las bases para la especialización de la enfermería, lo que respalda la necesidad de reconocer formalmente el rol de la enfermera



de cuidados respiratorios en el SNS.³⁰⁵ La ausencia de una especialización regulada dificulta la equidad en el acceso a cuidados especializados, limita el desarrollo profesional y frena la implantación de modelos de atención avanzados.³⁰⁶

Para responder a las necesidades del SNS, se requiere una estrategia nacional de desarrollo profesional enfermero, con itinerarios formativos reglados, competencias definidas y mecanismos de acreditación y evaluación continuada. El Ministerio de Sanidad ha creado recientemente un Comité de Cuidados en Salud con el objetivo de impulsar el desarrollo competencial de las enfermeras y garantizar una atención de calidad.³⁰⁷ Esta adaptación exige también la participación de las enfermeras en cuidados respiratorios en ámbitos clave como la gestión clínica, la docencia, la investigación y la planificación sanitaria, garantizando que su experiencia contribuya al diseño de políticas públicas y modelos organizativos eficaces.³⁰⁸

Igualmente, es necesario alinear la cobertura asistencial con la creciente complejidad clínica de las personas con ER, asegurando la presencia de profesionales con competencias específicas en todos los niveles de atención: hospitalaria, primaria, comunitaria y domiciliaria. Este proceso requiere un marco normativo común que garantice la implantación, evaluación y sostenibilidad de estos roles en todo el sistema sanitario.

Un reto prioritario es la integración efectiva de la rehabilitación respiratoria en la cartera de servicios del SNS, tal y como recomiendan las guías clínicas nacionales (GesEPOC)⁹³ e internacionales (GOLD)¹⁶⁹ en patologías como la EPOC, y el reciente posicionamiento de la ATS y la ERS que refuerza su papel como intervención esencial y costo-efectiva.¹⁶⁷ Pese a la solidez de la evidencia sobre su impacto positivo en la funcionalidad, calidad de vida y prevención de ingresos, estos programas siguen siendo poco accesibles y escasamente conocidos por pacientes y profesionales. Las enfermeras en cuidados respiratorios desempeñan un papel clave en su difusión, implementación y evaluación.³⁰⁹

12.3. Adaptación de la práctica asistencial en los cuidados respiratorios

La evolución de la práctica enfermera en el ámbito respiratorio responde a una transformación profunda de los modelos asistenciales, impulsada por el avance tecnológico, la personalización de los cuidados y la creciente complejidad clínica y social de la población. Este nuevo escenario requiere un ejercicio profesional más autónomo, resolutivo y centrado en la persona, que integre nuevas herramientas, metodologías y enfoques interdisciplinarios alineados con la estrategia de transformación digital del sistema sanitario.³¹⁰



En este contexto, la enfermera de cuidados respiratorios se encuentra en un proceso de evolución constante que exige desarrollar una mentalidad innovadora, proactiva y flexible, capaz de adaptarse a los rápidos avances tecnológicos y aprovechar de forma crítica y segura los recursos digitales disponibles en la práctica clínica.

Entre los principales elementos de esta transformación destaca la incorporación de tecnologías emergentes, como la monitorización remota, la teleenfermería, las aplicaciones móviles y, de forma creciente, la IA. Estas herramientas permiten mejorar la adhesión al tratamiento, anticipar complicaciones, personalizar los cuidados y optimizar la eficiencia asistencial.³¹¹

La IA está transformando progresivamente la práctica enfermera a través de una amplia gama de herramientas generativas, sistemas de aprendizaje automático y tecnologías de apoyo a la toma de decisiones, y se integrará cada vez más en la atención a los pacientes. En el ámbito de los cuidados respiratorios, su aplicación representa una oportunidad prometedora, con potencial para mejorar la adhesión terapéutica, favorecer la autogestión de la enfermedad e impulsar el diseño de planes de cuidados más personalizados por parte de la enfermera especialista en cuidados respiratorios. No obstante, su implementación también conlleva desafíos y un grado importante de incertidumbre, tanto en términos éticos como organizativos, técnicos y formativos.

La integración de la IA en la organización de la atención enfermera se encuentra en evolución. Una revisión reciente identificó tres categorías principales de herramientas aplicables: sistemas de monitorización y predicción, tecnologías de interacción y comunicación, y plataformas de apoyo en la toma de decisiones clínicas.³¹² Estas soluciones podrían contribuir a una atención más eficiente, segura y centrada en el paciente, al reducir errores, optimizar recursos e intervenir de forma más precoz. Sin embargo, también se plantean desafíos éticos, organizativos y formativos que deben abordarse. La IA representa un campo emergente e ineludible, que la enfermera de cuidados respiratorios debe integrar de manera crítica y proactiva.³¹³

En este escenario, la formación continua en competencias digitales, telemedicina y comunicación digital se convierte en un elemento clave para garantizar una integración ética, segura y efectiva de estas tecnologías en la práctica enfermera, favoreciendo una atención personalizada, accesible y centrada en la persona.

Asimismo, la práctica asistencial está incorporando nuevas figuras profesionales en el marco de la enfermería de práctica avanzada, que permiten dar una respuesta más efectiva a los retos de la cronicidad, la fragilidad y la continuidad de los cuidados. Esta



evolución requiere el desarrollo de competencias específicas, formación reglada, mecanismos de acreditación profesional y reconocimiento institucional, tal como se recoge en los marcos estratégicos del Sistema Nacional de Salud orientados a fortalecer los cuidados y la atención comunitaria.

En este contexto, la enfermera de cuidados respiratorios se consolida como agente clave en la innovación asistencial, participando en el diseño de modelos de atención integrados, liderando estrategias centradas en la educación terapéutica y el autocuidado, y reforzando la coordinación interprofesional. Todo ello sin perder de vista el objetivo esencial: una atención integral, humanizada y basada en la evidencia, que responda a las necesidades reales de las personas con ER.

12.4. Retos específicos

Además de los grandes ejes de transformación descritos, las enfermeras que trabajan en el ámbito de los cuidados respiratorios se enfrentan a una serie de desafíos concretos que impactan directamente en su práctica profesional, su desarrollo y su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población. Entre ellos destacan:

Reconocimiento profesional: La ausencia de una especialidad reglada en cuidados respiratorios, con competencias claramente definidas y formación específica, limita el desarrollo del rol, impide su implantación homogénea en todos los niveles asistenciales, frena la implementación de modelos avanzados de cuidados y dificulta el acceso equitativo de la población a cuidados especializados.³¹⁴

Formación continua y actualización científica: La rápida evolución de las tecnologías, los tratamientos y la evidencia científica en el ámbito respiratorio exige un esfuerzo constante de actualización. Es imprescindible el acceso a programas formativos acreditados y continuos, especialmente en ventilación no invasiva, oxigenoterapia, educación terapéutica, rehabilitación respiratoria y manejo de dispositivos.

Capacidad de liderazgo y coordinación interprofesional: El abordaje integral de la persona con ER requiere la colaboración entre múltiples profesionales y equipos interdisciplinarios. Las enfermeras deben liderar procesos asistenciales, participar en comisiones clínicas y coordinar la continuidad entre niveles asistenciales, implicándose activamente en la toma de decisiones clínicas, organizativas y éticas.

Equidad en el acceso a los cuidados: La variabilidad territorial y la falta de recursos homogéneos dificultan el acceso a cuidados respiratorios especializados en muchos contextos. Es prioritario garantizar la equidad en la distribución de recursos, servicios y profesionales, incluyendo la rehabilitación respiratoria y otros servicios esenciales.



Dotación de personal y carga asistencial: La creciente demanda de atención respiratoria genera un aumento sostenido de la carga de trabajo. Es esencial garantizar ratios adecuadas de enfermeras, especialmente en áreas críticas como hospitalización, consultas monográficas, atención domiciliaria y unidades de soporte respiratorio.

Atención a la cronicidad y complejidad de la persona con ER: Las ERC como la EPOC, el asma grave, la fibrosis pulmonar o el SAHS presentan una alta carga clínica, emocional y social. La enfermera debe anticiparse a las descompensaciones, prevenir ingresos evitables, adaptar los cuidados a la evolución de la enfermedad y acompañar de forma continua al paciente y su entorno.⁹³

Hospitalización a Domicilio: Servicio que proporciona tratamiento activo por parte de profesionales sanitarios del hospital en el domicilio de la persona para un proceso agudo que requiere ingreso hospitalario y siempre por un período de tiempo limitado. Si no existiera este servicio, el paciente quedaría ingresado en el hospital. Alta intensidad, corto periodo de tiempo.³¹⁵⁻³²⁰ Realiza cuidados dependientes del hospital, con personal especializado y medios técnicos de especializada.³²¹ Modalidad coste eficiente y garantiza la transición al alta al equipo de salud correspondiente. En relación con las ERC la EPOC es la enfermedad que más se beneficia de este servicio.^{230,232,321,322} El papel de la enfermera experta en respiratoria mejora aún más los resultados, con una evaluación conjunta con el médico previo al ingreso en Hospitalización a domicilio, un plan de cuidados basados en la mejor evidencia disponible, realización de técnicas complejas en el domicilio, manejo de los equipos, educación terapéutica y coordinando el seguimiento posterior al alta en hospitalización a domicilio. Se precisan más estudios en este campo para evaluar el impacto de la Hospitalización a Domicilio en otras ERC más complejas más allá de la edad y comorbilidad. El liderazgo de la EPA puede ser clave para aumentar demostrar su eficacia. En España no existe la figura reconocida de la EPA en Hospitalización a Domicilio.^{231,323,324}

Atención Integrada domiciliaria en el paciente con ERC. Aunque existen pocos estudios en relación con las ERC en este campo, el impacto de la actuación de las enfermeras de cuidados respiratorios son prometedores.³²⁵⁻³³³ Muchos pacientes con ERC requieren atención en el hogar. La enfermera debe garantizar una transición segura desde el hospital al domicilio, coordinar las visitas domiciliarias, facilitar la monitorización remota y proporcionar seguimiento clínico y apoyo educativo a pacientes y cuidadores.³³⁴ La atención domiciliaria brinda asistencia sanitaria, cuidados de enfermería y seguimiento a pacientes crónicos, frágiles o en situación de dependencia que no pueden desplazarse por parte de los equipos de atención primaria. Seguimiento a largo plazo, pocos medios técnicos, tiempo ilimitado.³³⁵



Educación terapéutica y empoderamiento de la persona: Uno de los retos fundamentales es promover la alfabetización en salud respiratoria, la adhesión terapéutica y el autocuidado. Para ello, es clave desarrollar intervenciones educativas individualizadas y comunitarias, ajustadas al perfil de la persona, que fomenten su autonomía y contribuyan a la sostenibilidad del sistema sanitario.

Humanización de la atención y apoyo emocional: En contextos de alta dependencia, como el uso de VMNI, los ingresos frecuentes o el final de vida, la enfermera debe garantizar una atención centrada en la persona, basada en la empatía, la escucha activa y el acompañamiento emocional, atendiendo también al sufrimiento derivado de la dependencia funcional y ofreciendo apoyo a pacientes y familias.

Uso e integración de tecnologías emergentes: El despliegue de tecnologías como la teleenfermería, la monitorización remota, las aplicaciones móviles y la IA plantea un reto clave en la práctica de la enfermera de cuidados respiratorios. Su integración efectiva exige formación específica, evaluación de impacto, regulación clara y adaptación organizativa, garantizando que estas herramientas contribuyan realmente a una atención más personalizada, segura y eficiente.³¹¹

Participación en investigación y generación de evidencia: La producción de conocimiento enfermero en el ámbito respiratorio sigue siendo limitada. Es necesario impulsar la investigación clínica aplicada, fomentar la participación en estudios multicéntricos y emplear indicadores sensibles a los cuidados de enfermería para evaluar resultados. Además, la integración de las enfermeras en cuidados respiratorios en redes de investigación y en estructuras institucionales facilitaría la visibilidad y aplicación de sus aportaciones en las políticas sanitarias.

Visibilidad y posicionamiento institucional: La participación de las enfermeras en cuidados respiratorios en espacios de decisión –sociedades científicas, planes de salud, comités clínicos o grupos interdisciplinares– es clave para integrar su conocimiento y experiencia en el diseño de políticas y modelos asistenciales. Esta visibilidad institucional no solo fortalece el desarrollo profesional, sino que contribuye a la consolidación de un liderazgo enfermero necesario para transformar el sistema sanitario.³⁰⁷



13. Abreviaturas

AI: atención integrada.

AINES: antiinflamatorios no esteroideos.

AOS: apnea obstructiva del sueño.

ATS: Sociedad Torácica Americana (*American Thoracic Society*).

BPAP: presión positiva bifásica en las vías respiratorias (*bilevel positive airway pressure*).

CGE: Consejo General de Enfermería.

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras.

COVID-19: enfermedad por coronavirus 2019.

CPAP: presión positiva continua en las vías respiratorias (*continuous positive airway pressure*).

DLCO: capacidad de difusión de monóxido de carbono (*diffusing capacity of the lungs for carbon monoxide*).

ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea (*extracorporeal membrane oxygenation*).

EPA: enfermera de practica avanzada.

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ER: enfermedades respiratorias.

ERC: enfermedades respiratorias crónicas.

ERS: Sociedad Europea de Respiratorio (*European Respiratory Society*).

FeNO: fracción exhalada de óxido nítrico.

GC: glucocorticoides.

HdD: hospital de día.

HP: Hipertensión pulmonar.

IA: inteligencia artificial.

ICRN: *International Coalition of Respiratory Nurses*.



IM: intramuscular.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IV: intravenoso.

ITRI: Infecciones del Tracto Respiratorio Inferior

OAF: oxigenoterapia de alto flujo por cánulas nasales

OCD: oxigenoterapia crónica domiciliaria.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PREs: experiencia comunicada por los pacientes (*patient-reported experience*).

PREMs: medidas de experiencia comunicada por los pacientes (*patient-reported experience measures*).

PRIMs: medidas de incidentes comunicados por los pacientes (*patient-reported incident measures*).

PROs: resultados comunicados por los pacientes (*patient-reported outcomes*).

PROMs: medidas de resultados comunicados por los pacientes (*patient-reported outcomes measures*).

RR: rehabilitación respiratoria.

SBC: subcutáneo.

SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SRNI: Soporte Respiratorio No Invasivo

TIC: técnicas de la información y comunicación.

UCI: unidad de cuidados intensivos.

UCRI: unidad de cuidados respiratorios intermedios.

VMNI: ventilación mecánica no invasiva.



14. Referencias

1. Real Academia Nacional de Medicina de España. Diccionario panhispánico de términos médicos [Internet]. 2023. Disponible en: <https://dptm.es/dptm/?term=1481034>
2. Jiménez Ruiz CA, Peces-Barba Romero G. Guía SEPAR de las terapias domiciliarias. Resumen ejecutivo [Internet]. RESPIRA-Fundación Española del Pulmón-SEPAR; 2020. Disponible en: <https://fundacionio.com/wp-content/uploads/2020/12/Gui%CC%81a-SEPAR-de-las-terapias-domiciliarias.-Resumen-ejecutivo.pdf>
3. National Cancer Institute. Anticuerpo monoclonal [Internet]. Diccionario de cáncer del NCI; 2026. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/anticuerpo-monoclonal>
4. Mediano O, González Mangado N, Montserrat JM, Alonso-Álvarez ML, Almendros I, Alonso-Fernández A, et al. Documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño. Arch Bronconeumol. enero de 2022;58(1):52-68. doi:10.1016/j.arbres.2021.03.017
5. Grupo Español para el Manejo del Asma. GEMA 5.5: Guía Española para el Manejo del Asma [Internet]. Madrid: GEMA; 2025 [citado 9 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.gemasma.com/>
6. Global Initiative for Asthma. GINA Severe Asthma Guide 2026 [Internet]. Global Initiative for Asthma (GINA); 2026. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2026/06/GINA-Severe-Asthma-Guide-2026-WEB-WMS.pdf>
7. National Institute for Health and Care Excellence. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management (BTS, NICE, SIGN) [Internet]. NICE; 2024. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng245>
8. Álvarez-Gutiérrez FJ, Blanco Aparicio M, Casas Maldonado F, Plaza V, Soto Campos G, González-Barcala FJ, et al. Documento de consenso de asma grave. Actualización 2025. Open Respiratory Archives. octubre de 2025;7(4):100486. doi:10.1016/j.opresp.2025.100486
9. McCormack B, Dewing J, Breslin L, Coyne-Nevin A, Kennedy K, Manning M, et al. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the



- care environment in residential settings for older people. *Int J Older People Nurs.* 1 de junio de 2010;5(2):93-107. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x
10. Limón E, Riera N. Longitudinalidad y continuidad en atención domiciliaria. *Aten Primaria.* mayo de 2023;55(5):102632. doi:10.1016/j.aprim.2023.102632
 11. Shaw J, Gutberg J, Wankah P, Kadu M, Gray CS, McKillop A, et al. Shifting paradigms: Developmental milestones for integrated care. *Soc Sci Med.* 2022;301:114975. doi:10.1016/j.socscimed.2022.114975
 12. Espinosa Almendro JM, Benitez del Rosario MA, Pascual Lopez L, Duque Valencia A. Modelos de organización de la Atención Domiciliaria en Atención Primaria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 2000. Disponible en: <https://www.semfyc.es/publicaciones/94>
 13. Organización Panamericana de la Salud. Revisión exploratoria: definiciones de autocuidado según la OMS. En: Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK586739/>
 14. Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, Hess D, Hill NS, Nava S, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *European Respiratory Journal.* 31 de agosto de 2017;50(2):1602426. doi:10.1183/13993003.02426-2016
 15. Perpiñá Tordera M, Lloris Bayo A. Los broncodilatadores, esos fármacos maravillosos. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2004;40:16-22. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-los-broncodilatadores-esos-farmacos-maravillosos-articulo-13077784>
 16. Martínez-García MÁ, Máiz L, Oliveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Spanish Guidelines on the Evaluation and Diagnosis of Bronchiectasis in Adults. *Arch Bronconeumol.* 1 de febrero de 2018;54(2):79-87. doi:10.1016/J.ARBR.2017.07.013
 17. International Society for Quality of Life Research. What is QOL? [Internet]. 2025 [citado 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.isoqol.org/what-is-qol/>



18. World Health Organization. WHOQoL: Measuring Quality of Life [Internet]. Geneva; 2025 [citado 12 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
19. World Health Organization (WHO). Healthy ageing and functional ability. WHO Questions and Answers [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
20. Catalá-López F, Gènova-Maleras R. La carga de enfermedad atribuible a los principales factores de riesgo en los países de Europa occidental: el reto de controlar los factores de riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. julio de 2013;66(7):591-3. doi:10.1016/j.recesp.2013.01.013
21. Tugwell P, Knottnerus JA. Multimorbidity and Comorbidity are now separate MESH headings. *J Clin Epidemiol*. 1 de enero de 2019;105:vi-viii. doi:10.1016/j.jclinepi.2018.11.019
22. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *The Annals of Family Medicine*. 1 de julio de 2009;7(4):357-63. doi:10.1370/afm.983
23. ACSA. Manual para la Acreditación de Competencias Profesionales. Enfermero/a de Práctica Avanzada en cuidados a personas con heridas crónicas complejas [Internet]. Sevilla: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía; 2017 [citado 20 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-de-Competencias-Enfermero-de-Practica-Avanzada-en-Cuidados-a-Personas-con-Heridas-Cronicas-Complejas.pdf>
24. Oliver Rosset E, Guerrero Bernat S, Soler Mieras A, Cabrer Palomes JF, Roca Casas A. Pla Estrategic de Seguretat del Pacient 2019-2023 [Internet]. Palma: Gerencia d'Atencio Primaria de Mallorca; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13003/18669>
25. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 22 de noviembre de 2003;327(7425):1219-21. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219
26. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms,



- Assessment, and Management of Dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 de febrero de 2012;185(4):435-52. doi:10.1164/rccm.201111-2042ST
27. WHO Regional Office for Europe. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases : report of a WHO working group [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c95e1dfc-fa37-44dc-9b93-d9492dd2ea13/content>
 28. Europe WHORO for. Improving patient education: a new guide for policy-makers and health professionals to support self-management of chronic conditions. WHO Europe News [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news/item/14-11-2023-improving-patient-education--a-new-guide-for-policy-makers-and-health-professionals-to-support-self-management-of-chronic-conditions>
 29. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Respiratory tract diseases [Internet]. 2026. Disponible en: <https://www.emro.who.int/health-topics/respiratory-tract-diseases/>
 30. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, Martinez FJ, Behr J, Brown KK, et al. An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Statement: Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Evidence-based Guidelines for Diagnosis and Management. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 de marzo de 2011;183(6):788-824. doi:10.1164/rccm.2009-040GL
 31. Disease GI for COL. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2025 Report) [Internet]. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD); 2025. Disponible en: https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/GOLD-2025-Report-v1.0-15Nov2024_WMV.pdf
 32. World Health Organization (WHO). Chronic respiratory diseases. WHO Fact Sheets [Internet]. 2026. Disponible en: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/chronic-respiratory-diseases>
 33. Martínez González C, Rego Fernández G. Enfermedades respiratorias de origen ocupacional. *Arch Bronconeumol*. diciembre de 2000;36(11):631-44. doi:10.1016/S0300-2896(15)30086-7



34. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steinke M, Turale S, Pulcini J, et al. International Council of Nurses Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020 [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2020 [citado 25 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
35. Prigmore S, Morris H, Armstrong A, Hope S, Heslop-Marshall K, Pollington J. A professional development framework for respiratory nursing. Br Thorac Soc Rep [Internet]. 2020;11(1):11 p. Disponible en: https://www.britthoracic.org.uk/media/455355/a-professional-development-framework-for-respiratory-nursing_may2020.pdf
36. García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, del Campo F, Galdiz JB, et al. Espirometría. Arch Bronconeumol. septiembre de 2013;49(9):388-401. doi:10.1016/j.arbres.2013.04.001
37. Connor L, Dean J, McNett M, Tydings DM, Shrout A, Gorsuch PF, et al. Evidence-based practice improves patient outcomes and healthcare system return on investment: Findings from a scoping review. Worldviews Evid Based Nurs. 8 de febrero de 2023;20(1):6-15. doi:10.1111/wvn.12621
38. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Aten Primaria. 2022;54(9):102395. doi:10.1016/j.aprim.2022.102395
39. Puente Maestu L, Marin Trigo JM, Burgos Rincón F, Cobos Barroso N, Casanova Macario C, Cueto Ladrón de Guevara A, et al. Manual SEPAR de Procedimientos. Modulo 3. Procedimientos de evaluación de la función pulmonar. Madrid: Luzan 5, S. A. de Ediciones; 2002.
40. Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews. 29 de enero de 2024;2024(1). doi:10.1002/14651858.CD001431.pub6
41. Humbert M, Kovacs G, Hoeper MM, Badagliacca R, Berger RMF, Brida M, et al. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Eur Heart J. 11 de octubre de 2022;43(38):3618-731. doi:10.1093/eurheartj/ehac237
42. Sarkar M, Niranjana N, Banyal P. Mechanisms of hypoxemia. Lung India. enero de 2017;34(1):47-60. doi:10.4103/0970-2113.197116



43. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al. Hospital at home admission avoidance. En: Shepperd S, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008. doi:10.1002/14651858.CD007491
44. Mandell LA, Read RC. Infections of the lower respiratory tract. En: Antibiotic and Chemotherapy. Elsevier; 2010. p. 574-88. doi:10.1016/B978-0-7020-4064-1.00045-2
45. World Health Organization (WHO). Innovation agenda for public health in the WHO European Region 2025–2030 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/987a13d7-aec8-41fc-b504-30d9fc74aa65/content>
46. Organización Panamericana de la Salud. Equipos interprofesionales de salud para la atención integrada [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 28 de julio de 2026]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329795>
47. Figueredo-Borda N, Ferrada-Videla M, Ramírez-Pereira M. Liderazgo clínico y estratégico: una competencia impostergable. Enfermería: Cuidados Humanizados. 17 de noviembre de 2021;10(2):01-2. doi:10.22235/ech.v10i2.2731
48. FundéuRAE. Monitorizar y monitorear, formas correctas en español [Internet]. FundéuRAE; 2018. Disponible en: <https://www.fundeu.es/recomendacion/monitorizar-y-monitorear-formas-correctas-en-espanol/>
49. NANDA International. Quiénes Somos [Internet]. 2023 [citado 17 de julio de 2023]. Nuestra Historia. Disponible en: <https://nanda.org/who-we-are/our-story/>
50. Butcher M, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 8.ª ed. Elsevier, editor. Barcelona; 2024. 2024 p.
51. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
52. Rodríguez González-Moro JM, Bravo Quiroga L, Alcázar Navarrete B, Alfageme Michavila I, Díaz Lobato S. Oxigenoterapia continua domiciliaria. Open Respiratory Archives. abril de 2020;2(2):33-45. doi:10.1016/j.opresp.2020.03.004
53. Luján M, Peñuelas Ó, Cinesi Gómez C, García-Salido A, Moreno Hernando J, Romero Berrocal A, et al. Sumario de las recomendaciones y puntos clave del Consenso de las Sociedades Científicas Españolas (SEPAR, SEMICYUC, SEMES; SECIP, SENeo,



- SEDAR, SENP) para la utilización de la ventilación no invasiva y terapia de alto flujo con cánulas nasales en el paciente adulto, pediátrico y neonatal con insuficiencia respiratoria aguda grave. *Med Intensiva*. junio de 2021;45(5):298-312. doi:10.1016/j.medin.2020.08.016
54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Acerca de las enfermedades respiratorias. CDC Respiratory Viruses [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/es/about/acerca-de-las-enfermedades-respiratorias.htm>
55. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jönsson P V, Carpenter I, et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. *JAMA*. 16 de marzo de 2005;293(11):1348-58. doi:10.1001/jama.293.11.1348
56. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 10 de diciembre de 2017;17(1):230. doi:10.1186/s12877-017-0621-2
57. Roe-Prior P. Evidence-Based Practice. *J Nurses Prof Dev*. mayo de 2022;38(3):177-8. doi:10.1097/NND.0000000000000907
58. Organization WH. Health promotion and disease prevention [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>
59. World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Ginebra: World Health Organization; 2021.
60. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 15 de octubre de 2013;188(8):e13-64. doi:10.1164/rccm.201309-1634ST
61. Rizzoli R, Reginster JY, Arnal JF, Bautmans I, Beaudart C, Bischoff-Ferrari H, et al. Quality of Life in Sarcopenia and Frailty. *Calcif Tissue Int*. 2013;93(2):101-20. doi:10.1007/s00223-013-9758-y
62. Ministerio de Sanidad. Seguridad del paciente profesionales [Internet]. 2024. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/participacion/profesionales.htm>
63. Rezoagli E, Nova A, Carteaux G, Giani M, Grieco DL, Pettenuzzo T, et al. A clinical guide to non-invasive respiratory support in acute respiratory failure: ventilation



- settings, technical optimization and clinical indications. *Crit Care*. 18 de noviembre de 2025;29(1):496. doi:10.1186/s13054-025-05730-y
64. Berkhof FF, van den Berg JWK, Uil SM, Kerstjens HAM. Telemedicine, the effect of nurse-initiated telephone follow up, on health status and health-care utilization in COPD patients: A randomized trial. *Respirology*. 1 de febrero de 2015;20(2):279-85. doi:10.1111/resp.12437
65. Sorino C, Negri S, Spanevello A, Visca D, Scichilone N. Inhalation therapy devices for the treatment of obstructive lung diseases: the history of inhalers towards the ideal inhaler. *Eur J Intern Med*. mayo de 2020;75:15-8. doi:10.1016/j.ejim.2020.02.023
66. Pacheco A, de Diego A, Domingo C, Lamas A, Gutierrez R, Naberan K, et al. Tos crónica. *Arch Bronconeumol*. noviembre de 2015;51(11):579-89. doi:10.1016/j.arbres.2015.03.019
67. Morice AH, Millqvist E, Bieksiene K, Birring SS, Dicipinigaitis P, Domingo Ribas C, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. *European Respiratory Journal*. enero de 2020;55(1):1901136. doi:10.1183/13993003.01136-2019
68. Batlló JP, Arráez MA, Tascón MV, Mont AP, Fernández RMM, Mas RR. Protocolo PATRA: herramienta de transferencia física del paciente crítico. *Index de Enfermería*. 17 de febrero de 2025;34(2):e15604-e15604. doi:10.58807/indexenferm20257142
69. López-Padilla D, Corral Blanco M, Ferrer Espinosa S, Romero Peralta S, Sampol J, Terán Tinedo JR, et al. Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios: preguntas y respuestas. *Open Respiratory Archives*. octubre de 2022;4(4):100220. doi:10.1016/j.opresp.2022.100220
70. Duiverman ML, Ribeiro C, Tonia T, Hazenberg A, van Meerloo S, van Meerloo H, et al. European Respiratory Society clinical practice guideline on telemedicine in home mechanical ventilation. *European Respiratory Journal*. noviembre de 2025;66(5):2500094. doi:10.1183/13993003.00094-2025
71. Integrated care for older people : guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. World Health Organization; 2017. 46 p.
72. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española [Internet]. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; 2026 [citado 24 de mayo de 2024].



- Disponible en:
https://www.consejogeneralenfermeria.org/images/Codigo_deontologico_CGE_2026.pdf
73. José RJ. Respiratory infections: a global burden. *Ann Res Hosp* [Internet]. 2018;2(9). Disponible en: <https://arh.amegroups.org/article/view/4514>
74. Chang AB, Gray DM, Boonjindasup W, Irwin RS, Feng W, Beltetón E, et al. The impact of child and adolescent health on adult respiratory health: the evidence, gaps and priorities. *European Respiratory Review*. 20 de agosto de 2025;34(177):250044. doi:10.1183/16000617.0044-2025
75. Ren C, Li J, Zheng B, Li R, Cao N, Zhang Y, et al. Global, regional, and national burden and attributable risk factors of chronic respiratory diseases from 1990 to 2021 and projections to 2030. *Intern Emerg Med*. 2025;20(8):2443-54. doi:10.1007/s11739-025-04149-1
76. Sirota SB, Doxey MC, Dominguez RMV, Bender RG, Vongpradith A, Albertson SB, et al. Global, regional, and national burden of upper respiratory infections and otitis media, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Infect Dis*. 1 de enero de 2025;25(1):36-51. doi:10.1016/S1473-3099(24)00430-4
77. Sirota SB, Bender RG, Dominguez RMV, Movo A, Swetschinski LR, Araki DT, et al. Global burden of lower respiratory infections and aetiologies, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Infect Dis*. 1 de abril de 2026;26(4):343-61. doi:10.1016/S1473-3099(25)00689-9
78. Jiang QQ, Zhang XY, Yu X, Liu YD, Pan W, Xue J. Global, regional, and national trends in the disease burden and inequality of lower respiratory infections, 1990 to 2021: A systematic analysis of the 2021 global burden of disease study. *Medicine* [Internet]. 2025;104(37). Disponible en: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2025/09120/global,_regional,_and_national_trends_in_the.134.aspx
79. Troeger C, Blacker B, Khalil IA, Rao PC, Cao J, Zimsen SRM, et al. Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Infect Dis*. 1 de noviembre de 2018;18(11):1191-210. doi:10.1016/S1473-3099(18)30310-4



80. Esneau C, Duff AC, Bartlett NW. Understanding Rhinovirus Circulation and Impact on Illness. *Viruses*. 13 de enero de 2022;14(1):141. doi:10.3390/v14010141
81. Moriyama M, Hugentobler WJ, Iwasaki A. Seasonality of Respiratory Viral Infections. *Annu Rev Virol*. 29 de septiembre de 2020;7(1):83-101. doi:10.1146/annurev-virology-012420-022445
82. Craven DE, Hudcova J, Lei Y. Diagnosis of Ventilator-Associated Respiratory Infections (VARI): Microbiologic Clues for Tracheobronchitis (VAT) and Pneumonia (VAP). *Clin Chest Med*. septiembre de 2011;32(3):547-57. doi:10.1016/j.ccm.2011.06.001
83. Informe EPINE España 2021 [Internet]. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene; diciembre de 2021. Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2021%20EPINE%20Informe%20España%2027122021.pdf/reports-esp>
84. Ministerio de Sanidad. Proyecto Neumonía Zero [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2022. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/proyectos/financiacionEstudios/colaboracionSSCC/semicyuc/neumoniaZero.htm>
85. Mart MF, Ware LB. The long-lasting effects of the acute respiratory distress syndrome. *Expert Rev Respir Med*. 2 de junio de 2020;14(6):577-86. doi:10.1080/17476348.2020.1743182
86. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Enfermedades respiratorias crónicas en la Región Europea de la OMS [Internet]. 2025 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/381512>
87. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte (2011-2022) [Internet]. 2023 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=46687&L=0>
88. World Health Organization. Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/groups/global-alliance-against-chronic-respiratory-diseases-\(gard\)](https://www.who.int/groups/global-alliance-against-chronic-respiratory-diseases-(gard))
89. Matera MG, Hanania NA, Maniscalco M, Cazzola M. Pharmacotherapies in Older Adults with COPD: Challenges and Opportunities. *Drugs Aging*. 2023;40(7):605-19. doi:10.1007/s40266-023-01038-0



90. Rieckert A, Trampisch US, Klaaßen-Mielke R, Drewelow E, Esmail A, Johansson T, et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: a cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):113. doi:10.1186/s12875-018-0795-5
91. Roberts ER, Green D, Kadam UT. Chronic condition comorbidity and multidrug therapy in general practice populations: a cross-sectional linkage study. *BMJ Open*. 1 de julio de 2014;4(7):e005429. doi:10.1136/bmjopen-2014-005429
92. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Enfermedades Respiratorias en el Sistema Nacional de Salud: actualización 2024 [Internet]. Madrid; 2024 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/>
93. Grupo de Trabajo de GesEPOC. GUÍA Española de la EPOC (GesEPOC) [Internet]. Madrid; 2021 [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://gesepocsepar.com/#contenido>
94. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2026 update. *Lancet Respir Med*. 1 de febrero de 2026;14(2):e14-5. doi:10.1016/S2213-2600(25)00432-1
95. Soler-Cataluña JJ, Piñera P, Trigueros JA, Calle M, Casanova C, Cosío BG, et al. Actualización 2021 de la guía española de la EPOC (GesEPOC). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de agudización de la EPOC. *Arch Bronconeumol*. febrero de 2022;58(2):159-70. doi:10.1016/j.arbres.2021.05.011
96. Sánchez-Zaballos M, Martín-Vaquero Y, Díaz-Pérez D, Peña-Otero D. Educational interventions during the hospitalisation of patients with chronic respiratory disease: A systematic review. *Int J Nurs Stud Adv*. junio de 2026;10:100520. doi:10.1016/j.ijnsa.2026.100520
97. Álvarez-Gutiérrez FJ, Blanco Aparicio M, Casas Maldonado F, Plaza V, Soto Campos G, González-Barcala FJ, et al. Consensus document for Severe Asthma. 2025 Update. *Open Respiratory Archives*. 1 de octubre de 2025;7(4):100486. doi:10.1016/J.OPRESP.2025.100486 PubMed PMID: 41049458.
98. Zhang X ying, Wang X jun, Liu J. Effectiveness of Nursing Intervention for Managing Paediatric Asthma: A Meta-Analysis. *Int J Nurs Pract*. 12 de diciembre de 2025;31(6). doi:10.1111/ijn.70074
99. Vaquero-Lozano P, Lassaletta-Goñi I, Giner-Donaire J, Gómez-Neira M del C, Serra-Batlles J, García-García R, et al. Asthma 2020 Nursing Consensus Document. *Open*



- Respiratory Archives. 1 de enero de 2021;3(1):100079. doi:10.1016/J.OPRESP.2020.100079 PubMed PMID: 37497358.
100. Stridsman C, Zakrisson A, Sterner T. Nurses specialized through higher education in asthma, allergy and COPD. Experiences from a Swedish perspective – a winning concept for the clinic. *European Respiratory Journal*. 2022;60(Suppl. 66):153.
 101. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AAPH, Elbers RG, Van Aalderen WM. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 28 de febrero de 2013;2013(2). doi:10.1002/14651858.CD009296.pub2
 102. Martínez-García MÁ, Máiz L, Oliveira C, Girón RM, de la Rosa D, Blanco M, et al. Normativa sobre el tratamiento de las bronquiectasias en el adulto. *Arch Bronconeumol*. febrero de 2018;54(2):88-98. doi:10.1016/j.arbres.2017.07.016
 103. Chalmers JD, Haworth CS, Flume P, Long MB, Burgel PR, Dimakou K, et al. European Respiratory Society clinical practice guideline for the management of adult bronchiectasis. *European Respiratory Journal*. diciembre de 2025;66(6):2501126. doi:10.1183/13993003.01126-2025
 104. Leary PJ, Lindstrom M, Johnson CO, Emmons-Bell S, Rich S, Corris PA, et al. Global, regional, and national burden of pulmonary arterial hypertension, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Respir Med*. enero de 2025;13(1):69-79. doi:10.1016/S2213-2600(24)00295-9
 105. Barberà JA, Román A, Gómez-Sánchez MÁ, Blanco I, Otero R, López-Reyes R, et al. Guía de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión pulmonar: resumen de recomendaciones. *Arch Bronconeumol*. abril de 2018;54(4):205-15. doi:10.1016/j.arbres.2017.11.014
 106. Miravittles M, Dirksen A, Ferrarotti I, Koblizek V, Lange P, Mahadeva R, et al. European Respiratory Society statement: diagnosis and treatment of pulmonary disease in α 1-antitrypsin deficiency. *European Respiratory Journal*. 30 de noviembre de 2017;50(5):1700610. doi:10.1183/13993003.00610-2017
 107. Calle Rubio M, López-Campos JL, Casas Maldonado F, Torres Durán M, Rigau Comas D, Barrecheguren M, et al. Spanish Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Alpha-1 Antitrypsin Deficiency: 2026 Update. *Arch Bronconeumol*. junio de 2026. doi:10.1016/j.arbres.2026.06.004
 108. Tejwani V, Nowacki AS, Fye E, Sanders C, Stoller JK. The Impact of Delayed Diagnosis of Alpha-1 Antitrypsin Deficiency: The Association Between Diagnostic



- Delay and Worsened Clinical Status. *Respir Care*. 26 de agosto de 2019;64(8):915-22. doi:10.4187/respcare.06555
109. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Manual de consulta en las Enfermedades Pulmonares Intersticiales Difusas [Internet]. SEPAR. Disponible en: <https://www.separ.es/manual-epid>
110. Alonso Leon A, Baiges Badia M, Fernandez Sanchez SP, Santos Arranz M. Fibrosis pulmonar: Guía de recomendaciones practicas en enfermeria. Ayuso Murillo D, Fontan Vinagre G, editores. Madrid: Consejo General de Enfermeria de Espana; 2025.
111. Feary J, Suojalehto H, Cullinan P. Introduction. En: *Occupational and Environmental Lung Disease*. European Respiratory Society; 2020. doi:10.1183/2312508X.10023620
112. Feary J, Lindstrom I, Huntley CC, Suojalehto H, de la Hoz RE. Occupational lung disease: when should I think of it and why is it important? *Breathe*. 13 de junio de 2023;19(2):230002. doi:10.1183/20734735.0002-2023
113. Yates DH, Johnson AR. Silicosis and other silica-related lung disorders. En: *Occupational and Environmental Lung Disease*. European Respiratory Society; 2020. doi:10.1183/2312508X.10034819
114. Bennett K, Brims FJH. Asbestosis. En: *Occupational and Environmental Lung Disease*. European Respiratory Society; 2020. doi:10.1183/2312508X.10034619
115. Salud OM de la. El radon y sus efectos en la salud. OMS Notas descriptivas [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/radon-and-health>
116. Sanidad M de. Plan Nacional contra el Radon. Coleccion Estudios, Informes e Investigacion [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadAmbiental/riesgosAmbientales/radon/publicaciones/docs/Plan_Nacional_contra_el_Radon.pdf
117. Hamran S, Alnoubani Z, Elsherif R, Gatalica Z, Vranic S, Babu GR. Epidemiology and Prevention of Lung Cancer in Europe: A review of Burden, Disparities, and the Path to Equitable Early Detection. *Acta Med Acad*. 24 de junio de 2026. doi:10.5644/ama2006-124.511
118. Yusuf RA, Mbonane TP, Rathebe PC. Indoor Radon Exposure Among Schoolchildren: A Systematic Review of Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 27 de mayo de 2026;23(6):712. doi:10.3390/ijerph23060712



119. Chang JL, Goldberg AN, Alt JA, Mohammed A, Ashbrook L, Auckley D, et al. International Consensus Statement on Obstructive Sleep Apnea. *Int Forum Allergy Rhinol.* 30 de julio de 2023;13(7):1061-482. doi:10.1002/alr.23079
120. Forum of International Respiratory Societies. The global impact of respiratory disease. Third Edition. *Chest* [Internet]. 2021 [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://firsnet.org/publication/the-global-impact-of-respiratory-disease-3rd-edition/>
121. Herzlinger RE. *Innovating in healthcare: creating breakthrough services, products, and business models.* Hoboken, New Jersey: Wiley; 2021.
122. Bloch H, Metcalfe S. Innovation, creative destruction, and price theory. *Industrial and Corporate Change.* 1 de febrero de 2018;27(1):1-13. doi:10.1093/icc/dtx020
123. WHO Regional Office for the Western Pacific. A case study compendium: Health Innovation in the Western Pacific [Internet]. Manila; 2023 [citado 19 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290620297>
124. WHO Regional Office for the Western Pacific. Leveraging innovations to accelerate health impact and shape well-being [Internet]. septiembre de 2023 [citado 19 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/publications/m/item/WPR-2023-RDO-003>
125. WHO Global Observatory for eHealth. mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies: Second Global Survey on eHealth [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44607>
126. Lu J wen, Wang Y, Sun Y, Zhang Q, Yan L ming, Wang Y xi, et al. Effectiveness of Telemonitoring for Reducing Exacerbation Occurrence in COPD Patients With Past Exacerbation History: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne).* 2021;Volume 8-2021. doi:10.3389/fmed.2021.720019
127. Zhuang M, Hassan II, W Ahmad WMA, Abdul Kadir A, Liu X, Li F, et al. Effectiveness of Digital Health Interventions for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res.* 2025;27:e76323. doi:10.2196/76323
128. Watson A, Wilkinson TMA. Digital healthcare in COPD management: a narrative review on the advantages, pitfalls, and need for further research. *Ther Adv Respir Dis.* 2 de enero de 2022;16. doi:10.1177/17534666221075493



129. Early F, Young J, Robinshaw E, Mi E, Mi E, Fuld J. A case series of an off-the-shelf online health resource with integrated nurse coaching to support self-management in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. octubre de 2017;Volume 12:2955-67. doi:10.2147/COPD.S139532
130. Albalwi WA, Albalawi SA, Mikhizne SIA, Aldhafeeri HKA, Alshahrani SN, Alotabi SM, et al. An In-Depth Analysis of Advanced Practice Nurses' Roles in Telemedicine: Evaluating the Impact of Artificial Intelligence on Healthcare Delivery and Patient Outcomes. *Journal of Ecohumanism*. 29 de diciembre de 2024;3(8):13281-13287-13281 - 13287. doi:10.62754/JOE.V3I8.6237
131. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Enfermería Respiratoria [Internet]. 2025 [citado 23 de junio de 2025]. ENFERMERÍA RESPIRATORIA | SEPAR. Disponible en: <https://www.separ.es/enfermeria-formacion>
132. Sanidad M de. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud. Documento de Desarrollo 2025-2028 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/EAC_2026_DocumentoDesarrollo.pdf
133. Alvarez Lerma F, Nuvials Casals X, Catalan Gonzalez M, Garnacho Montero J, Alvarez Gonzalez M, Fernandez Moreno I, et al. Prevencion de las infecciones relacionadas con dispositivos invasivos en pacientes criticos. Proyectos Zero [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2025/docs/prevencion_infecciones_dispositivos_invasivos_ACCESIBLE.pdf
134. European Respiratory Society. Nurses Group 09.03 [Internet]. 2025 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ersnet.org/the-society/nurses-group-09-03/>
135. International Council of Nurses (ICN). ICN - International Council of Nurses [Internet]. 2025 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.icn.ch/>
136. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2025 [Internet]. Paris: OECD Publishing; noviembre de 2025 [citado 19 de mayo de 2026]. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html doi:10.1787/8f9e3f98-en



137. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment: WHO Global Report [Internet]. Geneva; 2005. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43314>
138. World Health Organization. Asthma [Internet]. 2024 [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
139. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet]. 2025 [citado 1 de diciembre de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
140. European Union. Respiratory diseases statistics - Statistics Explained - Eurostat [Internet]. 2025 [citado 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Respiratory_diseases_statistics
141. Sanidad M de. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024. Informes, Estudios e Investigación [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnual2024/INFORME_ANUAL_2024.pdf
142. Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID), Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SOMAMFYC), Sociedad Madrileña de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Madrid), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG Madrid). INTEGRA-EPOC: documento de actuación integral para el control de la EPOC [Internet]. Madrid: NEUMOMADRID; 2011. Disponible en: <https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/integraa52.pdf>
143. Boers E, Barrett M, Su JG, Benjafield A V., Sinha S, Kaye L, et al. Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Through 2050. JAMA Netw Open. 7 de diciembre de 2023;6(12):e2346598. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.46598
144. Zhang L, Jiang H, Yang G, Zhang J, Yuan S, Chen J, et al. Global, regional and national burden of asthma from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. BMJ Open Respir Res. julio de 2025;12(1):e003144. doi:10.1136/bmjresp-2025-003144



145. Coalition IR. Asthma [Internet]. International Respiratory Coalition; 2024. Disponible en: <https://international-respiratory-coalition.org/diseases/asthma/>
146. Alvarez-Gutiérrez FJ, Blanco-Aparicio M, Casas-Maldonado F, Plaza V, González-Barcala FJ, Carretero-García JÁ, et al. [Consensus document for severe asthma in adults. 2022 update]. Open respiratory archives. 1 de julio de 2022;4(3). doi:10.1016/J.OPRESP.2022.100192 PubMed PMID: 37496585.
147. Scotet V, L'Hostis C, Férec C. The Changing Epidemiology of Cystic Fibrosis: Incidence, Survival and Impact of the CFTR Gene Discovery. Genes (Basel). 26 de mayo de 2020;11(6):589. doi:10.3390/genes11060589
148. Cabrera López C, Urrutia Landa I, Jiménez-Ruiz CA. Año SEPAR por la calidad del aire. Papel de la SEPAR en favor del control del cambio climático. Arch Bronconeumol. mayo de 2021;57(5):313-4. doi:10.1016/j.arbres.2021.03.003
149. International Respiratory Coalition. Pulmonary arterial hypertension (PAH) [Internet]. International Respiratory Coalition; 2024. Disponible en: <https://international-respiratory-coalition.org/diseases/pah-and-cteph/>
150. International Respiratory Coalition. Obstructive sleep apnoea [Internet]. International Respiratory Coalition; 2024. Disponible en: <https://international-respiratory-coalition.org/diseases/obstructive-sleep-apnoea/>
151. American Cancer Society (ACS). Cancer Facts & Figures 2025 [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2025. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2025/2025-cancer-facts-and-figures-acf.pdf>
152. International Respiratory Coalition. Lung cancer [Internet]. International Respiratory Coalition; 2024. Disponible en: <https://international-respiratory-coalition.org/diseases/lung-cancer/>
153. Gibson GJ, Loddenkemper R, Lundbäck B, Sibille Y. Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book. European Respiratory Journal. 2 de septiembre de 2013;42(3):559-63. doi:10.1183/09031936.00105513
154. European Respiratory Society (ERS). The burden of lung disease [Internet]. 2023 [citado 2 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ersnet.org/wp-content/uploads/2023/01/Overview.pdf>



155. Consejo Económico y Social. El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Informe 01/2024 [Internet]. Madrid: CES; 2024. Disponible en: https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf
156. Goeminne PC, Hernandez F, Diel R, Filonenko A, Hughes R, Juelich F, et al. The economic burden of bronchiectasis – known and unknown: a systematic review. *BMC Pulm Med*. 28 de diciembre de 2019;19(1):54. doi:10.1186/s12890-019-0818-6
157. de la Rosa D, Martínez-García MA, Oliveira C, Girón R, Máiz L, Prados C. Annual direct medical costs of bronchiectasis treatment. *Chron Respir Dis*. 7 de noviembre de 2016;13(4):361-71. doi:10.1177/1479972316643698
158. Roldán-Valcárcel MD, Beteta-Fernández D, Iniesta-Alcázar J, Navarro-Egea AP, Pérez-Luján R, Roldán-Valcárcel MD, et al. Gestión de casos: análisis de costo eficiencia en continuidad de cuidados de Pacientes Crónicos Complejos. *Enfermería Global*. 2023;22(72):77-103. doi:10.6018/EGLOBAL.561651
159. Sandhu S, Sharma A, Cholera R, Bettger JP. Integrated Health and Social Care in the United States: A Decade of Policy Progress. *Int J Integr Care*. 29 de octubre de 2021;21(4). doi:10.5334/ijic.5687
160. Commission E. European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing [Internet]. European Commission; 2024. Disponible en: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>
161. Nieto Cano S, Golpe Gómez R, Pérez de Llano LA. Necesidad de cuidados paliativos en pacientes respiratorios crónicos con patología no neoplásica. *Arch Bronconeumol*. enero de 2018;54(1):57. doi:10.1016/j.arbres.2017.07.018
162. de Miguel-Díez J, Castillo-Padrós M, Figueira-Gonçalves JM, Torres-Castro R, Gainza-Miranda D, Golpe R, et al. Consensus Document on the Multidisciplinary Management of Advanced-Stage Respiratory Diseases. *Arch Bronconeumol*. julio de 2026;62(7):481-98. doi:10.1016/j.arbres.2026.01.014
163. Almonacid C, Soriano JB, Fontán MG, González López-Valcárcel B, Hernández C, Manzanera R, et al. Equity in Respiratory Health: Actionable Recommendations for Spain. *Open Respiratory Archives*. octubre de 2025;7(4):100487. doi:10.1016/j.opresp.2025.100487
164. López-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodríguez F, Roberts CM. European COPD Audit: design, organisation of work and methodology. *European Respiratory Journal*. febrero de 2013;41(2):270-6. doi:10.1183/09031936.00021812



165. Ágora de Enfermería. Fórum Enfermero del Mediterráneo. Unidades de Gestión Clínica: oportunidades y retos [Internet]. Ágora de Enfermería; 2015. Disponible en: https://www.agoradenfermeria.eu/magazine/articles/043_forum_es.pdf
166. Gan H, Hou X, Zhu Z, Xue M, Zhang T, Huang Z, et al. Smoking: a leading factor for the death of chronic respiratory diseases derived from Global Burden of Disease Study 2019. BMC Pulm Med. 20 de diciembre de 2022;22(1):149. doi:10.1186/s12890-022-01944-w
167. Rochester CL, Alison JA, Carlin B, Jenkins AR, Cox NS, Bauldoff G, et al. Pulmonary Rehabilitation for Adults with Chronic Respiratory Disease: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 15 de agosto de 2023;208(4):e7-26. doi:10.1164/rccm.202306-1066ST
168. McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 24 de febrero de 2015;2015(2). doi:10.1002/14651858.CD003793.PUB3 PubMed PMID: 25705944.
169. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2026 Report) [Internet]. noviembre de 2025 [citado 3 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/>
170. Ministerio de Sanidad SS e I. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/EPOC_version_junio_2014.pdf
171. Garcia Lopez JJ, Nieto Barbero MA, Hernando Sanz A, Puente Maestu L, Ussetti Gil MP, Pardo Hernandez A, et al., editores. Indicadores de calidad en enfermedades respiratorias [Internet]. 2.^a ed. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2023. Disponible en: https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/Indicadores_calidad_NM-2_ed.pdf
172. Benson T. Why health services should use generic PROMs and PREMs. BMJ Open Qual. 13 de octubre de 2025;14(4):e003435. doi:10.1136/bmjopen-2025-003435



173. Mohamed AAI. Understanding and Implementing PROMs and PREMs in Healthcare Quality Frameworks. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*. 15 de octubre de 2025;8(4):177-9. doi:10.36401/JQSH-25-X8
174. Williams K, Sansoni J, Morris D. Patient-reported outcome measures: literature review. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2016.
175. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 3 de enero de 2013;3(1):e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570
176. Sanidad M de. Informe PaRIS-Patient-Reported Indicators Survey. Indicadores de resultados y experiencias referidos por los pacientes atendidos en Atención Primaria [Internet]. Alfaro Latorre M, Zoni AC, Neira Leon M, editores. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/PaRIS/docs/InformeNacionalPaRIS.pdf>
177. Development O for EC operation and. Measuring What Matters: The Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). Patient-reported indicators for assessing health system performance [Internet]. Paris: OECD; 2019. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/>
178. Bertran MJ, Viñarás M, Salamero M, Garcia F, Graham C, McCulloch A, et al. Spanish and Catalan translation, cultural adaptation and validation of the Picker Patient Experience Questionnaire-15. *J Healthc Qual Res*. enero de 2018;33(1):10-7. doi:10.1016/j.jcali.2017.12.004
179. Mira JJ, Nuño-Solinís R, Guilabert-Mora M, Solas-Gaspar O, Fernández-Cano P, González-Mestre MA, et al. Development and Validation of an Instrument for Assessing Patient Experience of Chronic Illness Care. *Int J Integr Care*. 31 de agosto de 2016;16(3). doi:10.5334/ijic.2443
180. Sevilla-Gonzalez MDR, Moreno Loaeza L, Lazaro-Carrera LS, Bourguet Ramirez B, Vázquez Rodríguez A, Peralta-Pedrero ML, et al. Spanish Version of the System Usability Scale for the Assessment of Electronic Tools: Development and Validation. *JMIR Hum Factors*. 16 de diciembre de 2020;7(4):e21161. doi:10.2196/21161
181. Osorio D, Plana MN, Rubio-Valera M, Muñoz-Miguel J, Bolívar I, Franco MT, et al. Patient-Reported Incident Measure (PRIM) tools for reporting patient safety



- incidents: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 23 de junio de 2025;15(6):e096983. doi:10.1136/bmjopen-2024-096983 PubMed PMID: 40550710.
182. Weldring T, Smith SMS. Article Commentary: Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights*. 4 de enero de 2013;6. doi:10.4137/HSI.S11093
183. Nursing Now Challenge [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nursingnow.org/>
184. World Health Organization (WHO). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
185. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). PACIENTES | SEPAR [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.separ.es/pacientes>
186. European Respiratory Society (ERS). European Lung Foundation (ELF) [Internet]. [citado 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://europeanlung.org/en/>
187. American Thoracic Society. Patient Resources [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://site.thoracic.org/patient-resources>
188. International Coalition of Respiratory Nurses (ICRN). About the ICRN [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.icrespinurses.com/>
189. Alonso SA, Christensen HM, Díaz-Pérez D, Narsavage G, Padilha JM, Quijano-Campos JC, et al. Do we need tailored training and development plans for European Union respiratory nurses? *Breathe*. 1 de junio de 2020;16(2):200010. doi:10.1183/20734735.0010-2020 PubMed PMID: 32684996.
190. Šajnić A, Kelly C, Smith S, Heslop-Marshall K, Axelsson M, Padilha JM, et al. Need and baseline for harmonising nursing education in respiratory care: preliminary results of a global survey. *Breathe (Sheff)*. 1 de septiembre de 2022;18(3). doi:10.1183/20734735.0172-2021 PubMed PMID: 36340825.
191. Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers*. 2010;(54). doi:10.1787/5kmbrcfms5g7-en



192. Schober M. Desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada: contexto internacional. *Enferm Clin* [Internet]. 2019;29(2):63-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30201468>
193. De Raeve P, Davidson PM, Bergs J, Patch M, Jack SM, Castro-Ayala A, et al. Advanced practice nursing in Europe—Results from a pan-European survey of 35 countries. *J Adv Nurs*. 2024;80(1):377-86. doi:10.1111/jan.15775
194. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing Economics* [Internet]. 2011;29(5):230-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22372080/>
195. Lopatina E, Donald F, DiCenso A, Martin-Misener R, Kilpatrick K, Bryant-Lukosius D, et al. Economic evaluation of nurse practitioner and clinical nurse specialist roles: A methodological review. *Int J Nurs Stud*. julio de 2017;72:71-82. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.04.012
196. Sichieri K, Regina Secoli S. Cost-effectiveness analysis of the implementation of advanced practice nursing: how to move forward? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2022;56(spe). doi:10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0463en
197. Coors M, Schüttig W, Reber KC, Darius H, Holzgreve A, Karmann S, et al. Cost-effectiveness and cost-utility analysis of a nurse-led, transitional care model to improve care coordination for patients with cardiovascular diseases: results from the “Cardiolotse” study. *The European Journal of Health Economics*. 6 de julio de 2025;26(5):697-710. doi:10.1007/s10198-024-01734-7
198. Abraham CM, Norful AA, Stone PW, Poghosyan L. Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review. *Nurs Econ*. 2019;37(6):293-305. PubMed PMID: 34616101.
199. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*. 8 de junio de 2015;5(6):e007167. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167
200. Roots A, MacDonald M. Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Hum Resour Health*. 11 de diciembre de 2014;12(1):69. doi:10.1186/1478-4491-12-69



201. Htay M, Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *Int J Nurs Stud Adv*. noviembre de 2021;3:100034. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100034
202. Jakimowicz M, Williams D, Stankiewicz G. A systematic review of experiences of advanced practice nursing in general practice. *BMC Nurs*. 18 de diciembre de 2017;16(1):6. doi:10.1186/s12912-016-0198-7
203. Woo BFY, Lee JXY, Tam WWS. The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Hum Resour Health*. 11 de diciembre de 2017;15(1):63. doi:10.1186/s12960-017-0237-9
204. Serena A, Dwyer AA, Peters S, Eicher M. Acceptance of the Advanced Practice Nurse in Lung Cancer Role by Healthcare Professionals and Patients: A Qualitative Exploration. *Journal of Nursing Scholarship*. 22 de septiembre de 2018;50(5):540-8. doi:10.1111/jnu.12411
205. Yorke J, Prigmore S, Hodson M, Stonham C, Long H, Bellhouse S, et al. Evaluation of the current landscape of respiratory nurse specialists in the UK: planning for the future needs of patients. *BMJ Open Respir Res*. 1 de julio de 2017;4(1). doi:10.1136/BMJRESP-2017-000210 PubMed PMID: 28912954.
206. Taylor SJC, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef HJM, Esmond G, et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review of evidence. *BMJ*. 3 de septiembre de 2005;331(7515):485. doi:10.1136/bmj.38512.664167.8F
207. Aranburu-Imatz A, López-Carrasco J de la C, Moreno-Luque A, Jiménez-Pastor JM, Valverde-León M del R, Rodríguez-Cortés FJ, et al. Nurse-Led Interventions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(15). doi:10.3390/ijerph19159101
208. National Board for Respiratory Care. Certified Asthma Educator (AE-C) - The National Board for Respiratory Care [Internet]. [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nbrc.org/examinations/certified-asthma-educator-ae-c/>
209. Unsworth J, Greene K, Ali P, Lillebø G, Mazilu DC. Advanced practice nurse roles in Europe: Implementation challenges, progress and lessons learnt. *Int Nurs Rev*. 1 de junio de 2024;71(2):299-308. doi:10.1111/INR.12800 PubMed PMID: 36094718.



210. Dos Santos Castro Padilha JM, Silva RP, Macedo F, others. International curriculum for nurses working with respiratory patients – why do we need it? A Portuguese perspective. *European Respiratory Journal*. 2022;60(Suppl. 66):2038.
211. Nursing and Midwifery Board of Ireland. Advanced Practice (Nursing) Standards and Requirements [Internet]. Dublin; 2017 [citado 20 de noviembre de 2025]. Disponible en: [https://www.nmbi.ie/Education/Standards-and-Requirements/Advanced-Practice-\(Nursing\)-Standards-and-Requirem](https://www.nmbi.ie/Education/Standards-and-Requirements/Advanced-Practice-(Nursing)-Standards-and-Requirem)
212. Murray B. An exploration of the experiences of respiratory clinical nurse specialists (CNS) and advance nurse practitioners (ANP) in Irish healthcare settings. *European Respiratory Journal*. 2022;60(Suppl. 66):1797.
213. Viglino D, L'her E, Maltais F, Maignan M, Lellouche F. Evaluation of a new respiratory monitoring tool “Early Warning ScoreO2” for patients admitted at the emergency department with dyspnea. *Resuscitation*. 1 de marzo de 2020;148:59-65. doi:10.1016/j.resuscitation.2020.01.004 PubMed PMID: 31945431.
214. Roberts N, Welch L, Kelly C, Lippiett K. Informing future nursing: An exploration of respiratory teaching in the pre-registration nurse curriculum. *Nurse Educ Pract*. noviembre de 2021;57:103254. doi:10.1016/j.nepr.2021.103254
215. Fletcher M, Hernández C. An exciting future for respiratory nurses? *Chron Respir Dis*. 2006;3(4):177-8. doi:10.1177/1479972306070067 PubMed PMID: 17190119.
216. Sevilla S. The implementation of advanced practice nursing in Catalonia. [Barcelona]: Universitat de Barcelona; 2018.
217. Alotaibi AN, Alanazi EM, Alsubaie HS, Alotaibey MH. The Impact of Nursing Interventions on Patient Care Outcomes: A Systematic Review of Evidence-Based Practices and Holistic Approaches. *Journal of Posthumanism*. 21 de diciembre de 2024;4(3):1606-16. doi:10.63332/joph.v4i3.3354
218. Hughes F. Nurses are the voice to lead. *J Nurs Manag*. 1 de marzo de 2017;25(2):83-4. doi:10.1111/JONM.12472;WGROU:STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 28251723.
219. Helvaci A, Gok Metin Z. The effects of nurse-driven self-management programs on chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 28 de noviembre de 2020;76(11):2849-71. doi:10.1111/jan.14505



220. Steiner MC, Ryan L, Valero-Sanchez I, Umerah O, Ward TJC. Integrated care for chronic respiratory disease: a narrative review. *European Respiratory Review*. 13 de abril de 2026;35(180):250192. doi:10.1183/16000617.0192-2025
221. Chuang C. Transition of Patients with COPD Across Different Care Settings: Challenges and Opportunities for Hospitalists. *Hosp Pract*. 13 de febrero de 2012;40(1):176-85. doi:10.3810/hp.2012.02.958
222. Winck JC, Scala R. Types of Respiratory Intermediate Care Units. *Barcelona Respiratory Network*. 23 de abril de 2026;8(3). doi:10.23866/BRNRev:2022-M0078
223. Slang R, Finsrud LT, Olsen BF. Nursing interventions in intensive care unit patients with breathing difficulties: A scoping review of the evidence. *Nord J Nurs Res*. 18 de diciembre de 2020;40(4):176-87. doi:10.1177/2057158520948834
224. Schwartzman K, Duquette G, Zaoudé M, Dion MJ, Lagacé MA, Poitras J, et al. Respiratory day hospital: a novel approach to acute respiratory care. *CMAJ*. 16 de octubre de 2001;165(8):1067-71. PubMed PMID: 11699705.
225. Lourido-Cebreiro T, Rodríguez-García C, Gude F, Valdés L. Is a Respiratory Day Hospital Useful in Patients with Severe Disease? *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*. julio de 2017;53(7):400-2. doi:10.1016/j.arbr.2017.05.007
226. Huertas D, Montón C, Marín A, Solanes I, López-Sánchez M, Pomares X, et al. Effectiveness of a Respiratory Day Hospital Program to Reduce Admissions for Exacerbation in Patients with Severe COPD: A Prospective, Multicenter Study. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 4 de mayo de 2017;14(3):304-10. doi:10.1080/15412555.2017.1279598
227. Swift H, Burgoyne T, Grimwood S, Preston B. Relaunching a nurse-led, community-based support group for people with long-term respiratory conditions. *Primary Health Care*. 20 de agosto de 2025. doi:10.7748/phc.2025.e1855
228. Hiscock K, Jedwab RM. Nursing Roles and Responsibilities in Outpatient Bronchiectasis Care: A Scoping Review. *Nurs Rep*. 14 de julio de 2026;16(7):242. doi:10.3390/nursrep16070242
229. Trust BTHNHSF. Respiratory Nurse Specialist Team and Home Oxygen Assessment Service [Internet]. Blackpool Teaching Hospitals NHS Foundation Trust. Disponible en: <https://www.blackpoolteachinghospitals.nhs.uk/services/respiratory-nurse-specialist-team-and-home-oxygen-assessment-service>



230. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK, et al. Hospital at Home: Feasibility and Outcomes of a Program To Provide Hospital-Level Care at Home for Acutely Ill Older Patients. *Ann Intern Med.* 6 de diciembre de 2005;143(11):798-808. doi:10.7326/0003-4819-143-11-200512060-00008
231. Davies L. «Hospital at home» versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ.* 18 de noviembre de 2000;321(7271):1265-8. doi:10.1136/bmj.321.7271.1265
232. Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, Broad J, Gladman J, Langhorne P, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 26 de junio de 2017;2017(7). doi:10.1002/14651858.CD000356.pub4
233. Schenker Y, Althouse AD, Rosenzweig M, White DB, Chu E, Smith KJ, et al. Effect of an Oncology Nurse-Led Primary Palliative Care Intervention on Patients With Advanced Cancer. *JAMA Intern Med.* 1 de noviembre de 2021;181(11):1451. doi:10.1001/jamainternmed.2021.5185
234. Reinke LF, Sullivan DR, Slatore C, Dransfield MT, Ruedebusch S, Smith P, et al. A Randomized Trial of a Nurse-Led Palliative Care Intervention for Patients with Newly Diagnosed Lung Cancer. *J Palliat Med.* 27 de noviembre de 2022;25(11):1668-76. doi:10.1089/jpm.2022.0008
235. Puente Maestu L, Martínez Llorens JM, Valera Felices JL, Torralba García Y, Gimeno Peribáñez M, Chiner E, et al. Gestión de riesgos en la realización de pruebas de función pulmonar pospandemia. *Open Respiratory Archives.* julio de 2025;7(3):100459. doi:10.1016/j.opresp.2025.100459
236. García-García R, Gimeno-Peribáñez MA, Albi-Rodríguez MS, Almonacid Sánchez C, Alsina Restoy X, Aguirre-Franco CE, et al. Recommendations for Performing Spirometry. *Arch Bronconeumol.* enero de 2026. doi:10.1016/j.arbres.2025.12.016
237. Ray AS, Holden VK, Sachdeva A, Nasim F. Equipment and procedural setup for interventional pulmonology procedures in the intensive care unit. *J Thorac Dis.* agosto de 2021;13(8):5331-42. doi:10.21037/jtd-20-3595
238. Melbarde-Kelmere A, Melbarde-Kelmere A, Apalite E, Aleksandrova I, Daukste S, Leskevica I, et al. Nurse-led initiative for bronchoscopy safety: developing and evaluating a risk-reduction checklist. En: *Nurses. European Respiratory Society;* 2025. p. PA2819. doi:10.1183/13993003.congress-2025.PA2819



239. Mitchell J. Relevance of a specialised nurse in thoracic surgery. *J Thorac Dis.* agosto de 2018;10(S22):S2583-7. doi:10.21037/jtd.2018.03.117
240. Messina G, Natale G, Sagnelli C, Vicidomini G, Mancino D, Cerullo G, et al. The Impact of Assessment of Nurses' Experiences in Thoracic Surgery in Onco-Hematological Patients. *Healthcare.* 14 de septiembre de 2024;12(18):1843. doi:10.3390/healthcare12181843
241. de Miguel-Díez J, Suárez-Llanos JP, Figueira-Gonçalves JM, Bretón-Lesmes I, Torres-Castro R, Golpe R, et al. SEPAR and SEEN Consensus Document on Nutritional Assessment and Management in Patients with COPD. *Arch Bronconeumol.* mayo de 2026;62(5):325-38. doi:10.1016/j.arbres.2025.08.009
242. Wang Q, Tang H, Zhang M. The clinical nursing effect of empowerment-based continuing nursing combined with pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *BMC Pulm Med.* 3 de julio de 2025;25(1):315. doi:10.1186/s12890-025-03683-0
243. Jiang Y, Zhao Y, Tang P, Wang X, Guo Y, Tang L. The role of nurses in smoking cessation interventions for patients: a scoping review. *BMC Nurs.* 5 de noviembre de 2024;23(1):803. doi:10.1186/s12912-024-02470-2
244. Lee EH, Yu HJ. Effectiveness of nurse-initiated smoking cessation intervention: a systematic review and meta-analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 7 de abril de 2025;20(1):18. doi:10.1186/s13011-025-00648-8
245. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 15 de diciembre de 2017;2017(12). doi:10.1002/14651858.CD001188.pub5
246. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Guía práctica para la implantación de unidades de gestión clínica [Internet]. Madrid: Fundación Signo; 2019. Disponible en: <https://calidadasistencial.es/wp-content/uploads/2019/02/Guia-implantaci%C3%B3n-unidades-GC.-Amphos-final.pdf>
247. Delgado Álvarez P. Evolución y modelos de la gestión clínica [Internet]. 2015. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2180/Evolucion+y+modelos+de+la+Gestion+Clinica.pdf>



248. Baker E, Fatoye F. Clinical and cost effectiveness of nurse-led self-management interventions for patients with copd in primary care: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2017;71:125-38. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.03.010
249. Ministerio de Sanidad. Excelencia clínica [Internet]. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/excelenciaClinica/home.htm>
250. GuiaSalud. Recomendaciones de No Hacer en Patología Respiratoria [Internet]. GuiaSalud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/no-hacer/?_sft_area-tematica-no-hacer=asma,bronquiolitis,epoc&_sft_area-clinica-no-hacer=patologia-respiratoria
251. Jacobs SS, Krishnan JA, Lederer DJ, Ghazipura M, Hossain T, Tan AYM, et al. Home Oxygen Therapy for Adults with Chronic Lung Disease. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 de noviembre de 2020;202(10):e121-41. doi:10.1164/rccm.202009-3608ST
252. Tikellis G, Hoffman M, Mellerick C, Burge AT, Holland AE. Barriers to and facilitators of the use of oxygen therapy in people living with an interstitial lung disease: a systematic review of qualitative evidence. *European Respiratory Review.* 30 de septiembre de 2023;32(169):230066. doi:10.1183/16000617.0066-2023
253. Kelly CA, Kirkcaldy AJ, Pilkington M, Hodson M, Welch L, Yorke J, et al. Research priorities for respiratory nursing: a UK-wide Delphi study. *ERJ Open Res.* 20 de abril de 2018;4(2):00003-2018. doi:10.1183/23120541.00003-2018
254. González Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *Aquichan* [Internet]. 2007;7(2):130-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107205>
255. Padilla Bernáldez M, Villanueva Pérez M, de Miguel-Díez J. El papel de enfermería en el seguimiento de los pacientes con EPOC. *Open Respiratory Archives.* julio de 2024;6(3):100311. doi:10.1016/j.opresp.2024.100311
256. Badawy W, Shaban M, Elsayed HH, Hashim A. Eco-conscious nursing: qualitative analysis of nurses' engagement with environmental sustainability in healthcare. *Teaching and Learning in Nursing.* abril de 2025;20(2):137-47. doi:10.1016/j.teln.2024.11.019



257. Santos APO, Silva L. The role of the rehabilitation nurse in empowering people with asthma. En: Nurses. European Respiratory Society; 2024. p. PA3221. doi:10.1183/13993003.congress-2024.PA3221
258. Bárcenas-Villegas D, Cáceres-Matos R, Vázquez-Santiago S. Contribution of Clinical Nurses to Hospital Efficiency and Economic Sustainability: A Systematic Review. J Nurs Manag. 19 de enero de 2025;2025(1). doi:10.1155/jonm/3332688
259. Smolowitz J, Speakman E, Wojnar D, Whelan EM, Ulrich S, Hayes C, et al. Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. Nurs Outlook. marzo de 2015;63(2):130-6. doi:10.1016/j.outlook.2014.08.004
260. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 16 de septiembre de 2010 [citado 4 de diciembre de 2025];225. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-14199>
261. Ministerio de Sanidad y Política Social. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado; 2010. p. 1-37. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/09/03/1093/con>
262. Herdman T, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2024-2026. 13.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
263. Martín Vaquero Y, Alameda Cuesta A, Oter Quintana C, Cid Expósito M, Parro Moreno A, Martín García A. Diagnósticos enfermeros respiratorios: validación de interrelaciones NANDA-NOC Y NIC. Open Respir Arch. 2023;5(SUP1):S1-659.
264. Benner P. From Novice to Expert excellence and power in Clinical Nursing Practice. AJN The American Journal of Nursing [Internet]. 1984;84(12). Disponible en: https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/1984/12000/from_novice_to_expert_excellence_and_power_in.25.aspx
265. Falcó-Pegueroles A, Rodríguez-Martín D, Ramos-Pozón S, Zuriguel-Pérez E. Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue. Nurs Philos. 2021;22(1):e12332. doi:10.1111/nup.12332
266. Paravic Klijn T, Lagos Garrido ME. Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud. Ciencia y Enfermería. diciembre de 2021;27. doi:10.29393/CE27-41TETM20041



267. Rocha Oliveira T, Faria Simões SM. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. *Enfermería Global* [Internet]. 2013 [citado 16 de septiembre de 2023];12:76-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412013000200005
268. Fluxà Nicolau FM. Coaching y desarrollo de la competencia del liderazgo enfermero [Internet]. 2020. Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/153317>
269. Vicepresidencia Primera del Gobierno. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación digital. Red.es [Internet]. 2023 [citado 1 de septiembre de 2023]. Sistemas de Gestión corporativos: Calidad y Seguridad. Disponible en: <https://www.red.es/es/node/454>
270. Orden SND/1427/2023, de 26 de diciembre, por la que se publican las bases para la creación de Diplomas de Acreditación en el Área Funcional de Paliativos. *Boletín Oficial del Estado*, número 313 (30 de diciembre de 2023) [Internet]. [citado 12 de enero de 2024]. p. 177603-21. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2023-26799
271. Martínez P, García Salvador I, Manzanas Gutierrez A. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. 3ª. Argenton: Reference Life Science Publisher, S.L.; 2021.
272. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. [The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale]. *Med Clin (Barc)*. 1999;112 Suppl 1:79-85. PubMed PMID: 10618804.
273. Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, de Llano LP, et al. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for Asthma and COPD Patients. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 31 de julio de 2015;29(2):142-52. doi:10.1089/jamp.2015.1212
274. García López D, Herrero Alonso JA, Paz Fernández JA de, Deportiva EF y. Validez de la escala de esfuerzo percibido de Borg para monitorizar la intensidad en esfuerzos anaeróbicos [Internet]. 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10612/3599>
275. Amado Diago CA, Puente Maestu L, Abascal Bolado B, Agüero Calvo J, Hernando Hernando M, Puente Bats I, et al. Translation and Validation of the Multidimensional



- Dyspnea-12 Questionnaire. Archivos de Bronconeumología (English Edition). febrero de 2018;54(2):74-8. doi:10.1016/j.arbr.2017.08.015
276. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Belloch A, de Diego A. Prevalence of Hyperventilation Syndrome in Patients Treated for Asthma in a Pulmonology Clinic. Archivos de Bronconeumología ((English Edition)). mayo de 2005;41(5):267-71. doi:10.1016/S1579-2129(06)60221-8
277. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, Marrades R, et al. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. European Respiratory Journal. 1 de junio de 1996;9(6):1160-6. doi:10.1183/09031936.96.09061160
278. Delgado-Vargas B, Acle-Cervera L, Narciso López G. Validation of the Spanish Version of the STOP-Bang Questionnaire: Usefulness as a Screening Tool for Obstructive Sleep Apnea in Adults. Ear Nose Throat J. 18 de diciembre de 2021;100(10_suppl):1031S-1037S. doi:10.1177/0145561320932334
279. Navarrete-Martínez E, Muñoz-Gómez R, Serrano-Merino J, Perula-de Torres LA, Vaquero-Abellán M, Silva-Gil F, et al. Validity and reliability of the Berlin questionnaire for the detection of moderate or severe obstructive sleep apnea in patients aged 40 years or older detected from primary care. Front Med (Lausanne). 14 de agosto de 2023;10. doi:10.3389/fmed.2023.1229972
280. Hoddes E, Zarcone V, Smythe H, Phillips R, Dement WC. Quantification of Sleepiness: A New Approach. Psychophysiology. 30 de julio de 1973;10(4):431-6. doi:10.1111/j.1469-8986.1973.tb00801.x
281. Vidal S, Ferrer M, Masuet C, Somoza M, Ballarín JIM, Monasterio C. Spanish Version of the Functional Outcomes of Sleep Questionnaire: Scores of Healthy Individuals and of Patients With Sleep Apnea-Hypopnea Syndrome. Archivos de Bronconeumología ((English Edition)). enero de 2007;43(5):256-61. doi:10.1016/S1579-2129(07)60063-9
282. Rodríguez-Pérez V, Valencia-Flores M, Reyes-Lagunes I, Lara-Muñoz Ma del C. Adaptación y validación psicométrica del Cuestionario de Consecuencias Funcionales del Dormir (Functional Outcomes Sleep Questionnaire [FOSQ]) en habitantes de la Ciudad de México. Salud Mental. 1 de enero de 2013;36(4):307. doi:10.17711/SM.0185-3325.2013.037



283. Gómez-Benito J, Ruiz C, Guilera G. A Spanish version of the athens insomnia scale. *Quality of Life Research*. 6 de agosto de 2011;20(6):931-7. doi:10.1007/s11136-010-9827-x
284. Royuela A, Fernández JA. Propiedades clinimétricas de la versión castellana del cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*. 30 de noviembre de 1997;9:81-94.
285. Chiner E, Arriero JM, Signes-Costa J, Marco J, Fuentes I. Validación de la versión española del test de somnolencia Epworth en pacientes con síndrome de apnea de sueño. *Arch Bronconeumol*. octubre de 1999;35(9):422-7. doi:10.1016/S0300-2896(15)30037-5
286. Agustí A, Soler JJ, Molina J, Muñoz MJ, García-Losa M, Roset M, et al. Is The CAT Questionnaire Sensitive To Changes In Health Status In Patients With Severe COPD Exacerbations? *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 27 de septiembre de 2012;9(5):492-8. doi:10.3109/15412555.2012.692409
287. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT, Marcus P, et al. Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 1 de enero de 2004;113(1):59-65. doi:10.1016/j.jaci.2003.09.008
288. Oliveira G, Oliveira C, Gaspar I, Cruz I, Dorado A, Pérez-Ruiz E, et al. Validación de la versión española del cuestionario revisado de calidad de vida para fibrosis quística en adolescentes y adultos (CFQR 14+ Spain). *Arch Bronconeumol*. abril de 2010;46(4):165-75. doi:10.1016/j.arbres.2010.01.006
289. Aguirre-Camacho A, Stepanous J, Blanco-Donoso LM, Moreno-Jiménez B, Wilburn J, González-Saiz L, et al. Adaptación y validación del cuestionario Cambridge Pulmonary Hypertension Outcome Review (CAMPHOR) para uso en España. *Rev Esp Cardiol*. junio de 2017;70(6):467-73. doi:10.1016/j.recesp.2016.11.006
290. Yorke J, Corris P, Gaine S, Gibbs JSR, Kiely DG, Harries C, et al. emPHasis-10: development of a health-related quality of life measure in pulmonary hypertension. *European Respiratory Journal*. abril de 2014;43(4):1106-13. doi:10.1183/09031936.00127113
291. Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish Sample. *Psychol Rep*. diciembre de 1998;83(3_suppl):1455-8. doi:10.2466/pr0.1998.83.3f.1455



292. RICHMOND RL, KEHOE LA, WEBSTER IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 24 de agosto de 1993;88(8):1127-35. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02132.x
293. Barja-Martínez E, Melero-Alcíbar R, García-Díaz M, Conde-Rojo A. Enfermería de práctica avanzada en el cuidado del paciente respiratorio: revisión sistemática. *Revista de Patología Respiratoria*. 3 de septiembre de 2024;27(3):097-108. doi:10.24875/RPR.24000011
294. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steinke M, Pulcini J, Roussel J, et al. Directrices de Enfermería de Práctica Avanzada. Consejo Internacional de Enfermeras; 2020. p. 48.
295. Shakespeare J, Parkes E, Bryce M, Hull J. Advanced roles in respiratory healthcare science: it's not just spirometry. *Breathe*. 2019;15(4):267-9. doi:10.1183/20734735.0310-2019
296. Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID). Aportación de enfermería respiratoria al cuidado del paciente neumológico [Internet]. Madrid: NEUMOMADRID; 2026. Disponible en: <https://www.neumomadrid.org/aportacion-de-enfermeria-respiratoria-al-cuidado-del-paciente-neumologico/>
297. International Coalition for Respiratory Nursing (ICRN). Definition of respiratory nurse [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.icrespinurses.com/copy-of-icrn-constitution>
298. McIlfatrick S, Hasson F, Keeney S, McKenna HP, Sinclair M, Poulton B. Managing chronic disease: a case study of an innovative role in respiratory nursing practice. *Prim Health Care Res Dev*. 2007;8(3):251-63. doi:10.1017/S1463423607000308
299. Erdem GO, Akyil RÇ, Yilmaz FT. Developments in the field of respiratory nursing in Türkiye. *Breathe (Sheff)*. 1 de enero de 2025;21(1). doi:10.1183/20734735.0129-2024 PubMed PMID: 39845441.
300. Wathne H, Storm M, Morken IM, Lunde Husebø AM. Nurse-Assisted Remote Patient Monitoring for Self-Management Support to Patients With Long-Term Illness-A Qualitative Multimethod Study. *J Adv Nurs*. 1 de septiembre de 2025;81(9):5996-6010. doi:10.1111/JAN.16736 PubMed PMID: 39788555.



301. Serrano-Martinez JM, García-Marin R. Demographic stagnation and decline in Spain: A cause for concern? *Bulletin of Geography Socio-economic Series*. 1 de marzo de 2018;39(39):129-45. doi:10.2478/bog-2018-0009
302. Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de Prensa: Estadística Continua de Población (ECP). 1 de enero de 2025. Datos provisionales. [Internet]. Madrid; febrero de 2025 [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ECP4T24.htm>
303. Instituto Nacional de Estadística (INE). Nota de Prensa: Proyecciones de Población. Años 2024-2074. [Internet]. Madrid; junio de 2024 [citado 19 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm>
304. Galán I, Simón L, Boldo E, Ortiz C, Cuenca RF, Linares C, et al. Changes in hospitalizations for chronic respiratory diseases after two successive smoking bans in Spain. *PLoS One*. 1 de mayo de 2017;12(5). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0177979 PubMed PMID: 28542337.
305. Ministerio de Sanidad. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [Internet]. Boletín Oficial del Estado; 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-7354>
306. Sevilla Guerra S, Zabalegui A, Comellas Oliva M, Estrem Cuesta M, Martín-Baranera M, Ferrús Estopà L. Advanced practice nurses: Analysis of their role from a multicentre cross-sectional study. *Int Nurs Rev*. 1 de marzo de 2022;69(1):30-7. doi:10.1111/INR.12706 PubMed PMID: 34402064.
307. Ministerio de Sanidad. Comité cuidados de la Salud [Internet]. [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/organismos/CCS.htm>
308. Rivera D, Prades J, Sevilla Guerra S, Borrás JM. Contextual factors influencing the implementation of advanced practice nursing in Catalonia, Spain. *Int Nurs Rev*. 1 de junio de 2024;71(2):309-17. doi:10.1111/INR.12866 PubMed PMID: 37535808.
309. Ministerio de Sanidad. Contenido de la Cartera de Servicios [Internet]. [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/Home.htm>
310. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital [Internet]. Madrid; diciembre de 2021 [citado 20 de abril de 2025]. Disponible en:



- https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/estrategiaSDSNS/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf
311. Martínez-Ortigosa A, Martínez-Granados A, Gil-Hernández E, Rodríguez-Arrastia M, Ropero-Padilla C, Roman P. Applications of Artificial Intelligence in Nursing Care: A Systematic Review. *J Nurs Manag.* 2023;2023:3219127. doi:10.1155/2023/3219127 PubMed PMID: 40225652.
 312. Ventura-Silva J, Martins MM, Trindade L de L, Faria A da CA, Pereira S, Zuge SS, et al. Artificial Intelligence in the Organization of Nursing Care: A Scoping Review. *Nursing reports (Pavia, Italy).* 1 de diciembre de 2024;14(4):2733-45. doi:10.3390/NURSREP14040202 PubMed PMID: 39449439.
 313. Drummond D, Adejumo I, Hansen K, Poberezhets V, Slabaugh G, Hui CY. Artificial intelligence in respiratory care: perspectives on critical opportunities and challenges. *Breathe (Sheff).* 1 de octubre de 2024;20(3). doi:10.1183/20734735.0189-2023 PubMed PMID: 39660082.
 314. Arranz Alonso S, Parra Cordero S. La construcción identitaria de la enfermería respiratoria desde la propia experiencia del colectivo. *Nure Investigación [Internet].* 27 de noviembre de 2018 [citado 15 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1536>
 315. Hernandez C, Herranz C, Baltaxe E, Seijas N, González-Colom R, Asenjo M, et al. The value of admission avoidance: cost-consequence analysis of one-year activity in a consolidated service. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 15 de abril de 2024;22(1):30. doi:10.1186/s12962-024-00536-1
 316. Arsenault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, Le Berre M, Gore G, Vedel I. Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department. *JAMA Netw Open.* 8 de junio de 2021;4(6):e2111568. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.11568
 317. Hernández C, Aibar J, Seijas N, Puig I, Alonso A, Garcia-Aymerich J, et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *Int J Integr Care.* 16 de mayo de 2018;18(0):12. doi:10.5334/ijic.3431
 318. Tibaldi V, Isaia G, Scarafiotti C, Gariglio F, Zanolchi M, Bo M, et al. Hospital at Home for Elderly Patients With Acute Decompensation of Chronic Heart Failure. *Arch Intern Med.* 28 de septiembre de 2009;169(17). doi:10.1001/archinternmed.2009.267



319. Montalto M, McElduff P, Hardy K. Home ward bound: features of hospital in the home use by major Australian hospitals, 2011–2017. *Medical Journal of Australia*. julio de 2020;213(1):22-7. doi:10.5694/mja2.50599
320. Hecimovic A, Matijasevic V, Frost SA. Characteristics and outcomes of patients receiving Hospital at Home Services in the South West of Sydney. *BMC Health Serv Res*. 26 de diciembre de 2020;20(1):1090. doi:10.1186/s12913-020-05941-9
321. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 5 de marzo de 2024;2024(3). doi:10.1002/14651858.CD007491.pub3
322. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 1 de septiembre de 2016;2016(9). doi:10.1002/14651858.CD007491.pub2
323. Hernandez C, Casas A, Escarrabill J, Alonso J, Puig-Junoy J, Farrero E, et al. Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. *European Respiratory Journal*. enero de 2003;21(1):58-67. doi:10.1183/09031936.03.00015603
324. Echevarria C, Gray J, Hartley T, Steer J, Miller J, Simpson AJ, et al. Home treatment of COPD exacerbation selected by DECAF score: a non-inferiority, randomised controlled trial and economic evaluation. *Thorax*. agosto de 2018;73(8):713-22. doi:10.1136/thoraxjnl-2017-211197
325. Herranz C, Gómez A, Hernández C, González-Colom R, Contel JC, Cano I, et al. Toward Sustainable Adoption of Integrated Care for Prevention of Unplanned Hospitalizations: A Qualitative Analysis. *Int J Integr Care*. 28 de junio de 2024;24:28. doi:10.5334/ijic.7724
326. Escarrabill J, Torrente E, Esquinas C, Hernández C, Monsó E, Freixas M, et al. Auditoría clínica de los pacientes que ingresan en el hospital por agudización de EPOC. Estudio MAG-1. *Arch Bronconeumol*. octubre de 2015;51(10):483-9. doi:10.1016/j.arbres.2014.06.023
327. Hernandez C, Aibar J, de Batlle J, Gomez-Cabrero D, Soler N, Duran-Tauleria E, et al. Assessment of health status and program performance in patients on long-term oxygen therapy. *Respir Med*. abril de 2015;109(4):500-9. doi:10.1016/j.rmed.2015.01.005



328. Hernández C, Alonso A, Garcia-Aymerich J, Serra I, Marti D, Rodriguez-Roisin R, et al. Effectiveness of community-based integrated care in frail COPD patients: a randomised controlled trial. *NPJ Prim Care Respir Med*. 9 de abril de 2015;25(1):15022. doi:10.1038/npjpcrm.2015.22
329. Hernandez C, Alonso A, Garcia-Aymerich J, Grimsmo A, Vontetsianos T, García Cuyàs F, et al. Integrated care services: lessons learned from the deployment of the NEXES project. *Int J Integr Care*. 31 de marzo de 2015;15(1). doi:10.5334/ijic.2018
330. Cano I, Dueñas-Espín I, Hernandez C, de Batlle J, Benavent J, Contel JC, et al. Protocol for regional implementation of community-based collaborative management of complex chronic patients. *NPJ Prim Care Respir Med*. 14 de julio de 2017;27(1):44. doi:10.1038/s41533-017-0043-9
331. Vela E, Tényi Á, Cano I, Monterde D, Cleries M, Garcia-Altes A, et al. Population-based analysis of patients with COPD in Catalonia: a cohort study with implications for clinical management. *BMJ Open*. marzo de 2018;8(3):e017283. doi:10.1136/bmjopen-2017-017283
332. Baltaxe E, Cano I, Herranz C, Barberan-Garcia A, Hernandez C, Alonso A, et al. Evaluation of integrated care services in Catalonia: population-based and service-based real-life deployment protocols. *BMC Health Serv Res*. 11 de diciembre de 2019;19(1):370. doi:10.1186/s12913-019-4174-2
333. Herranz C, González-Colom R, Baltaxe E, Seijas N, Asenjo M, Hoedemakers M, et al. Prospective cohort study for assessment of integrated care with a triple aim approach: hospital at home as use case. *BMC Health Serv Res*. 7 de septiembre de 2022;22(1):1133. doi:10.1186/s12913-022-08496-z
334. Marcos PJ, Fernández Villar A, Márquez Martín E, Ramírez Prieto MT, Cano Pumarega I. Home Respiratory Therapies: SEPAR Technical Document for Institutional Decision Support. *Open Respiratory Archives*. 1 de abril de 2024;6(2):100318. doi:10.1016/J.OPRESP.2024.100318 PubMed PMID: 38707660.
335. Tarricone Rosanna, Tsouros AD. Home care in Europe: the solid facts. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2008.



15. Anexos

Anexo 1. Diagnósticos NANDA-I con su definición y factores relacionados

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Clase 4. Función respiratoria. Proceso de intercambio de gases y eliminación de productos finales del metabolismo

Código	Diagnóstico	Definición
00030	Deterioro del intercambio de gases	Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono.
Relacionado con:		
Limpieza ineficaz de las vías aéreas. Patrón respiratorio ineficaz. Dolor.		
Manifestado por:		
pH arterial anormal. Confusión. Disminución del nivel de dióxido de carbono. Hipercapnia. Hipoxemia.		
NOC:		
2103 Severidad de los síntomas		
2404 Función sensitiva: visión		
1848 Conocimiento: manejo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
1861 Conocimiento: manejo de la neumonía		
3103 Automanejo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
0402 Función respiratoria: intercambio gaseoso.		
0403 Función respiratoria: ventilación		
0411 Respuesta de la ventilación mecánica: adulto		
NIC:		
1872 Cuidados del drenaje: torácico		
1910 Manejo del equilibrio ácido-base		
3140 Manejo de la vía área		
3320 Oxigenoterapia		
3350 Monitorización respiratoria		



Dominio 4: Actividad / reposo.

Clase 3. Equilibrio de la energía. Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos

Código	Diagnóstico	Definición
00298	Disminución de la tolerancia a la actividad	Resistencia insuficiente para completar las actividades requeridas o deseadas de la vida diaria.
Relacionado con:		
Desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno. Deterioro de la movilidad física. Masa muscular inadecuada.		
Manifestado por:		
Tensión arterial anormal en respuesta a la actividad. Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad. Disnea de esfuerzo. Fatiga. Debilidad.		
NOC:		
1639 Autogestión de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)		
0001 Resistencia		
0002 Conservación de la energía		
0005 Tolerancia de la actividad		
NIC:		
0180 Manejo de la energía		
0221 Terapia de ejercicios: ambulación		
4310 Terapia de actividad		



Código	Diagnóstico	Definición
00477	Carga de fatiga excesiva	Sensación exagerada y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual.
Relacionado con:		
Malnutrición. Pérdida de la condición física. Dolor no tratado. Alteración del ciclo sueño-vigilia.		
Manifestado por:		
Disminución de la capacidad aeróbica. Disminución de la velocidad de la marcha. Dificultad para mantener la actividad física habitual. Sopor. Cansancio		
NOC:		
0007 Nivel de fatiga 0008 Fatiga: efectos disruptivos		
NIC:		
2006 Estado de salud personal 3102 Automanejo: enfermedad crónica 0200 Favorecimiento del ejercicio 1850 Mejora del sueño 6480 Manejo ambiental		



Clase 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares. Mecanismos cardiopulmonares que apoyan la actividad y el reposo

Código	Diagnóstico	Definición
00032	Patrón respiratorio ineficaz	Dificultad para mantener una ventilación adecuada durante la inspiración y/o la espiración.
Relacionado con:		
Secreciones excesivas en la vía aérea. Posición corporal que inhibe la expansión pulmonar. Tos ineficaz. Fatiga de los músculos respiratorios.		
Manifestado por:		
Cianosis. Hipercapnia. Hipoxemia. Taquipnea		
NOC:		
3103 Automanejo: enfermedad pulmonar obstructiva crónica		
0403 Función respiratoria: ventilación		
0415 Función respiratoria		
0414 Función cardiopulmonar		
NIC:		
1872 Cuidados del drenaje: torácico		
3140 Manejo de la vía área		
3180 Manejo de la vía aérea artificial		
3210 Manejo del asma		
3350 Monitorización respiratoria		
3390 Ayuda a la ventilación		



Código	Diagnóstico	Definición
00033	Deterioro de la ventilación espontánea	Incapacidad para iniciar y/o mantener la respiración independiente para el mantenimiento de la vida
Relacionado con:		
Fatiga de los músculos respiratorios		
Manifestado por:		
Disminución de la saturación arterial de oxígeno. Disminución de la presión parcial de oxígeno. Disminución del volumen corriente. Aumento de la frecuencia cardíaca		
NOC:		
0402 Función respiratoria: intercambio gaseoso 0403 Función respiratoria: ventilación 0415 Función respiratoria 0911 Función neurológica: control motor central		
NIC:		
1872 Cuidados del drenaje: torácico 3140 Manejo de la vía área 3180 Manejo de la vía aérea artificial 3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva 3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva 3350 Monitorización respiratoria 3390 Ayuda a la ventilación		



Código	Diagnóstico	Definición
00430	Deterioro de la respuesta al destete ventilatorio del adulto	Incapacidad de las personas >18 años de edad, que han requerido ventilación mecánica durante al menos 24 horas, para pasar de forma exitosa a ventilación espontánea.
Relacionado con:		
Secreciones excesivas en la vía aérea. Malnutrición. Tos ineficaz. Alteración del ciclo sueño-vigilia.		
Manifestado por:		
<u>Respuesta intermedia (30-90 minutos):</u> Disminución del pH (<7,32 o >0,07 de reducción sobre el basal). Diaforesis. Dificultad para cooperar con instrucciones. Hipercapnia (>50 mmHg de aumento en la presión parcial del dióxido de carbono o >8 mmHg sobre la basal). Hipoxemia (presión parcial de oxígeno <50-60mmHg, con una fracción inspirada de oxígeno >50% o un flujo de oxígeno >6L/min).		
<u>Respuesta tardía (>90 minutos):</u> Paro cardiorrespiratorio. Cianosis. Fatiga. Inicio reciente de arritmias.		
NOC:		
0412 Respuesta al destete de la ventilación mecánica: adulto		
0403 Función respiratoria: ventilación		
0402 Función respiratoria: intercambio gaseoso		
NIC:		
3350 Monitorización respiratoria		
3310 Destete de la ventilación mecánica		
3300 Manejo de la ventilación mecánica: invasiva		
3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva		



Dominio 5: Percepción / cognición.

Clase 4. Cognición: *Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje*

Código	Diagnóstico	Definición
00435	Conocimientos de salud inadecuados	<i>Insuficiente adquisición, procesamiento, comprensión y/o recuerdo de información relacionada con un tema específico que afecta al propio bienestar.</i>
Relacionado con:		
Acceso inadecuado a recursos. Conciencia inadecuada de los recursos. Participación inadecuada en la planificación del cuidado. Desinformación		
Manifestado por:		
Seguimiento inadecuado de las instrucciones. Ausencia de búsqueda de conocimientos sobre la propia enfermedad		
NOC:		
1803 Conocimiento: manejo de la enfermedad		
1805 Conocimiento: conducta de salud		
1808 Conocimiento: medicación		
1811 Conocimiento: actividad prescrita		
NIC:		
3210 Manejo del asma		
5250 Apoyo en la toma de decisiones		
5602 Enseñanza: proceso de enfermedad		
5606 Enseñanza: individual		
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos		
5618 Enseñanza: procedimientos o tratamientos		
7370 Planificación para el alta		



Dominio 11: Seguridad/ protección.

Clase 2. Lesión física: Lesión o herida corporal

Código	Diagnóstico	Definición
00039	Riesgo de aspiración	Susceptible a la penetración de secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos en el árbol traqueobronquial.
Relacionado con:		
Dificultad en la deglución. Desplazamiento de la sonda de nutrición enteral. Dificultad para despejar las vías respiratorias.		
Condicionado por:		
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Disminución del nivel de conciencia. Enfermedades neurológicas. Neumonía. Accidente cerebrovascular		
NOC:		
1010 Estado de deglución 1935 Control del riesgo: aspiración 0402 Función respiratoria: intercambio gaseoso 0403 Función respiratoria: ventilación 0410 Función respiratoria: permeabilidad de las vías respiratorias 0415 Función respiratoria		
NIC:		
3140 Manejo de la vía aérea 3200 Precauciones en la aspiración		



Código	Diagnóstico	Definición
00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas	<i>Reducción de la capacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener el flujo aéreo.</i>
Relacionado con:		
Tapón mucoso. Mucosidad excesiva. Retención de secreciones. Consumo de tabaco.		
Manifestado por:		
Ruidos respiratorios adventicios. Alteración del ritmo respiratorio. Tos ineficaz		
NOC:		
0403 Función respiratoria: ventilación 0410 Función respiratoria: permeabilidad de las vías respiratorias 0415 Función respiratoria		
NIC:		
2311 Administración de medicación: inhalatoria 3140 Manejo de la vía aérea 3160 Aspiración de las vías aéreas 3250 Mejora de la tos 3320 Oxigenoterapia 3350. Monitorización respiratoria 3390 Ayuda a la ventilación 4490 Ayuda para dejar de fumar		



Código	Diagnóstico	Definición
00205	Riesgo de shock	Susceptible de un problema que se manifiesta por la falta de perfusión u oxigenación de los órganos vitales.
Relacionado con:		
Hemorragia excesiva. Hipertermia. Hipoxemia. Hipoxia. Tensión arterial inestable		
Condicionado por:		
Respiración artificial. Embolismo. Infecciones. Neoplasias. Procedimientos quirúrgicos		
NOC:		
0402 Función respiratoria: intercambio gaseoso		
0802 Signos vitales		
1924 Control del riesgo: proceso infeccioso		
NIC:		
3320 Oxigenoterapia		
3350 Monitorización respiratoria		
3900 Regulación de la temperatura		
4106 Cuidados del embolismo: pulmonar		
4180 Manejo de la hipovolemia		
4260 Prevención del shock		
6680 Monitorización de los signos vitales		



Anexo 2. Grupos de interés, proyectos de investigación, documentos de consenso y obras más relevantes realizadas por el Área de Enfermería de SEPAR (desde 2020).

Grupos de Interés:

- **GI Enfermedades Respiratorias Minoritarias**
- **GI Enfermería Respiratoria intervencionista**
- **GI Función Pulmonar**
- **GI Terapia Inhalada**
- **GI Trastornos del Sueño y Terapias Respiratorias Domiciliarias (TRD)**
- **GI Ventilación Mecánica**

Proyectos de investigación más relevantes:

- Estudio NUTRI-BQ: asociación entre la calidad de la dieta y el estado nutricional de los pacientes con bronquiectasias y la gravedad de la enfermedad, la calidad de vida relacionada con la salud y el microbioma. Registrado en ClinicalTrials.gov (NCT07635537).
- RESPIraIA-Asma (piloto): intervención enfermera prospectiva de 12 meses en adultos con asma no bien controlada, que integra control clínico, adherencia, técnica inhalatoria, educación y planificación de cuidados con NANDA-I, NOC y NIC, en modalidades digital, mixta y presencial. Registrado en ClinicalTrials.gov (NCT07635537).
- Proyecto Inhalcheck-TAI: impacto de la utilización de la aplicación InhalCheck® en la adhesión al tratamiento y el establecimiento del cambio mínimo clínicamente relevante (MCID) mediante el cuestionario TAI en pacientes con asma y EPOC.
- Mejora de la adherencia y resultados en salud en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial en tratamiento con antifibróticos, mediante una consulta de enfermería de práctica avanzada. Hospital Universitario La Paz, de Madrid.
- Estudio sobre la prevalencia de apnea obstructiva de sueño en pacientes que han iniciado terapia con CPAP durante hospitalización por SARS CoV-2. Resultados publicados en la Revista Conocimiento Enfermero. doi: [10.60108/ce.282](https://doi.org/10.60108/ce.282)

Documentos de consenso:

- Luján M, Heili-Frades S, Abad A, López-Padilla D, Sayas J, Cebrià MA, et al. SEPAR Position Paper on Infrastructure, Technology, Staffing, Quality Standards, and Management of Intermediate Respiratory Care Units in Spain. Arch Bronconeumol. 23 May 2026:S0300-2896(26)00194-8. doi: [10.1016/j.arbres.2026.05.007](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2026.05.007).



- Vaquero-Lozano P, Lassaletta-Goñi I, Giner-Donaire J, Gómez-Neira MC, Serra-Batlles J, García-García R, et al. Asthma 2020 Nursing Consensus Document. Open Respir Arch. 8 Ene 2021; 3(1): 100079. doi: [10.1016/j.opresp.2020.100079](https://doi.org/10.1016/j.opresp.2020.100079).
- García-García R, Gimeno-Peribáñez MA, Albi-Rodríguez MS, Almonacid-Sánchez C, Alsina-Restoy X, Aguirre-Franco CE, et al. Recommendations for Performing Spirometry. Arch Bronconeumol. 9 Ene 2026: 0300-2896(26)00012-8. doi: [10.1016/j.arbres.2025.12.016](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2025.12.016).
- Manual procedimientos en función pulmonar (en desarrollo).
- Documento de Consenso con la AEEC en cuidados al paciente con HP (en desarrollo).

Participación en proyectos, guías y otras publicaciones:

- Vaquero Lozano P, Pareja Hernández L, Álvarez López S. Indicadores de calidad en enfermería respiratoria. En: García López JJ, Nieto Barbero MA, Hernando Sanz A, Puente Maestu L, Ussetti Gil MP, Pardo Hernández A, Abad Fernández A. Guía Indicadores de calidad en enfermedades respiratorias, 2ª edición. Madrid: Ergon; 2023. ISBN: 978-84-19955-05-0.
- Gómez Neira MC, Mata Hernández MC, Padilla Bernáldez M, Palacios Gómez L. Guía de recomendaciones prácticas en Enfermería. EPOC. Enríquez Jiménez M y Fernández Fernández P. Coordinadoras. Madrid: IM&C;2021. Disponible [aquí](#).
- EU K-Health in Air. Acuerdo de subvención: 101057693. DOI: [10.3030/101057693](https://doi.org/10.3030/101057693).
- [Guía de actuación de enfermería en caso de crisis asmática en centros educativos](#)
- [Recomendaciones prácticas en Enfermería: Asma grave](#)
- [Estoy haciendo un proyecto de investigación ¿dónde puedo obtener la financiación?](#)
- [Infografías educativas para pacientes](#)