

Madrid, a 13 de enero de 2026

INFORME TÉCNICO

ASUNTO: Competencias y funciones enfermeras en el ámbito de la realización de espirometrías

Fecha: 13/01/2026

Resumen ejecutivo

El presente informe técnico analiza las competencias y funciones que corresponden a la enfermera en el ámbito de la realización, registro e interpretación básica de la espirometría, así como la adecuación legal, técnica y deontológica de su ejecución por parte de personal técnico no enfermero.

La espirometría constituye una prueba funcional respiratoria esencial para el diagnóstico, seguimiento y control de enfermedades como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Su correcta ejecución requiere conocimientos anatómo-fisiológicos, dominio técnico del instrumental y capacidad de valoración clínica y educativa hacia el paciente, competencias que se inscriben dentro del ámbito profesional propio de las enfermeras, conforme a la Ley 44/2003¹, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la Orden CIN/2134/2008², que regula los requisitos formativos del título de Grado en Enfermería, y el Real Decreto 1231/2001³, sobre la Organización Colegial de Enfermería. Cuando la espirometría incluye la administración de broncodilatadores inhalados —como el salbutamol—, esta actuación constituye un acto sanitario sujeto a prescripción médica, cuya ejecución y vigilancia clínica corresponden a las enfermeras, de acuerdo con las competencias que les atribuye la Ley 44/2003 y la Orden CIN/2134/2008, garantizando la seguridad del paciente y la correcta supervisión del procedimiento.

Asimismo, el informe se apoya en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁴, las Normas Técnicas, el Manual de Procedimientos y las Recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR, 2013, 2021 y 2026)^{5,6,7}, las recomendaciones internacionales de la *American Thoracic Society* (ATS)/*European Respiratory Society* (ERS) (2005 y 2019)^{8,9}, los documentos de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC, 2011 y 2025)^{10,11}, la Guía de procedimiento para la espirometría en Atención Primaria de la semFYC (2021)¹² y el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, 2021)¹³, que subrayan la responsabilidad de la enfermera de garantizar cuidados seguros, aplicar criterios de calidad y no delegar procedimientos clínicos a personal no cualificado.

En conjunto, la evidencia científica y las guías clínicas actuales confirman que **la espirometría es una competencia enfermera plenamente reconocida y regulada**, esencial para asegurar la calidad asistencial, la trazabilidad y la seguridad del paciente en el ámbito de los cuidados respiratorios.

Contexto

En la presente consulta se solicita la elaboración de un informe técnico y jurídico por parte del Consejo General de Enfermería (CGE), ante la creciente detección, en distintas comunidades autónomas —especialmente en Cataluña—, de la realización de espirometrías por personal técnico no enfermero, una actividad que no se encuentra reconocida dentro de sus competencias profesionales ni amparada por la legislación sanitaria vigente.

El Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (COIB) ha emitido un informe interno alertando de esta situación, la cual ha sido corroborada por otros colegios provinciales. Este escenario pone de manifiesto un problema de presunto intrusismo profesional de alcance nacional, con potenciales repercusiones en la calidad asistencial, la seguridad del paciente y la delimitación de responsabilidades profesionales dentro del equipo sanitario.

Estas competencias —que comprenden la preparación del paciente, la calibración y manejo del espirómetro, la realización de maniobras espirométricas, la evaluación de la calidad de las curvas y, en los casos indicados, la administración de broncodilatadores inhalados— forman parte del ámbito competencial propio de las enfermeras, conforme a lo establecido en la Ley 44/2003¹, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, la Orden CIN/2134/2008², y la Normativa de la SEPAR.⁵

En este marco, el presente informe tiene por objeto delimitar las competencias enfermeras en la práctica de la espirometría, analizar su respaldo normativo y deontológico, y evaluar la no competencia del personal técnico para llevar a cabo dicha actividad sin supervisión enfermera o médica, de acuerdo con el ordenamiento jurídico y la regulación profesional vigente en España.

Espirometría: definición y fundamentos técnicos

La espirometría es una prueba funcional respiratoria básica y estandarizada que permite medir los volúmenes y flujos de aire movilizados durante la respiración, proporcionando una evaluación objetiva de la función ventilatoria pulmonar. Esta prueba constituye la técnica de referencia para el diagnóstico, clasificación y seguimiento de las enfermedades obstructivas y restrictivas del aparato respiratorio, como el asma o la EPOC. Su utilidad trasciende el ámbito de la Neumología y actualmente forma parte de la práctica clínica en Atención Primaria y en diversas disciplinas médicas.⁵

De acuerdo con las recomendaciones conjuntas de la ATS y la ERS, la espirometría debe realizarse con un espirómetro calibrado y verificado diariamente, siguiendo procedimientos estandarizados que aseguren la calidad, exactitud y reproducibilidad de las maniobras respiratorias.^{8,9} Asimismo, para garantizar la validez diagnóstica de la prueba, se requiere una preparación adecuada del paciente, la verificación del equipo y del sistema de registro, y la realización de al menos tres maniobras espiratorias aceptables y reproducibles, conforme a los criterios de calidad definidos por SEPAR y la ATS/ERS.^{5,7-9} La correcta ejecución implica una instrucción clara y supervisión directa del paciente, dado que la cooperación y comprensión de las indicaciones son determinantes para la obtención de resultados válidos.^{6,7}

En función del tipo de maniobra realizada, la espirometría puede ser lenta (no forzada) o forzada; esta última, basada en una espiración máxima y rápida tras una inspiración completa,

es la que permite la obtención de los principales parámetros funcionales utilizados en la práctica clínica.^{6,9}

Las principales variables de la espirometría forzada son la capacidad vital forzada (FVC), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁) y el cociente FEV₁/FVC, que expresa la relación entre ambos y no debe confundirse con el índice de Tiffeneau, definido como el cociente entre el FEV₁ y la capacidad vital lenta (VC). La FVC representa el volumen máximo de aire exhalado durante una maniobra espiratoria de esfuerzo máximo tras una inspiración máxima, mientras que el FEV₁ corresponde al volumen máximo exhalado en el primer segundo de dicha maniobra, ambos expresados en litros. Otros parámetros relevantes incluyen el flujo espiratorio máximo (PEF) y el análisis de las curvas flujo-volumen, que permiten identificar patrones ventilatorios obstructivos, restrictivos o mixtos.^{5,6}

Prueba broncodilatadora (PBD)

La prueba broncodilatadora (PBD), o espirometría con prueba de reversibilidad, es una variante destinada a valorar la respuesta bronquial tras la administración de un broncodilatador inhalado de acción corta, habitualmente salbutamol.^{5,6} Su finalidad es confirmar la reversibilidad de la obstrucción al flujo aéreo y contribuir al diagnóstico diferencial entre asma y EPOC.⁵

El procedimiento consiste en realizar una espirometría basal, administrar el broncodilatador prescrito y repetir la medición tras 10–15 minutos, registrando los valores post-broncodilatador para calcular la variación del FEV₁ o la FVC respecto a los valores iniciales.^{5,6} Durante esta fase, es esencial garantizar una técnica inhalatoria correcta y una observación clínica continua, dado que la medicación puede producir efectos adversos leves y transitorios, como taquicardia o temblor.^{5,6,14}

De acuerdo con los estándares nacionales e internacionales de calidad y seguridad en función pulmonar, se recomienda emplear agonistas β_2 -adrenérgicos de acción corta, como el salbutamol, en dosis equivalentes a 400 μ g (cuatro inhalaciones de 100 μ g mediante cámara de inhalación). En algunos casos puede utilizarse bromuro de ipratropio o una combinación de ambos fármacos, siempre bajo prescripción médica y control facultativo. El criterio de reversibilidad se define como una mejoría del FEV₁ o de la FVC ≥ 12 % y ≥ 200 ml respecto al valor basal.^{5,6,13}

Por tanto, la espirometría —especialmente en su modalidad broncodilatadora— requiere una ejecución rigurosa, conocimientos anatómo-fisiológicos y farmacológicos, dominio instrumental y capacidad de supervisión clínica cualificada, constituyendo un procedimiento de alta implicación asistencial en la evaluación y control de las enfermedades respiratorias crónicas.^{7,10,14}

Equipamiento, calibración y control de calidad

La correcta ejecución de la espirometría requiere no solo conocimientos técnicos y fisiológicos, sino también el uso de equipos calibrados, verificados y mantenidos conforme a los estándares internacionales de calidad. De acuerdo con las Normas Técnicas de la SEPAR y las recomendaciones de la ATS/ERS, el espirómetro debe verificarse diariamente con una jeringa certificada de 3 litros, con una precisión mínima de $\pm 0,5$ % del volumen total, garantizando una

desviación inferior al $\pm 3\%$ en la medición de los volúmenes y la estabilidad de los sensores de flujo.^{5,6}

El espacio donde se realiza la prueba debe cumplir condiciones ambientales controladas (temperatura, humedad, presión barométrica) y disponer de los elementos básicos de medición (termómetro, barómetro, higrómetro, báscula y tallímetro certificados), asegurando la exactitud de las variables de referencia del paciente.⁵

Asimismo, la verificación periódica de la calibración de flujo y tiempo, la limpieza y desinfección de los componentes y el registro sistemático de los controles de calidad constituyen requisitos imprescindibles para validar los resultados. Estas tareas, junto con la evaluación en tiempo real de las curvas flujo-volumen y volumen-tiempo, forman parte del procedimiento técnico que exige supervisión profesional continua y capacitación específica.^{5,6,14}

Marco normativo y competencial

I. Funciones del personal técnico auxiliar.

El punto de partida que en ningún caso se debe olvidar respecto del análisis de las competencias de estos profesionales de FP es que la titulación de Formación Profesional, Técnico Auxiliar o Técnico Superior, en ningún caso habilita para el ejercicio de actividad profesional de clase alguna. Basta leer lo que prevé el apartado 4º en relación con el apartado 1º del artículo 3º de la citada LOPS para evidenciar este extremo:

"los técnicos superiores y técnicos a los que se refiere este artículo ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional, de sus distintos niveles formativos y de su concreta titulación, en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias contempladas en los artículos 6 y 7 de esta ley".

Por estas mismas razones, los titulados en Formación Profesional, Técnico Auxiliar o Técnico Superior no gozan de esa autonomía técnica y científica reconocida a las profesiones sanitarias. Y no gozan de esas prerrogativas porque no han recibido la formación sanitaria necesaria para ello, lo que explica que se les encomiende funciones estrictamente colaborativas y auxiliares.

De todo ello, se deduce no sólo que el Técnico Superior no puede desarrollar las funciones que corresponden a los enfermeros, sino que, además, el estudio de una materia concreta no les habilita necesariamente para desempeñar funciones relacionadas con esta materia, tal y como reconoce reiteradamente la jurisprudencia (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de febrero de 2003 y Sentencia del TSJ de La Rioja de 11 de julio de 2016, entre otras).

De hecho, el Tribunal Supremo, en Sentencia de 16 de febrero de 2007, ya advirtió claramente que la normativa curricular:

"con independencia de las previsiones sobre titulación y currículo (...) no supone habilitación a los titulados para desenvolver una actividad profesional, aún relacionada con las enseñanzas que la Ley haya reservado para unos determinados profesionales".

En esta misma Sentencia y referida a los Técnicos, en este caso de Laboratorio, el Alto Tribunal continúa argumentando:

“La Sentencia de instancia, tras analizar la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de profesiones sanitarias, así como el artículo 4 de la Orden 14 de junio de 1984, sobre competencias y funciones de los Técnicos Especialistas de Laboratorio, Radiodiagnóstico; Anatomía Patológica, Medicina Nuclear y Radioterapia de Formación Profesional de Segundo grado, Rama Sanitaria, así como el artículo 73.bis.3 del Estatuto de personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, aprobado por la Orden de 26 de abril de 1973, así como algunas Sentencias del Tribunal Supremo en que se trata sobre la cuestión, las Sentencias de 26 de febrero de 1993, la de 17 de septiembre de 2004, así como la Sentencia del TSJ de Cataluña de 30 de octubre de 2002, llega a la conclusión de que las tareas de los Técnicos Especialistas de Laboratorio, en materia de toma de muestras biológicas humanas y de extracción de sangre, son de pura colaboración o auxilio, y en todo caso, bajo la dirección y supervisión facultativa, sin que pueda reconocérseles posibilidad legal de realizar tales tareas por propia iniciativa ni sin tal dirección o supervisión facultativa”.

Extremos que pueden trasladarse al caso analizado, donde el personal técnico solamente podrá llevar a cabo funciones de colaboración a auxilio, siempre bajo dirección y supervisión facultativa.

II. Competencia Enfermera

Los ámbitos de actuación los enfermeros/as se inscriben en el marco de los principios de la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. No hay que olvidar que la práctica profesional viene avalada por las normas reguladoras (Directiva de cualificaciones, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Planes de estudio, etc).

Así, la Directiva 2013/55/UE del Parlamento 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 ha fijado en su artículo 31.7 las competencias mínimas que los enfermeros responsables de cuidados generales deben estar en condiciones de aplicar., incluyendo el diagnóstico enfermero entre ellas.

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.”

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.”

Además, el artículo 4,7 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 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 y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico.”

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.

Por otra parte, 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, Esta norma fue modificada por el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, que ha actualizado los modelos de información clínica para dar respuesta, por una parte, a las necesidades de normalización y de representación y enlace terminológico de los datos que se han identificado como necesarios y, por otra, para tener en cuenta los aspectos de interoperabilidad transfronteriza en el marco de la Unión Europea. En el actual Anexo IX se incluye el denominado Informe de Enfermería con las referidas clasificaciones NANDA, NIC y NOC. Y en el Anexo X (“Historia clínica resumida”) se mencionan expresamente los diagnósticos de enfermería que deben incluirse en la misma. Las intervenciones vinculadas con la espirometría incluyen:

[2311] Administración de medicación: inhalatoria

[3210] Manejo del asma

[3350] Monitorización respiratoria

Riesgos asistenciales y límites competencias de otros perfiles

La espirometría es una técnica diagnóstica de aparente sencillez, pero de alta complejidad técnica y clínica, cuya correcta realización exige formación sanitaria universitaria, conocimiento de la fisiopatología respiratoria y dominio de la instrumentación específica. Tanto la SEPAR como la ATS y la ERS destacan que la fiabilidad de la prueba depende de la competencia del profesional que la ejecuta, siendo indispensable que posea conocimientos técnicos, fisiológicos y farmacológicos suficientes para garantizar la calidad y seguridad del procedimiento.⁵⁻⁹

Riesgos asistenciales derivados de una ejecución no cualificada

Los errores durante la realización de la espirometría pueden comprometer gravemente la calidad diagnóstica y la seguridad del paciente. Entre los principales riesgos asociados a la práctica por personal no cualificado se incluyen:

- Errores técnicos en la calibración o manejo del espirómetro, que invalidan los resultados e impiden una interpretación fiable.
- Ejecución inadecuada de las maniobras respiratorias, por falta de adiestramiento en la instrucción y supervisión del paciente, generando curvas no aceptables o no reproducibles.
- Identificación insuficiente de contraindicaciones clínicas (hemoptisis reciente, aneurisma, infarto, cirugía torácica o abdominal reciente, entre otras), lo que puede provocar eventos adversos durante la maniobra.
- Falta de capacitación en farmacología respiratoria para la administración segura de broncodilatadores —especialmente en las pruebas con salbutamol—, con el riesgo añadido de reacciones adversas agudas (taquicardia, temblor, broncoespasmo paradójico o descompensación cardiopulmonar) si no se dispone de la formación y los recursos necesarios para su detección y manejo inmediato.

Estos aspectos están ampliamente documentados en la literatura científica y recogidos en las Normas Técnicas y el Manual de Procedimientos de la SEPAR (2013, 2021), las recomendaciones de la ATS/ERS (2005, 2019), la Guía de procedimiento para la espirometría en Atención Primaria de la semFYC (2021) y los documentos de la SEAIC (2011 y 2025), que coinciden en subrayar que la espirometría **“es una técnica de ejecución compleja que requiere personal experto, formación acreditada y control de calidad continuado”**.⁵⁻¹²

Evidencia científica y formación.

La formación y competencia profesional necesarias para la realización de la espirometría están claramente delimitadas en la literatura científica y en los marcos formativos oficiales. Tanto las guías clínicas nacionales como la evidencia enfermera coinciden en atribuir esta técnica al ámbito competencial propio de las enfermeras, dado que requiere conocimientos clínicos, dominio instrumental y capacidad de valoración del paciente.

El Manual SEPAR de Procedimientos y la Guía de espirometría en Atención Primaria de la semFYC (2021) especifican que esta prueba debe ser realizada por personal sanitario titulado, preferentemente enfermeras, con entrenamiento mínimo en un laboratorio de función pulmonar y capacidad para la evaluación de la calidad de las maniobras y la interpretación básica de los resultados.^{6,12} Asimismo, la revisión sistemática de Peña-Otero et al. (2025) concluye que la espirometría **es una competencia indelegable de las enfermeras**, sustentada en fundamentos legales, éticos y técnicos, y que su delegación a personal no cualificado compromete la seguridad del paciente y la fiabilidad diagnóstica.¹⁴

En esta misma línea, las recientemente publicadas Recomendaciones SEPAR para la espirometría (2026) refuerzan este principio, al señalar que:

*«La espirometría es una técnica que requiere **formación específica** tanto para la realización de la prueba como para el control de calidad y el mantenimiento del equipo. Los laboratorios de función pulmonar, junto con agentes externos como las sociedades científicas respiratorias, deben garantizar una formación integral del personal que vaya a realizar espirometrías. **Dicho personal debe poseer, como mínimo, un título universitario**, dado que la*

*formación debe incluir **conocimientos teóricos básicos en neumología, capacidad para realizar procedimientos diagnósticos y entrenamiento práctico específico.**»*

Estas recomendaciones, emanadas de la principal sociedad científica nacional en función pulmonar, confirman que **la realización de la espirometría debe quedar reservada a profesionales con titulación universitaria en ciencias de la salud y formación acreditada en función pulmonar**, garantizando así la competencia técnica, la trazabilidad diagnóstica y la seguridad del paciente.⁷

Por el contrario, **el currículo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)**, regulado por el 558/1995, de 7 de abril, **no contempla la técnica de la espirometría ni la administración de medicación inhalada entre sus competencias profesionales**. Las únicas vías de administración de medicamentos incluidas en su programa formativo son la oral, tópica y rectal, y siempre bajo la supervisión directa de la enfermera responsable del paciente.¹⁵

En consecuencia, los TCAE no poseen capacitación técnica ni respaldo normativo para realizar pruebas funcionales respiratorias, ni para manejar dispositivos de administración inhalatoria. Cualquier ejecución autónoma de la espirometría por parte de estos perfiles constituiría una invasión competencial y una situación de riesgo asistencial directo.

En el marco del proceso enfermero, la realización y supervisión de la espirometría, especialmente en su modalidad con PBD, se inscriben dentro de las intervenciones reconocidas por la taxonomía NIC, particularmente [2311] Administración de medicación: inhalatoria, [3210] Manejo del asma y [3350] Monitorización respiratoria, que contemplan la preparación y administración segura de fármacos inhalados, la observación de efectos adversos y la valoración de la respuesta respiratoria del paciente.¹⁶

Riesgo ético y de seguridad del paciente

La Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS (2025-2035) establece como principio prioritario la promoción de prácticas clínicas seguras, la gestión proactiva de riesgos y la formación continuada de los profesionales sanitarios para prevenir el daño evitable y mejorar los resultados asistenciales. Entre sus líneas estratégicas se destacan las prácticas seguras en el uso de medicamentos —incluida la correcta preparación, administración y verificación de los tratamientos prescritos— como elemento esencial de la seguridad clínica, especialmente en contextos donde intervienen múltiples profesionales o técnicas de alta complejidad.⁴

Asimismo, los boletines recientes del Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) identifican los tipos de errores de medicación más frecuentes notificados por los profesionales sanitarios, como la identificación incorrecta del paciente, las omisiones o retrasos en la administración, y las confusiones entre medicamentos de apariencia similar (look-alike, sound-alike), los cuales pueden ocasionar eventos adversos graves si no se detectan ni previenen de forma adecuada.¹⁷

La realización de una PBD en el contexto de la espirometría implica necesariamente la preparación y administración del medicamento inhalado, la monitorización clínica del paciente y el registro de los resultados. Este procedimiento requiere conocimientos de farmacología clínica, capacidad para reconocer y manejar efectos adversos y competencias para la respuesta inmediata ante emergencias. **Estas funciones exceden el ámbito competencial del personal**

técnico no sanitario y solo pueden ser desempeñadas por profesionales con formación sanitaria universitaria y capacitación específica —como las enfermeras—, garantizando así la seguridad del paciente y la minimización del riesgo asistencial.

Impacto asistencial y calidad diagnóstica

La evidencia científica demuestra que la calidad diagnóstica de la espirometría depende de manera directa de la formación, experiencia y competencia profesional de quien la realiza. Diversos estudios comparativos y auditorías de calidad han evidenciado una mayor proporción de pruebas no válidas o no reproducibles cuando son ejecutadas por personal sin formación sanitaria universitaria o sin entrenamiento específico en función pulmonar.^{5,12,14}

Por este motivo, las principales sociedades científicas —SEPAR, semFYC, SEAIC y las internacionales ATS/ERS— coinciden en señalar que **la espirometría debe ser realizada por personal sanitario con formación universitaria y capacitación específica en función pulmonar, preferentemente enfermeras o médicos especializados, con formación acreditada, actualización continuada y control de calidad periódico**, a fin de garantizar la trazabilidad del procedimiento, la fiabilidad de los resultados y la seguridad del paciente.⁵⁻¹²

Conclusiones

- La espirometría es una técnica diagnóstica de elevada complejidad técnica y clínica, cuya correcta realización exige formación sanitaria universitaria, dominio instrumental y conocimientos de fisiopatología y farmacología respiratoria.
- La competencia para la realización, registro e interpretación básica de la espirometría corresponde a las enfermeras, de acuerdo con la normativa sanitaria y los marcos formativos oficiales, que les atribuyen la responsabilidad sobre los cuidados técnicos y la seguridad del paciente.
- La PBD implica la preparación, administración y monitorización de medicación inhalada, constituyendo un acto sanitario que requiere conocimiento farmacológico y capacidad de respuesta ante efectos adversos, funciones propias de la práctica enfermera.
- El personal técnico carece de formación, respaldo normativo y competencia profesional para ejecutar de manera autónoma la espirometría o manejar broncodilatadores, debiendo actuar siempre bajo la supervisión directa de una enfermera.
- La evidencia científica y las guías clínicas nacionales e internacionales coinciden en que la espirometría debe realizarse exclusivamente por profesionales sanitarios cualificados —preferentemente enfermeras o médicos especializados— para garantizar la validez diagnóstica, la calidad asistencial y la seguridad del paciente, en concordancia con los estándares nacionales e internacionales de calidad y competencia profesional.

Bibliografía

1. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 280, 2003 nov 22 [citado 2025 ene 7]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

2. Ministerio de Ciencia e Innovación (España). 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 [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 174, 2008 jul 19:31680-3 [citado 2025 ene 7]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388
3. España. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería [Internet]. Boletín Oficial del Estado, nº 269, 2001 nov 10 [citado 2025 ene 7]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-20934>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2025-2035 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2025 [citado 2025 ene 7]. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2025/docs/estrategia_seguridad_paciente_T25_35_accesible.pdf
5. García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, del Campo F, Galdiz JB, et al. Espirometría. Arch Bronconeumol. 2013 Sep;49(9):388-401. doi:[10.1016/j.arbres.2013.04.001](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2013.04.001).
6. Puente Maestu L, Garcia de Pedro J, Giron Matute W, Ji Z, Gómez Sacristán A. Pruebas funcionales respiratorias. En: Puente Maestu L, editor. Manual SEPAR de Neumología y Cirugía Torácica. 4ª ed. Sección 2: Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Madrid: Editorial SEPAR; 2021. p. 10–40.
7. García-García R, Peribáñez MAG, Salomé Albi Rodríguez M, Sánchez CA, Restoy XA, Aguirre-Franco CE, Corberó AB, et al. Recommendations for Performing Spirometry, Arch Bronconeumol (2026), doi:[10.1016/j.arbres.2025.12.016](https://doi.org/10.1016/j.arbres.2025.12.016)
8. Miller MR, Crapo R, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, et al. ATS/ERS Task Force. General considerations for lung function testing. Eur Respir J. 2005 Jul;26(1):153-61. doi: [10.1183/09031936.05.00034505](https://doi.org/10.1183/09031936.05.00034505).
9. Graham BL, Steenbruggen I, Miller MR, Barjaktarevic IZ, Cooper BG, Hall GL, et al. Standardization of spirometry 2019 update. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society technical statement. Am J Respir Crit Care Med. 2019 Oct 15;200(8):e70-e88. doi:[10.1164/rccm.201908-1590ST](https://doi.org/10.1164/rccm.201908-1590ST).
10. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC). Recomendaciones de seguridad y calidad en alergología (RESCAL) [Internet]. Barcelona: SEAIC; 2011 [citado 2025 ene 7]. Disponible en: https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/13560_documento-recomendaciones-rescal-3.pdf
11. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC). Recursos para enfermería en alergia: protocolos de espirometría forzada [Internet]. Madrid: SEAIC; 2025 [citado 2025 ene 7]. Disponible en: <https://www.seaic.org/profesionales/blogs/enfermeria-en-alergia/protocolos-de-enfermeria-peak-flow-y-espirometria-forzada.html>
12. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Guía de procedimiento para la espirometría en Atención Primaria [Internet]. Grupo de Trabajo de Enfermedades

- Respiratorias. Barcelona: semFYC; 2021 [citado 2026 ene 7]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/index.php/publicaciones/guia->
13. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Código deontológico de la enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2021.
 14. Peña Otero D, Díaz López MM, Gimeno Peribáñez MA, Gómez Neira MC, González Troiteiro S, Moar Ulloa S. El rol del profesional de enfermería en la espirometría. Enfermeir@s [Internet]. 27 de agosto de 2025 [citado 7 de enero de 2026];2(45):75-89. Disponible en: <https://www.enfermerialugo.org/revista/index.php/enfermeiraos/article/view/55>
 15. España. Ministerio de Educación y Ciencia. Real Decreto 558/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. BOE [Internet]. 1995 jun 6; núm. 134:16598-16603 [citado 2026 ene 7]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1995-13592
 16. Wagner CM, Butcher HK. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2024.
 17. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Boletín ISMP-España nº 51: Recomendaciones para la prevención de errores de medicación [Internet]. Madrid: ISMP-España; 2023 [citado 2025 ene 7]. Disponible en: <https://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2051%20%28Junio%202022%29.pdf>

Informe Elaborado por

Guadalupe Fontán Vinagre. Coordinadora del Instituto Español de Investigación Enfermera

Leticia Bueno Freire. Enfermera del Instituto Español de Investigación Enfermera

Francisco Corpas Arce. Director Servicios Jurídicos