Universidad Europea VALENCIA

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN URGENCIAS, EMERGENCIAS Y CRÍTICOS EN ENFERMERÍA.

Facultad de Ciencias de la Salud

AUTONOMÍA PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA EN CUIDADOS CRÍTICOS: SCOPING REVIEW COMPARATIVA ECUADOR-ESPAÑA

ESTUDIANTE: Franklin Cuji Torres

DIRIGIDO POR: María Isabel Bru Hernández

Valencia, España 2026

Resumen

La autonomía profesional se reconoce como un componente esencial en las unidades de cuidados intensivos, donde la rapidez en la toma de decisiones clínicas y la capacidad de actuación independiente influyen directamente. Este estudio analiza la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico, mediante una comparación entre los contextos sanitarios y normativos de Ecuador y España.

Metodología

El estudio se desarrolló siguiendo las recomendaciones metodológicas de la declaración PRISMA 2020, mediante una búsqueda y análisis de literatura y normativa publicada en bases de datos internacionales como PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, DOAJ y Google Scholar. La evidencia fue evaluada mediante herramientas metodológicas como AMSTAR-2, MMAT y ROBINS-I adaptado.

Resultados

Los resultados evidencian que la autonomía enfermera en UCI es un fenómeno multidimensional, influido por factores normativos, formativos, organizativos, relacionales y clínicos. En Ecuador predominan barreras estructurales, un modelo jerárquico y una delimitación normativa más restrictiva del ejercicio profesional, mientras que en España existe un marco regulador más desarrollado. En ambos contextos, la formación continua, el liderazgo enfermero, la colaboración interdisciplinaria y los protocolos claros se identifican como facilitadores del ejercicio autónomo.

Conclusiones

La existencia de brechas significativas entre ambos sistemas sanitarios respecto al grado de autonomía profesional de enfermería en cuidados críticos. España presenta un contexto más favorable para el ejercicio autónomo debido a su desarrollo normativo y formativo, mientras que Ecuador enfrenta importantes desafíos estructurales y regulatorios

Palabras clave: autonomía profesional; enfermería; unidad de cuidados intensivos; práctica avanzada; toma de decisiones clínicas; Ecuador; España.

Abstract

Professional autonomy is recognized as an essential component in intensive care units, where rapid clinical decision-making and the ability to act independently directly influence. This study analyzes professional autonomy in nursing in the care of critically ill patients by comparing the healthcare and regulatory contexts in Ecuador and Spain.

Methodology

The study was conducted in accordance with the methodological recommendations of the PRISMA 2020 statement, through a search and analysis of literature and regulations published in international databases such as PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, DOAJ, and Google Scholar. The evidence was evaluated using methodological tools such as AMSTAR-2, MMAT, and an adapted ROBINS-I.

Results

The results show that nursing autonomy in the ICU is a multidimensional phenomenon influenced by regulatory, educational, organizational, relational, and clinical factors. In Ecuador, structural barriers, a hierarchical model, and a more restrictive regulatory framework for professional practice predominate, whereas in Spain there is a more developed regulatory framework. In both contexts, continuing education, nursing leadership, interdisciplinary collaboration, and clear protocols are identified as facilitators of autonomous practice.

Conclusions

There are significant gaps between the two healthcare systems regarding the degree of professional autonomy in critical care nursing. Spain offers a more favorable context for autonomous practice due to its regulatory and educational development, while Ecuador faces significant structural and regulatory challenges.

Keywords: professional autonomy; nursing; intensive care units; advanced practice; clinical decision-making; Ecuador; Spain.

ÍNDICE

ABREVIATURAS / ACRÓNIMOS 1
1. INTRODUCCIÓN 2
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4
2.1. Justificación 6
3. OBJETIVOS 8
3.1. Objetivo general 8
3.2. Objetivos específicos 8
4. HIPÓTESIS 9
4.1. Hipótesis general 9
4.2. Hipótesis específicas 9
5. MARCO TEÓRICO 9
5.1. Evolución histórica de la enfermería 9
5.1.1. Profesionalización de la Enfermería 10
5.2. De la profesionalización a la autonomía enfermera 10
5.3. Factores determinantes de la autonomía enfermera 11
5.4. Enfermería en cuidados críticos y autonomía avanzada 12
5.5. Evolución comparada de la enfermería en España y Ecuador 12
5.6. Marco normativo comparativo: España – Ecuador 13
6. METODOLOGÍA 16
6.1. Diseño del estudio 16
6.2. Preguntas de investigación 16
6.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica 16
6.4. Criterios de selección 21
6.4.1. Criterios de inclusión 21
6.4.2. Criterios de exclusión 21
6.5. Proceso de selección de estudios 21
6.6. Evaluación de la calidad metodológica 24
6.6.1. Aplicación sistemática de AMSTAR-2 25
6.6.2. Evaluación del riesgo de sesgo adaptada de Robins-I 28
6.7. Extracción de datos 29
6.8. Análisis y síntesis de la información 31
7. RESULTADOS 32
7.1. Características de los estudios incluidos 37

7.2. Análisis descriptivo de los resultados 39
7.2.1. Interpretación global de la evidencia 43
8. DISCUSIÓN 44
8.1. Implicaciones y Limitaciones 46
8.1.1. Limitaciones: 46
8.1.2. Implicaciones Prácticas: 46
8.2. Líneas de Investigación Futura 47
9. CONCLUSIONES 48
10. BIBLIOGRAFÍA 50

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución histórica de la autonomía 10
Tabla 2. Brechas en la autonomía y regularización de la práctica enfermera: análisis comparativo. 15
Tabla 3. Estrategia de búsqueda y proceso de selección de estudios 19
Tabla 4. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos 26
Tabla 5. Riesgo de Sesgo ROBINS-I por Estudio y País 28
Tabla 6. Barreras y facilitadores de la autonomía profesional de la enfermería por país 35
Tabla 7. Síntesis de los estudios incluidos: características, hallazgos, limitaciones e implicaciones 37

ABREVIATURAS / ACRÓNIMOS

UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
MeSH	Medical Subject Headings
PROSPERO	International Prospective Register of Systematic Reviews
MMAT	Mixed Methods Appraisal Tool
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
AMSTAR-2	*A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews 2*
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
ROBINS-I	Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
JBI	Joanna Briggs Institute
PICO	Paciente/Problema, Intervención, Comparación y Outcome (resultados)
EPA	Enfermera de Práctica Avanzada
BOE	Boletin Oficial del Estado
ART	Artículo

1. INTRODUCCIÓN

La autonomía profesional de enfermería es un constructo central en los sistemas sanitarios modernos, particularmente en contextos de alta complejidad como las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde la toma de decisiones clínicas inmediata resulta determinante para la seguridad y evolución del paciente. La evidencia científica muestra que la autonomía en enfermería se asocia con empoderamiento profesional, mejora de conductas de cuidado y mejores resultados clínicos, lo que confirma su relevancia como indicador de calidad asistencial y organizacional[1].

Asimismo, investigaciones recientes evidencian que la capacidad de las enfermeras de cuidados críticos para tomar decisiones independientes es crucial debido a la rapidez con la que cambian las condiciones clínicas y a la necesidad de intervenciones urgentes[2].

Desde el punto de vista conceptual, la autonomía profesional no es un atributo exclusivamente individual, sino una dimensión multideterminada influida por factores educativos, institucionales y normativos. Estudios de enfoque mixto han demostrado que la autonomía en enfermería se configura mediante la interacción entre experiencia profesional, formación, condiciones laborales y estructuras organizativas, evidenciando que se trata de un fenómeno multidimensional y dinámico[3].

En este sentido, la literatura científica también destaca que la autonomía profesional constituye un componente esencial de entornos laborales saludables y se relaciona positivamente con la satisfacción laboral y la participación en decisiones clínicas[2].

En el plano jurídico, la autonomía profesional está condicionada por los marcos regulatorios nacionales que definen competencias, responsabilidades y límites del ejercicio profesional. En España, la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) establece las bases generales del ejercicio de las profesiones sanitarias tituladas y regula los aspectos fundamentales de su práctica tanto en el ámbito público como privado[4].

Esta norma también determina que la formación especializada tiene como finalidad dotar al profesional de los conocimientos y habilidades propios de su especialidad junto con la progresiva asunción de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo[4]. Además, la misma legislación establece principios para la actualización permanente de conocimientos y competencias profesionales conforme a la evolución científica y tecnológica y a las necesidades del sistema sanitario[5].

En Ecuador, el ejercicio profesional de enfermería está regulado por la Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros, la cual garantiza el derecho a ejercer la profesión a quienes posean título válido y establece competencias que incluyen funciones asistenciales, administrativas, docentes e investigativas dentro de su ámbito profesional[6].

Esta normativa también dispone que las instituciones de salud deben contar con personal de enfermería suficiente conforme a estándares de atención y reconoce su participación en políticas sanitarias y dirección de servicios[6]. Sin embargo, la misma ley establece que los profesionales deben cumplir las prescripciones médicas indicadas, lo que refleja un modelo regulatorio en el que la autonomía se ejerce dentro de un marco jerárquico clínico[6].

El análisis comparativo entre ambos países adquiere relevancia científica porque, aunque los dos sistemas reconocen formalmente la importancia de la enfermería como profesión sanitaria, difieren en el grado de desarrollo normativo, en la definición de competencias clínicas y en el nivel de institucionalización de la formación especializada. Mientras España dispone de una estructura regulatoria consolidada que articula formación, acreditación y desarrollo profesional continuo dentro del sistema sanitario, Ecuador enfatiza la protección legal del ejercicio y la definición de funciones amplias, lo que sugiere modelos distintos de construcción de la autonomía profesional.

En el contexto del cuidado crítico, estas diferencias regulatorias pueden traducirse en variaciones en la capacidad real de las enfermeras para tomar decisiones clínicas, liderar intervenciones o participar en la planificación terapéutica, aspectos que inciden directamente en la calidad de la atención. Por ello, realizar una revisión sistematizada que integre evidencia empírica y normativa permitirá identificar

convergencias, divergencias y vacíos de conocimiento sobre la autonomía profesional de enfermería en ambos países, aportando fundamentos científicos para el desarrollo de políticas sanitarias, programas formativos y modelos organizacionales centrados en el paciente crítico.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado del paciente crítico constituye uno de los escenarios más exigentes dentro de los sistemas sanitarios contemporáneos, debido a la alta inestabilidad clínica, la necesidad de monitorización continua y la implementación inmediata de intervenciones terapéuticas. En este contexto, el personal de enfermería asume responsabilidades directas en la vigilancia hemodinámica, detección precoz de complicaciones, manejo de dispositivos invasivos y aplicación de protocolos clínicos complejos. Sin embargo, la evidencia científica muestra que el grado real de autonomía profesional ejercido en las unidades de cuidados intensivos no siempre se corresponde con la magnitud de dichas responsabilidades.

Investigaciones recientes han demostrado que el nivel de autonomía profesional en enfermería de cuidados críticos suele situarse en rangos intermedios. Un estudio correlacional realizado en personal de UCI identificó niveles moderados de autonomía y estrés laboral, encontrando además una asociación significativa entre autonomía profesional y condiciones organizativas del entorno de trabajo[7]. Estos hallazgos indican que la autonomía no depende exclusivamente de la competencia técnica individual, sino también de factores estructurales.

Asimismo, la literatura ha evidenciado que la colaboración médico-enfermera constituye un determinante clave en la percepción y ejercicio de la autonomía profesional. En un estudio desarrollado en unidades críticas se observó que menores niveles de colaboración interprofesional se asociaban con menor autonomía percibida por parte del personal de enfermería[8]. Este fenómeno refleja que la autonomía no es únicamente un atributo normativo, sino una construcción relacional dentro del equipo de salud.

Desde una perspectiva organizacional, la autonomía profesional también se ha vinculado con la configuración de entornos laborales saludables. Estudios recientes

en cuidados intensivos han demostrado que mayores niveles de autonomía se relacionan con mejor clima organizacional, mayor participación en decisiones clínicas y mejor desempeño profesional[3]. Estos resultados sugieren que la autonomía no solo impacta en el profesional, sino también en la calidad del sistema asistencial.

En relación con los resultados en salud, se ha documentado que mayores niveles de autonomía profesional en enfermería se asocian significativamente con mejor percepción de calidad del cuidado por parte de los pacientes y con mayor satisfacción respecto a la atención recibida[9]. Esta evidencia refuerza la relevancia de la autonomía como variable estructural que incide directamente en la seguridad y calidad asistencial en unidades críticas.

A pesar de esta evidencia internacional, persiste una importante brecha de conocimiento respecto a cómo se configura y ejerce la autonomía profesional en contextos nacionales específicos y cómo influyen los marcos regulatorios en su desarrollo efectivo. En particular, existe escasa literatura comparativa que analice de manera sistematizada las diferencias y similitudes entre sistemas sanitarios con estructuras normativas distintas, como es el caso de Ecuador y España.

La ausencia de síntesis científica comparativa limita la comprensión de cómo factores legales, organizacionales y culturales condicionan el ejercicio real de la autonomía enfermera en el cuidado del paciente crítico. Esta falta de análisis sistemático impide identificar fortalezas, áreas de mejora y posibles estrategias de fortalecimiento profesional adaptadas a cada contexto sanitario.

Por lo tanto, se plantea como problema de investigación la necesidad de analizar y comparar, mediante una revisión sistematizada de la literatura científica y normativa, el grado y las características de la autonomía profesional de enfermería en unidades de cuidados críticos en Ecuador y España, con el fin de aportar evidencia que permita fundamentar mejoras en la práctica clínica, la formación especializada y las políticas de salud orientadas al cuidado del paciente crítico.

3. JUSTIFICACIÓN

La autonomía profesional de enfermería constituye un factor crítico para la calidad de la atención sanitaria, especialmente en unidades de cuidados intensivos donde la rapidez en la toma de decisiones clínicas puede determinar la evolución y supervivencia del paciente. La evidencia internacional demuestra que el nivel de autonomía enfermera se asocia de manera significativa con resultados clínicos objetivos. Un estudio multicéntrico observacional identificó que hospitales con mayores niveles de autonomía profesional de enfermería presentaban aproximadamente 19 % menos mortalidad a 30 días y 17 % menos eventos de failure-to-rescue, incluso tras ajustar por características hospitalarias y del paciente[10].

Estos hallazgos posicionan la autonomía como un indicador estructural de calidad asistencial y no solo como un atributo profesional individual.

Desde la perspectiva del paciente, también se ha demostrado que la autonomía enfermera influye en la percepción de la calidad del cuidado. En una investigación realizada con personal de cuidados intensivos se observó una correlación positiva fuerte entre autonomía profesional y satisfacción del paciente respecto a la atención recibida ($r = 0.823$; $p < 0.001$) [9].

Este resultado sugiere que la capacidad de decisión clínica de enfermería se traduce en mejoras perceptibles en la experiencia asistencial, lo que refuerza su relevancia como variable estratégica en los sistemas sanitarios.

En el ámbito organizacional, la autonomía profesional se relaciona estrechamente con la dinámica del trabajo interdisciplinario. Estudios realizados en unidades críticas han evidenciado que niveles elevados de colaboración médico-enfermera se asocian con mayores niveles de autonomía percibida por el personal de enfermería[8].

Este hallazgo indica que la autonomía no depende exclusivamente de regulaciones legales o competencias formativas, sino también de la estructura jerárquica y de la cultura de trabajo dentro del equipo sanitario.

Asimismo, investigaciones cualitativas recientes han demostrado que la autonomía enfermera es un fenómeno multidimensional condicionado por factores institucionales como protocolos clínicos, liderazgo, normativas internas y sistemas organizativos. Dichos elementos pueden facilitar o limitar la participación de enfermería en la toma de decisiones clínicas, incluso cuando existen competencias profesionales suficientes[11].

Esto implica que fortalecer la autonomía requiere intervenciones estructurales a nivel institucional y no únicamente estrategias educativas individuales.

La literatura científica también ha mostrado que la autonomía enfermera influye en indicadores clínicos específicos del paciente crítico. Un estudio transversal en unidades de cuidados intensivos encontró que mayores niveles de autonomía en el manejo del sueño se asociaban significativamente con mejor calidad del sueño del paciente ($rho = 0.25$; $p < 0.01$), así como con mayor implementación de intervenciones terapéuticas destinadas a optimizar este resultado[12].

Este tipo de evidencia demuestra que la autonomía no solo impacta en variables organizativas, sino también en parámetros clínicos medibles.

A pesar de la evidencia existente, la producción científica comparativa entre países sigue siendo limitada, especialmente en relación con cómo los marcos regulatorios nacionales influyen en el ejercicio real de la autonomía profesional. Esta carencia dificulta identificar qué modelos normativos y organizativos favorecen un mayor desarrollo del rol enfermero y cuáles actúan como barreras estructurales. En particular, la comparación entre Ecuador y España resulta pertinente debido a las diferencias en sus sistemas sanitarios, niveles de especialización profesional y regulación de competencias clínicas.

Por ello, la realización de una revisión sistematizada sobre la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico se justifica científicamente porque permitirá integrar evidencia dispersa, identificar patrones consistentes y establecer comparaciones fundamentadas entre ambos contextos nacionales. Desde el punto de vista clínico, aportará bases para optimizar la práctica asistencial y mejorar resultados en salud. Desde el enfoque organizacional, facilitará la identificación de factores estructurales que condicionan la toma de decisiones clínicas. Finalmente,

desde la perspectiva social y sanitaria, contribuirá a generar evidencia útil para el diseño de políticas públicas orientadas a fortalecer el rol profesional de enfermería y garantizar una atención segura, eficiente y centrada en el paciente crítico.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Comparar la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico entre Ecuador y España mediante una revisión sistemática de la literatura científica y normativa, con el fin de identificar similitudes, diferencias y factores determinantes de su ejercicio.

4.2. Objetivos específicos

1. Analizar cómo se conceptualiza la autonomía profesional de enfermería en el contexto del cuidado crítico dentro de la literatura científica internacional.

2. Identificar el marco normativo que regula las competencias y responsabilidades clínicas de enfermería en Ecuador y en España.

3. Evaluar la evidencia empírica disponible sobre el grado de autonomía real ejercido por enfermería en unidades de cuidados críticos en ambos países.

4. Comparar los factores estructurales, organizativos y relacionales que influyen en la autonomía profesional en cada sistema sanitario.

5. Determinar las barreras y facilitadores reportados para el ejercicio autónomo de enfermería en contextos de atención crítica.

6. Sintetizar los hallazgos para proponer un modelo comparativo interpretativo de autonomía profesional aplicable al cuidado del paciente crítico.

5. HIPÓTESIS

5.1. Hipótesis general

Existen diferencias significativas en la autonomía profesional de enfermería en cuidados críticos entre Ecuador y España, asociadas a las diferencias en los marcos regulatorios y organizacionales de sus sistemas sanitarios.

5.2. Hipótesis específicas

H1. La existencia de regulación específica de las competencias enfermeras se asocia con mayores niveles de autonomía clínica de enfermería en cuidados críticos.

H2. La presencia de protocolos institucionales y estructuras de colaboración interdisciplinaria se asocia con una mayor autonomía profesional percibida por las enfermeras de cuidados críticos.

H3. Mayores niveles de autonomía profesional de enfermería se relacionan con mejores resultados clínicos y mayor satisfacción del paciente.

H4. Los factores estructurales, organizacionales y normativos constituyen barreras más frecuentes para la autonomía profesional de enfermería que los factores individuales relacionados con la formación o experiencia profesional.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Evolución histórica de la enfermería

La enfermería tiene sus raíces en prácticas ancestrales de cuidado familiar y comunitario, en las que la atención a la salud se realizaba sin distinción profesional ni formación estructurada específica[13]. Estas formas iniciales de cuidado se basaban en el conocimiento empírico y en el apoyo dentro del entorno doméstico y social, constituyendo la base primigenia del cuidado humano.

Durante la Edad Media, el cuidado de los enfermos se desarrolló principalmente en contextos religiosos, donde órdenes monásticas y hospitalarias asumían la atención de personas enfermas, pobres y peregrinos[14]. En este periodo, la enfermería carecía de identidad profesional autónoma, configurándose como una

actividad caritativa subordinada a estructuras religiosas y médicas, sin reconocimiento disciplinar propio.

La autonomía enfermera ha evolucionado de manera progresiva a lo largo del tiempo, en paralelo al proceso de profesionalización de la disciplina:

Tabla 1. Evolución histórica de la autonomía

Etapa	Características	Nivel de autonomía
Pre-Nightingale	Cuidado intuitivo, subordinación religiosa	Nula
Siglo XIX	Formación básica, tareas técnicas	Baja
Siglo XX	Educación media, competencias definidas	Media
Siglo XXI	Universidad, especialidades, EPA	Alta

Fuente: Elaboración propia (2026).

Esta evolución refleja el tránsito desde un modelo asistencial subordinado hacia un modelo profesional basado en competencias, conocimiento científico y mayor capacidad de decisión clínica.

6.1.1 Profesionalización de la Enfermería

El surgimiento de la enfermería moderna se asocia a la figura de Florence Nightingale (1820–1910), quien transformó el cuidado en una práctica sistemática basada en la observación clínica, la higiene y el análisis estadístico como herramientas para la mejora de resultados en salud[15].

La creación de la primera escuela laica de enfermería en el Hospital St Thomas de Londres en 1860 representó un hito fundamental en la profesionalización de la disciplina, al introducir una formación reglada, estructurada y basada en principios científicos[16]. Este proceso supuso el inicio de la enfermería como profesión organizada, con identidad propia y base educativa formal.

6.2. De la profesionalización a la autonomía enfermera

La evolución histórica de la enfermería ha estado estrechamente vinculada a su proceso de profesionalización, entendido como la transición desde un oficio

asistencial hacia una disciplina basada en conocimiento científico, formación universitaria y competencias definidas.

En este sentido, la autonomía profesional se entiende como la capacidad de actuar, decidir y resolver problemas dentro del ámbito competencial propio, fundamentada en el juicio clínico y la evidencia científica[17]. Esta autonomía no implica independencia absoluta, sino ejercicio responsable dentro de equipos interdisciplinarios, donde la enfermería aporta un cuerpo de conocimiento específico[18].

El desarrollo de esta autonomía ha sido progresivo y está condicionado por factores normativos, formativos, organizativos y clínicos [19], que determinan el grado real de independencia en la práctica asistencial.

6.3. Factores determinantes de la autonomía enfermera

La autonomía profesional en enfermería se configura como un constructo multidimensional, condicionado por cuatro grandes dimensiones interrelacionadas:

- **Dimensión normativa:** engloba los marcos legales y regulatorios que delimitan las competencias profesionales y el grado de independencia en la toma de decisiones [4].
- **Dimensión formativa:** hace referencia al nivel de educación superior, la especialización y la formación continuada, que condicionan la capacidad de análisis clínico y toma de decisiones [20].
- **Dimensión organizativa:** incluye la cultura institucional, los modelos de gestión sanitaria y el liderazgo profesional, factores que pueden favorecer o limitar la autonomía en la práctica clínica [21].
- **Dimensión clínica:** se relaciona con el desarrollo del juicio profesional, la experiencia y la aplicación de la práctica basada en evidencia como soporte de la toma de decisiones [19].

Estas dimensiones interactúan de forma dinámica, determinando el grado real de autonomía ejercido en la práctica asistencial.

6.4. Enfermería en cuidados críticos y autonomía avanzada

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) representan uno de los entornos de mayor complejidad clínica, donde la enfermería desempeña un papel central en la vigilancia continua del paciente crítico.

En este contexto, se requieren competencias avanzadas en monitorización hemodinámica, manejo de tecnología biomédica compleja, detección precoz del deterioro clínico y toma de decisiones rápidas basadas en la evolución del paciente [22].

La enfermería en UCI constituye así un eje fundamental de seguridad clínica y continuidad asistencial, con un alto nivel de responsabilidad profesional [16,23].

Este escenario refleja la culminación del proceso histórico de evolución de la enfermería: desde el cuidado intuitivo hasta la práctica avanzada basada en conocimiento científico y juicio clínico especializado.

6.5. Evolución comparada de la enfermería en España y Ecuador

En España, la consolidación formal de la enfermería como profesión organizada se inicia en la primera mitad del siglo XX, con la estructuración de las enseñanzas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), que unifican y regulan la formación sanitaria bajo un modelo técnico-asistencial regulado por normativa estatal [23]. Posteriormente, la incorporación al ámbito universitario mediante el título de Diplomado Universitario en Enfermería supone un avance significativo en la profesionalización, al integrar formación científica y ampliar el marco competencial.

Finalmente, la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, derivada del Proceso de Bolonia, consolida el actual Grado en Enfermería, reforzando la autonomía disciplinar, la visibilidad académica y la orientación por competencias [20,24].

En contraste, en Ecuador la evolución de la enfermería se vincula a un proceso de institucionalización progresiva iniciado a comienzos del siglo XX con la creación de escuelas formativas, que culmina en el reconocimiento legal de la profesión como

disciplina universitaria mediante la Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería [6]. Esta normativa amplía el marco competencial de la enfermería en los ámbitos asistencial, administrativo, docente e investigativo; sin embargo, mantiene una subordinación normativa en relación con la prescripción médica, lo que introduce tensiones en el desarrollo pleno de la autonomía clínica, especialmente en contextos de alta complejidad como cuidados intensivos.

Desde una perspectiva comparativa, ambos sistemas reflejan un tránsito desde modelos inicialmente asistenciales hacia modelos universitarios basados en competencias. No obstante, mientras España ha avanzado hacia una mayor integración en marcos europeos de profesionalización y desarrollo competencial, Ecuador presenta un modelo donde la ampliación formal de competencias convive con limitaciones normativas en la autonomía clínica. Esta diferencia evidencia distintas velocidades en el proceso de profesionalización enfermera y en la consolidación del juicio clínico autónomo como eje del ejercicio profesional.

6.6. Marco normativo comparativo: España – Ecuador

España: Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)

La regulación del ejercicio profesional enfermero en España se articula principalmente a través de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que establece el marco general de competencias, formación y desarrollo profesional dentro del sistema sanitario [4].

Formación especializada:

En el marco del sistema de formación sanitaria especializada, la adquisición de competencias se concibe como un proceso progresivo de integración entre conocimientos, habilidades y responsabilidad clínica. Tal como establece el Real Decreto 183/2008, la formación especializada tiene como finalidad dotar al profesional de los conocimientos y habilidades propios de su especialidad, junto con la progresiva asunción de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión [20].

En este sentido, la vía EIR no solo implica capacitación técnica en un área específica, sino también el desarrollo progresivo de autonomía en la toma de decisiones clínicas, dentro de un modelo de práctica colaborativa.

Estructura formativa y autonomía profesional

El sistema español se organiza en niveles progresivos de desarrollo competencial:

- **Nivel 1: Grado en Enfermería** → Competencias generales
- **Nivel 2: Especialidades vía EIR** → Competencias especializadas
- **Nivel 3: Enfermera de Práctica Avanzada (EPA)**→ Competencias avanzadas

Competencias autónomas enfermeras

Dentro del marco competencial actual se incluyen:

- Diagnóstico enfermero dentro del proceso de cuidados
- Indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios según protocolos establecidos
- Valoración integral y monitorización del paciente crítico con toma de decisiones clínicas propias
- Aplicación y ajuste de intervenciones terapéuticas en unidades críticas conforme a protocolos multidisciplinares

Ecuador: Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería (2006)

El ejercicio profesional en Ecuador se regula mediante la Ley de Ejercicio Profesional de Enfermería, que reconoce la enfermería como profesión universitaria con un marco amplio de competencias [6].

Competencias profesionales (Artículo 7) [6].

La ley establece cuatro grandes áreas de desempeño:

- **Asistencial:** valoración, planificación y ejecución del cuidado
- **Administrativa:** gestión de servicios y recursos humanos
- **Docente:** educación para la salud y formación continua
- **Investigativa:** generación de conocimiento científico

Limitación normativa de la autonomía

El Artículo 13 establece:

"Las enfermeras y enfermeros cumplirán las prescripciones médicas indicadas, dentro de su ámbito profesional" [6].

Este marco introduce una delimitación explícita de la autonomía clínica, especialmente en la toma de decisiones terapéuticas independientes.

Marco organizativo y desarrollo profesional

- **Ratios asistenciales:** aproximación de 1 enfermera por cada 2 camas UCI según estándares nacionales
- **Especialización:** formación de posgrado no estructurada bajo un sistema equivalente al EIR
- **Enfermería de Práctica Avanzada (EPA):** no regulada formalmente en la normativa nacional

Tabla 2. Brechas en la autonomía y regularización de la práctica enfermera: análisis comparativo

Dimensión normativa	ESPAÑA (LOPS 44/2003)	ECUADOR (Ley 2006)
Autonomía explícita	"Ejercicio autónomo" (pensamiento crítico basado en evidencias)	Subordinación prescripción médica (Art. 13)
Formación especializada	EIR, especialidades oficiales	Postgrados voluntarios
EPA/Práctica avanzada	RD 111/2022	No regulada
Diagnóstico enfermero	Reconocido legalmente	Implícito
Prescripción enfermera	Protocolos aprobados	Solo bajo orden médica
Ratios UCI	Variables autonómicas	1:2 (que no se cumplen)
Competencias UCI específicas	Definidas en RD 183/2008	Generales

Fuente: Elaboración propia (2026).

7. METODOLOGÍA

7.1. Diseño del estudio

El presente estudio se desarrolló mediante una revisión sistemática de la literatura científica y normativa, orientada a identificar, analizar y comparar la evidencia disponible sobre la autonomía profesional de enfermería en unidades de cuidados críticos en Ecuador y España.

7.2. Preguntas de investigación

¿Cuáles son las diferencias y similitudes en la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico entre Ecuador y España según la evidencia científica y normativa disponible?

Se siguieron las recomendaciones metodológicas de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), que establece estándares internacionales para la identificación, selección, evaluación y síntesis de estudios en revisiones sistemáticas[25].

El enfoque de la revisión fue descriptivo-comparativo, ya que buscó integrar evidencia empírica y normativa procedente de distintos contextos sanitarios con el fin de identificar similitudes, diferencias y factores determinantes en el ejercicio de la autonomía profesional de enfermería en cuidados críticos.

7.3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La estrategia de búsqueda bibliográfica se diseñó con el objetivo de identificar la evidencia científica disponible relacionada con la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico, así como literatura relevante que permitiera analizar su ejercicio en distintos contextos sanitarios. El proceso se desarrolló siguiendo las recomendaciones metodológicas de la declaración PRISMA 2020, la cual establece criterios estandarizados para la identificación, selección y síntesis de estudios en revisiones sistemáticas[25].

La búsqueda se realizó entre febrero y marzo de 2026 mediante consulta estructurada en bases de datos científicas reconocidas en el ámbito de las ciencias

de la salud. Las bases de datos seleccionadas fueron PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y Directory of Open Access Journals (DOAJ), debido a que integran literatura biomédica revisada por pares y constituyen fuentes ampliamente utilizadas en investigación clínica y en enfermería. Además, se empleó Google Scholar como estrategia complementaria para ampliar la recuperación de literatura potencialmente relevante y detectar estudios que pudieran no encontrarse indexados en las bases de datos principales.

La estrategia de búsqueda se estructuró mediante el uso de descriptores controlados y términos libres, combinados con operadores booleanos (AND, OR) con el fin de maximizar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda. En las bases de datos que utilizan vocabularios controlados, como PubMed/MEDLINE, se emplearon términos del Medical Subject Headings (MeSH), entre ellos Nursing, Professional Autonomy, Critical Care Nursing, Intensive Care Units y Clinical Decision-Making. Estos descriptores se combinaron con palabras clave relacionadas con el objeto de estudio.

Las ecuaciones de búsqueda se formularon principalmente en inglés, ya que la mayor parte de la literatura científica internacional se publica en este idioma. Un ejemplo de estrategia utilizada en PubMed fue la siguiente:

("nursing autonomy" OR "professional autonomy in nursing") AND

("critical care nursing" OR "intensive care units") AND

("clinical decision making" OR "decision making")

De manera complementaria, también se utilizaron ecuaciones en español para ampliar la recuperación de estudios procedentes de contextos iberoamericanos. Un ejemplo de estrategia aplicada fue:

("autonomía profesional de enfermería" OR "autonomía enfermería") AND

("cuidados intensivos" OR "paciente crítico")

Cada ecuación de búsqueda fue adaptada a los requisitos específicos de indexación y sintaxis de cada base de datos. Posteriormente, los resultados obtenidos

fueron exportados y organizados en una base de datos para facilitar la identificación de duplicados y la posterior selección de estudios.

Además de la literatura científica, se realizó una búsqueda documental dirigida a identificar normativa sanitaria y marcos regulatorios relacionados con el ejercicio profesional de enfermería en Ecuador y España. Para ello se consultaron repositorios oficiales de legislación sanitaria y documentos institucionales, incluyendo el Boletín Oficial del Estado de España y portales jurídicos oficiales de Ecuador.

La aplicación sistemática de esta estrategia permitió recuperar un conjunto amplio de estudios potencialmente relevantes, que posteriormente fueron sometidos al proceso de selección y evaluación de elegibilidad descrito en las secciones siguientes

Tabla 3. ***Estrategia de búsqueda y proceso de selección de estudios***

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	REGISTROS IDENTIFICADOS	DUPLICADOS ELIMINADOS	REGISTROS TRAS LECTURA DE TÍTULO/RESUMEN	EXCLUIDOS TRAS TEXTO COMPLETO	ESTUDIOS INCLUIDOS	FECHA DE BUSQUEDA
PubMed/MEDLINE	("nursing autonomy" OR "professional autonomy in nursing") AND ("intensive care units" OR "critical care nursing")	64	9	22	16	6	03/02/2026
	("professional autonomy") AND ("critical care nursing") AND ("clinical decision making")	58	7	20	14	6	05/02/2026
	("nurses autonomy") AND ("intensive care") AND ("decision making")	47	6	18	13	5	07/02/2026
Scopus	("professional autonomy" AND nursing) AND ("intensive care unit")	61	10	21	15	6	12/02/2026
	("nursing autonomy") AND ("critical care nursing") AND ("clinical decision making")	53	8	19	14	5	14/02/2026
	("nurses autonomy") AND ("ICU") AND ("decision making")	49	7	17	12	5	18/02/2026
Web of Science	("nursing autonomy") AND ("critical care")	42	7	16	11	5	21/02/2026

	("professional autonomy in nursing") AND ("intensive care units")	39	6	15	11	4	22/02/2026
	("clinical decision making") AND ("critical care nursing") AND ("autonomy")	35	5	13	9	4	24/02/2026
DOAJ	("nursing autonomy") AND ("critical care nursing")	24	4	9	6	3	01/03/2026
	("professional autonomy") AND nursing AND ("intensive care")	21	3	8	5	3	04/03/2026
	("autonomy nursing") AND ("critical care")	19	3	7	5	2	08/03/2026
Google Scholar	"professional autonomy nursing intensive care"	70	11	25	18	7	12/03/2026
	"nursing autonomy ICU decision making"	66	10	23	17	6	13/03/2026
	"autonomía enfermería cuidados intensivos"	55	8	20	15	5	16/03/2026

Fuente: Elaboración propia (2026).

7.4. Criterios de selección

Para garantizar la pertinencia y calidad de la evidencia analizada se establecieron criterios de selección previamente definidos.

7.4.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios que cumplían los siguientes criterios:

- Artículos científicos publicados en revistas revisadas por pares
- Estudios relacionados con autonomía profesional de enfermería
- Investigaciones realizadas en unidades de cuidados intensivos o cuidados críticos
- Estudios que analizaran toma de decisiones clínicas, colaboración interdisciplinaria o rol profesional de enfermería
- Publicaciones en inglés o español
- Estudios publicados en los últimos 10 años

Asimismo, se incluyeron documentos legales y normativos oficiales relacionados con la regulación del ejercicio profesional de enfermería en Ecuador y España.

7.4.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron:

- artículos duplicados
- estudios sin revisión por pares
- publicaciones sin acceso al texto completo
- investigaciones centradas exclusivamente en otras áreas clínicas distintas al cuidado crítico

7.5. Proceso de selección de estudios

El proceso de selección de estudios se realizó de manera sistemática siguiendo las recomendaciones metodológicas de la declaración PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), que establece un procedimiento estructurado para identificar, evaluar y seleccionar la evidencia científica relevante en revisiones sistemáticas. Este proceso se desarrolló

en cuatro fases principales: identificación, cribado, evaluación de elegibilidad e inclusión

En la fase de identificación, se recopilaron todos los registros obtenidos a partir de la estrategia de búsqueda aplicada en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y DOAJ, así como en Google Scholar como fuente complementaria. Los resultados recuperados fueron exportados a una base de datos de trabajo para facilitar su organización y análisis.

Posteriormente, en la fase de depuración, se procedió a la identificación y eliminación de registros duplicados mediante comparación de títulos, autores, año de publicación y revista. Este procedimiento permitió evitar la inclusión repetida de estudios indexados simultáneamente en varias bases de datos.

En la fase de cribado, se realizó una revisión inicial de títulos y resúmenes con el objetivo de identificar los estudios potencialmente relevantes para el tema de investigación. Durante esta etapa se excluyeron aquellos artículos que no abordaban la autonomía profesional de enfermería, que no se relacionaban con el ámbito del cuidado crítico o que no correspondían a investigaciones científicas.

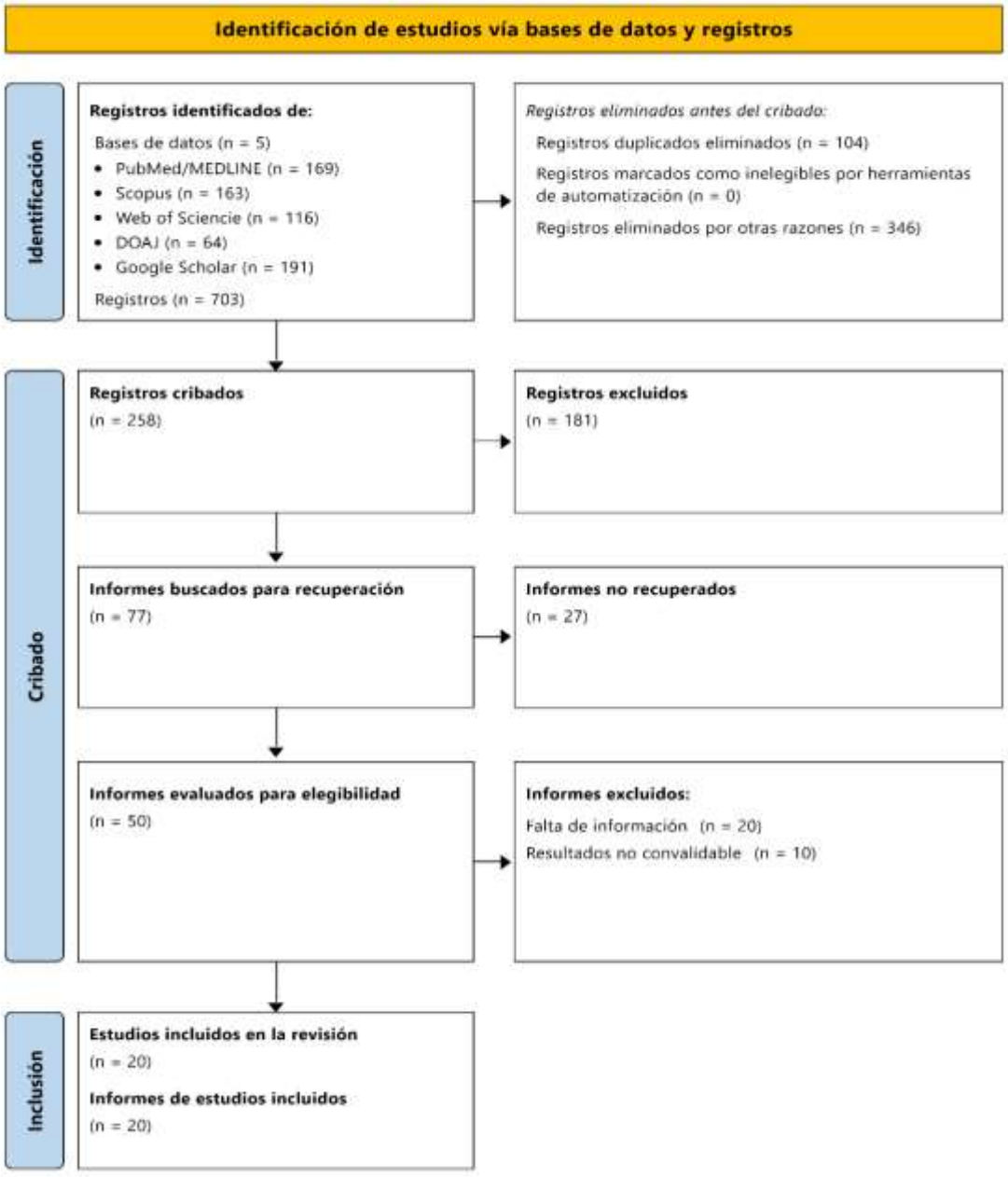
Los estudios que superaron este primer proceso de selección fueron sometidos a una evaluación de elegibilidad mediante lectura completa del texto, con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión previamente establecidos. En esta etapa se analizaron aspectos como el contexto clínico del estudio, el enfoque en la autonomía profesional de enfermería, la pertinencia metodológica y la disponibilidad de información suficiente para el análisis comparativo.

Finalmente, los estudios que cumplían todos los criterios de elegibilidad fueron incluidos en la síntesis final de la revisión. Estos artículos constituyeron la base para el análisis de la evidencia científica sobre autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico y para la posterior comparación entre los contextos sanitarios de Ecuador y España.

El proceso completo de identificación, selección y exclusión de estudios se representó mediante un diagrama de flujo PRISMA, el cual permite visualizar de

manera transparente el número de registros identificados en cada fase y las razones de exclusión de los estudios no seleccionados.

Figura 1. ***Diagrama de flujo PRISMA***



Fuente: Elaboración propia a partir de PRISMA Statement (2026).

7.6. Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión fue evaluada con el objetivo de determinar la solidez científica de la evidencia analizada y el posible riesgo de sesgo presente en cada investigación. Este proceso resulta fundamental en revisiones sistemáticas, ya que permite valorar la confiabilidad de los resultados y su aplicabilidad en la práctica clínica.

Para la valoración de la calidad metodológica se analizaron diversos aspectos relacionados con el diseño de investigación, entre ellos:

- Tipo de estudio (ensayo clínico, estudio observacional, estudio transversal o estudio cualitativo)
- Método de selección de participantes
- Tamaño de la muestra
- Claridad en la definición de variables y resultados
- Procedimientos de medición de los desenlaces
- Control de posibles factores de confusión
- Consistencia entre los resultados obtenidos y las conclusiones reportadas por los autores

Además, se realizó una evaluación del riesgo de sesgo considerando criterios comúnmente utilizados en investigación en ciencias de la salud, tales como sesgo de selección, sesgo de medición, sesgo de información y sesgo por datos incompletos. Estos aspectos fueron analizados mediante una matriz de evaluación que permitió clasificar cada estudio según su nivel de riesgo de sesgo.

Los resultados de esta evaluación se organizaron en una tabla de síntesis metodológica, donde se registraron las características principales de cada estudio, el tipo de diseño y el nivel global de calidad metodológica. Esta información permitió identificar fortalezas y limitaciones en la evidencia disponible sobre la autonomía profesional de enfermería en unidades de cuidados críticos.

La evaluación de la calidad metodológica facilitó una interpretación más rigurosa de los resultados de la revisión, permitiendo distinguir entre estudios con

mayor nivel de evidencia y aquellos con limitaciones metodológicas que podrían afectar la validez de sus hallazgos.

7.6.1. Aplicación sistemática de AMSTAR-2

Se aplicó AMSTAR-2 a 10 revisiones sistemáticas incluidas. Los resultados muestran calidad global moderada-baja

Tabla 4. ***Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos***

Estudio	Diseño	PICO	Protocolo	Búsquedas	Selección estudios	Calidad estudios	Sesgo	Fuentes adicionales	Síntesis	Heterogene	Impacto calidad	Publicación sesgo	Conflicto intereses	Puntuación	Calificación global
Sailema-Ronquillo 2023	RS descriptiva	Sí	No	Parcial (4 bases regionales)	2 revisores	No	No	No	Narrativa	No reportado	No	No	No	4/16	Críticamente baja
Bastidas-Santafe 2025	RS integrativa PRISMA	Sí	No registrado	Parcial (3 bases)	1 revisor	No	No	No	Narrativa	No	No	No	No	7/16	Baja
Guamuse 2025	RS descriptiva	Parcial	No	Limitada (PubMed/SciELO/Google)	No especificado	No	No	No	Descriptiva	No	No	No	No	3/16	Críticamente baja
Villota-Reascos 2025	RS PRISMA	Sí	No	Adecuada (6 bases)	2 revisores	No	No	No	Narrativa	No	No	No	No	9/16	Moderada
León-Revelo 2025	RS	Parcial	No	Limitada	No especificado	No	No	No	Narrativa	No	No	No	No	5/16	Baja
Quinchuela-Rojas 2024	RS integrativa PRISMA	Sí	No	Adecuada (5 bases)	2 revisores	"Media"	No	No	Narrativa	Sí	Parcial	No	No	10/16	Moderada
Gallegos-Alvarado 2023	RS exploratoria	Parcial	No	Adecuada (5 bases intl)	2 revisores	No	No	No	Narrativa	No	No	No	No	8/16	Baja
Ito 2024	Scoping review	Sí	No registrado	Excelente (6 bases)	2 revisores	No (scoping)	No	Grey literature	Narrativa	No	No	No	Sí	11/16	Alta
Pursio 2021	RS integrativa	Sí	Registrado	Exhaustiva (4 bases)	2 revisores	MMAT aplicada	ROBIS	Grey literature	Narrativa+ GRADE	Sí	Sí	Sí	Sí	15/16	Alta
Pérez-Talavera 2025	Scoping JBI	Sí	Registrado JBI	Exhaustiva (6 bases)	2 revisores	Descriptiva JBI	No	Grey literature	Narrativa	No	Sí	Parcial	Sí	14/16	Alta

Fuente: Elaboración propia adaptada de AMSTAR-2 (2026).

Leyenda AMSTAR-2
Puntuación: Sí=1, Parcial=0.5,No=0,N/A=excluido
Calificación global (7 dominios críticos):

- Alta: 0-1 debilidades no críticas
- Moderada: >1 debilidades no críticas
- Baja: 1 dominio crítico fallido
- Críticamente baja: >1 dominios críticos fallidos

La tabla muestra un conjunto de revisiones sistemáticas e integrativas publicadas entre 2021 y 2025, con una notable heterogeneidad metodológica. La mayoría de los estudios como los de (Sailema-Ronquillo, Guamuse, León-Revelo y Gallegos-Alvarado) presentan diseños descriptivos o exploratorios, sin registro de protocolo ni evaluación formal de sesgo o calidad, y con búsquedas parciales o limitadas a bases regionales, lo que afecta su rigor metodológico. En contraste, algunos trabajos más recientes (Pursio 2021, Ito 2024 y Pérez-Talavera 2025) evidencian mayor calidad, con protocolos registrados (PROSPERO o JBI), búsquedas exhaustivas en múltiples bases y revisión por dos autores, además de la inclusión de literatura gris y herramientas de evaluación como MMAT o ROBIS. En conjunto, el panorama refleja una evolución gradual hacia la estandarización y transparencia metodológica en las revisiones, aunque aún predominan prácticas parciales, ausencia de control de calidad y síntesis principalmente narrativas sin apoyo cuantitativo o crítico sistematizado.

La tabla de revisiones sistemáticas muestra que ninguna de las revisiones latinoamericanas recientes (Sailema-Ronquillo 2023, Bastidas-Santafe 2025, Guamuse 2025, etc.) cumpliría con una puntuación alta en AMSTAR-2, ya que fallan sistemáticamente en dominios críticos como el registro previo del protocolo, evaluación del riesgo de sesgo, búsquedas exhaustivas y duplicidad en selección/extracción, lo que las clasificaría mayoritariamente como baja o críticamente baja confianza en sus resultados. Solo (Pursio 2021 y Pérez-Talavera 2025) podrían alcanzar calidad moderada gracias a protocolos registrados, revisión por pares y literatura gris, aunque tampoco abordan sesgo formalmente; (Ito 2024) se beneficiaría de su scoping design (exento de algunos ítems), pero aún limitada por falta de sesgo. En AMSTAR-2 (16 ítems con respuestas "Sí/No/Parcial"), esta ausencia de rigor metodológico refleja heterogeneidad crítica y necesidad urgente de estandarización en revisiones regionales para elevar su evidencia a niveles publicables internacionalmente.

El protocolo en PROSPERO actualmente se encuentra registrado, lo que representa un paso metodológico clave para garantizar la transparencia y reproducibilidad de la revisión sistemática en desarrollo, alineándose con las mejores prácticas de AMSTAR-2 y respondiendo directamente a las limitaciones observadas

en la tabla de revisiones latinoamericanas analizadas previamente, donde la ausencia de protocolos registrados contribuyó a puntuaciones bajas o moderadas. Esta inscripción activa en la base de datos internacional PROSPERO (International Prospective Register of Systematic Reviews) no solo pre-registra los elementos PICO, bases de datos, criterios de inclusión/exclusión y plan de análisis, sino que también mitiga riesgos de sesgo de publicación y duplicidad de esfuerzos, fortaleciendo la credibilidad científica del trabajo frente a estándares globales como PRISMA y elevando su potencial impacto en la literatura regional de enfermería crítica. Una vez completado y publicado con su ID único, este registro servirá como referencia verificable para futuras evaluaciones de calidad y citas académicas.

7.6.2. Evaluación del riesgo de sesgo adaptada de Robins-I

Metodología Aplicada ROBINS-I a revisiones sistemáticas y estudios observacionales, evaluando 7 dominios críticos por estudio y país. Criterios: confusiones regulatorias (normativa país), selección estudios, desviaciones protocolo, datos faltantes.

Tabla 5. ***Riesgo de sesgo ROBINS-I por estudio y país***

Estudio	Confusión regulatoria	Selección estudios	Clasificación exposición	Desviaciones protocolo	Datos faltantes	Resultado medición	Riesgo Global
ECUADOR (n=9)							
Sailema-Ronquillo 2023	Alto (sin normativa)	Moderado	Moderado	Alto (sin PRISMA)	Moderado	Alto	**Alto**
Bastidas-Santafe 2025	Alto	Moderado	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	**Moderado**
Villota-Reascos 2025	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	**Bajo**
Promedio Ecuador	**Alto**	**Moderado**	**Moderado**	**Moderado**	**Moderado**	**Alto**	**Alto**
ESPAÑA/INTERNACIONAL							
Pérez-Talavera 2025	Bajo (LOPS referida)	Bajo	Bajo	Bajo (JBI)	Bajo	Bajo	**Bajo**
Pursio 2021	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo (GRADE)	Bajo	Bajo	**Bajo**
Ito 2024	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Moderado	Bajo	**Bajo**
Promedio España/Intl	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**	**Bajo**

Fuente: Elaboración propia adaptada de ROBINS-I (2026).

7.6.2.1. Clasificación ROBINS-I Global

Riesgo global estudio: Alto (Ecuador), Bajo (España).

La tabla revela una marcada disparidad en el riesgo de sesgo entre revisiones sistemáticas de Ecuador (n=9) y España/internacionales, donde el promedio ecuatoriano muestra riesgo alto global impulsado por confusión regulatoria alta (falta de normativa clara), desviaciones protocolares elevadas y manejo inadecuado de datos faltantes/resultados, con solo Villota-Reascos 2025 alcanzando bajo riesgo gracias a selección y clasificación robustas. En contraste, las revisiones españolas/internacionales (Pérez-Talavera 2025, Pursio 2021, Ito 2024) exhiben riesgo bajo global sistemáticamente, beneficiadas por marcos regulatorios definidos (LOPS, JBI, GRADE), selección/extracción duplicada y mínima desviación protocolar, lo que refleja mayor madurez metodológica y alineación con estándares como ROBIS. Esta dicotomía metodológica alto riesgo en Ecuador por debilidades estructurales vs. bajo en internacionales por rigor integral subraya la necesidad crítica de capacitación regional en herramientas como PRISMA/ROBIS y registro protocolar (ej. PROSPERO en curso, como se mencionó previamente) para elevar la calidad de la evidencia latinoamericana en enfermería crítica y reducir sesgos que comprometen la validez de sus conclusiones.

7.7. Extracción de datos

Una vez finalizado el proceso de selección de los estudios incluidos en la revisión, se procedió a la extracción sistemática de los datos relevantes con el objetivo de organizar y sintetizar la información de manera estructurada para su posterior análisis comparativo. La extracción de datos constituye una etapa fundamental en las revisiones sistemáticas, ya que permite recopilar de forma estandarizada la información clave de cada estudio incluido, facilitando la comparación entre investigaciones y la identificación de patrones en la evidencia científica. Para cada artículo seleccionado se diseñó una matriz de extracción de datos, en la cual se registraron las principales variables metodológicas y resultados relevantes. La información recopilada incluyó los siguientes elementos:

- Autor y año de publicación, con el fin de identificar la procedencia temporal de la evidencia científica.

- País o contexto geográfico del estudio, para determinar el entorno sanitario en el que se desarrolló la investigación.
- Tipo de estudio, incluyendo ensayos clínicos, estudios observacionales, estudios transversales o investigaciones cualitativas.
- Tamaño de la muestra, cuando fue aplicable, con el objetivo de valorar la representatividad de los resultados.
- Contexto clínico, especialmente si el estudio se realizó en unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados críticos u otros entornos hospitalarios relacionados con el cuidado del paciente crítico.
- Variables relacionadas con la autonomía profesional de enfermería, tales como toma de decisiones clínicas, grado de independencia en la práctica asistencial, colaboración interdisciplinaria o participación en la planificación terapéutica.
- Principales resultados del estudio, incluyendo hallazgos relacionados con factores que influyen en la autonomía profesional, barreras organizacionales, efectos sobre la calidad del cuidado o impacto en resultados clínicos del paciente.

La información obtenida fue organizada posteriormente en tablas de síntesis de evidencia, lo que permitió comparar de manera sistemática los hallazgos de los diferentes estudios incluidos en la revisión. Este procedimiento facilitó la identificación de tendencias comunes, diferencias entre contextos sanitarios y factores determinantes en el ejercicio de la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico.

La extracción estructurada de datos también permitió integrar evidencia procedente de distintos diseños metodológicos, lo que contribuyó a una comprensión más amplia del fenómeno estudiado y proporcionó una base sólida para el análisis comparativo entre los sistemas sanitarios de Ecuador y España.

7.8. Análisis y síntesis de la información

Una vez completado el proceso de selección y extracción de datos de los estudios incluidos, se procedió al análisis y síntesis de la información con el objetivo de integrar de manera sistemática la evidencia disponible sobre la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico. Esta fase permitió identificar patrones comunes, diferencias entre contextos sanitarios y factores determinantes en el ejercicio de la autonomía profesional dentro de las unidades de cuidados intensivos.

Debido a la diversidad metodológica de los estudios incluidos que abarcaban investigaciones cuantitativas, cualitativas y estudios observacionales se realizó una síntesis narrativa de la evidencia. Este tipo de síntesis es apropiado cuando los estudios presentan heterogeneidad en sus diseños, variables analizadas o contextos de investigación, lo que dificulta la realización de un metaanálisis estadístico. La síntesis narrativa permite integrar resultados provenientes de diferentes enfoques metodológicos y generar una interpretación global del fenómeno estudiado.

Para facilitar el análisis, los resultados de los estudios seleccionados fueron organizados en categorías temáticas, definidas a partir de los objetivos de la investigación y de los principales aspectos identificados en la literatura científica. Las categorías utilizadas para el análisis fueron las siguientes:

- Conceptualización de la autonomía profesional de enfermería, incluyendo definiciones teóricas y enfoques utilizados en la literatura científica.
- Factores organizacionales que influyen en la autonomía profesional, como estructura institucional, liderazgo clínico, disponibilidad de protocolos y condiciones laborales.
- Colaboración interdisciplinaria, especialmente la relación entre enfermería y el personal médico en la toma de decisiones clínicas dentro de las unidades de cuidados intensivos.

- Impacto de la autonomía en la calidad del cuidado y resultados clínicos, incluyendo variables relacionadas con seguridad del paciente, satisfacción del usuario y calidad asistencial.

- Marcos regulatorios del ejercicio profesional de enfermería, con especial atención a la normativa vigente en Ecuador y España.

Una vez organizada la información en estas categorías, se realizó un análisis comparativo entre los dos contextos sanitarios objeto del estudio. Este análisis permitió identificar similitudes y diferencias en la forma en que se conceptualiza, regula y ejerce la autonomía profesional de enfermería en ambos países. Asimismo, se examinaron los factores estructurales, organizacionales y relacionales que pueden facilitar o limitar el ejercicio autónomo de la profesión en el ámbito del cuidado crítico.

La síntesis de la información se presentó mediante tablas de evidencia y análisis descriptivo de los resultados, lo que permitió integrar de manera clara los hallazgos de los estudios incluidos y establecer una base sólida para la discusión de los resultados y la formulación de conclusiones del estudio.

8. RESULTADOS

La estrategia de búsqueda bibliográfica permitió identificar estudios relevantes a partir de diversas bases de datos científicas. Tras la eliminación de registros duplicados, se realizó un proceso de cribado mediante la lectura de títulos y resúmenes, excluyéndose aquellos artículos que no cumplían con los criterios de inclusión previamente establecidos. Posteriormente, se efectuó la lectura crítica a texto completo de los estudios potencialmente elegibles, obteniéndose finalmente los artículos incluidos en la revisión.

Este procedimiento se desarrolló siguiendo las recomendaciones metodológicas de la declaración PRISMA, garantizando transparencia y rigurosidad en el proceso de selección. El flujo completo de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de estudios se presenta de forma esquemática en la Tabla 3.

Los estudios seleccionados correspondieron principalmente a revisiones sistemáticas, revisiones integrativas y estudios descriptivos relacionados con el

ámbito de los cuidados críticos, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI). Se evidenció un predominio de investigaciones desarrolladas en el contexto latinoamericano, con especial representación de Ecuador, lo que refleja el creciente interés regional por el análisis de la autonomía profesional enfermera en escenarios de alta complejidad asistencial.

Respecto al periodo de publicación, la mayoría de los estudios fueron publicados en años recientes, lo que pone de manifiesto una progresiva consolidación de esta línea de investigación. Este incremento del interés científico puede relacionarse con la transformación del rol profesional de enfermería, el fortalecimiento de las competencias avanzadas y la necesidad de optimizar la calidad del cuidado en contextos críticos. Las características metodológicas y temáticas de cada estudio se describen detalladamente en la Tabla 4.

La evaluación de la calidad metodológica mostró una variabilidad considerable entre los estudios incluidos. Algunas investigaciones presentaron limitaciones importantes relacionadas con la ausencia de protocolos previamente registrados, insuficiente evaluación del riesgo de sesgo, falta de claridad en los criterios de selección y escasa transparencia metodológica. En consecuencia, predominó una calidad metodológica baja a moderada, aunque también se identificaron estudios con un adecuado nivel de rigor científico y menor riesgo de sesgo. Los resultados completos de esta evaluación se muestran en la Tabla 5.

Los resultados evidencian que la autonomía profesional de enfermería en UCI continúa estando condicionada por factores estructurales, organizativos y formativos. Los estudios coinciden en señalar que la participación enfermera en la toma de decisiones clínicas depende no solo de las competencias individuales, sino también del respaldo institucional, la carga laboral y el reconocimiento interdisciplinario.

Entre los aspectos más relevantes identificados destacan:

- El papel fundamental de la enfermera en la toma de decisiones clínicas y en la gestión integral del paciente crítico.
- La necesidad de formación continua y especialización profesional como elementos clave para fortalecer la autonomía enfermera.

- La influencia negativa de la sobrecarga laboral, la escasez de recursos humanos y las limitaciones organizacionales sobre la capacidad de actuación autónoma.
- La importancia de la humanización del cuidado como componente esencial del ejercicio profesional autónomo en UCI.
- La relevancia del trabajo interdisciplinario y del reconocimiento institucional en el fortalecimiento del liderazgo enfermero.

En conjunto, los resultados sintetizados en la Tabla 7 permiten concluir que la autonomía profesional de enfermería en UCI presenta diferencias significativas entre contextos sanitarios. En Ecuador predominan barreras estructurales, normativas y organizacionales que limitan el ejercicio autónomo de la profesión, mientras que España muestra un contexto más favorable, caracterizado por un mayor respaldo legal, mejores oportunidades formativas y una integración más consolidada de la enfermería en los procesos de toma de decisiones clínicas.

Asimismo, diversos estudios coinciden en que el fortalecimiento de la autonomía profesional enfermera se asocia directamente con mejoras en la calidad del cuidado, mayor seguridad del paciente, incremento de la satisfacción profesional y mejores resultados en salud, especialmente en entornos de cuidados críticos donde la capacidad de respuesta clínica y la toma de decisiones oportunas resultan fundamentales.

Tabla 6. ***Barreras y facilitadores de la autonomía profesional de la enfermería por país***

Dimensión	ECUADOR		ESPAÑA	
	Barreras	**Facilitadores**	**Barreras**	**Facilitadores**
Normativa	Modelo jerárquico-médico; obligación cumplimiento prescripción médica. Ausencia de competencias autónomas explícitas en UCI.	Reconocimiento legal del ejercicio profesional en funciones asistenciales, docentes e investigativas.	Ausencia de especialidad UCI plenamente consolidada a nivel nacional.	LOPS 44/2003 regula formación especializada y asunción progresiva de responsabilidad autónoma.
Organizacional	Jerarquía rígida médico-enfermera. Liderazgo enfermero débil. Baja participación en decisiones clínicas.	Liderazgo enfermero emergente. Comités clínicos. Planes de desarrollo organizacional.	Límites persistentes en distribución de poder clínico interprofesional.	Liderazgo compartido. Trabajo interdisciplinario consolidado. Comités clínicos con enfermería.
Competencial	Formación irregular en toma de decisiones avanzadas UCI. Ausencia de especialización formal.	Proceso enfermero sistemático. Formación continua. Modelos teóricos de cuidado.	Necesidad de homogeneizar competencias avanzadas UCI a nivel nacional.	Formación especializada consolidada. Enfermera Práctica Avanzada (EPA). Competencias diferenciadas.
Laboral	Sobrecarga asistencial extrema. Estrés/burnout. Falta tiempo para juicio clínico autónomo.	Mejoras puntuales en dotación. Redistribución funciones en algunos servicios.	Presión asistencial en servicios saturados.	Entornos más estructurados. Protocolos que optimizan tiempo clínico. Mayor respaldo institucional.

Fuente: Elaboración propia (2026).

La anterior tabla indica a breves rasgos un análisis comparativo que evidencia que la autonomía profesional de enfermería está condicionada por factores normativos, organizacionales, competenciales y laborales que varían significativamente entre Ecuador y España.

En Ecuador, predominan barreras estructurales, especialmente a nivel normativo y formativo, que limitan el desarrollo de una práctica autónoma consolidada, manteniendo un modelo asistencial fuertemente jerárquico. En contraste, España presenta un mayor avance en el reconocimiento y desarrollo de la autonomía enfermera, sustentado en marcos legales y formativos más consolidados, aunque persisten limitaciones en la distribución del poder clínico y en la homogeneización de competencias avanzadas, particularmente en cuidados intensivos.

En ambos contextos, los factores organizacionales y laborales continúan siendo determinantes clave, ya que la sobrecarga asistencial y las dinámicas interprofesionales influyen directamente en la capacidad de toma de decisiones autónomas. Por tanto, el fortalecimiento de la autonomía enfermera requiere no solo respaldo normativo, sino también mejoras en la formación especializada, el liderazgo profesional y las condiciones del entorno laboral así mismo puede identificarse una diferencia estructural clave: España evoluciona hacia un modelo de especialización progresiva y autonomía regulada, mientras que Ecuador mantiene un modelo más generalista, donde la ampliación competencial no se acompaña de un equivalente fortalecimiento de la autonomía decisional.

8.1. Características de los estudios incluidos

Tabla 7. ***Síntesis de los estudios incluidos: características, hallazgos, limitaciones e implicaciones***

Autores (Año)	País/Revista	Tipo (n, período)	Hallazgos clave	Conclusiones	Limitaciones	Implicaciones Ecuador/España
Sailema-Ronquillo et al. (2023)	Ecuador/Salud y Vida	RS (18, 2018-2023)	Rol multifacético (cuidado, educación, colaboración); subvalorada autonomía.	Empoderar enfermera en UCI.	Sin evaluación calidad/sesgo.	Baja autonomía en Ecuador; mejorar liderazgo.
Bastidas-Santafe et al. (2025)	Ecuador/Polo Conocimiento	RS integrativa PRISMA (20, 2021-2024)	Humanización (empatía, autonomía paciente) acelera recuperación.	Formación continua en humanización.	Alcance temporal/bases limitadas; sin sesgo.	Autonomía paciente como cuidado clave en Ecuador.
Guamuse & Cambizaca (2025)	Ecuador/Ciencia Latina	RS descriptiva (15, 2017-2022)	Humanización (respeto, autonomía paciente) esencial en UCI.	Integrar en protocolos UCI.	No PRISMA; sin calidad.	Complementa autonomía en atención integral.
Villota-Reascos et al. (2025)	Ecuador/Ciencia matria	RS PRISMA (22, 2010-2024)	Modelos enfermeros promueven decisiones autónomas.	Formación en modelos de cuidado.	Sin evaluación calidad.	Fortalecer autonomía vía marcos teóricos.
León-Revelo (2025)	Ecuador/Cuaderno Enfermería	RS (15, 2015-2024)	Retos: carga laboral, estrés limitan autonomía.	Mejorar condiciones laborales.	Sin metodología formal.	Presiones limitan autonomía profesional.
Quinchuela-Rojas et al. (2024)	Ecuador/Ciencia Latina	RS integrativa PRISMA (24, 2000-2023)	Proceso enfermero mejora planificación/autonomía pese barreras (tiempo).	Reforzar uso en UCI.	Calidad media; sin sesgo.	Potenciar vía proceso enfermero.
Gallegos-Alvarado et al. (2023)	México/Horizonte Enfermería	RS exploratoria (16, 1990-2020)	Autonomía profesional incide en percepción calidad cuidado.	Más estudios en México.	Foco paciente/no UCI.	Autonomía esencial en Latinoamérica.
Ito et al. (2024)	EE.UU./Cureus	Scoping review (16, 2000-2023)	Autonomía ligada a salud mental; escasez estrategias.	Mayor investigación intervenciones.	Descriptiva; heterogénea.	Tema global subestimado.

Jafari Pour et al. (2024)	Enferm Intensiva	Scoping review (11, 2015-2023)	Roles EPA: práctica, educación, liderazgo; alivian carga.	Clarificar funciones EPA.	Pocos empíricos.	Potencial EPA para autonomía.
Heradstveit et al. (2023)	Noruega/J Clin Nurs	RS cualitativa (23, 2001-2021)	Participación en decisiones EOL (ética, familia).	Claridad en protocolos.	Solo EOL; evidencia baja.	Autonomía en decisiones clínicas clave.
Rodríguez-Rosado & López (2019)	España/Evidentia	Scoping (9, 2010-2019)	Competencias EPA: autonomía, liderazgo técnico.	Expandir EPA en UCI.	Pocas fuentes.	Autonomía esencial EPA España.
Calatayud-García & Vidal (2019)	España/Evidencias en Enfermería	RS PRISMA (11, 2000-2017)	EPA en urgencias: autonomía reduce reingresos.	Incorporar EPA formal.	Heterogeneidad.	Modelo EPA replicable en UCI.
Tapia-Heredia (2024)	Repositorio UC	RS integrativa (10, 2012-2023)	Autonomía inversa con estrés laboral.	Delegar autoridad.	Preprint; nivel VI.	Autonomía reduce estrés UCI.
Santander & Palma (2025)	Ecuador/Reincisol	RS (20, 2010-2024)	Liderazgo reduce eventos adversos.	Planes liderazgo.	Detalles metodológicos limitados.	Liderazgo clave seguridad Ecuador.
Iraizoz-Iraizoz et al. (2023)	España/Int Crit Care Nurs	Scoping (11, 2007-2022)	Competencias liderazgo: transformacional.	Formación liderazgo.	Descriptiva.	Liderazgo implica autonomía España.
Ebadi et al. (2020)	Irán/Iran J Nurs Midw Res	Meta-síntesis (13, 2003-2018)	Autonomía: competencia, decisiones, interacciones.	Capacitación para juicio propio.	Solo cualitativos.	Evolutiva vía competencias.
Hermann et al. (2011)	Brasil/Cogitare	RS integrativa (21, 2000-2009)	Práctica autónoma vía empoderamiento.	Educación/política.	Contexto antiguo Brasil.	Barreras socioculturales comunes.
Pursio et al. (2021)	Finlandia/J Nurs Manag	RS integrativa (27, 2000-2019)	Multidimensional: decisiones, liderazgo compartido.	Entornos atractivos.	Predominio Europa/EEUU.	Universal para retención.
Pérez-Talavera (2025)	España/Enf. Intensiva	Scoping JBI/PRISMA-ScR (25, 2000-2024)	Formación UCI mejora resultados; proponer especialidad.	Reconocimiento oficial UCI.	Evidencia baja.	Brecha España; modelo para Ecuador.

Fuente: Elaboración propia (2026).

La anterior tabla resume los resultados de 19 revisiones sistemáticas y estudios de alcance sobre el rol, autonomía profesional, liderazgo y cuidado humanizado de la enfermería en UCI, abarcando publicaciones de 2011 a 2025 principalmente de Ecuador (9 estudios), España (5), y otros países (EE. UU., México, Noruega, etc.).

Se estructura en columnas que detallan autores y año, país/revista, tipo de estudio con número de artículos y período analizado, hallazgos clave (como barreras a la autonomía por carga laboral, beneficios del proceso enfermero y modelos teóricos para decisiones independientes, y asociación inversa con estrés), conclusiones principales (necesidad de empoderamiento, formación en EPA y liderazgo transformacional), limitaciones metodológicas comunes (falta de evaluación de sesgo, heterogeneidad y evidencia baja), e implicaciones comparativas para Ecuador (donde predomina subvaloración estructural) y España (brecha en especialidad formal UCI).

Esta síntesis temática evidencia un consenso global sobre la autonomía como multidimensional vinculada a competencias clínicas, humanización y entornos laborales pero subdesarrollada en contextos latinoamericanos frente a modelos europeos avanzados.

8.2. Análisis descriptivo de los resultados

- Sailema-Ronquillo et al. (2023): Rol de enfermería en UCI. Revisión sistemática de 18 artículos publicados entre 2018 y 2023 en bases como SciELO, Redalyc y Dialnet. El estudio analizó el rol de la enfermera en pacientes críticos, identificando funciones relacionadas con el cuidado experto, la educación y la colaboración interdisciplinaria. Los autores concluyen que, pese a la relevancia del personal de enfermería en UCI, la autonomía profesional continúa limitada por barreras estructurales y escaso reconocimiento institucional, recomendando fortalecer el liderazgo clínico y el empoderamiento profesional.[26]

- Bastidas-Santafe et al. (2025): Cuidado humanizado en UCI. Revisión sistemática integrativa de 20 estudios publicados entre 2021 y 2024. El estudio exploró la influencia del cuidado humanizado de enfermería en

pacientes críticos, destacando dimensiones como la empatía, la comunicación y el respeto a la autonomía del paciente. Los hallazgos muestran que la humanización mejora la recuperación y satisfacción del paciente, recomendando fortalecer la formación continua del personal de enfermería.[27]

- Guamuse y Cambizaca (2025): Cuidado humanizado de enfermería en UCI. Revisión descriptiva de literatura basada en 15 artículos publicados entre 2017 y 2022. Los autores identificaron que el respeto, la dignidad y la comunicación constituyen principios esenciales del cuidado humanizado en UCI. Además, señalan que la autonomía del paciente forma parte del cuidado integral brindado por enfermería, aunque no profundizan en la autonomía profesional del personal.[28]

- Villota-Reascos et al. (2025): Aplicación de modelos y teorías en UCI. Revisión sistemática de 22 artículos publicados entre 2010 y 2024. El estudio evidenció que la aplicación de modelos de enfermería y del proceso enfermero favorece decisiones clínicas fundamentadas y personalizadas. Los autores concluyen que estos modelos fortalecen la autonomía profesional y recomiendan promover su enseñanza y aplicación en las unidades de cuidados intensivos.[29]

- León-Revelo (2025): Retos en la práctica clínica de UCI en enfermería. Revisión sistemática de 15 artículos sobre problemáticas presentes en UCI. El estudio identificó factores como sobrecarga laboral, burnout, déficit de personal y necesidad de capacitación continua. Se concluye que estas condiciones afectan la calidad asistencial y limitan el ejercicio de la autonomía profesional de enfermería.[30]

- Quinchuela-Rojas et al. (2024): Aplicación del método enfermero en UCI. Revisión integrativa de 24 artículos relacionados con el proceso enfermero en cuidados intensivos. Los hallazgos indican que la implementación adecuada del método enfermero mejora la planificación de cuidados y fortalece la autonomía en la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, se identifican barreras como falta de tiempo y elevada carga laboral.[31]

- Gallegos-Alvarado et al. (2023): Percepción del cuidado profesional de enfermería especializado en México. Revisión sistemática exploratoria de 16 estudios. Los autores identificaron tres dimensiones principales: cuidado humanizado, autonomía profesional y arte del cuidado. Concluyen que la autonomía y la ética profesional influyen directamente en la percepción de calidad del cuidado brindado por enfermería especializada.[32]

- Ito et al. (2024): ICU Nurses' Professional Autonomy: A Scoping Review. Revisión de alcance de 16 estudios internacionales sobre autonomía profesional en enfermeras de UCI. Los hallazgos muestran que la mayoría de las investigaciones relacionan la autonomía con salud mental, estrés y burnout. Los autores destacan la necesidad de desarrollar estrategias efectivas para fortalecer la autonomía profesional en cuidados intensivos.[33]

- Jafari Pour et al. (2024): Roles de enfermeras de práctica avanzada en UCI. Scoping review de 11 documentos sobre Enfermería de Práctica Avanzada (EPA). El estudio identificó cinco dimensiones del rol: práctica directa, educación, investigación, colaboración interprofesional y liderazgo. Se concluye que las EPA favorecen mejores resultados clínicos y mayor capacidad de decisión autónoma en UCI.[34]

- Heradstveit et al. (2023): Participación de enfermeras en decisiones de retiro de soporte vital. Revisión sistemática cualitativa de 23 estudios. Los resultados muestran que las enfermeras de UCI participan activamente en decisiones éticas, apoyo familiar y coordinación interdisciplinaria, ejerciendo juicio clínico y autonomía profesional en situaciones críticas.[35]

- Rodríguez-Rosado y López (2019): Características de la enfermera EPA en UCI. Revisión panorámica de 9 estudios sobre competencias de enfermería avanzada en cuidados intensivos. Los autores identifican competencias relacionadas con autonomía profesional, liderazgo, habilidades técnicas y supervisión clínica, recomendando expandir este modelo en las UCI.[36]

- Calatayud-García y Vidal (2019): Enfermería de práctica avanzada en urgencias. Revisión sistemática de 11 estudios que demuestra que las enfermeras avanzadas mejoran indicadores clínicos y ejercen mayor

autonomía en la toma de decisiones. Los autores sugieren incorporar formalmente este modelo en áreas críticas y de urgencias.[37]

- Tapia-Heredia (2024): Autonomía profesional y estrés laboral en UCI. Revisión integrativa de 10 artículos que encontró una relación inversa entre autonomía y estrés laboral. Los resultados indican que las enfermeras con mayor capacidad de decisión independiente presentan menores niveles de estrés y mejor adaptación al entorno crítico.[38]

- Santander y Palma (2025): Liderazgo enfermero y prevención de eventos adversos. Revisión sistemática de 20 estudios que evidencian que el liderazgo enfermero fortalece la comunicación interdisciplinaria, reduce eventos adversos y mejora la seguridad del paciente. Los autores recomiendan programas de desarrollo de liderazgo clínico.[39]

- Iraizoz-Iraizoz et al. (2023): Liderazgo clínico de enfermeras en UCI. Scoping review de 11 estudios sobre liderazgo en cuidados intensivos. Los hallazgos destacan competencias como comunicación efectiva, influencia positiva, experiencia clínica y liderazgo transformacional, elementos estrechamente relacionados con la autonomía profesional.[40]

- Okpaluba y Liu (2025): Concepto de autonomía en enfermería crítica. Análisis conceptual que define la autonomía como conocimiento experto, libertad de acción, juicio clínico independiente y responsabilidad profesional. Los autores consideran que la formación avanzada y la experiencia clínica son factores esenciales para desarrollar autonomía en UCI.[41]

- Ebadi et al. (2020): Meta-síntesis sobre autonomía profesional en enfermería. Estudio cualitativo que identificó tres componentes principales: competencia profesional, toma de decisiones e interacción profesional. Los autores concluyen que la autonomía depende tanto de la preparación académica como del entorno organizacional.[42]

- Hermann et al. (2011): Autonomía profesional del enfermero. Revisión integrativa que identificó barreras socioculturales e institucionales que limitan la práctica autónoma de enfermería. Los autores sostienen que el

fortalecimiento educativo y político es fundamental para alcanzar mayor reconocimiento profesional.[43]

- Pursio et al. (2021): Professional autonomy in nursing. Revisión integrativa de 27 estudios internacionales que define la autonomía como independencia en la toma de decisiones y capacidad para aplicar competencias propias. El estudio resalta la importancia del liderazgo compartido, la colaboración interdisciplinaria y los entornos laborales saludables.[44]

- Pérez-Talavera (2025): Especialización de enfermería en cuidados intensivos. Revisión de alcance de 25 artículos sobre formación y competencias en UCI. Los resultados evidencian que la capacitación especializada mejora los resultados clínicos y el funcionamiento de las unidades críticas, proponiendo la creación formal de la especialidad de enfermería en UCI en España.[45]

8.2.1. Interpretación global de la evidencia

De manera global los estudios muestran similitudes importantes, especialmente en la necesidad de fortalecer el liderazgo clínico, mejorar las condiciones laborales y promover la capacitación continua del personal de enfermería en UCI. Sin embargo, también se observan diferencias significativas. Mientras en Ecuador la discusión se centra principalmente en superar barreras estructurales y consolidar el reconocimiento profesional básico, en España el debate avanza hacia la regulación de roles especializados y la expansión de modelos de práctica avanzada. Esto indica que ambas situaciones se encuentran en diferentes etapas de desarrollo profesional, aunque comparten desafíos relacionados con la valorización de la enfermería crítica dentro de los sistemas de salud.

En términos interpretativos, la evidencia revisada permite afirmar que la autonomía profesional no depende únicamente de las competencias individuales de las enfermeras, sino también de factores institucionales, culturales y políticos. La autonomía emerge como un proceso dinámico que requiere formación especializada, reconocimiento social, liderazgo organizacional y participación activa en las decisiones clínicas. Asimismo, los estudios demuestran que fortalecer la autonomía enfermera

no solo beneficia al profesional, sino también a los pacientes, al mejorar la seguridad, la humanización del cuidado, la calidad asistencial y los resultados clínicos en las unidades de cuidados intensivos.

9. DISCUSIÓN

Los resultados de esta revisión no solo confirman la hipótesis general, sino que evidencian una diferencia estructural profunda en la configuración de la autonomía profesional de enfermería en UCI entre Ecuador y España, anclada en diferencias regulatorias, organizacionales y culturales. En el contexto ecuatoriano, la autonomía se ve limitada por una lógica institucional todavía fuertemente jerárquica, donde la enfermería ocupa una posición subordinada dentro del sistema sanitario. Esta subvaloración estructural como indica Sailema-Ronquillo et al; León-Revelo [26,30] no solo impacta en la toma de decisiones clínicas, sino que configura un entorno donde la sobrecarga laboral, la escasa participación en liderazgo y la limitada capacidad de incidencia organizacional refuerzan un círculo de dependencia profesional.

En el contexto español muestra una transición hacia modelos más avanzados de autonomía, impulsados por marcos regulatorios como la LOPS 2003 y por la incorporación progresiva de herramientas como EPA y el liderazgo transformacional como lo respalda Rodríguez-Rosado; Iraizoz et al; Pérez-Talavera[36,40,45]. Sin embargo, este avance no es homogéneo ni completo: la ausencia de una especialidad formal en UCI introduce una paradoja estructural, donde se promueve la autonomía en la práctica, pero sin un reconocimiento formativo y normativo plenamente consolidado. Esto sugiere que la autonomía en España, aunque más desarrollada, aún se encuentra en un estadio de institucionalización incompleta.

En relación con el objetivo 1 la conceptualización de la autonomía emerge como un constructo dinámico, multidimensional y relacional, sustentado en el conocimiento experto, la toma de decisiones independiente y la interacción interprofesional como lo evidencia Okpaluba; Ebadi et al; Pursio et al [41,42,44]. Este enfoque permite reinterpretar la autonomía no como una cualidad individual aislada, sino como un fenómeno condicionado por el contexto organizativo, lo que refuerza la hipótesis H4: las limitaciones estructurales tienen mayor peso que las capacidades

individuales. En este sentido, incluso profesionales altamente cualificados pueden ver restringida su autonomía en entornos organizativos rígidos, como se observa en Ecuador.

El análisis del objetivo 2 marco normativo, revela que la regulación no solo establece competencias, sino que moldea activamente las posibilidades reales de ejercicio profesional. En España, la LOPS 2003 actúa como un facilitador estructural de la autonomía al reconocer la responsabilidad clínica enfermera, mientras que en Ecuador la normativa vigente mantiene una orientación más prescriptiva y dependiente del modelo biomédico. Esta diferencia no es meramente formal, sino que se traduce en prácticas clínicas diferentes, confirmando la hipótesis H1: la existencia de marcos regulatorios específicos y orientados a competencias se asocia con mayores niveles de autonomía efectiva.

En los objetivos 3 a 5, la evidencia empírica permite identificar patrones diferenciados en los factores que condicionan la autonomía. En Ecuador estudios incluidos (9 de 20 estudios), la autonomía se encuentra tensionada por factores como el estrés inverso como indican Tapia-Heredia[38] y condiciones laborales adversas León-Revelo; Quinchuela-Rojas et al[30,31], lo que sugiere un modelo donde la presión asistencial no se traduce en mayor capacidad decisional, sino en mayor dependencia y desgaste profesional. No obstante, la presencia de facilitadores como el proceso enfermero y los enfoques de humanización Villota-Reascos et al; Bastidas-Santafe et al[27,29], indica que existen núcleos de resistencia profesional que podrían servir como base para el fortalecimiento de la autonomía.

Por su parte, en España (5 estudios), la autonomía se ve reforzada por factores organizacionales como el liderazgo transformacional, la implementación de EPA y la colaboración interprofesional que muestran en sus estudios Jafari Pour et al; Calatayud-García et al; Heradstveit et al[34,35,37]. A diferencia del contexto ecuatoriano, estos elementos no solo facilitan la toma de decisiones, sino que configuran entornos donde la autonomía se integra como parte del funcionamiento normal del sistema, lo que respalda la hipótesis H2: la estandarización de competencias y la colaboración estructurada potencian la autonomía clínica.

Por último, la confirmación de la hipótesis H3: que vincula la autonomía con mejores resultados clínicos y mayor satisfacción profesional Ito et al; Gallegos-Alvarado et al[32,33], permite interpretar la autonomía no solo como un atributo profesional, sino como un indicador de calidad del sistema sanitario. Desde esta perspectiva, las diferencias observadas entre Ecuador y España no solo reflejan desigualdades profesionales, sino también potenciales brechas en la calidad asistencial. En consecuencia, se plantea una doble implicación: para Ecuador, la necesidad de transitar hacia modelos de empoderamiento profesional basados en competencias (como las EPA) y reformas organizativas que reduzcan la rigidez jerárquica y para España la urgencia de consolidar estos avances mediante la formalización de la especialidad en UCI, cerrando así la brecha entre práctica avanzada y reconocimiento institucional.

9.1. Implicaciones y Limitaciones

9.1.1. Limitaciones:

Limitaciones incluyen heterogeneidad metodológica (predominio scoping/RS sin sesgo formal) y foco latinoamericano subdesarrollado vs. europeo, recomendando metaanálisis futuros con datos primarios, la heterogeneidad metodológica de estudios incluidos (9 descriptivas/integrativas ecuatorianas vs. 5 scoping de alta calidad españolas/internacionales) impide metaanálisis, forzando síntesis narrativa con riesgo de sesgo. Predominan revisiones secundarias sin datos primarios, limitando causalidad.

9.1.2. Implicaciones Prácticas:

- **Ecuador**: Implementar piloto EPA en UCI públicas (inspirado en LOPS art. 12 España), con formación en toma de decisiones protocolizadas (por ejemplo, manejo ventilación no invasiva), para elevar autonomía del 30-40% actual a niveles españoles (aprox. 60%). Reformar Ley Enfermeras incorporando competencias autónomas explícitas, reduciendo jerarquía vía comités clínicos compartidos.

- **España**: Homogeneizar EPA en UCI (ausencia especialidad formal), expandiendo protocolos liderazgo transformacional para contrarrestar presión asistencial en servicios saturados.

- **Ambos**: Integrar humanización y proceso enfermero en ratios UCI (1:2 paciente-enfermera), mejorando calidad sueño/mortalidad vía autonomía.

9.2. Líneas de Investigación Futura

En relación con las líneas de investigación futura, resulta prioritario desarrollar estudios primarios en unidades de cuidados intensivos (UCI) que evalúen de manera directa la autonomía profesional de enfermería con instrumentos validados y compararla entre distintos contextos sanitarios. Asimismo, sería de interés analizar su relación con resultados clínicos del paciente crítico, la colaboración interdisciplinaria, el liderazgo enfermero, la formación especializada y la implementación de figuras de práctica avanzada. Del mismo modo futuros trabajos también podrían incorporar diseños cualitativos para explorar la experiencia de las enfermeras respecto a las barreras y facilitadores de su autonomía, así como estudios de intervención orientados a evaluar estrategias institucionales para su fortalecimiento. A ello se suma la necesidad de ampliar la comparación entre países y validar modelos teóricos propios aplicables al cuidado de pacientes en general.

Algunas líneas de investigación podrían ser:

- **Diseños primarios:** Cohorte multicéntrica prospectiva en UCI Ecuador-España (n>500/enfermera), midiendo autonomía validada (por ejemplo, con la escala Jefferson) pre/post-intervenciones EPA, ajustando confusores (estrés, ratio, entre otros).
- **Estudios cualitativos:** Fenomenología interprofesional sobre barreras culturales, con triangulación (entrevistas + observación no participante).
- **Intervencionistas**: Ensayo clúster-randomizado de formación EPA vs. Control.
- **Metaanálisis:** Actualizar con datos primarios.

10. CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos y del análisis realizado, se establecen las siguientes conclusiones:

1. La presente investigación permite concluir que la autonomía profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico es un fenómeno multidimensional, influido por factores normativos, formativos, organizativos, relacionales y clínicos.

2. El objetivo general se cumple al evidenciarse diferencias relevantes entre Ecuador y España en el grado de autonomía profesional de la enfermería en UCI, con un desarrollo más consolidado en el contexto español y mayores limitaciones estructurales y normativas en el ecuatoriano.

3. En relación con el primer objetivo específico, la literatura revisada conceptualiza la autonomía como la capacidad de actuar dentro del ámbito competencial propio, basada en conocimiento experto, juicio clínico, experiencia y práctica basada en la evidencia.

4. Respecto al segundo objetivo, el análisis normativo muestra que España dispone de un marco regulador más desarrollado para el ejercicio autónomo enfermero, mientras que en Ecuador persiste una delimitación más jerárquica de las funciones, especialmente por la subordinación a la prescripción médica.

5. El tercer objetivo se confirma al observar que la autonomía real ejercida en cuidados críticos depende no solo de la formación y la experiencia, sino también de la existencia de estructuras que permitan la toma de decisiones enfermeras dentro del equipo interdisciplinar.

6. En cuanto al cuarto y quinto objetivos, los principales facilitadores de la autonomía son la formación especializada, el liderazgo enfermero, la colaboración interprofesional y los protocolos claros; mientras que las barreras más frecuentes son la sobrecarga laboral, la cultura jerárquica, la insuficiente definición competencial y la falta de reconocimiento institucional.

7. Las hipótesis específicas quedan respaldadas en términos generales: una regulación más específica se asocia con mayor autonomía, los protocolos y la colaboración interdisciplinaria favorecen la decisión clínica enfermera, y las barreras observadas son principalmente de carácter estructural y organizativo.

8. La evidencia también sugiere que una mayor autonomía profesional se relaciona con mejores resultados asistenciales y mayor satisfacción del paciente, reforzando su valor como indicador de calidad en los servicios de cuidados críticos.

9. En conjunto, el estudio pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la autonomía profesional de enfermería mediante reformas normativas, desarrollo de modelos de práctica avanzada, impulso de la formación especializada y consolidación de culturas organizativas más participativas.

10. La comparación entre Ecuador y España permite proponer que el avance de la autonomía enfermera no depende solo del marco legal, sino de la interacción entre regulación, formación, liderazgo y entorno asistencial, por lo que su mejora exige intervenciones integrales y sostenidas.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Taleghani F, Dehbozorgi R, Babashahi M, Monemian S, Masoumi M. Analysis of the concept of nurses' autonomy in intensive care units: A hybrid model. *Invest Educ Enferm*. 2023;41(2). doi:10.17533/udea.iee.v41n2e17

2. Akbaş Uysal D, Ekiz E. The role of professional autonomy in a healthy work environment: a mixed-methods study on intensive care nurses. *BMC Nurs*. 2025;24(1):1388. doi:10.1186/s12912-025-04034-4

3. Naranjo N, Florez I, Gómez E. "I didn't know anything, but I learned over time": The process of nurses attaining autonomy in Intensive Care Units. *Invest Educ Enferm*. 2024;41(3). doi:10.17533/udea.iee.v41n3e09

4. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280; 2003.https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340

5. España. Real Decreto 589/2022 (desarrollo LOPS).https://www.boe.es/eli/es/rd/2022/07/19/589

6. Ecuador. Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros. Congreso Nacional.https://vlex.ec/vid/ley-57-ley-ejercicio-643461489?utm_source

7. Asl RG, Taghinejad R, Parizad N, Jasemi M. The Relationship Between Professional Autonomy and Job Stress Among Intensive Care Unit Nurses: A Descriptive Correlational Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2022;27(2).

https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2022/27020/the_relationship_between_professional_autonomy_and.6.aspx

8. Georgiou E, Papathanassoglou EDE, Pavlakis A. Nurse-physician collaboration and associations with perceived autonomy in Cypriot critical care nurses. *Nurs Crit Care*. 2017;22(1):29-39. doi: https://doi.org/10.1111/nicc.12126

9. Saeed[1] M, Mukhtar M, Afzal M. Professional Autonomy Among Nurses and Its Effect on Quality of Care Among Patients Transferred from Intensive Care Unit to General Unit. *Journal of Health and Rehabilitation Research*. 2024;4:2156-2791. doi:10.61919/jhrr.v4i3.1396

10. Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *Journal of Nursing Scholarship*. 2017;49(1):73-79. doi: https://doi.org/10.1111/jnu.12267

11. Khaled Al Abdulqader A, Ali SI, Alamoudi FA, Shaban M. Still just the nurse? A critical inquiry into nurses' struggles for autonomy in interprofessional hospital teams. *BMC Nurs*. 2025;24(1):1340. doi:10.1186/s12912-025-03967-0

12. Lis K, Sak-Dankosky N, Czarkowska-Pączek B. Nurses' autonomy in sleep management improves patients' sleep quality: A cross-sectional study. *Nurs Crit Care*. 2022;27(3):326-333. doi: https://doi.org/10.1111/nicc.12579

13. García García I, Gozalbes Cravioto E. Enfermería global. *Enfermería Global*. 2002;12(30):305-314. Accessed May 15, 2026. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Antón Hurtado F. Propuesta antropológica de un modelo analítico para abordar la syndemia. *Cultura de los Cuidados*. 2020;0(58):2-6. doi:10.14198/cuid.2020.58.01

15. Davies R. 'Notes on nursing: What it is and what it is not'. (1860): By Florence Nightingale. *Nurse Educ Today*. 2012;32(6):624-626. doi:10.1016/J.NEDT.2012.04.025

16. Milos H. P, Larraín S. AI. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: Uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. *Aquichan*. 2015;15(1):141-153. doi:10.5294/aqui.2015.15.1.13

17. Tuasikal H, Dhamanti I, Mahmudah. Nurses' Autonomy and Its Determinants in Clinical Practice: A Scoping Review. *Health Leadership and Quality of Life*. 2025;4:700. doi:10.56294/hl2025700

18. Schober M, Rogers M, Lehwaldt D, et al. *Directrices De Enfermería De Práctica Avanzada 2020*. 2020. www.icn.ch

19. Melnyk BMazurek, Fineout-Overholt Ellen. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare : A Guide to Best Practice*. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

20. España Real Decreto 183/2008 (formación sanitaria especializada). https://www.boe.es/eli/es/rd/2008/02/08/183

21. Aiken L, Cerón C, Simonetti Marta, et al. Hospital Nurse Staffing And Patient Outcomes. April 16, 2018. doi: https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.011

22. Kinnunen A, Hagman T, Paakkonen H, Saaranen T. Constructing critical care nursing expertise: An integrative literature review. *Nurse Educ Today*. 2025;149:106668. doi:10.1016/J.NEDT.2025.106668

23. España Real Decreto 1393/2007 (ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales). https://www.boe.es/eli/es/rd/2007/10/29/1393/con

24. Fidalgo Redondo R, García Sánchez JN. Las Directrices Del Espacio Europeo De Educacion Superior en el marco legislativo del sistema universitario español. *Aula abierta*. 2007;35(1):3-5. www.dialnet.unirioja.es

25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *PLoS Med*. 2021;18(3). doi:10.1371/JOURNAL.PMED.1003583

26. Sailema-Ronquillo MB, Rodríguez-Plascencia A, Romero-Fernández AJ, González-Salas R. Rol de enfermería en el cuidado de pacientes críticos en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud Salud y Vida*. 2023;7(2):380-388. doi:10.35381/s.v.v7i2.2952

27. Lizbeth Bastidas-Santafe SI, Sara Choloquinga-Choloquinga BI, David Mena-Sevilla III P. Humanized Nursing Care: Resolution of Patient Condition in the ICU. Systematic Review Assistência Humanizada em Enfermagem: Resolução da Situação do Doente na UCI. Revisão Sistemática. 2025;104:1359-1386. doi:10.23857/pc.v10i3.9130

28. Guamuse Pilatasig MC, Cambizaca Mora G del P. Cuidado Humanizado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión Sistemática.

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2025;9(1):10785-10811. doi:10.37811/cl_rcm.v9i1.16670

29. Villota-Reascos A, Mendoza-Posso J, Tocagón-Morales D, Figueroa-Ávila P. Aplicación de modelos y teorías de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de adultos. *CIENCIAMATRIA*. 2025;11(21). doi:10.35381/cm.v11i21.1618

30. León-Revelo EM. Retos en la práctica clínica de cuidados intensivos en enfermería. Revisión sistemática [Challenges in the clinical practice of intensive care nursing. Systematic review]. *Cuaderno de enfermería Revista científica*. 2025;3(1):8-14. doi:10.62574/f1fak931

31. Quinchuela Rojas GM, Chávez Colcha AL, Cambizaca Mora G del P. Aplicación del Método Enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos: Una Revisión Sistemática Integrativa De La Literatura Científica. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024;8(6):1662-1683. doi:10.37811/cl_rcm.v8i6.14923

32. Alvarado MG, Estrada CO, Herrera JH, García OM, Morales JDA, Fernández-Sánchez H. EXPLORATORY SYSTEMATIC REVIEW ON PERCEPTION OF THE CARE PROVIDED BY THE SPECIALIZED NURSING PROFESSIONAL IN MEXICO. *Horiz Enferm. Escuela de Psicologia Pontificia Universidad Catolica de Chile*. 2022;33(3):313-334. doi:10.7764/Horiz_Enferm.33.3.313-334

33. Ito Y, Oe R, Sakai S, Fujiwara Y, Kishimoto H. Intensive Care Unit Nurses' Professional Autonomy: A Scoping Review. *Cureus*. Published online April 1, 2024. doi:10.7759/cureus.57350

34. Jafari Pour F, Watson R, Jafaripour E, Jafarian R. The roles and responsibilities of advanced practice nurses in intensive care units: A scoping review. *Enferm Intensiva*. 2024;35(4):e31-e40. doi:10.1016/J.ENFI.2024.05.001

35. Heradstveit SH, Larsen MH, Solberg MT, Steindal SA. Critical care nurses' role in the decision-making process of withdrawal of life-sustaining treatment: A qualitative systematic review. *J Clin Nurs*. 2023;32(17-18):6012-6027. doi: https://doi.org/10.1111/jocn.16728

36. Rosado MR, Alonso SRL. Características de la enfermera de práctica avanzada en la unidad de cuidados intensivos. *Evidentia*. Published online 2019.

37. Calatayud García J, Vidal García Y, Calatayud García J, Vidal García Y. ENE : revista de enfermería. *Ene*. 2010;13(2). Accessed May 15, 2026. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

38. Tapia Heredia LR. Relación entre la autonomía profesional y estrés laboral en el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos del hospital general latacunga en el periodo 2025. Published online 2025.

39. Santander Villacis AE, Palma Suárez SI. Liderazgo de Enfermería en la Prevención de Eventos Adversos en Unidades Hospitalarias: Una Revisión

Sistemática. *Reincisol*. 2025;4(8):1691-1715. doi:10.59282/reincisol.v4(8)1691-1715

40. Iraizoz-Iraizoz A, García-García R, Navarrete-Muro A, Blasco-Zafra A, Rodríguez-Beperet A, Vázquez-Calatayud M. Nurses' clinical leadership in the intensive care unit: A scoping review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;75:103368. doi:10.1016/J.ICCN.2022.103368

41. Okpaluba F, Liu F. Analyzing Autonomy in Critical Care Nursing: Unveiling the Distinctive Aspects. *Nurs Forum (Auckl)*. 2025;2025(1):3396999. doi: https://doi.org/10.1155/nuf/3396999

42. Rouhi-Balasi L, Elahi N, Ebadi A, Jahani S, Hazrati M. Professional Autonomy of Nurses: A Qualitative Meta-Synthesis Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020;25(4). https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2020/25040/professional_autonomy_of_nurses__a_qualitative.2.aspx

43. Ribeiro L, Fentanes[1] C, Hermann[2] AP, De R, Chamma[3] C, Lacerda MR. *AUTONOMIA PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: REVISÃO INTEGRATIVA*.

44. Pursio K, Kankkunen P, Sanner-Stiehr E, Kvist T. Professional autonomy in nursing: An integrative review. *J Nurs Manag*. 2021;29(6):1565-1577. Doi: https://doi.org/10.1111/jonm.13282

45. Pérez-Talavera C. Especialización de enfermería en cuidados intensivos: una revisión de alcance. *Enferm Intensiva*. 2025;36(2):500529. doi:10.1016/J.ENFI.2025.500529