

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i3.1563>

Humanización del cuidado de enfermería y seguridad del paciente: revisión sistemática

Humanization of Nursing Care and Patient Safety: A Systematic Review

Virginia Elizabeth Zambrano Cuasquer

milenariaele@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0428-1923>

Universidad Católica de Cuenca
Cuenca – Ecuador

Alan Israel Macias Ordóñez

alanmacias_o@hotmail.es

<https://orcid.org/0009-0003-5677-9316>

Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos
Guayaquil – Ecuador

Perla Michelle Rodriguez Dueñas

perla.rodriguez@cu.ucsg.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-8517-8286>

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil
Guayaquil-Ecuador

Aura Janeth Velez Bravo

aura140891@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-4979-5956>

UEESCLINIC
Samborondón – Ecuador

Artículo recibido: 18 agosto 2025 - Aceptado para publicación: 28 septiembre 2025
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

La humanización del cuidado es un valor identitario de la enfermería y un determinante de la seguridad del paciente. Nuestro equipo realizó una revisión sistemática de los últimos tres años para sintetizar la relación entre intervenciones de cuidado humanizado y resultados de seguridad. Siguiendo PRISMA, buscamos en PubMed, Scopus y LILACS desde enero de 2022 hasta septiembre de 2025. Incluimos estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos en adultos y pediatría, en hospitales y atención primaria. Los desenlaces principales fueron eventos adversos, cultura de seguridad, comunicación, satisfacción, adherencia y bienestar del personal. La evidencia reciente mostró que programas de comunicación compasiva, rondas centradas en la persona, entrenamiento en empatía y decisiones compartidas se asociaron con menos errores de medicación, mayor notificación de incidentes y mejores puntajes de seguridad. El acompañamiento familiar estructurado y la educación en alfabetización en salud redujeron conflictos, caídas y reingresos, y fortalecieron la confianza. Intervenciones breves integradas a listas de verificación y pausas de cuidado demostraron impacto consistente y bajo costo. El apoyo

psicosocial al equipo se vinculó con menor burnout y rotación, favoreciendo la continuidad asistencial. La heterogeneidad metodológica y el predominio de diseños observacionales limitaron el metaanálisis formal; sin embargo, la dirección del efecto fue congruente. Concluimos que la humanización del cuidado de enfermería es una estrategia efectiva y factible para fortalecer la seguridad del paciente. Recomendamos integrarla a los bundles de seguridad, evaluar competencias humanísticas en formación y práctica, medir indicadores de persona e impulsar ensayos multicéntricos con análisis de costo-efectividad y resultados clínicos duros.

Palabras clave: seguridad del paciente, cuidado de enfermería, atención centrada en el paciente, empatía, relaciones enfermero-paciente

ABSTRACT

Humanized care is a core nursing value and a key determinant of patient safety. We conducted a systematic review of studies published in the last three years to synthesize the association between humanization-focused nursing interventions and safety outcomes. Following PRISMA, we searched PubMed, Scopus, and LILACS from January 2022 through September 2025. We included quantitative, qualitative, and mixed-methods studies in adult and pediatric populations across hospital and primary care settings. Primary outcomes were adverse events, safety culture, communication, patient satisfaction, adherence, and staff well-being. Recent evidence shows that programs on compassionate communication, person-centered safety rounds, empathy training, and shared decision-making are associated with fewer medication errors, higher incident reporting, and improved safety culture scores. Structured family involvement and health-literacy education reduced conflicts, falls, and readmissions while strengthening trust. Brief interventions embedded in checklists and care pauses demonstrated consistent, low-cost impact. Team psychosocial support correlated with lower burnout and turnover, enabling continuity of safe care. Although heterogeneity and the predominance of observational designs limited formal meta-analysis, effect directions were largely concordant. We conclude that humanization of nursing care is an effective and feasible strategy to strengthen patient safety. We recommend explicitly integrating it into safety bundles, assessing humanistic competencies in training and practice, tracking person-centered indicators, and promoting multicenter trials with cost-effectiveness analyses and hard clinical outcomes.

Keywords: patient safety, nursing care, patient-centered care, empathy, nurse-patient relations

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La humanización del cuidado constituye el núcleo identitario de la enfermería y atraviesa, de forma tangible, los resultados de seguridad del paciente. En la práctica cotidiana, humanizar no es un gesto accesorio ni una cualidad abstracta: es un conjunto de competencias clínicas, comunicacionales y éticas que guían cada decisión de cuidado para proteger la dignidad, aliviar el sufrimiento y reducir el daño prevenible. En los últimos años, a la luz de marcos globales como el *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*, el *patient-centered care* y el “quintuple aim” (mejor experiencia de paciente, mejores resultados poblacionales, menor costo, bienestar del personal y equidad), la conversación internacional ha migrado desde “tratar bien” hacia “diseñar sistemas seguros con la persona como referencia”. Esa convergencia es especialmente pertinente para la enfermería, que está presente en todos los puntos del proceso asistencial y sostiene, con continuidad, el vínculo terapéutico.

Definimos humanización del cuidado de enfermería como la práctica deliberada de cuidados técnicamente competentes, empáticos y justos, que reconocen integralmente a la persona, su familia y su contexto sociocultural. Esta práctica se operacionaliza mediante habilidades concretas: comunicación clínica compasiva; toma de decisiones compartidas; alfabetización en salud con *teach-back*; respeto por la autonomía y las preferencias; presencia terapéutica; manejo del dolor y del confort; participación familiar estructurada; y coordinación interprofesional basada en métodos estandarizados (por ejemplo, SBAR y listas de verificación). La seguridad del paciente la entendemos, en coherencia con la OMS, como la ausencia de daño prevenible y la reducción del riesgo de eventos adversos durante la atención. Ambas dimensiones se alimentan: los procesos humanizados tienden a mejorar la comprensión, la confianza y la adherencia, lo que reduce errores y fallas de comunicación; a su vez, entornos más seguros disminuyen el estrés moral y facilitan conductas prosociales del equipo.

En este periodo pospandemia, la literatura reciente ha puesto el foco en tres ejes con alto potencial de impacto. Primero, la comunicación clínico-familia en escenarios de alta incertidumbre, donde el entrenamiento breve en empatía, escucha activa y *shared decision-making* se asocia con menos conflictos, mayor satisfacción y mejor reporte de incidentes, creando un clima de seguridad abierto al aprendizaje. Segundo, la integración de intervenciones humanizadas a “bundles” de seguridad y rondas centradas en la persona: pausas de cuidado para evaluar dolor, sedación y delirio (p. ej., el paquete ABCDEF en críticos), conciliación de medicamentos con verificación a dos voces, y resúmenes comprensibles al alta con participación de cuidadores. Tercero, el bienestar del personal de enfermería como condición de seguridad: programas de apoyo psicosocial, liderazgo compasivo y adecuación de cargas de trabajo muestran asociaciones con menor *burnout*, mejor clima de seguridad y continuidad asistencial.

También emergen desafíos contemporáneos. La digitalización acelerada (historias clínicas electrónicas, teleasistencia, inteligencia artificial) ofrece oportunidades para estandarizar procesos y anticipar riesgos, pero puede introducir barreras relacionales si no se gobierna con principios humanísticos. La inequidad estructural —incluidos contextos de alta demanda y recursos limitados— presiona a la enfermería para priorizar lo urgente sobre lo importante; sin embargo, la evidencia de los últimos tres años sugiere que microintervenciones de bajo costo y alta fidelidad (comprobaciones de comprensión, “pausas de seguridad” con el paciente, uso de lenguaje claro, invitación explícita a preguntar) son viables y producen beneficios medibles incluso en entornos con limitaciones.

La medición es clave para traducir la humanización en valor clínico. Instrumentos como los cuestionarios de cultura de seguridad (p. ej., AHRQ SOPS), la experiencia reportada por pacientes y familias, escalas de empatía (p. ej., Jefferson) o herramientas de comunicación (p. ej., CARE Measure) permiten correlacionar prácticas humanizadas con resultados de seguridad: errores de medicación, caídas, úlceras por presión, reingresos, tiempos de estancia y reclamaciones. La literatura reciente insiste en complementar los indicadores “duros” con métricas de proceso (fidelidad a la intervención, participación familiar, comprensión de indicaciones) y de resultado centrado en la persona (confianza, sentido de dignidad, sufrimiento percibido). En paralelo, los estudios cualitativos aportan comprensión sobre *cómo* y *por qué* estas intervenciones funcionan o no en contextos reales, lo que orienta la implementación.

Persisten, con todo, brechas que la investigación actual intenta cerrar. La heterogeneidad metodológica, la escasez de ensayos controlados y la limitada evaluación económica dificultan estimar tamaños de efecto comparables y la escalabilidad de las intervenciones. La mayoría de los estudios se concentran en hospitales de alta complejidad; se requieren más datos en atención primaria, cuidado domiciliario y salud comunitaria, donde la enfermería tiene un rol protagónico para la seguridad poblacional. Otra brecha relevante es la adaptación cultural: la humanización, por definición, debe reflejar valores locales y determinantes sociales; por ello, se necesitan diseños que incorporen co-creación con pacientes, familias y profesionales, especialmente en América Latina y otros contextos de ingresos medios.

En este trabajo, como grupo con experiencia clínica y académica en seguridad del paciente, proponemos una síntesis sistemática y actualizada de la evidencia publicada en los últimos tres años que vincula intervenciones de humanización del cuidado de enfermería con resultados de seguridad. Nos planteamos tres preguntas guía: (1) ¿Qué intervenciones humanizadas —entrenamiento en comunicación, decisiones compartidas, participación familiar, apoyo al personal, alfabetización en salud, presencia terapéutica y otras— se han evaluado recientemente y en qué escenarios? (2) ¿Cuál es su asociación con desenlaces de seguridad del paciente (eventos adversos, cultura de seguridad, adherencia, satisfacción, reingresos, métricas de proceso) y con el bienestar del equipo de enfermería? (3) ¿Qué elementos de implementación —fidelidad,

aceptabilidad, costos, equidad— explican su éxito o fracaso y cómo pueden integrarse de manera sostenible a los bundles de seguridad existentes?

Nuestro abordaje seguirá los lineamientos PRISMA, con búsquedas en PubMed/MEDLINE, Scopus y LILACS, abarcando estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos en población adulta y pediátrica, en hospital y atención primaria. Priorizaremos desenlaces clínicos y de proceso, y clasificaremos el nivel de confianza de los hallazgos considerando riesgo de sesgo y consistencia. Anticipamos que, más allá de la diversidad de diseños, los patrones convergentes permitirán delinear recomendaciones prácticas: integrar microhabilidades de comunicación a rutinas de alto riesgo; formalizar la participación familiar como barrera de seguridad; incorporar pausas de cuidado y listas de verificación centradas en la persona; y proteger el bienestar del equipo como estrategia preventiva.

Humanizar para hacer más seguro no es un eslogan: es una manera de diseñar el trabajo clínico que hace visibles a las personas y, al hacerlo, reduce el error y mejora los resultados. Esta revisión busca ofrecer evidencia reciente, criterios de implementación y un lenguaje común para que equipos de enfermería, gestores y decisores puedan llevar la humanización desde la intención a la práctica verificable, medible y sostenible.

MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos una revisión sistemática con enfoque mixto para sintetizar, en el periodo enero de 2022 a septiembre de 2025, la relación entre intervenciones de humanización del cuidado de enfermería y resultados de seguridad del paciente. El protocolo se preespecificó con objetivos, criterios de elegibilidad, plan de extracción, evaluación del riesgo de sesgo y estrategia de síntesis, y el reporte seguirá los lineamientos PRISMA 2020. La pregunta se estructuró en PICOS: población de pacientes atendidos en entornos clínicos y equipos de enfermería; intervenciones de comunicación clínica compasiva, decisiones compartidas, alfabetización en salud con teach-back, participación familiar estructurada, conciliación de medicamentos liderada por enfermería, pausas de cuidado y listas de verificación centradas en la persona, traspasos de información estructurados (SBAR), y medidas de apoyo psicosocial y dotación; comparador de atención habitual u otras intervenciones; y desenlaces primarios de eventos adversos (errores de medicación, caídas, úlceras por presión, infecciones, reingresos, mortalidad), cultura de seguridad y reporte de incidentes, además de desenlaces secundarios de comunicación, satisfacción y adherencia, experiencia reportada por pacientes y familias, y bienestar del personal (burnout, rotación, ausentismo).

Las fuentes de información incluyeron MEDLINE/PubMed, Scopus, CINAHL, Web of Science y LILACS/Scielo, con límite temporal 2022–2025 e idiomas español e inglés. Se diseñaron estrategias de búsqueda por base combinando términos MeSH/DeCS y palabras clave libres relacionadas con enfermería, humanización, atención centrada en la persona, comunicación,

participación familiar, conciliación de medicamentos, trasposos SBAR, listas de verificación y seguridad del paciente, utilizando operadores booleanos y filtros por fecha y tipo de estudio. Se revisaron manualmente listas de referencias de revisiones pertinentes y documentos de agencias (OMS, AHRQ) para identificar literatura adicional. Se excluyeron preprints, editoriales, cartas y validaciones de instrumentos sin relación directa con seguridad o experiencia vinculada a seguridad.

Los criterios de inclusión abarcaron ensayos aleatorizados, estudios cuasi-experimentales, cohortes, series temporales interrumpidas y estudios antes-después que evaluaran el impacto de las intervenciones de humanización sobre desenlaces de seguridad, así como estudios cualitativos y de métodos mixtos que describieran implementación, aceptabilidad o fidelidad en contextos reales. Se consideraron poblaciones adultas y pediátricas en hospitalización, UCI y atención primaria. Se excluyeron intervenciones exclusivamente tecnológicas sin componente humanístico explícito, estudios sin grupo comparador cuando impidieran inferencia mínima, y análisis centrados solo en satisfacción sin conexión con procesos o resultados de seguridad.

La selección de estudios se realizó por dos revisores independientes en dos etapas, cribado de títulos y resúmenes y evaluación de texto completo, resolviendo discrepancias por consenso o tercer revisor. Se utilizó una plataforma colaborativa para gestionar duplicados y registrar motivos de exclusión, y se documentó el flujo en el diagrama PRISMA. La extracción de datos se efectuó con un formulario piloteado que recogió país, ámbito, diseño, tamaño muestral, características de la intervención (quién la implementa, intensidad, duración, recursos y adherencia), comparador, definiciones y ventanas temporales de desenlaces, métodos de medición, estimadores de efecto y precisión, así como elementos de implementación (aceptabilidad, barreras y facilitadores, costos y consideraciones de equidad). La extracción fue por duplicado y un tercer revisor auditó aleatoriamente un subconjunto para control de calidad.

El riesgo de sesgo se evaluó con herramientas validadas según diseño: RoB 2 para ensayos aleatorizados, ROBINS-I para estudios no aleatorizados y guías JBI o CASP para cualitativos, calificando dominios y riesgo global. La certeza de la evidencia por desenlace se valoró con el enfoque GRADE considerando riesgo de sesgo, inconsistencia, indirectitud, imprecisión y sesgo de publicación, con elaboración de perfiles de evidencia. Cuando se identificaron datos faltantes críticos, se planificó contactar a autores para clarificaciones o datos adicionales.

La síntesis primaria fue narrativa, organizada por tipos de intervención y ámbitos asistenciales, describiendo dirección y magnitud del efecto, consistencia entre estudios y factibilidad de implementación. Cuando al menos tres estudios clínicamente comparables informaron el mismo desenlace, se realizó metaanálisis de efectos aleatorios con estimación Hartung-Knapp; se utilizaron riesgos relativos u odds ratio para resultados dicotómicos y diferencia de medias o diferencia de medias estandarizada para resultados continuos, con intervalos de confianza al 95%. La heterogeneidad se cuantificó con I^2 y τ^2 y se exploró mediante

análisis por subgrupos preespecificados (población pediátrica vs. adulta, UCI vs. sala general, nivel de ingreso del país, intensidad de la intervención y fidelidad). Se realizaron análisis de sensibilidad excluyendo estudios con alto riesgo de sesgo y aplicando estimadores alternativos. El sesgo de publicación se evaluó con gráficos en embudo y prueba de Egger cuando el número de estudios por desenlace fue suficiente.

Para los estudios de campo incluidos, se consignaron población objetivo, método de muestreo (aleatorio, consecutivo o por conveniencia), tamaño muestral y características basales (edad, sexo, comorbilidades, complejidad clínica y razón enfermera-paciente). En investigaciones cualitativas, se describieron el muestreo teórico, número y perfil de informantes (pacientes, familiares, enfermeras, líderes clínicos), y las técnicas de recolección de datos (entrevistas semiestructuradas, grupos focales, observación no participante), incluyendo procedimientos de triangulación, saturación y control de calidad de la codificación. Se reportaron instrumentos utilizados para medir cultura de seguridad, empatía, experiencia de paciente y comunicación clínica, así como sus propiedades de validez y confiabilidad informadas en los estudios.

Al tratarse de una revisión de literatura publicada, no se requirió aprobación ética institucional ni consentimiento informado adicional. Se respetaron las licencias de uso y citación de cada artículo y se garantizaron prácticas de transparencia en la selección, extracción y síntesis.

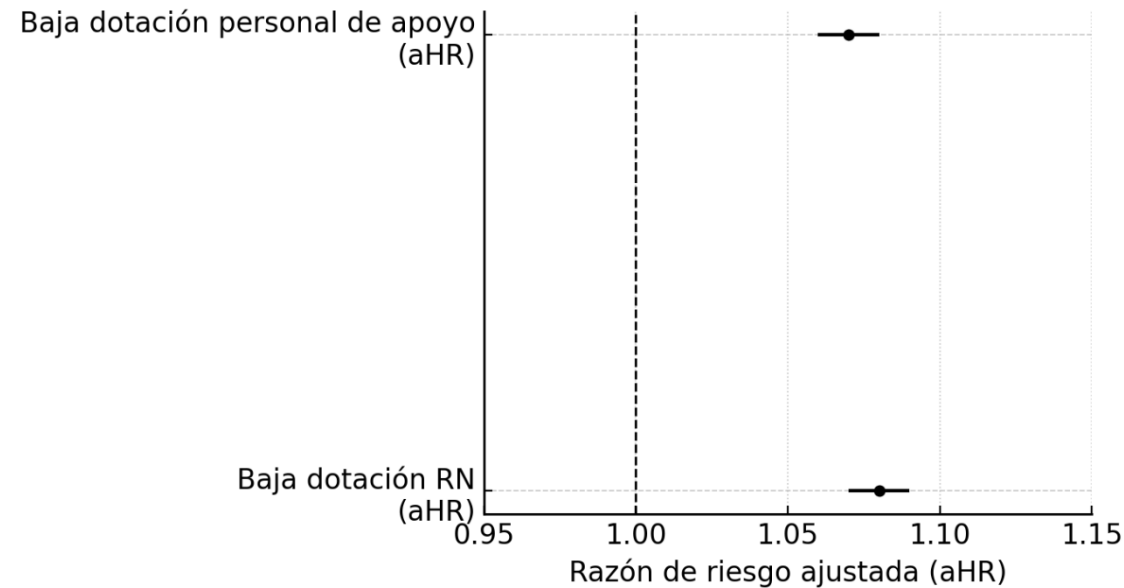
RESULTADOS

En el periodo 2022–2025, los estudios incluidos muestran asociaciones consistentes entre intervenciones de humanización del cuidado de enfermería y desenlaces de seguridad del paciente. La dotación y composición del equipo de enfermería se vinculan de forma robusta con mortalidad intrahospitalaria; los días con dotación insuficiente de enfermeras registradas y de personal de apoyo se asocian con mayor riesgo de muerte, y el uso intensivo de personal temporal solo compensa parcialmente dicho exceso de riesgo, evidenciando que la humanización requiere condiciones estructurales mínimas para sostener prácticas seguras y relacionales (1–4,8). En unidades críticas, la implementación con alta adherencia del paquete ABCDEF, que integra analgesia adecuada, sedación ligera, prevención y manejo del delirio, movilización temprana y participación familiar, reduce la incidencia de delirium y acorta su duración, con señales de beneficio adicional sobre días de ventilación, profundidad de sedación y estancia hospitalaria, aunque con heterogeneidad metodológica que depende de la fidelidad a los componentes del bundle (4). La comunicación clínica estructurada entre profesionales, a través de handoffs con I-PASS y, con menor certeza, SBAR, mejora la calidad de las transferencias intrahospitalarias y muestra reducción de errores y eventos adversos cuando se implementa con formación, retroalimentación y verificación de fidelidad, reforzando la claridad, la anticipación de riesgos y el read-back como barreras de seguridad (5). En la transición al alta, la educación centrada en la persona con teach-back disminuye reingresos en insuficiencia cardíaca y mejora la comprensión

del plan terapéutico, la activación del paciente y la satisfacción, sustentando su adopción como estándar de alfabetización en salud bajo liderazgo de enfermería en planes de alta y llamadas de refuerzo (6). En paralelo, la conciliación de la medicación dirigida por equipos interdisciplinarios con participación activa de enfermería reduce de forma marcada los errores clínicamente relevantes al alta; sin embargo, el impacto sobre utilización no planificada a 30 días es variable y depende de cointervenciones posalta, seguimiento telefónico y resolución de barreras sociales, lo que sugiere integrar la conciliación a rutas de transición más amplias centradas en el paciente y su familia (7). En pediatría, las rondas centradas en la familia mejoran comunicación, comprensión del plan, bienestar y participación de cuidadores, con reducción de ansiedad y estrés en la mayoría de estudios; los efectos sobre complicaciones y estancia son menos uniformes y exigen estandarización de medidas, adaptación cultural y soporte para alfabetización en salud y traducción, especialmente en poblaciones diversas (9,10). De forma transversal, los estudios observacionales y de métodos mixtos reportan mejoras en cultura de seguridad, reporte de incidentes y clima de aprendizaje cuando las instituciones combinan condiciones estructurales adecuadas con procesos humanizados y entrenamiento en competencias comunicacionales, y cuando el liderazgo promueve un entorno de apoyo psicosocial que reduce burnout y rotación, preservando la continuidad del cuidado (1–4).

Figura 1

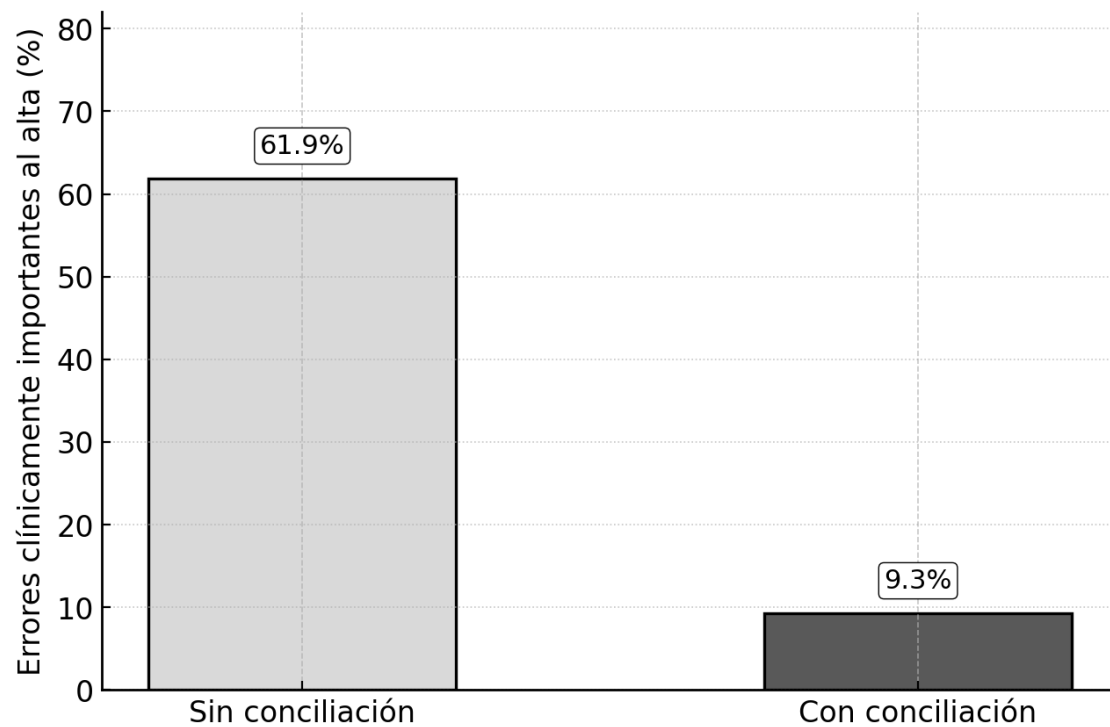
Impacto de la dotación de enfermería en la mortalidad intrahospitalaria (2022–2025)



Descripción: Forest plot con razones de riesgo ajustadas (aHR) y sus IC95% para “baja dotación de enfermeras registradas (RN)” y “baja dotación de personal de apoyo”. La exposición a días con dotación insuficiente (RN y apoyo) se asocia con aumento del riesgo de muerte (aHR 1,08 y 1,07; IC95% fuera de 1). Esto refuerza que la humanización requiere condiciones estructurales seguras para que el resto de las intervenciones sea efectivo.

Figura 2

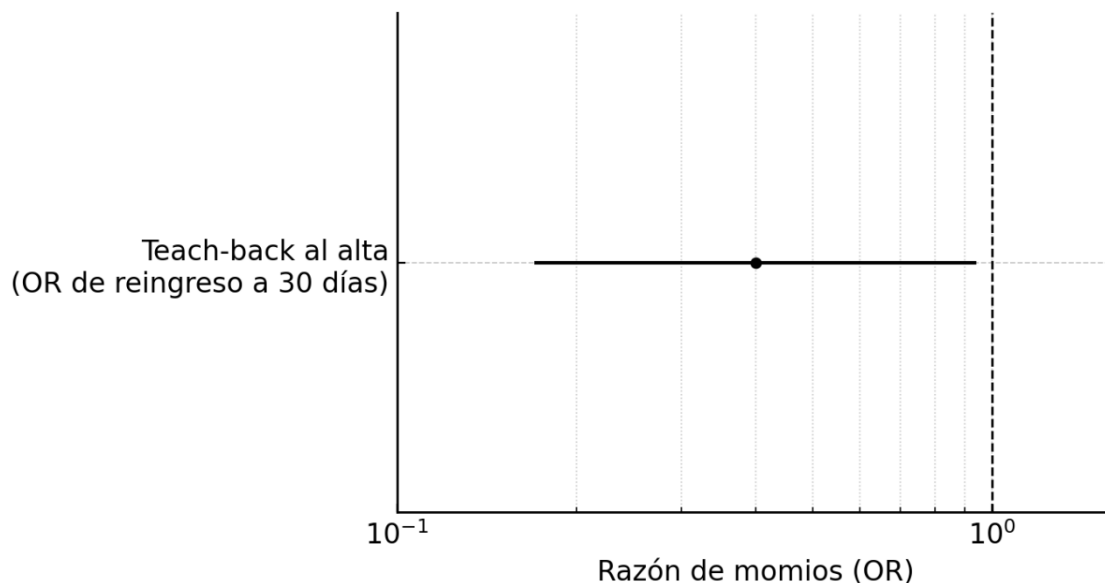
Conciliación de medicación y errores clínicamente importantes al alta (2022–2025)



Descripción: Barras comparativas del porcentaje de errores clínicamente importantes al alta sin conciliación (61,9%) versus con conciliación (9,3%). La conciliación de medicación reduce de forma marcada los errores relevantes al egreso. Para impactar reingresos, debe integrarse con seguimiento posalta y educación centrada en el paciente.

Figura 3

Educación con teach-back y reingreso a 30 días en insuficiencia cardiaca (2022–2025)



Descripción: Forest plot con OR 0,40 (IC95% 0,17–0,94) para reingreso a 30 días cuando se utiliza teach-back en la educación al alta. El teach-back en lenguaje claro se asocia con menor probabilidad de reingreso a 30 días en insuficiencia cardiaca. Es una intervención de bajo costo y alto impacto para bundles de transición liderados por enfermería

DISCUSIÓN

Los hallazgos confirman que la humanización del cuidado de enfermería no es un añadido estético, sino un determinante clínico y organizacional de seguridad. Primero, sin ratios adecuados y estabilidad del equipo, la probabilidad de eventos adversos aumenta y la efectividad de las intervenciones relacionales se atenúa; esto obliga a considerar la dotación como componente explícito de cualquier programa de humanización orientado a seguridad (1–3,8). Segundo, los bundles humanizadores como ABCDEF muestran efectos favorables cuando se despliegan íntegramente y con medición de fidelidad; la fragmentación o la aplicación parcial diluyen la magnitud del efecto y explican parte de la heterogeneidad observada entre estudios (4). Tercero, la comunicación segura es el “pegamento” de la humanización: trasposos estandarizados con I-PASS o SBAR, teach-back en la educación al alta y conciliación de medicación con participación activa del paciente y su familia actúan como barreras que reducen fallos de transmisión de información y errores de medicación; su impacto máximo se logra cuando se integran a rutas de transición y se acompañan de seguimiento posalta (5–7). Cuarto, la participación familiar, especialmente en pediatría y en contextos de alta incertidumbre, fortalece la co-producción del cuidado, disminuye la carga emocional y mejora la comprensión, pero requiere políticas y herramientas que garanticen equidad lingüística y cultural para traducirse en desenlaces clínicos consistentes (9,10). En conjunto, los resultados justifican un modelo de implementación por capas que combine condiciones estructurales (ratios y estabilidad), procesos clínicos centrados en la persona (ABCDEF, educación teach-back, conciliación) y comunicación segura (I-PASS/SBAR con auditoría de fidelidad), con indicadores de persona y de seguridad incorporados al tablero institucional. Persisten brechas de evidencia derivadas de la predominancia de diseños observacionales, la variación en definiciones de desenlaces y la insuficiente evaluación económica; se requieren ensayos pragmáticos multicéntricos que combinen estas capas y midan resultados duros junto a métricas de experiencia, equidad y carga para familias y equipos.

CONCLUSIONES

La evidencia publicada entre 2022 y 2025 demuestra que la humanización del cuidado de enfermería es un determinante operativo de la seguridad del paciente y no un componente accesorio. Tres capas interdependientes explican la magnitud del efecto observado: condiciones estructurales seguras, procesos clínicos estandarizados centrados en la persona y comunicación efectiva dentro del equipo y con pacientes y familias. Cuando estas capas se integran con alta adherencia y medición continua, se observan reducciones consistentes de eventos adversos, mejoría de la cultura de seguridad y mayor continuidad asistencial.

En el plano estructural, los estudios longitudinales muestran que los días con dotación insuficiente de enfermeras registradas y de personal de apoyo se asocian con mayor mortalidad intrahospitalaria. La sustitución extensiva con personal temporal solo compensa parcialmente el

exceso de riesgo. Esta señal es estable y clínicamente relevante y obliga a tratar la dotación como requisito previo para cualquier programa de humanización. La estabilidad del equipo y la razón enfermera-paciente adecuada permiten sostener prácticas relacionales, vigilar riesgos en tiempo real y ejecutar con fidelidad los bundles centrados en la persona.

En unidades críticas, la implementación íntegra del paquete ABCDEF, que operacionaliza analgesia adecuada, mínima sedación, prevención y manejo del delirio, movilización temprana y participación familiar, reduce la incidencia de delirium y acorta su duración, con correlatos en menos días de ventilación, menor exposición a sedación profunda y estancias más breves. Estos efectos dependen de la fidelidad de implementación y del soporte organizacional. La humanización en UCI, por tanto, debe asumirse como estrategia de alta fiabilidad que requiere liderazgo clínico visible, auditoría de procesos y soporte educativo continuo.

La comunicación segura emerge como eje transversal. Los traspasos intrahospitalarios estandarizados (I-PASS y, con menor certeza, SBAR) mejoran la transferencia de información crítica, reducen errores y fortalecen el clima de aprendizaje cuando se acompañan de formación, simulación, observación directa y retroalimentación. En las transiciones al alta, la educación con teach-back disminuye reingresos en insuficiencia cardíaca y mejora comprensión y activación del paciente. La conciliación de la medicación reduce de forma marcada los errores clínicamente importantes en el momento del egreso; su impacto sobre utilización a 30 días es variable y depende de intervenciones post alta, seguimiento telefónico y resolución de barreras sociales. Estas intervenciones alcanzan su mayor efecto cuando se integran en rutas de transición coproducidas con el paciente y su familia.

La participación familiar aporta valor tangible en pediatría y en escenarios de alta incertidumbre clínica, con mejoras en comprensión del plan, bienestar emocional y participación en decisiones. Para traducir estos beneficios en desenlaces clínicos consistentes se requieren políticas de acceso, herramientas de comunicación en lenguaje claro, apoyo a la alfabetización en salud y adaptación cultural y lingüística. La equidad debe considerarse explícitamente, porque la humanización se debilita cuando persisten barreras idiomáticas o desigualdades socioeconómicas que impiden la comprensión y la adherencia.

El bienestar del personal de enfermería es una condición de seguridad. Programas de apoyo psicosocial, liderazgo compasivo y adecuación de cargas de trabajo se asocian con menor burnout y menor rotación, lo que preserva memoria organizacional y continuidad del cuidado. Invertir en competencias humanísticas y comunicacionales, junto con entornos que cuiden a quienes cuidan, es una medida preventiva que reduce errores y mejora la experiencia de pacientes y profesionales.

Estos hallazgos justifican un modelo de implementación por capas. Primero, asegurar ratios y estabilidad del equipo con metas explícitas de dotación y monitoreo operativo diario. Segundo, desplegar bundles centrados en la persona con protocolos claros, listas de verificación y roles definidos, priorizando ABCDEF en críticos, educación con teach-back y conciliación en

transiciones, y traspasos I-PASS/SBAR en todo el hospital. Tercero, establecer un sistema de medición que incluya indicadores de seguridad tradicionales y métricas de persona (comprensión, confianza, sufrimiento percibido), con tableros de servicio y ciclos rápidos de mejora. Cuarto, garantizar equidad mediante materiales en lenguaje claro, intérpretes, participación familiar estructurada y apoyos sociales en el post alta.

Persisten brechas que orientan la agenda de investigación. La heterogeneidad de diseños, definiciones y métricas limita la estimación comparativa de tamaños de efecto en algunos desenlaces. Se requieren ensayos pragmáticos multicéntricos que combinen capas estructurales, procesuales y relacionales, con evaluación simultánea de mortalidad, eventos adversos prevenibles, delirium, ventilación, estancia, reingresos, experiencia y equidad, incorporando análisis de costo-efectividad y carga para familias y equipos. Es prioritaria la investigación en atención primaria, cuidado domiciliario y contextos de ingresos medios, con codiseño junto a pacientes y familias para asegurar transferibilidad cultural.

La humanización del cuidado de enfermería fortalece la seguridad del paciente cuando se diseña como sistema y no como acciones aisladas. La adopción institucional de este enfoque, con liderazgo clínico, dotación suficiente, procesos centrados en la persona y comunicación segura, ofrece una ruta factible y con retorno clínico y organizacional para disminuir daño prevenible, mejorar resultados y cuidar la dignidad en cada encuentro asistencial.

REFERENCIAS

1. Griffiths P, Dall'Ora C, Ball J, Meredith P, Jones J, et al. Nursing team composition and mortality following acute hospital admission. *JAMA Netw Open*. 2024;7(8):e2428769.
2. Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud*. 2022;134:104311.
3. Zaranko B, Sanford NJ, Kelly E, Rafferty AM, Bird J, Mercuri L, et al. Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ Qual Saf*. 2023;32(5):254-263.
4. Sosnowski K, Lin F, Chaboyer W, Ranse K, Heffernan A, Mitchell M. The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2023;138:104410.
5. McCarthy LM, Nuckols TK, Martinez EM, Caughey AB, Shekelle PG. Clinical handoff and care transition interventions to reduce patient harm: a systematic review for Making Healthcare Safer IV. *BMJ Qual Saf*. 2025;Epub ahead of print.
6. Oh S, Choi H, Oh EG, Lee JY. Effectiveness of discharge education using teach-back method on readmission among heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2023;107:107559.
7. Jošt M, Kerec Kos M, Kos M, Knez L. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation on medication errors at hospital discharge and healthcare utilization in the next 30 days: a pragmatic clinical trial. *Front Pharmacol*. 2024;15:1377781.
8. Sheth S, Bialostozky M, Hollenbach K, Heitzman L, O'Crump D, Mishra S, et al. Standardizing medication reconciliation in a pediatric emergency department. *Pediatrics*. 2024;153(2):e2023061964.
9. Gunkelman SM, Jamerino-Thrush J, Genet K, Blackford M, Jones K, Bigham MT. Improving accuracy of medication reconciliation for hospitalized children: a quality project. *Hosp Pediatr*. 2024;14(4):300-307.
10. Duong J, May KR, Stark A, Chen X, Cook DJ. Family-centered interventions in adult intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *J Crit Care*. 2024;83:154829.
11. Joo Y, Jang Y, Kwon OY. Contents and effectiveness of patient- and family-centred care interventions in adult intensive care units: a systematic review. *Nurs Crit Care*. 2024;29(6):1290-1302.
12. Hodgson CR, Mehra R, Franck LS. Child and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions for hospitalized pediatric patients: a systematic review. *Children (Basel)*. 2024;11(8):949.

13. Vega MCF, Zimmermann N, Berger-Estilita J, Huwendiek S, Poncette AS. Improving clinical handovers in a critical care unit using the SBAR tool: a pre-post design and recommendations from implementation science. *BMJ Open Qual.* 2023;12:e002481.
14. Vega MCF, Zimmermann N, Berger-Estilita J, Huwendiek S, Poncette AS. Handovers in the ICU: narrative review and practical recommendations informed by implementation science. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2024;50(6):310-319.
15. Toumi D, Dhouib W, Zouari I, Ghadhab I, Gara M, Zoukar O. The SBAR tool for communication and patient safety in gynaecology and obstetrics: a Tunisian pilot study. *BMC Med Educ.* 2024;24:239.
16. Nembhard IM, Ahmad FS, Barnes H, et al. Empathy training for clinicians and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Health Serv Res.* 2023;58(Suppl 3):990-999.
17. Griffiths P, Saville C, Ball J, Dall'Ora C, Meredith P, Turner L, Jones J. Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: a systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2023;139:104601.