

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figueroa-Ávila

<https://doi.org/10.35381/s.v.v10i19.4905>

Estrategias humanizadas para el cuidado neonatal crítico y su impacto en la dignidad

Humanized strategies for critical neonatal care and their impact on dignity

María Soledad Romero-Chafla

mromero@est.unibe.edu.ec

Universidad Iberoamericana de Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0004-1277-8079>

Lilian del Pilar Carrillo-López

lcarrillo@est.unibe.edu.ec

Universidad Iberoamericana de Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0001-3176-7795>

Isamar Elena Rodríguez-Loor

irodriguez@est.unibe.edu.ec

Universidad Iberoamericana de Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador

<https://orcid.org/0009-0007-7656-4813>

Paolina Antonieta Figueroa-Ávila

pfiguera@unibe.edu.ec

Universidad Iberoamericana de Ecuador, Quito, Pichincha
Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-7270-4408>

Recepción: 13 de agosto 2025

Revisado: 28 de noviembre 2025

Aprobación: 12 de diciembre 2025

Publicado: 01 de enero 2026

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

RESUMEN

Objetivo: Analizar estrategias organizacionales, asistenciales y formativas que favorecen la humanización del cuidado neonatal crítico en UCIN y su impacto en la dignidad del binomio neonato–familia. **Método:** Revisión sistemática de literatura (2020–2025) en PubMed, siguiendo PRISMA 2020. Se evaluaron 29 estudios, clasificando el nivel de evidencia en alto, moderado o bajo según diseño, sesgo, consistencia y magnitud del efecto. **Resultados:** Estrategias como método canguro, contacto piel con piel, musicoterapia, calostroterapia y participación familiar mostraron beneficios clínicos y psicosociales. La evidencia más sólida provino de RCTs y metaanálisis, mientras que estudios descriptivos aportaron hallazgos complementarios. **Conclusiones:** La humanización en UCIN mejora resultados clínicos, fortalece vínculos familiares y debe consolidarse como práctica estándar respaldada por políticas y formación continua.

Palabras clave: Estrategias, humanización, cuidados neonatales. (Fuente: DECS).

ABSTRACT

Objective: To analyze organizational, care-related, and educational strategies that promote humanized neonatal intensive care and their impact on dignity for the newborn–family dyad. **Method:** Systematic review of literature (2020–2025) in PubMed, following PRISMA 2020. Twenty-nine studies were assessed, with evidence levels classified as high, moderate, or low based on study design, bias, consistency, and effect size. **Results:** Strategies such as kangaroo care, skin-to-skin contact, music therapy, colostrum therapy, and family participation showed clinical benefits. Strongest evidence came from RCTs and meta-analyses, while descriptive studies provided complementary insights. **Conclusions:** Humanized NICU care improves clinical and emotional outcomes, strengthens family bonds, and should be consolidated as a standard practice supported by institutional policies and continuous training.

Keywords: Strategies, humanization, neonatal care. (Source: DECS).

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

INTRODUCCIÓN

La atención neonatal crítica ha evolucionado con avances científicos que elevan la supervivencia. Sin embargo, el reto actual es integrar un cuidado humanizado que reconozca al recién nacido como ser integral, con necesidades emocionales, sociales y espirituales, incluyendo a la familia como protagonista en el proceso asistencial ¹.

Así, la humanización del cuidado neonatal es un componente para equilibrar la alta tecnificación de las unidades de cuidados intensivos (UCIN) con la dignidad y bienestar del binomio neonato-familia. Aunque la tecnología salva vidas, la ausencia del trato empático y cercano genera sentimientos de aislamiento, temor e inseguridad en los padres ². El ingreso a una UCIN es un reto clínico y también una experiencia emocional intensa que requiere acompañamiento y sensibilidad ³.

Diversas investigaciones destacan estrategias de humanización en UCIN, como contacto piel con piel, método canguro, musicoterapia, calostroterapia, succión no nutritiva, control ambiental y comunicación empática. Estas prácticas reducen ansiedad parental, estrés neonatal y fortalecen vínculos, favoreciendo lactancia temprana ^{4 5}. La participación activa familiar, con acceso continuo y decisiones compartidas, mejora dignidad y resultados clínicos y emocionales ^{6 7}.

En Latinoamérica, especialmente en Ecuador, la implementación de estas estrategias enfrenta retos estructurales y culturales. La escasa capacitación socioemocional, la sobrecarga laboral y la inadecuación física hospitalaria dificultan un modelo plenamente humanizado. Sin embargo, su aplicación sistemática mejora calidad de vida, garantizando atención ética y digna ⁸. La teoría del cuidado humano de Jean Watson brinda un marco para humanizar las UCIN, resaltando empatía, compasión y comunicación como pilares que fortalecen vínculos familiares ⁹, integrando a los padres como protagonistas con apoyo emocional y participación activa.

La tecnología constituye un recurso esencial para preservar la vida, pero es la dimensión humanizada la que confiere sentido y dignidad a cada intervención clínica. Reconocer al

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

recién nacido como sujeto de derechos y a la familia como parte activa del cuidado exige transformar la práctica médica en un ejercicio ético, empático y profundamente humano. En este marco, el objetivo de este trabajo es analizar las estrategias organizacionales, asistenciales y formativas que promueven la humanización del cuidado neonatal crítico en UCIN, y valorar su impacto en la dignidad y bienestar del binomio neonato–familia.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices del método PRISMA. La búsqueda se centró en PubMed y abarcó artículos publicados entre enero de 2020 y agosto de 2025, en inglés y español. Se consideraron diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos relacionados con estrategias de humanización en UCIN. Como criterios de inclusión, se seleccionaron estudios originales que describieran prácticas organizacionales, asistenciales o formativas, además de aquellos que presentaran resultados clínicos, emocionales o psicosociales.

Se excluyeron duplicados, revisiones narrativas, editoriales y documentos sin resultados. La selección siguió el flujo PRISMA (Figura 1) y el análisis clasificó la evidencia en alta, moderada o baja (Tabla 1), orientando recomendaciones éticas y prácticas para el cuidado neonatal crítico.

Tabla 1.
Categorías de nivel de evidencia.

Categoría	Definición
Alta	Múltiples RCTs (Randomized Controlled Trial o ensayo clínico aleatorizado) bien conducidos y/o metaanálisis consistentes con efectos clínicos importantes, baja heterogeneidad y buena reproducibilidad en distintos contextos.
Moderada	Evidencia de ensayos y revisiones con algunas limitaciones (tamaño, riesgo de sesgo o heterogeneidad) o evidencia consistente de estudios observacionales robustos.
Baja	Predominio de estudios descriptivos, series de casos, evidencia cualitativa o RCTs pequeños/heterogéneos; resultados prometedores pero insuficientes para conclusiones firmes.

Elaboración: Los autores.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

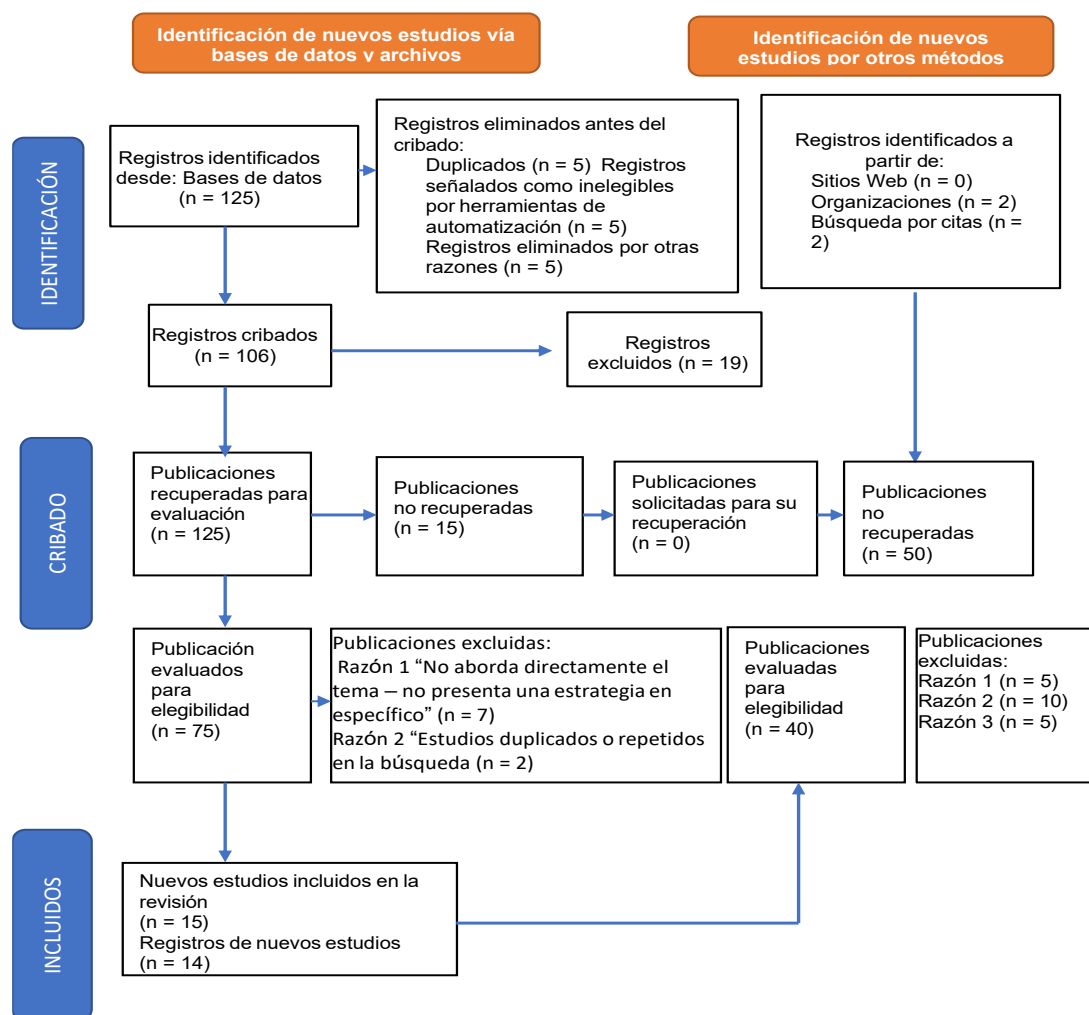


Figura 1. Proceso de selección de artículos por el método PRISMA.
Elaboración: Los autores.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 29 estudios en la revisión (Tabla 2). La evidencia es consistente en señalar beneficios clínicos y psicosociales asociados a prácticas humanizadas, aunque la magnitud de sus efectos varía entre intervenciones y desenlaces debido a la heterogeneidad metodológica, diferencias en dosis/intervención y seguimiento.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

Tabla 2.
Artículos analizados.

No	Autor (año)	Tipo de estudio	Metodología y variables	Resultados / Limitaciones de la investigación
1	Martínez Zubieta R. (2021) ¹	Revisión narrativa	Síntesis cualitativa de literatura y guías sobre humanización en UCI; Variables: políticas de visita, comunicación familiar, medidas de confort y protocolos de atención.	Las de visitas y el acompañamiento familiar protegen la integridad emocional, reducen agitación y delirium, mejoran la toma de decisiones mediante comunicación estructurada y aumentan confort y bienestar con control ambiental y manejo del dolor centrado en la familia. Limitantes: heterogeneidad de fuentes; ausencia de datos cuantitativos consolidados que permitan estimar magnitud del efecto.
2	Córdova Rojas SE et al. (2024) ²	Estudio descriptivo cuantitativo transversal	Encuesta estructurada a madres de neonatos, con análisis descriptivo y comparaciones bivariadas. Variables: percepción de humanización (respeto, comunicación, participación, apoyo emocional), datos sociodemográficos.	Permitir contacto piel con piel y presencia materna en UCIN favorece el apego temprano y aumenta intención e inicio de lactancia; mejora la confianza en el equipo y la percepción de trato digno mediante comunicación clara y participación materna, reduciendo el estrés. Limitantes: baja representatividad; detalles sobre validación del instrumento pueden ser insuficientes.
3	Sierra Leguía LA et al. (2022) ³	Revisión narrativa	Búsqueda y síntesis temática de literatura sobre humanización en servicios de urgencia. Variables: actitudes del personal, prácticas asistenciales, experiencias de usuarios.	La formación en atención centrada en la persona y protocolos que evitan prácticas deshumanizantes favorecen el apego temprano y reducen la violencia institucional. Estandarizar comunicación y procesos de derivación mejora la continuidad del cuidado, la satisfacción y reduce quejas y conflictos. Limitantes: predominan estudios cualitativos que impiden cuantificar magnitudes; heterogeneidad metodológica y sesgo de selección.
4	Garza R. et al. (2020) ⁴	Estudio descriptivo cuantitativo (encuestas a pacientes quirúrgicos)	Muestreo de pacientes postoperatorios, análisis descriptivo Variables: respeto, comunicación, empatía, privacidad.	La comunicación empática y explicaciones claras pre/postoperatorias aumentan satisfacción y dignidad, reducen ansiedad preoperatoria y mejoran adherencia a indicaciones. Verificar la comprensión y garantizar privacidad refuerzan la sensación de seguridad y confianza en el equipo clínico. Limitantes: diseño transversal y autoinforme (no causalidad); posible sesgo de recuerdo; la representatividad es limitada; falta de seguimiento longitudinal para medir efectos en resultados clínicos.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

No	Autor (año)	Tipo de estudio	Metodología y variables	Resultados / Limitaciones de la investigación
5	Padilla García CI; Jiménez Becerra I. (2024) ⁵	Revisión sistemática de literatura sobre mediación tecnológica y humanización en enfermería	Búsqueda sistemática en bases múltiples. Variables: tipo de tecnología (telemonitorización, registros electrónicos, dispositivos de comunicación), indicadores de humanización (comunicación, tiempo de interacción, satisfacción).	Integrar tecnologías de comunicación bidireccional —mensajería segura y registros accesibles— mejora la continuidad y personalización del cuidado, reduce errores informativos y aumenta la participación familiar; además, la telemonitorización y alertas optimizan la respuesta clínica, liberando tiempo para cuidados relacionales. Limitantes: heterogeneidad de tecnologías y medidas; variabilidad en la calidad metodológica de estudios incluidos; necesidad de estudios controlados que cuantifiquen impacto en indicadores de dignidad y resultados neonatales.
6	Gómez S. et al. (2021) ⁶	Revisión sistemática (perspectiva de enfermería sobre cuidado humanizado del neonato y familia)	Búsqueda sistemática con criterios predefinidos; síntesis narrativa y evaluación de calidad. Variables: contacto piel con piel, participación familiar, formación del personal.	Implementar contacto piel con piel inmediato, alojamiento conjunto y protocolos de participación familiar favorece el apego y la lactancia temprana, mejora la percepción de dignidad con formación en comunicación y apoyo emocional, reduce separaciones innecesarias y eleva indicadores de bienestar familiar. Limitantes: variabilidad en la calidad de los estudios primarios; predominio de evidencia cualitativa que dificulta estimar magnitudes; necesidad de ensayos controlados y medidas estandarizadas para validar efectos en resultados clínicos neonatales.
7	Ayed A. et al. (2025) ⁷	Estudio descriptivo cuantitativo (encuesta a enfermeras UCIN)	Muestreo de enfermeras en UCI neonatal; instrumento estructurado para evaluar conocimientos sobre KMC; puntuación por ítems y análisis de factores predictivos mediante regresión.	Mejorar el conocimiento del personal sobre criterios de elegibilidad y técnicas de posicionamiento optimiza la implementación del KMC, aumentando contacto piel con piel y continuidad del cuidado, con mayor estabilidad térmica neonatal y confianza materna. Limitantes: estudio centrado en conocimiento (no en práctica observada), posible sesgo de autoselección y contexto geográfico que limita generalización; no mide resultados clínicos directos.
8	Pineda R. et al. SENSE 2nd Ed. (2023) ⁸	Guía/consenso basado en revisión integrativa y evidencia	Revisión de evidencia sobre exposiciones sensoriales; desarrollo de protocolo semana-a-semana para exposiciones sensoriales positivas (tacto, olfato, audición, movimiento,	La guía optimiza el desarrollo sensorial y reduce el estrés al estructurar intervenciones familiares diarias —lectura en voz baja, contacto táctil dosificado y control lumínico según edad postmenstrual—, favoreciendo la autorregulación, el potencial neurodesarrollo, la participación familiar y la dignidad neonatal.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figueroa-Ávila

No	Autor (año)	Tipo de estudio	Metodología y variables	Resultados / Limitaciones de la investigación
		(programa SENSE)	luz) y materiales educativos para familias; incluye dosis, criterios de inicio y medidas de seguridad.	Limitantes: aunque incluye evidencia de ensayos y estudios piloto, la heterogeneidad de medidas de resultado y la necesidad de más RCT multicéntricos limitan la cuantificación precisa del efecto.
9	Shirazi S. et al. (2025) ⁹	Ensayo clínico aleatorizado (post-alta KMC con/ sin asesoría telefónica)	RCT con asignación a KMC post-alta + asesoría telefónica vs KMC post-alta sin asesoría; variables: índices antropométricos medidos en puntos temporales; análisis por intención de tratar y comparaciones entre grupos.	Incremento en ganancia ponderal y longitud al implementar KMC post-alta complementado con asesoría telefónica, indicando que la intervención combinada mejora adherencia y prácticas correctas de KMC en el hogar; la asesoría telefónica potencia el beneficio al resolver dudas y mantener continuidad del seguimiento.
10	Vera KAS et al. (2024)	Ensayo/ensayo de formación / artículo de posicionamiento educativo	Análisis descriptivo y reflexivo sobre programas docentes, prácticas educativas. Variables: contenidos curriculares, estrategias pedagógicas, competencias en humanización.	Limitantes: duración de seguimiento limitada a meses tempranos.
11	Zanoni P. et al. (2021)	Subestudio cualitativo de proceso dentro de un ensayo clúster RCT	Estudio cualitativo usando entrevistas y grupos focales; análisis temático guiado por el <i>Consolidated Framework for Implementation Research</i> . Variables: facilitadores, barreras, contexto organizacional, recursos.	Aporta mayor sensibilidad profesional al implementar módulos prácticos y simulaciones centradas en comunicación y ética, lo que mejora la actitud hacia el trato digno en prácticas clínicas; Limitantes: evidencia basada en experiencias y ensayos docentes, falta de evaluación cuantitativa estandarizada.
12	Arslan G. et al. (2025)	Estudio cualitativo fenomenológico	Análisis temático para identificar estrategias y barreras en la NIUC. Variables: conocimientos sobre ruido, actitudes, prácticas preventivas.	Aporta estrategias concretas para la implementación de FICare: capacitación estructurada del personal, adaptación de flujos de trabajo y herramientas de comunicación familiar, que facilitan la integración familiar y aumentan la participación parental en cuidados. Limitantes: hallazgos contextuales a unidades nivel II en Alberta, posible variabilidad en transferibilidad a otros sistemas sanitarios.
13	Pineda R. et al. (2024)	Descripción / artículo de evidencia sobre programa SENSE	Revisión integrativa y descripción de protocolo SENSE. Variables: exposiciones sensoriales (tacto, audición, olfato, luz,	Presenta medidas que reducen la exposición sonora (beneficio: menor estrés y mejor autorregulación neonatal) al implementar rondas silenciosas, protocolos de alarmas ajustadas y formación en conducta laboral silenciosa, además de cambios ambientales. Limitantes: muestra pequeña y contexto único, necesidad de estudios cuantitativos que midan niveles de dB y desenlaces neonatales.
				Mejora de autorregulación y reducción del estrés al aplicar exposiciones sensoriales dosificadas según edad postmenstrual, a través del protocolo SENSE semana-a-semana con materiales y formación familiar;

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

No	Autor (año)	Tipo de estudio	Metodología y variables	Resultados / Limitaciones de la investigación
			movimiento), dosificado por edad postmenstrual, criterios de seguridad.	Limitantes: heterogeneidad de medidas y necesidad de RCT multicéntricos para cuantificar efectos.
14	Burstein O. et al. (2024)	Revisión sistemática y metaanálisis (preterm neurodesarrollo)	Meta-análisis de 161 estudios (39,799 niños) con pruebas estandarizadas; variables: dominio global, lenguaje, visuoespacial, motor; análisis por edad y calidad de cuidado neonatal; random-effects; moderación por calidad de atención.	Los cuidados neonatales médicos y de desarrollo modernos pueden mejorar temporalmente las puntuaciones cognitivas globales de bebés vulnerables, con efectos observables hasta los 2–3 años de edad. Estas mejoras suelen estar vinculadas al acceso a atención avanzada y a programas específicos como KMC, apoyo a la lactancia y manejo del estrés. Limitantes: efectos se atenúan con la edad, alta heterogeneidad entre estudios, y mejoras tempranas no garantizan beneficios a largo plazo.
15	Abdelgawad SME et al. (2025)	Cuasi-experimental / ensayo controlado no ciego	Asignación aleatoria a grupo estudio vs control; n=120 neonatos con hiperbilirrubinemia; variables: bilirrubina total/directa, tiempo regresión ictericia, días fototerapia, SpO ₂ , ingesta diaria; medidas en día 1 y 7.	Reducción significativa de bilirrubina total y directa y menor duración de fototerapia al aplicar paquete de cuidados humanizados (alimentación optimizada, masaje/estimulación kinestésica, nesting); aumento de SpO ₂ y mayor ingesta láctea en 7 días. Limitantes: diseño en un solo centro, seguimiento corto (7 días), necesidad de replicación multicéntrica para confirmar efectos a largo plazo.
16	Pilatasig M. C. G. (2025)	Revisión sistemática	Búsqueda sistemática en múltiples bases; extracción de diseño de estudios, población, intervenciones de humanización y desenlaces clínicos/psicosociales; evaluación de calidad metodológica de estudios incluidos.	Los paquetes de humanización —visitas familiares estructuradas, protocolos de comunicación y confort ambiental— reducen la ansiedad, optimizan el desarrollo sensorial y mejoran la percepción de dignidad; además se asocian con menor uso de sedación y mayor adherencia a planes de alta. Limitantes: heterogeneidad entre estudios incluidos, variabilidad en la calidad metodológica y en las medidas de resultado que impiden estimar magnitudes de efecto consolidadas.
17	Moreno Montenegro NV et al. (2023)	Estudio experimental/cuasi-experimental (intervención en UCI)	Diseño cuasi-experimental con grupo intervención y control, con mediciones pre/post y seguimiento. Variables: incidencia de síntomas de TEPT (escala validada), niveles de	Los programas de humanización que incluye sesiones de psicoeducación familiar, acompañamiento continuo y protocolos de comunicación estructurada permiten la reducción de síntomas de estrés postraumático, con disminución en puntuaciones de TEPT y menor percepción de desamparo.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

No	Autor (año)	Tipo de estudio	Metodología y variables	Resultados / Limitaciones de la investigación
			ansiedad/depresión, duración de estancia, medidas de intervención.	Limitantes: tamaño muestral limitado y seguimiento relativamente corto que condicionan la fuerza causal y la generalización.
18	Reyes-Téllez A. et al. (2024)	Revisión sistemática (humanización del cuidado de enfermería)	Revisión con extracción de evidencia cualitativa y cuantitativa, con evaluación crítica de la calidad Variables: prácticas humanizadoras (KMC, contacto piel con piel, comunicación, participación familiar), desenlaces (satisfacción, apego, indicadores clínicos neonatales).	Prácticas específicas (contacto piel con piel, alojamiento conjunto, protocolos de participación parental y formación en comunicación para el personal) aportan mejoras en apego, inicio de lactancia y satisfacción familiar al implementar; además documenta efectos positivos en indicadores clínicos tempranos (estabilidad térmica, reducción de separaciones innecesarias). Limitantes: predominio de estudios observacionales y cualitativos en algunas áreas, heterogeneidad de medidas y necesidad de RCTs estandarizados para confirmar magnitudes de efecto y durabilidad.
19	Arona-Olmo S.; Rodríguez Arrastía M. (2022)	Artículo de revisión / reflexión profesional	Revisión narrativa de literatura y experiencias, con extracción temática de intervenciones y evidencias reportadas. Variables: prácticas de humanización en UCI neonatal/pediátrica.	Mayor respeto a la dignidad al aplicar protocolos de acompañamiento familiar (con técnicas como visitas estructuradas, comunicación centrada en la familia.) y adaptación del entorno. Limitantes: revisión no sistemática y evidencia primaria heterogénea.
20	Hernández VF et al. (2025)	Estudio descriptivo-intervencional (intervención educativa/práctica)	Implementación y evaluación de la “Hora Sagrada”: intervención temprana de enfermería; variables: tiempo de contacto madre-neonato, prácticas de cuidado (KMC, alimentación), medidas de apego y bienestar; pre/post mediciones con instrumentos validados.	Incremento del apego y mejores indicadores de estabilidad (mayor tiempo de piel con piel y mejor inicio de lactancia) al institucionalizar la Hora Sagrada (primera hora de vida); Limitantes: posible diseño no aleatorizado y seguimiento corto.
21	Hodgson CR; Mehra R.; Franck LS. (2025)	Revisión sistemática (Family-Centered Care en NICU)	Revisión sistemática de estudios 2019–2024; inclusión de diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos; extracción de desenlaces infantiles y parentales; síntesis narrativa y evaluación de calidad.	La revisión sistemática 2019–2024 muestra que las intervenciones FCC en UCIN se asocian con mejoras en alimentación, ganancia de peso y reducción de la estancia neonatal, además de mayor participación parental, satisfacción y mejor salud mental de los padres. Limitantes: heterogeneidad de intervenciones y medidas, necesidad de más RCTs con medidas validadas.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

No	Autor (año)	Tipo de estudio	Metodología y variables	Resultados / Limitaciones de la investigación
22	WHO Immediate KMC Study Group et al. (2021)	Ensayo clínico multicéntrico aleatorizado (cluster RCT internacional)	RCT multicéntrico en hospitales de países de ingresos bajos/medios; en recién nacidos de bajo peso al nacer estables; intervención: KMC inmediato vs cuidado convencional. Variables: mortalidad neonatal a 28 días, infecciones, tiempo de hospitalización, medidas antropométricas.	Reducción de la mortalidad neonatal al implementar KMC inmediato desde el nacimiento, atribuible a mayor termorregulación, estabilización cardiorrespiratoria y mejor inicio de lactancia; además disminución de episodios de hipotermia y mejor mantenimiento de glucemia al realizar contacto piel con piel continuo. Limitantes: aplicabilidad condicionada a entornos con soporte mínimo para KMC, necesidad de adaptación logística y formación del personal, y variabilidad en recursos entre centros que puede modular el efecto.
23	Abukari AS; Schmollgruber S. (2024)	Estudio cualitativo exploratorio	Entrevistas semiestructuradas y grupos focales con profesionales de NICU y familias. Variables: percepciones sobre barreras a FCC (recursos, cultura institucional, formación, infraestructura).	La implementación parcial de FCC reduce la participación familiar y limita prácticas humanizadoras. Intervenciones que superan barreras, políticas de acompañamiento, formación en comunicación y adaptación de espacios, aumentan la participación parental, la adherencia a KMC y la dignidad percibida. Limitantes: hallazgos contextuales y cualitativos que requieren estudios cuantitativos para medir impacto en desenlaces clínicos y evaluar transferibilidad.
24	Çeri A.; Gültekin N.D.; Keskin D.M. (2025)	Revisión narrativa sobre innovaciones y desafíos en cuidado neonatal	Revisión de avances tecnológicos y organizacionales en neonatología del siglo XXI. Variables: tecnologías (telemedicina, monitorización no invasiva), prácticas de desarrollo (SENSE, KMC), retos éticos y de equidad.	La integración de tecnologías (telemonitorización, registros familiares accesibles) junto a prácticas humanizadoras como KMC y SENSE mejora la continuidad y personalización del cuidado neonatal, favoreciendo la dignidad del neonato y su desarrollo mediante intervenciones más oportunas y centradas. Limitantes: riesgo de brecha digital y deshumanización si la tecnología sustituye interacción humana, necesidad de estudios que evalúen efectos combinados tecnología-humanización y equidad de acceso.
25	Bueno-Pérez I. et al. (2025)	Revisión sistemática	Búsqueda en PubMed, Cochrane, Web of Science, Scopus (2018–2023); 9 estudios incluidos, con extracción de desenlaces antropométricos y evaluación crítica.	Los estudios revisados muestran que el KMC en prematuros se asocia con ganancia de peso; los efectos son más evidentes y consistentes cuando se combina con apoyo a la lactancia y con intervenciones de estimulación kinestésica, frente al KMC aislado. Limitantes: heterogeneidad de dosis KMC, tamaños muestrales pequeños y variabilidad metodológica.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

No	Autor (año)	Tipo de estudio	Metodología y variables	Resultados / Limitaciones de la investigación
26	Aljawad B. et al. (2025)	Scoping review	Mapeo de intervenciones FCC en UCI neonatal y pediátrica. Variables: tipos de intervención, barreras, facilitadores.	Mayor participación familiar y mejora en satisfacción y algunos indicadores clínicos; Intervención: paquetes FCC (políticas de visita, educación parental, participación en cuidados). Limitantes: predominio de estudios descriptivos, escasez de RCTs y variabilidad contextual.
27	Latour JM et al. (2024)	Editorial	Síntesis experta del sobre FCC; análisis conceptual y recomendaciones para práctica e investigación.	Refuerzo de la dignidad y calidad del cuidado al institucionalizar FCC; Intervención: adopción sistémica de principios FCC (política, formación, medición). Limitantes: Perspectiva sin datos primarios ni cuantificación de efectos.
28	Kristofferse n L. et al. (2025)	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico	RCT en neonatos muy pretérmino; intervención: contacto piel-con-piel tras el nacimiento vs cuidado habitual. Variables: pruebas neurodesarrollativas tempranas y a edad preescolar; seguimiento longitudinal y evaluación estandarizada del neurodesarrollo.	Mejora en indicadores de neurodesarrollo temprano (autorregulación, puntuaciones cognitivas y socioemocionales) al aplicar SSC inmediato desde el parto, atribuible a termorregulación, estabilización cardiorrespiratoria y mayor contacto parental. Limitantes: necesidad de replicación en distintos entornos, posibles pérdidas en seguimiento y adaptación logística en partos muy pretérmino.
29	Ramadan O. et al. (2025)	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico	RCT multicéntrico en unidades NICU; intervención Kangaroo Care protocolizado liderado por enfermería vs protocolos estándar en RN prematuros con síndrome de distrés respiratorio. Variables: supervivencia, necesidad de soporte respiratorio, complicaciones y adherencia a KMC.	Aumento de la supervivencia y reducción de complicaciones respiratorias al implementar KMC temprano y sostenido, mediado por mejor termorregulación, mayor estabilidad hemodinámica y mayor inicio de lactancia. Limitantes: aplicabilidad en unidades con soporte respiratorio avanzado, necesidad de formación de enfermería y evaluación de seguridad en RN con soporte ventilatorio.

Elaboración: Los autores..

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

DISCUSIÓN

En el ámbito clínico, los ensayos multicéntricos sobre el método canguro (KMC) y el contacto piel con piel (SSC) han demostrado beneficios consistentes en supervivencia, termorregulación y estabilidad cardiorrespiratoria. Estudios de gran escala reportan reducciones significativas en la mortalidad neonatal ²², mientras que investigaciones recientes confirman efectos favorables en supervivencia y menor necesidad de soporte respiratorio ^{28 29}. Estos hallazgos se complementan con metaanálisis y revisiones que documentan mejoras tempranas en puntuaciones neuroconductuales y en ganancia ponderal, aunque con heterogeneidad en la magnitud del efecto ^{14 25}. Asimismo, ensayos que integran KMC con seguimiento postalta mediante asesoría telefónica evidencian mayor ganancia ponderal y mejor adherencia a prácticas en el hogar, lo que sugiere que la continuidad del cuidado amplifica los beneficios iniciales ⁹.

En cuanto a las intervenciones organizacionales, los programas de cuidado centrado en la familia (FICare/FCC) muestran mejoras claras en participación parental, satisfacción y algunos indicadores clínicos como alimentación, peso y estancia hospitalaria, siempre que la implementación sea completa y sostenida ^{10 21}. Sin embargo, estudios cualitativos señalan que la efectividad depende en gran medida del contexto organizacional y de la adaptación local, lo que explica las variaciones entre centros ¹⁰. Paralelamente, los protocolos SENSE y otras estrategias de estimulación sensorial reportan beneficios en autorregulación y en indicadores neuroconductuales tempranos ^{8 13}, aunque los efectos a mediano y largo plazo requieren mayor replicación y seguimiento prolongado ¹⁴.

Las intervenciones ambientales, como el control de ruido y la musicoterapia, junto con la mediación tecnológica, han mostrado efectos positivos sobre el confort, el sueño y la percepción de dignidad familiar, además de facilitar otras prácticas como KMC ^{5 12 13}. No obstante, la evidencia cuantitativa que vincule directamente estos cambios con desenlaces clínicos duros sigue siendo limitada, y la mediación tecnológica plantea retos

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

de equidad que deben ser considerados en su implementación a gran escala ^{24 26}.

De estas comparaciones emergen brechas claras de investigación: la necesidad de medidas estandarizadas de “dignidad” ^{2 18}; la evaluación de paquetes integrados de intervención (KMC + SENSE + FICare) mediante ensayos multicéntricos ^{15 16 29}; estudios formativos que midan impacto directo en resultados clínicos ^{7 11 20}; y análisis sobre equidad y costo-efectividad en mediación tecnológica ^{5 24}.

La teoría del cuidado humano de Jean Watson ofrece un marco conceptual que respalda estas prácticas, al reconocer que intervenciones como KMC/SSC y FICare no solo actúan por mecanismos fisiológicos, sino también por la restauración del vínculo y la validación del rol parental. La implementación de SENSE y de prácticas ambientales respetuosas se alinea con su visión de un entorno terapéutico que respeta la totalidad del ser ^{6 8 13}. En síntesis, la evidencia confirma que la humanización en UCIN mejora desenlaces clínicos y psicosociales, pero su impacto óptimo requiere integración sistémica, medición estandarizada y evaluación de efectos combinados a largo plazo.

CONCLUSIÓN

La revisión sistemática realizada muestra que la humanización del cuidado neonatal en UCIN es un componente central de la atención. No es un añadido ni un gesto complementario: ordena prioridades, modula decisiones y redefine la relación clínica con el recién nacido y su familia.

Las prácticas con mayor respaldo incluyen el método canguro y el contacto piel con piel, junto a intervenciones como musicoterapia, calostroterapia, control ambiental y el uso de dispositivos terapéuticos. También destaca la participación activa de los padres. Sus efectos son concretos: menor estrés, mayor estabilidad cardiorrespiratoria y tiempos de hospitalización más cortos. En el plano psicosocial, se fortalecen los vínculos, aumenta la confianza parental y disminuyen la ansiedad y la depresión posparto.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

Para consolidar este enfoque se requieren políticas institucionales claras, recursos suficientes y formación continua que integre competencias técnicas y humanísticas. La implementación sostenida es la que cambia la práctica. Persisten barreras; presupuestos ajustados, inercias organizacionales, desigualdades de acceso; que obligan a pensar en escalabilidad y en evaluación continua.

Con todo, el balance es nítido: la humanización debe ser prioridad en los sistemas de salud. Contribuye a la supervivencia, favorece el desarrollo y mejora la calidad de vida del binomio neonato–familia. Al mismo tiempo, promueve un entorno ético y digno para quienes brindan el cuidado

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

AGRADECIMIENTO

A todos los agentes sociales involucrados en el proceso investigativo.

REFERENCIAS

1. Martínez Zubieta R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) 2021;35(3):144-147. <https://dx.doi.org/10.35366/100003>
2. Hammel GSC, Simas LTL, Rodrigues Junior LF, Zamberlan C, Lomba L, Backes DS. Mothers' perception of the care of newborn in the home environment. Rev Bras Enferm. 2024;77(1):e20230080. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0080pt>
3. Sierra Leguia LA, Salazar Trujillo S, Suárez García E, Suárez Romero R, Valdez Cerda V, Villadiego Ospino C. Humanización en los servicios de urgencia: revisión narrativa. rhe. 2022;33(1):83-95. http://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.33.1.83-95.

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Lloor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

4. Garza R, Meléndez C, Castillo G, Gonzales F, Fang M, Castañeda H. Surgical Patients' Perception About Behaviors of Humanized Nursing Care. *Hisp Health Care Int.* 2020;18(1):27-31. <https://doi.org/10.1177/1540415319856326>
5. Padilla García CI, Jiménez Becerra I. Mediación tecnológica y humanización del cuidado de enfermería: revisión sistemática de literatura. *Rev Cuid.* 2024;15(2):e3537. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.3537>
6. Gómez S, García I, Dios M, Yáñez B, Molina B, Moncunill E. Nursing perspective of the humanized care of the neonate and family: a systematic review. *Children.* 2021;8(1):35. <https://doi.org/10.3390/children8010035>
7. Ayed A, Aqdam I, Abusaif R, Abu Tabeekh R, Zaidan D, Abu Alhaijaa M. Knowledge regarding Kangaroo Mother Care among nurses in neonatal intensive care units. *SAGE Open Nurs.* 2025;11. <https://doi.org/10.1177/23779608251337320>
8. Pineda R, Kellner P, Ibrahim C, SENSE Advisory Team Working Group, Smith J. Supporting and enhancing NICU sensory experiences (SENSE), 2nd edition: an update on developmentally appropriate interventions for preterm infants. *Children.* 2023;10(6):961. <https://doi.org/10.3390/children10060961>
9. Shirazi S, Keshavarz M, Pezaro S, Amzajerdi A, Jahanfar S. The effect of post-discharge Kangaroo mother care with and without telephone advice on anthropometric indexes of preterm newborns: a randomized clinical trial. *BMC Pediatr.* 2025;25(1):1–10. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05355-0>
10. Zaroni P, Scime NV, Benzies K, McNeil DA, Mrklas K. Facilitators and barriers to implementation of Alberta Family Integrated Care (FICare) in level II neonatal intensive care units: a qualitative process evaluation substudy of a multicentre cluster-randomised controlled trial using the Consolidated Framework for Implementation Research. *BMJ Open.* 2021;11(10):e054938. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054938>
11. Vera KAS, Coffré JAF, López MIO, Del Socorro Palacios Tavera M. Humanizando desde las aulas: Formación de los profesionales de la salud. *Rev Soc Fronteriza.* 2024;4(2):e42194. [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(2\)194](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(2)194)
12. Arslan G, Eren Ö, Özçelik ÇÇ. Noise prevention strategies among neonatal intensive care unit nurses: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2025;24:993. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03633-5>

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

13. Pineda R, Misikoff M, Ghahramani S, Smith J, Mathur A. Description and evidence on the supporting and enhancing neonatal intensive care unit sensory experiences (SENSE) program. *Acta Paediatr.* 2024. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/apa.17293>
14. Burstein O, Aryeh T, Geva R. Neonatal care and developmental outcomes following preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Dev Psychol.* 2024. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/dev0001844>
15. Abdelgawad SME, Galalah ESEA, El-Mahdy HS, Elmahdy NHF. Effect of the application of humanized nursing care on the clinical outcomes of neonates with hyperbilirubinemia. *BMC Nurs.* 2025;24(1):149. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02772-z>
16. Pilatasig MCG. Cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos: revisión sistemática. *Rev Científica.* 2025;9(1):10785-10811. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1.16670
17. Moreno Montenegro NV, Lema Caisaguano JM, Granda Cueva DC, Acosta Romo MF. Cuidado humanizado de enfermería para reducir el síndrome de estrés postraumático en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. *Rev Criterios.* 2023;30(2):175–90. <https://doi.org/10.31948/rev.criterios/30.2-art12>
18. Reyes-Téllez Á, González-García A, Martín-Salvador A, Gázquez-López M, Martínez-García E and García-García I. Humanization of nursing care: a systematic review. *Front Med.* 2024;11:1446701. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1446701>
19. Arona-Olmo S, Rodríguez Arrastia MJ. La humanización de los cuidados enfermeros en unidades de críticos neonatales y pediátricos. *Ágora de Salud.* 2022;8(17): 189-203. <http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2022.8.17>
20. Hernández VFM, Alcivar Muñoz M, Cabrera Olvera JL. Intervención temprana del profesional de enfermería en los cuidados neonatales intensivos: la hora sagrada. *Ciencia y Enfermería.* 2025;31:1–11. <https://doi.org/10.29393/CE31-23TPMJ30023>
21. Hodgson CR, Mehra R, Franck LS. Infant and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions in the NICU: a systematic review. *Children.* 2025;12:290. <https://doi.org/10.3390/children12030290>

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

22. WHO Immediate KMC Study Group. Immediate "Kangaroo Mother Care" and survival of infants with low birth weight. *N Engl J Med*. 2021;384(21):2028–2038. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2026486>
23. Abukari AS, Schmollgruber S. Perceived barriers of family-centred care in neonatal intensive care units: a qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2024;29(5):905–915. <https://doi.org/10.1111/nicc.13031>
24. Çeri A, Gültekin ND, Keskin DM. Neonatal care in the twenty-first century: innovations and challenges. *World J Pediatr*. 2025;21:644–651. <https://doi.org/10.1007/s12519-025-00927-1>
25. Bueno-Pérez I, Martín-Vázquez C, Martínez-Angulo P, Calvo-Ayuso N, García-Fernández R. Impact of the Kangaroo mother care method on weight gain in premature newborns: systematic review. *BMC Pediatr*. 2025;25:365. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05597-6>
26. Aljawad B, Miraj SA, Alameri F, Alzayer H. Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: a scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC Pediatr*. 2025;25:291. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05620-w>
27. Latour JM, Rennick JE, van den Hoogen A. Editorial: family-centered care in pediatric and neonatal critical care settings. *Front Pediatr*. 2024;12:1402948. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1402948>
28. Kristoffersen L, Støen R, Bergseng H, Flottorp, ST, Mageroy G, Grunewaldt KH, Aker K. Immediate skin-to-skin contact in very preterm neonates and early childhood neurodevelopment: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2025;8(4):e255467. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.5467>
29. Ramadan O, Alshammari A, Alruwaili A, Elsharkawy NB, Alhaiti A, Baraka NIM. Transforming neonatal nursing: a randomized controlled trial comparing kangaroo care and standard protocols for survival in preterm infants with respiratory distress syndrome. *BMC Nurs*. 2025;24:430. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03088-8>

María Soledad Romero-Chafla; Lilian del Pilar Carrillo-López; Isamar Elena Rodríguez-Loor; Paolina Antonieta Figuera-Ávila

©2026 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)