

Experiencia piloto de implementación de la metodología *Daily Huddle* en una unidad de cuidados intensivos

Experience of a pilot implementation of the Daily Huddle methodology in an intensive care unit

Experiência piloto de implementação da metodologia Daily Huddle em uma unidade de terapia intensiva

Francisco Paredes Garza¹,
Esther Presa Vázquez¹,
Sandra Ricote López¹,
María Luisa García Fernández¹,
Eva Gutierrez García¹

¹ Hospital Universitario La Paz.
Madrid, España.

RESUMEN

Los fallos de comunicación durante el traspaso de turno en las unidades de cuidados intensivos (UCI) constituyen una de las principales causas de eventos adversos. Este relato de experiencia describe la implementación piloto de la metodología *Daily Huddle* como estrategia estructurada para mejorar la transferencia de información y la coordinación del equipo de enfermería. La intervención se desarrolló en una UCI polivalente de 20 camas de un hospital público de tercer nivel en España. El proceso incluyó una fase inicial de mapeo, la designación de líderes, una fase preparatoria y un pilotaje operativo de cuatro semanas, con una evaluación mediante 30 observaciones estructuradas. El *Daily Huddle* se realizó en el 90 % de las sesiones, con una participación completa en el 77,8 % y una duración media de 16,9 minutos. Las interrupciones, causadas principalmente por alarmas clínicas o sobrecarga asistencial, reflejaron la dinámica del entorno crítico sin comprometer la viabilidad del modelo. La experiencia confirmó que la metodología es factible, de bajo coste y replicable, lo que demuestra su potencial para fortalecer la comunicación estructurada y la cultura de seguridad en cuidados críticos. Se recomienda profundizar en la evaluación de percepciones de los profesionales y en su impacto a largo plazo sobre los resultados clínicos.

Palabras clave: cuidados críticos; pase de guardia; seguridad del paciente.

Recibido: 18-10-2025

Aceptado: 02-12-2025

En línea: 27-12-2025



Artículo de acceso abierto

© Los autores

Contribución científica:

La experiencia piloto de la implementación de la metodología *Daily Huddle* en una unidad de cuidados intensivos aporta evidencia sobre la factibilidad y sostenibilidad operativa de una herramienta estructurada de comunicación en cuidados críticos. Los resultados muestran una alta adherencia y participación, además de la viabilidad de su integración en la rutina asistencial sin requerir recursos adicionales.

ABSTRACT

Communication failures during shift handover in intensive care units (ICUs) are among the main causes of adverse events. This experience report describes the pilot implementation of the *Daily Huddle* methodology as a structured strategy to improve information transfer and coordination within the nursing team. The intervention was carried out in a 20-bed multipurpose ICU of a tertiary-level public hospital in Spain. The process included an initial mapping phase, the appointment of leaders, a preparatory phase, and a four-week operational pilot implementation, with evaluation through 30 structured observations. The *Daily Huddle* was conducted in 90% of the sessions, with full participation in 77.8% and an average duration of 16.9 minutes. Interruptions, mainly caused by patient-monitoring alarms or care workload overload, reflected the dynamics of the critical environment without compromising the feasibility of the model. The experience confirmed that the methodology is feasible, low-cost, and replicable, demonstrating its potential to strengthen structured communication and the safety culture in critical care. Further evaluation of professionals' perceptions and the long-term impact on clinical outcomes is recommended.

Keywords: critical care; shift handover; patient safety.

RESUMO

As falhas de comunicação durante a passagem de turno nas unidades de terapia intensiva (UTI) constituem uma das principais causas de eventos adversos. Este relato de experiência descreve a implementação piloto da metodologia *Daily Huddle* como estratégia estruturada para melhorar a transferência de informações e a coordenação da equipe de enfermagem. A intervenção foi desenvolvida em uma UTI polivalente de 20 leitos de um hospital público de terceiro nível na Espanha. O processo incluiu uma fase inicial de mapeamento, a designação de líderes, uma fase preparatória e um piloto operacional de quatro semanas, com avaliação por meio de 30 observações estruturadas. O *Daily Huddle* foi realizado em 90% das sessões, com participação completa em 77,8% e duração média de 16,9 minutos. As interrupções, causadas principalmente por alarmes clínicos ou sobrecarga assistencial, refletiram a dinâmica do ambiente crítico sem comprometer a viabilidade do modelo. A experiência confirmou que a metodologia é factível, de baixo custo e replicável, demonstrando seu potencial para fortalecer a comunicação estruturada e a cultura de segurança em cuidados críticos. Recomenda-se aprofundar a avaliação das percepções dos profissionais e seu impacto em longo prazo sobre os resultados clínicos.

Palavras-chave: cuidados críticos; passagem de plantão; segurança do paciente.

INTRODUCCIÓN

La comunicación entre profesionales de la salud constituye uno de los pilares fundamentales de la seguridad del paciente. La World Health Organization (WHO) (1) ha identificado que hasta un 60 % de los eventos adversos graves en la atención sanitaria están relacionados con fallos de comunicación durante la atención clínica o las transiciones asistenciales. De forma similar, la Joint Commission International (JCI) (2) informa que más del 70 % de los eventos centinela reportados en hospitales se asocian a errores de comunicación entre los equipos de salud.

En entornos de alta complejidad, como las unidades de cuidados intensivos (UCI), donde convergen múltiples profesionales y una gran carga tecnológica, el riesgo de

fallos comunicativos se incrementa considerablemente. La literatura ha mostrado que los trasposos ineficaces pueden conducir a la duplicidad de procedimientos, retrasos en la atención y un aumento de los errores clínicos (3, 4). Para mitigar estos riesgos, diversas estrategias estructuradas de comunicación han sido promovidas globalmente, entre ellas el Bedside Shift Report (BSR) y el *Daily Huddle*, ambas orientadas a estandarizar el intercambio de información y reforzar la cultura de seguridad en los equipos asistenciales (5, 6).

La metodología *Daily Huddle*, surgida en el ámbito de las High Reliability Organizations (HRO) y adaptada posteriormente al entorno sanitario, consiste en reuniones breves y periódicas en las que el equipo de primera línea revisa los problemas de seguridad ocurridos, anticipa riesgos y planifica colectivamente la jornada (7). Su in-

corporación en instituciones de Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido ha demostrado mejoras significativas en la conciencia situacional (*situational awareness*), la coordinación interdisciplinar y la respuesta ante eventos críticos (8, 9).

Pese a su consolidación en sistemas sanitarios de alta fiabilidad, donde los *safety huddles* se reconocen como herramientas efectivas para mejorar la comunicación y la gestión del riesgo asistencial (10), su aplicación en el ámbito de la enfermería crítica continúa siendo limitada y poco documentada en la literatura científica. En los países de habla hispana, las publicaciones disponibles son escasas y se centran en contextos no intensivos, como los servicios de urgencias (11) o las unidades pediátricas (12). Si bien se han descrito experiencias aisladas en UCI (13, 14), aún persiste una brecha de evidencia respecto a su impacto específico en la práctica enfermera y en la comunicación intraequipo en entornos críticos.

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo principal describir la implementación de esta metodología de traspaso en una UCI de enfermería, evaluando su factibilidad operativa, la participación del equipo y los aprendizajes para su institucionalización, en un área donde la evidencia sobre esta práctica aún es limitada. Los objetivos secundarios fueron identificar los facilitadores y las barreras encontrados durante la intervención, así como formular recomendaciones prácticas que permitan la replicabilidad de esta estrategia en otras unidades con similares características.

PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Contexto de la unidad y del equipo participante

La experiencia se desarrolló en una UCI polivalente de un hospital público de tercer nivel en la Comunidad de Madrid, España. La unidad contaba con 20 camas y una plantilla de 93 profesionales: 57 enfermeros y 36 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). La ratio enfermera-paciente fue de 2:1; y la de TCAE-paciente fue de 4:1. En ambas categorías, los turnos de trabajo se organizaban en los períodos de mañana-noche o tarde-noche.

El equipo investigador, integrado por tres enfermeros con amplia experiencia asistencial en cuidados críticos y formación en metodologías de traspaso estructurado, lideró el proyecto con el apoyo de la supervisora de la unidad y del equipo de seguridad del paciente. La experiencia fue concebida como un estudio descriptivo tipo relato de experiencia, centrado en la implementación de la metodología *Daily Huddle* como estrategia de comunicación en el personal de enfermería.

Diagnóstico inicial y justificación de la intervención

Durante los meses previos a la intervención, se identificó una gran variabilidad en la forma en que los profesionales de enfermería realizaban los pases de guardia, tanto en la estructura del mensaje como en los lugares donde se efectuaban (control de enfermería, pasillos, entre otros). Esta heterogeneidad generaba brechas comunicativas con un potencial impacto sobre la seguridad del paciente crítico.

Ante esta situación, el equipo investigador propuso implementar el *Daily Huddle* como estrategia estructurada de comunicación interna que permitiera reforzar la coordinación, la eficiencia y la seguridad del paciente. Para esto, se adoptó el modelo propuesto por la American Medical Association (AMA), que contempla las fases de preparación, pilotaje, consolidación e implementación final (15). Sin embargo, debido a las características del entorno crítico y al carácter exploratorio del proyecto, se optó por aplicar únicamente las dos primeras fases (preparación y pilotaje inicial), con el propósito de evaluar la factibilidad operativa y la aceptación por parte del equipo antes de una futura integración completa en la unidad.

Como paso previo a la fase preparatoria, se consideraron los hallazgos de un mapeo inicial realizado el año anterior, destinado a explorar las percepciones del equipo sobre la comunicación en los trasposos y su disposición al cambio, cuyos resultados se presentan a continuación.

Fases de la implementación

Mapeo inicial (fase exploratoria)

Entre julio y septiembre de 2024, se realizó un estudio cualitativo exploratorio con 12 profesionales de enfermería de la unidad, mediante entrevistas semiestructuradas, con el objetivo de conocer el escenario previo a la implementación. El 100 % de los participantes coincidió en que la metodología *Daily Huddle* podría optimizar la atención y la seguridad durante los turnos, además de mejorar la gestión del trabajo y el clima laboral. Señalaron también la necesidad de establecer normas previas que facilitaran la dinámica y la sistematización de las reuniones.

Fase preparatoria (planificación, decálogo, embajadores y recursos)

A partir de los hallazgos del mapeo, del 1 al 15 de febrero de 2025 se comenzó con la fase preparatoria. Para esto, se elaboró un decálogo de normas operativas (tabla 1) que definió los elementos esenciales para la aplicación del *Daily Huddle* inmediatamente después del pase de guardia

habitual entre el profesional saliente y el entrante. Estas reuniones, de una duración máxima de 20 minutos, se orientaron a la planificación colectiva del turno y a la

resolución de incidencias asistenciales, promoviendo un espacio estructurado de coordinación del equipo antes del inicio de la actividad clínica.

Tabla 1. Decálogo de normas para el desarrollo del *Daily Huddle*.

N.º	Título	Contenido
1	Horarios	Las reuniones se realizarán al inicio de cada turno, tras el pase de guardia habitual.
2	Ubicación	Se llevarán a cabo en los controles de enfermería para facilitar la visualización de los pacientes y la monitorización central.
3	Participación	Se recomienda la presencia de todo el equipo de enfermería para favorecer el intercambio de información y reforzar la seguridad del paciente.
4	Disponibilidad	Si algún miembro no puede estar presente, deberá solicitar la información de lo tratado en la reunión.
5	Duración	La reunión tendrá una duración de 15 a 20 minutos para no demorar el inicio de la actividad asistencial.
6	Temática	Se abordará la siguiente información: diagnóstico principal, situación clínica, cambios recientes, procedimientos y problemas potenciales, riesgos para la seguridad del paciente y del equipo, datos relevantes para la continuidad de los cuidados.
7	Individualidades	Los temas que no sean relevantes para el equipo en su conjunto y requieran tratamiento individual deberán abordarse <i>a posteriori</i> , en un momento más adecuado.
8	Sinergia	Se habilitará un espacio para compartir observaciones, resolver dudas y equilibrar las cargas de trabajo.
9	Respeto	Se promoverá un ambiente cordial, evitando confrontaciones y opiniones ajenas al ámbito clínico.
10	Objetivo	El objetivo final será mejorar la atención al paciente y fortalecer el trabajo en equipo.

De forma paralela, se procedió a la selección de los líderes o *embajadores* mediante el método Delphi, alcanzando consenso entre el equipo investigador, la supervisora de la unidad y un representante del Comité de Seguridad. Se designaron 11 líderes de enfermería y 6 de TCAE, organizados según los turnos de trabajo. Estos embajadores fueron responsables de convocar al equipo, dinamizar las reuniones y garantizar su cumplimiento.

La estrategia de difusión incluyó cartelería en las zonas comunes, comunicación vía correo institucional y grupos de mensajería profesional. En esta fase también se definieron los recursos humanos y materiales requeridos, caracterizados por su bajo coste y alta factibilidad operativa, al centrarse en la implicación del equipo asistencial y en herramientas sencillas de comunicación y seguimiento. La tabla 2 resume los recursos empleados en las diferentes fases del *Daily Huddle*.

Tabla 2. Recursos empleados durante las fases de pilotaje.

Fase	Recursos humanos	Recursos utilizados
Mapeo inicial	• Equipo investigador (3 enfermeros con amplia experiencia asistencial)	• Entrevistas a 12 profesionales de enfermería
Fase preparatoria	• Investigador principal • Equipo de investigación • Supervisora de la unidad • Equipo de seguridad del paciente • Embajadores (11 enfermeras y 6 TCAE)	• Literatura científica (15) • Elaboración de decálogo formativo • Cartelería informativa y difusión (correos corporativos y grupos de mensajería)
Pilotaje operativo	• Equipo de seguridad	• <i>Checklist</i> diario

TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Fase de pilotaje operativo (observación, resultados y ajustes)

El pilotaje operativo se desarrolló entre el 15 de febrero y el 15 de marzo de 2025. Previamente, se diseñó un *checklist* de observación estructurada *ad hoc* a las características de nuestra unidad (tabla 3), basada en lo

reportado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (16). Esta herramienta tuvo como objetivo registrar la ejecución de las reuniones, la puntualidad, la duración, la participación y la aparición de interrupciones.

Tabla 3. Checklist de observación basado en la Agency for Healthcare Research and Quality.

Día de la observación: ____/____/____		Hora de inicio del <i>huddle</i> : ____ : ____	
0. Registro de realización	¿Se realizó el <i>huddle</i> ? / ☐ Sí / ☐ No Motivo: _____		
1. Disponibilidad del embajador	☐ Fue necesario que el embajador llamara al resto del equipo para iniciar la reunión.		
2. Revisión del equipo	¿Estuvieron presentes todos los profesionales programados? ☐ Enfermería / ☐ TCAE Causas: _____		
3. Dinámica de la reunión	☐ ¿Comenzó puntualmente? / ☐ ¿Duración >20 min? / ☐ ¿Se trataron los temas del decálogo? ☐ ¿Se discutieron aspectos clínicos clave? / ☐ ¿Se utilizó la guía visual? / ☐ ¿Se observó colaboración y reparto de tareas?		
4. Interrupciones durante la reunión	¿Hubo interrupciones? / ☐ Sí / ☐ No Tipo de interrupción: ☐ Alarmas clínicas / ☐ Demanda del paciente / ☐ Intervención de otro profesional / ☐ Otro: _____		
5. Cierre del <i>huddle</i>	☐ Se finalizó con nota positiva. / ☐ Se agradeció la participación. / ☐ Se recuperó información.		
Hora de finalización del <i>huddle</i> : ____ : ____			

TCAE: técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

Durante este período, se realizaron 30 observaciones de reuniones *Daily Huddle*, distribuidas equitativamente entre los tres turnos principales (mañana, tarde y noche; 10 observaciones por turno). La sesión se llevó a cabo en 27 ocasiones (90 %), mientras que en 3 casos (10 %) no se realizó debido a la sobrecarga asistencial o a la atención de pacientes inestables. El número de observaciones se definió por criterios de saturación operativa y factibilidad, dado que se trataba de una fase piloto exploratoria que buscaba cubrir todos los turnos y contextos asistenciales sin interferir en la práctica clínica.

En cuanto a la participación del equipo, el 77,8 % (n = 21) de las sesiones contó con la asistencia completa tanto del personal de enfermería como de los TCAE. En el 22,2 % (n = 6) restante, uno o más miembros del equipo no pudieron asistir por demandas clínicas emergentes. En esos casos, se implementó una estrategia de recu-

peración de la información, mediante la cual se ofreció un resumen verbal de los temas tratados a los ausentes.

La duración media de las reuniones fue de 16,9 minutos (rango: 10 a 22 min), cifra que se mantuvo dentro del límite de 20 minutos establecidos en el protocolo. Se observó puntualidad en el 56,7 % (n = 15) de las sesiones, mientras que en el resto se produjeron leves retrasos atribuibles a la carga asistencial coincidente.

Asimismo, se identificaron interrupciones en el 59,3 % (n = 16) de los encuentros. De estas, el 62,5 % correspondió a alarmas técnicas; el 25 %, a intervenciones no planificadas de otros profesionales; y el 12,5 %, a demandas directas de pacientes. En 7 reuniones (25,9 %), se registró la recuperación de información para los profesionales que no pudieron participar, lo que refuerza la aplicabilidad práctica y la flexibilidad del modelo implementado (tabla 4).

Tabla 4. Resultados operativos del pilotaje *Daily Huddle* (n = 30 observaciones).

Indicador: reuniones realizadas	Resultado global 90 % (n = 27/30)	Comentario: Tres no realizados: sobrecarga o paciente inestable
Puntualidad	56,7 % (n = 17/30)	Retrasos ocasionales por actividad asistencial
Participación completa	77,8 % (n = 21/27)	22,2 % parcial o ausente
Duración media	16,9 min (rango 10-22 min)	Dentro del margen protocolizado
Interrupciones totales	59,3 % (n = 16) de reuniones:	Principalmente alarmas técnicas (62,5 %)
Tipos de interrupción	• Alarmas técnicas: 62,5 % (n = 10/16) • Intervenciones no planificadas: 25,0 % (n = 4/16) • Demandas de pacientes: 12,5 % (n = 2/16)	Las alarmas técnicas fueron el principal motivo.
Recuperación de información	25,9 % (n = 7/27)	Se informó posteriormente a los ausentes.

La implementación de esta metodología permitió consolidar una práctica comunicativa estructurada, sostenible y con alta adherencia, lo que evidencia su factibilidad en entornos críticos de alta complejidad.

DISCUSIÓN

Si bien esta experiencia no constituye una implementación institucional completa, los resultados del pilotaje muestran tendencias operativas similares a las descritas en otros contextos hospitalarios especializados: en los servicios de urgencias, donde se reporta una mejor planificación del turno (11); en las unidades pediátricas, con efectos positivos en la seguridad del paciente (12); y en las UCI, donde se ha asociado con una mayor cohesión del equipo durante períodos críticos como la pandemia de la COVID-19 (13). Estos resultados se alinean con los principios de las HRO y con las recomendaciones de la AMA (15), las cuales promueven las reuniones breves y estructuradas como herramientas clave para construir equipos más seguros, eficientes y resilientes, favoreciendo tanto el incremento en la notificación de incidentes como el fortalecimiento de la cultura institucional de seguridad (17, 18).

La elevada adherencia y la participación observada sugieren una buena acogida de la metodología por parte del personal, lo que refuerza su factibilidad operativa y sostenibilidad a corto plazo. Este hallazgo es congruente con la literatura que destaca la rápida integración del *Daily Huddle* cuando su implementación se acompaña de un liderazgo participativo y del compromiso del equipo (11-13, 19, 20). No obstante, la coexistencia de una alta adherencia con ausencias parciales o retrasos refleja un equilibrio dinámico entre la voluntad del equipo de mantener la práctica y las limitaciones estructurales del entorno crítico. En este sentido, la flexibilidad demostrada por el

modelo —especialmente al permitir la recuperación de la información por vías formales o informales— constituye un factor de resiliencia que favorece su consolidación, aun en contextos de presión asistencial elevada.

Las interrupciones registradas, principalmente por alarmas clínicas o sobrecarga de trabajo, deben interpretarse como un reflejo de las condiciones reales de una UCI, más que como fallos de la metodología. La literatura coincide en que estas interrupciones son inherentes al entorno crítico y que su presencia no invalida el valor del *safety huddle* como herramienta para reforzar la conciencia situacional y la seguridad del paciente (7, 9, 10, 19). Sin embargo, su frecuencia sugiere la necesidad de seguir optimizando el entorno físico y organizativo, al promover estrategias que permitan mantener la atención focalizada sin comprometer la respuesta asistencial inmediata.

La participación parcial de algunos miembros, especialmente en determinados turnos, pone de manifiesto la influencia de factores organizativos en la continuidad de las reuniones. No obstante, la disposición del equipo para retomar la información tras el encuentro y la constancia en su realización reflejan una dinámica de corresponsabilidad emergente, alineada con la literatura que identifica la cohesión y el liderazgo compartido como claves para el éxito de los *team huddles* (8, 9, 19, 20). Este equilibrio entre estructura formal y flexibilidad operativa es uno de los elementos más relevantes de la experiencia, al mostrar que el *Daily Huddle* puede integrarse de manera natural en los flujos asistenciales sin generar resistencia ni disrupciones.

Al tratarse de una experiencia piloto exploratoria, este trabajo presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tiempo destinado a la intervención fue breve (30 días), lo que pudo restringir la consolidación del cambio

cultural necesario para integrar plenamente la metodología en la práctica asistencial; aun así, las observaciones realizadas y el seguimiento posterior evidenciaron una adecuada adherencia al modelo. En segundo lugar, no se exploraron las percepciones de los profesionales una vez finalizada la intervención, lo que habría permitido un análisis más integral del impacto percibido. Finalmente, el carácter unicéntrico del proyecto podría limitar la generalización de los resultados; sin embargo, la participación de un número elevado y la coherencia de los hallazgos respaldan su transferibilidad a otras UCI con características organizativas similares (14, 19).

CONCLUSIONES

La implementación piloto del *Daily Huddle* en las UCI se presenta como una práctica operativamente factible, segura y de bajo coste, capaz de mejorar la coordinación

del equipo de enfermería y la eficiencia en la transmisión de la información. La experiencia evidenció una alta adherencia y aceptación profesional, así como beneficios tangibles en la planificación asistencial y en la gestión de riesgos clínicos.

Estos hallazgos refuerzan que la comunicación estructurada y sistemática constituye un pilar esencial para consolidar una cultura de seguridad en entornos de alta complejidad. El modelo aplicado se muestra replicable y adaptable a otras unidades críticas, siempre que se acompañe de liderazgo clínico y del apoyo institucional.

Se recomienda que las futuras investigaciones amplíen el alcance de esta experiencia, explorando su impacto sobre los indicadores asistenciales, el clima organizacional y la satisfacción profesional, mediante diseños mixtos y seguimientos longitudinales que permitan valorar su sostenibilidad a largo plazo.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento:

Autofinanciado.

Aprobación de ética:

El estudio no requirió la aprobación del Comité de Ética del hospital (certificado en el Acta n.º 20/2025), al no tratarse datos de salud de pacientes ni muestras biológicas, según indica la legislación española vigente (RD 1090/2015).

Contribución de autoría:

FPG: conceptualización, metodología, supervisión, análisis formal, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición).

EPV: coordinación del proyecto, supervisión (difusión e implementación), validación, redacción (revisión y edición).

SRL: conceptualización, metodología, supervisión (seguridad del paciente), validación, redacción (revisión y edición).

MLGF, EGG: investigación, curación de datos, administración del proyecto (fase de pilotaje), validación, redacción (revisión y edición).

Correspondencia:

Francisco Paredes Garza

✉ francisco.pgarza@gmail.com

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Ginebra: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
2. Joint Commission International. Root causes of sentinel events 2015-2020. Oakbrook Terrace (IL): JCR; 2021.
3. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, West DC, Rosenbluth G, Allen AD, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* [Internet]. 2014; 371(19): 1803-1812. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmsa1405556>
4. Abraham J, Kannampallil T, Patel VL. Bridging gaps in handoffs: a continuity of care based approach. *J*

- Biomed Inform [Internet]. 2012; 45(2): 240-254. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.10.011>
5. Paredes-Garza F, López-Mases P, Lázaro E, Marín-Maicas P. Impacto en la seguridad del paciente del pase de guardia a pie de cama en cuidados intensivos: revisión sistemática. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2022; 45(2): e0996. Disponible en: <https://doi.org/10.23938/assn.0996>
6. Ghoul I, Abdullah A, Awwad F, Dardas LA. Safety huddle in healthcare settings: a concept analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2025; 25(1): 393. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12526-x>
7. Lin SP, Chang CW, Wu CY, Chin CS, Lin CH, Shiu SI, et al. The effectiveness of multidisciplinary team huddles in acute care: a systematic review. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2022; 15: 2241-2247. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S384554>
8. Pimentel CB, Snow AL, Carnes SL, Shah NR, Loup JR, Vallejo-Luces TM, et al. Huddles and their effectiveness at the frontlines of clinical care: a scoping review. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2021; 36(9): 2772-2783. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06632-9>
9. Weller JM, Mahajan R, Fahey-Williams K, Webster CS. Teamwork matters: team situation awareness to build high-performing healthcare teams, a narrative review. *Br J Anaesth* [Internet]. 2024; 132(4): 771-778. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.12.035>
10. Ghoul I, Abdullah A, Awwad F, Dardas L. Safety huddle in healthcare settings: a concept analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2025; 25(1): 393. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12526-x>
11. Fernandes G, Tomaz W, Dutra C, Ferreira L. A implementação do «Daily Huddle» no pronto-socorro de um hospital público: relato de experiência. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc* [Internet]. 2023; 11(2): e6773. Disponible en: <https://doi.org/10.18554/refacs.v11i2.6773>
12. Rodríguez-Fernández R, Sánchez-Barriopedro L, Merino-Hernández A, González-Sánchez MI, Pérez-Moreno J, Toledo B, et al. Impacto de los «daily huddle» en la seguridad del paciente pediátrico hospitalizado. *J Healthc Qual Res* [Internet]. 2023; 38(5): 268-276. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhq.2023.03.002>
13. Mello LR, Christovam B, Araujo M, Moreira AP, Moraes E, Paes G, et al. Implementação da metodologia Safety Huddle na terapia intensiva durante a pandemia COVID-19: relato de experiência. *Enferm Foco* [Internet]. 2020; 11(Supl.1): 222-227. Disponible en: <https://enfermfoco.org/article/im-plemetacao-da-metodologia-safety-huddle-na-terapia-intensiva-durante-a-pandemia-covid-19-re-lato-de-experiencia/>
14. Moraes MV, Almeida ÍL, Carvalho RE. Patient safety culture assessment before and after safety huddle implementation. *Rev Esc Enferm* [Internet]. 2023; 57: e20230270. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0270en>
15. Yu E. Daily Team Huddles: Boost productivity and teamwork [Internet]. American Medical Association; 2025, 16 de septiembre. Disponible en: <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2839139>
16. Agency for Healthcare Research and Quality. Implementing a daily team huddle-AMA CME Module [Internet]. Rockville (MD): AHRQ; 2015. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/evidencenow/tools/team-huddle.html>
17. Adapa K, Ivester T, Shea C, Shultz B, DeWalt D, Pearsall M, et al. The effect of a system-level tiered huddle system on reporting patient safety events: an interrupted time series analysis. *Jt Comm J Qual Patient Saf* [Internet]. 2022; 48(12): 642-652. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.08.005>
18. Mihaljevic T. Tiered daily huddles: the power of teamwork in managing large healthcare organisations. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2020; 29(12): 1050-1052. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010575>
19. Rowan BL, Anjara S, De Brún A, MacDonald S, Kearns EC, Marnane M, et al. The impact of huddles on a multidisciplinary healthcare teams' work engagement, teamwork and job satisfaction: a systematic review. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2022; 28(3): 382-393. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jep.13648>
20. Lai YH, Wu MJ, Chen HH, Lin SP, Wu CY, Chin CS, et al. Impacts of huddle intervention on the patient safety culture of medical team members in medical ward: one-group pretest-posttest design. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2023; 16: 3599-3607. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/jmdh.s434185>