



**CENTRO DE ESTUDIOS AMPARO DEL CASTILLO
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
INCORPORADO UNAM-FES-ZARAGOZA CLAVE
DE INCORPORACIÓN UNAM 8960-61**

**PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN EN SALUD**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

NAYELI CAMPOS BALCAZAR

ASESORA:

MTRA. SANDRA LUZ ROJAS GONZALEZ

H. VERACRUZ. VER., FEBRERO DE 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CAPÍTULO I. PROBLEMA Y OBJETIVO	8
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.2 OBJETIVO GENERAL	8
2.1 DISEÑO DE ESTUDIO	9
2.2 TIPO DE ESTUDIO.....	10
2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	10
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	11
<i>Criterios de inclusión:</i>	11
<i>Criterios de exclusión.....</i>	11
2.6 TÉCNICA DE ANÁLISIS	13
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	14
CAPÍTULO III.RESULTADOS Y DISCUSIÓN	15
3.1 RESULTADOS	15
3.2 DISCUSIÓN.....	27
3.3 CONCLUSIÓN.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) el cuidado de enfermería se torna una situación relevante para la atención en salud, desde el punto de vista de salud el equipo de salud cumple una función muy importante, esto se debe a que la forma más frecuente de transmisión de los microorganismos patógenos entre pacientes es a través de las manos del personal de salud, por contacto directo e indirecto.¹ Es así que, desafortunadamente se cuenta con poca información epidemiológica de países en vías de desarrollo, donde vive cerca de 87% de la población mundial y donde las condiciones sanitarias, económicas, sociales y culturales favorecen una alta incidencia de estas patologías.²

Desde hace varios años la Organización Mundial para la Salud (OMS), tiene una campaña de salud en la que se tiene por objeto impulsar el apego a la higiene de manos, como uno de los puntos de partida para reducir la incidencia de las IAAS, en el 2018 era una meta con el lema para el Día Mundial de la Higiene de Manos es: «Está en sus manos, prevenir la sepsis en la atención de la salud», teniendo como llamadas a la acción las frases siguientes:³

De esta manera, no solo para los profesionales de la salud: tome «5 momentos» para la higiene de manos a fin de prevenir la sepsis en la atención de la salud.

Responsables de la prevención y control de infecciones: sea uno de los líderes de la promoción de la higiene de manos para prevenir la sepsis en la atención de la salud.

Líderes: directores de hospitales y otros líderes destacados: «Para prevenir la sepsis en la atención de la salud, haga de la higiene de manos un indicador de la calidad en su hospital».

En los países desarrollados, entre el 5 y el 10 por ciento de los ingresados en los hospitales desarrollan una infección nosocomial (IN). En Estados Unidos, que cuenta con tecnología altamente sofisticada y tratamientos complejos en la atención a los pacientes y ocurren de 5 a 8 infecciones nosocomiales por cada 100 ingresos en un hospital de cuidados agudos, se estima que requieren más de 6 millones de días de permanencia adicional al año en el hospital y todavía fallecen cada año 80.000 personas, es decir, 200 personas al día, con un costo anual de 900 millones de dólares. Otros reportes demuestran tasas de incidencias superiores a las ya mencionadas anteriormente, las cuales dependen de múltiples factores como las características de las poblaciones, de los procedimientos y la adherencia a prácticas de prevención.

En los países con escasos recursos, en los que el sistema de salud ha de atender a una población más enferma y hacer frente a la falta de recursos humanos y técnicos, la carga que representan las infecciones relacionadas con la atención sanitaria es aún más importante. En México, las Infecciones nosocomiales son la tercera causa de muerte en la población general y las estimaciones del porcentaje de infecciones nosocomiales que son prevenibles, pueden llegar al 40 %.⁴

Las principales IAAS son las neumonías asociadas a la ventilación mecánica, las infecciones del sitio quirúrgico, las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas a catéteres centrales y las infecciones de vías urinarias asociadas al catéter urinario, por lo cual, la aplicación de estos momentos se puede llevar

a cabo de manera que se pueda disminuir su incidencia en nuestras instituciones.⁵

De este modo, en México en un estudio realizado en el Hospital Juárez de México se estima que, de 2011 a 2016, 32.83% de los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tenía diagnóstico de choque séptico -independientemente de la causa de ingreso hospitalario-; 56% fueron mujeres, 51.87% casos quirúrgicos, 38.56% no quirúrgicos y 9.07% pacientes obstétricas; el resto casos mixtos, esto hace pensar desde el punto de vista económico que una estancia prolongada genera también gastos mayores no solo para las instituciones si no para el mismo paciente y su familia. ⁶

Lamentablemente, desde el primer informe mundial de higiene de manos, se detectó un apego bajo a esta práctica, donde personal de enfermería era el que mostraba mejor adherencia con 64%, seguido de personal de salud auxiliar con 58%, otro personal de salud con 54% y personal médico con el mejor apego, con 48%. En la región de las Américas, se detectó el porcentaje más bajo con 26%; la región de Europa fue donde se registró un mayor apego con 64%.⁷

En este tenor se identifican las primeras prácticas de control de infecciones tienen como marco la transformación del hospital, de lugar de aislamiento y muerte por un ambiente de tratamiento y recuperación. Así es que acorde a las medidas de precaución estándar, todo esto es parte de los logros en microbiología como parte del proceso y de cómo afectan estas al cuerpo humano.

Desde la antigüedad en la biblia se habla de las practicas que se tenían para personas con lepra, en otro tiempo se dio a través de Hipócrates cuando

comienza a hacer sus referencias sobre como inician las epidemias y la forma en la que se pueden prevenir, conocidas como medidas de asepsia y la importancia del lavado de manos.⁸

Esto también representa un punto importante para las acciones esenciales de la seguridad del paciente, definidas como las barreras de seguridad que mitigan las consecuencias de los actos inseguros; garantizan una atención limpia, libre de errores; simplifican los procesos y mejoran la comunicación entre los profesionales de la salud.⁹

En México se implementan con la intención de apoyar a las metas internacionales creadas por la joint comition y esto se vuelve fundamental para seguir reforzando la campaña de lavado de manos ya que el personal de salud puede ser el medio de contaminación para la población atendida.

En este sentido es necesario retomar a la teórica de enfermería Florence Nightingale, con su teoría del entorno en la que especifica las condiciones sanitarias para el tratamiento del paciente y sus cuidados. Es por ello por lo que se puede retomar que en los inicios de la medicina el lavado de manos no era necesario siempre para el cuidado de los enfermos, pero en la antigüedad eso se resumía al desconocimiento de las formas de transmisión de las enfermedades, microorganismos y la importancia de la higiene como una medida profiláctica en la prevención de las enfermedades infecciosas convertía a la atención médica en una práctica insalubre en sí misma.¹¹

En tal sentido, algunos autores refieren la importancia del lavado de las manos con una solución antiséptica data de la primera mitad del siglo XIX, de igual manera Florence recalca la importancia de la higiene para realizar

cualquier cuidado al paciente.¹² algunos estudios se constituyen como primera evidencia documentada y clara del beneficio que reporta el lavado de las manos en el control de las enfermedades infecciosas.^{13,14} esto en base a la necesidad de establecer su importancia para evitar las IAAS.

En este mismo sentido, a inicios del siglo XXI, se desarrollaron estudios para identificar la coincidencia y prevalencia de los problemas asociados a las IAAS antes conocidas como infecciones cruzadas considerando la magnitud del problema atrajo la atención de profesionales, investigadores, grupos de derechos de pacientes y de la sociedad en general.^{15,16}

CAPÍTULO I. PROBLEMA Y OBJETIVO

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es la evidencia científica disponible sobre prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)?

1.2 Objetivo general

Analizar la evidencia científica sobre la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Diseño de estudio

Las revisiones sistemáticas son resúmenes claros y estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta clínica específica, que están constituidas por múltiples artículos y fuentes de información, representan el más alto nivel de evidencia dentro de la jerarquía de la evidencia.¹⁷

Con base a lo anterior, Como se ha mencionado, las revisiones sistemáticas pueden responder preguntas de tratamiento, diagnóstico o pronóstico, donde la diferencia radica principalmente en los estudios primarios que serán incluidos y evaluados. Dentro del universo de preguntas, la mayoría corresponde a preguntas de tratamiento por lo que nos abocaremos principalmente a ellas.¹⁸

En este sentido para su elaboración se comienza con el planteamiento de una pregunta clínica específica y estructurada que determinará los términos que serán utilizados en la búsqueda en las bases de datos y el tipo de artículos útiles para responder dicha pregunta. La búsqueda, debe ser realizada por dos autores de manera paralela en las bases de datos disponibles, en literatura gris y expertos. Y esto permitirá que, una vez obtenida la información, se deben seleccionar los artículos y, a partir de los seleccionados, se obtendrán los datos y se realizarán los análisis críticos y estadísticos de la información, finalmente exponiendo los resultados del trabajo.¹⁹

Por tanto, el estudio se consideró una revisión sistemática con la finalidad de analizar evidencias, referente a la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)

2.2 Tipo de estudio

Se consideró de tipo documental bibliográfico, ya que se utilizaron procesos y técnicas de búsqueda, con la finalidad de analizar, sintetizar y organizar la información seleccionada. Por lo anterior se realizó el análisis e interpretación en torno a un determinado tema.^{20,21,22}

Además, se consideró de tipo retrospectivo, en función de que se basó en asuntos, datos u observaciones a pasadas, en este caso, investigaciones ya publicadas en torno a la problemática de estudio.²³

2.3 Población y muestra

Se entiende por población el conjunto de elementos que presentan características que se desean estudiar, con base a lo anterior como población se consideraron todas las investigaciones que cumplieron con los criterios de selección, por otro lado, la muestra hace referencia a un subgrupo o subconjunto del cual se recolectan los datos necesarios para el estudio y en esta revisión sistemática quedó constituida por 10 artículos, seleccionados de distintas bases de datos revisadas en el periodo de marzo a agosto 2020.^{24,25}

2.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Artículos científicos con acceso a texto completo
- Artículos científicos que presenten metodología de corte cuantitativo y transversal
- Artículos científicos que aborden únicamente la percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el paciente hospitalizado
- Artículos científicos publicados en el periodo 2012 al 2021.
- Artículos científicos redactados en español

Criterios de exclusión

- Investigaciones publicadas en otras modalidades, como libros, tesis de grado, conferencias, ponencias, memorias en extenso, etc.
- Artículos científicos que no presenten acceso al texto completo.
- Artículos científicos publicado antes pendiente dependiendo de los artículos.
- Anales de la facultad de medicina
- Ciencia y salud virtual
- Investigaciones andinas
- Revista del Hospital "Dr. Emilio Ferreyra"
- Medigrafic
- Revista científica ciencias de la salud
- pesquisa.bvsalud.org
- Archivos de Pediatría del Uruguay
- Revista chilena de infectología

Se establecieron los criterios de selección para las investigaciones, y se orientó la búsqueda con las siguientes palabras clave:

- IAAS
- Prevención de IAAS
- Infecciones nosocomiales
- Control de infecciones.

Finalmente se buscó de manera manual las referencias bibliográficas de las investigaciones elegidas.

2.6 Técnica de análisis

Con respecto a la técnica de análisis, mediante los criterios de selección en una primera revisión aplicando las palabras para la búsqueda se encontraron aproximadamente cerca de 50,200 resultados en (0.37 segundos).

El primer filtro consistió en seleccionar solo aquellas investigaciones publicadas en revistas de alto Impacto científico. Posteriormente se descartaron trabajos en modalidad tesis (monografía, tesis, revisiones sistemáticas, etc.), después se eliminaron páginas de internet y sitios que no incluyeran todas las características de validez tales como nombre de los autores, revista, datos identificación, bibliografías, etc.

Para el segundo filtro se contó solo con 24 artículos publicados que reunían las características solicitadas en esta revisión sistemática; con estos se analizó la manera de abordar la temática en cada uno, la rigurosidad de la metodología empleada y la consistencia de los resultados en pertinencia con esta revisión sistemática, quedando en 9 investigaciones, al final solo fueron considerados 10 que a criterio del asesor y estudiante cumplían con lo solicitado.

2.7 Aspectos éticos

El plagio académico ha sido analizado con cierta profundidad en la literatura especializada; se puede identificar, como elemento común, su consideración como un problema que no se puede reducir a “blanco y negro” debido a múltiples dimensiones y aristas que vuelven sumamente complejo su tratamiento. En cuanto a las metodologías de abordaje, muchos de los estudios disponibles se basan en el empleo de encuestas, amén del abordaje cuantitativo, que implica también el análisis del contenido que se realiza sobre los textos en publicaciones científicas para buscar evidencias de plagio.^{26,27}

De igual manera, los estudios que se han enfocado a las percepciones de los actores involucrados hacen uso principalmente de encuestas: estudian las percepciones de investigadores de diferentes generaciones en Malasia, relacionadas no solamente con el plagio académico, sino también con la integridad del investigador en general. Entre los hallazgos de este estudio destaca el hecho de que, aunque se trata de una conducta que por consenso es considerada como reprobable por parte de los investigadores, el *quid* descansa en lo que consideran o no como una conducta de plagio. En este mismo orden de ideas, encontraron en Brasil que, aunque los investigadores rechazan el plagio por considerarlo una conducta poco ética en la investigación científica, se desconoce en gran medida qué es, y qué no es esta falta.^{28,29}

CAPÍTULO III.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 RESULTADOS

Tabla 1. Información general de los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Estudio	Año	Investigadores	Palabras clave	Duración	No. de referencias bibliográficas	Región/ País
Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud: conocimientos y prácticas en médicos residentes ³⁰	2021	Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sanabria – Rojas H.	Control de Infecciones; Infección Hospitalaria; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud; Factores de Riesgo; Médicos; Perú	2018	19	Lima. Peru.
Conocimiento y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en un hospital de Cartagena ³¹	2018	Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Martínez L., Legula – Vargas D.	infección hospitalaria, conocimiento, higiene. (DECS)	2012	20	Cartagena
Adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias en tres unidades de cuidados intensivos. 2008 ³²	2012	Martínez – Reyes C., Betín – Buelvas K., Caldera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hernández – Rojas M., Villalba – Martínez M.	Adherencia Bacteriana; Control de Infecciones; Prevención y Control.	-----	20	Colombia
Estrategias para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria ³³	2020	Figuroa L.	Infecciones nosocomiales Prevención y control, Paquetes de atención al paciente	-----	36	Argentina

Generalidades de un sistema de prevención y control de infecciones asociadas a la atención a la salud ³⁴	2017	Romo M., Chávez C., Reyes S., Aguilera A., Rodríguez GMJ, Loera EI	Infecciones asociadas a la atención a la salud, sistema, prevención	-----	10	México
Implementación de medidas preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en un departamento de cuidados intensivos pediátricos ³⁵	2019	Ozuma M., Delgado- Vester L., Jiménez J.	Neumonía asociada a la atención médica; prevención y control; respiración artificial	2013	18	Paraguay , Asunción.
Impacto de un programa de capacitación para la prevención de infecciones intrahospitalarias en un hospital general ³⁶	2013	Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chávez, J., Álvarezcano, J., Ticona – Chávez E.	-----	2013	---	-----
Medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias ³⁷	2020	Pérez C- et al.	-----	2020	-----	-----
Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en pacientes pediátricos post-operados de cardiopatías congénitas. ³⁸	2014	Barriga, J., et al.	Infecciones asociadas a la atención en salud, cirugía cardíaca, cardiopatías congénitas	2007	333	Santiago de Chile

Tabla 2. Objetivos de los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Investigadores	Objetivos
Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sanabria – Rojas H.	Determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre las medidas de prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) y sus factores asociados en médicos residentes ingresantes 2018 de una universidad de Lima, Perú.
Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Martínez L., Legula – Vargas D.	Determinar el nivel de conocimiento y aplicación de medidas preventivas sobre infecciones asociadas a la atención de salud en un hospital de la ciudad de Cartagena Bolívar
Martínez – Reyes C., Betín – Buelvas k., Caldera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hern{an- dez – Rojas M., Villalba – Martí- nez M.	Describir los factores que influyen en la adherencia del personal de enfermería a las medidas preventivas y de control de infecciones dentro de un hospital en tres áreas de la Unidad de Cuidados Intensivos de Sincelejo (Colombia 2008).
Figuroa L.	Prevenir las IAAS implica mediante las prácticas sobre las medidas de prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)
Romo M., Chávez C., Reyes S., Aguilera A., Rodríguez GMJ, Loera El.	
Ozuma M., Delgadillo- Vester L., Jiménez J.	Conocer el efecto de medidas preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) implementadas en el Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA, comparando la tasa anual de infecciones antes y después de la implementación de las medidas e identificar los gérmenes causales.
Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chávez, J., Álvarezcano, J., Ti- cona – Chávez E.	Incrementar la adherencia del personal de salud a tres prácticas de control de infecciones a través de una intervención educativa.
Pírez C- et al.	Identificar las precauciones estándares y las medidas de aislamiento se basan en el mecanismo de transmisión particular de cada germen.
Barriga, J., et al	Determinar los factores de riesgo que inciden en la ocurrencia de IAAS en los pacientes postoperados de cardiopatías congénitas admitidos en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico (UPC-P) del Hospital Clínico de la PUC.

Tabla 3. Criterios metodológicos para la selección de los sujetos de estudio en los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Investigadores	Sujetos, Universo (Población) y muestra	Tipo de muestreo	Criterios de selección
Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sanabria – Rojas H.	517 médicos con una muestra de 171	-----	-----
Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Martínez L., Legula – Vargas D.	184 profesionales de la sa- lud	Muestreo alea- torio sistemá- tico	Como criterio de inclusión, se tuvo en cuenta la aceptación de la participación en la investigación mediante la firma de un consentimiento informado. Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para población finita con un 95% de confianza. Se encuestaron 53 médicos (28,8 %), 51 enfermeros (27,7 %), 63 auxiliares de enfermería (34,2 %) y 17 instrumentadores quirúrgicos (9,2 %).
Martínez – Reyes C., Betín – Buel- vas k., Caldera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hernández – Rojas M., Villalba – Martínez M.	33 profesionales de enfer- mería de la UCI	-----	-----
Figuroa L.	-----	-----	-----
Romo M.,, Chávez C., Reyes S., Aguilera A., Rodríguez G., Loera E.	-----	-----	-----
Ozuma M., Delgadillo- Vester L., Ji- ménez J.	Los sujetos participantes, fueron pacientes pediátri- cos con diagnóstico de IAAS durante su interna- ción en el Departamento de Cuidados Intensivos Pediá- tricos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción de enero de 2013 hasta di- ciembre de 2014.	Muestreo no probabilístico de casos con- secutivos	Los criterios de inclusión considerados fueron histo- rias clínicas de pacientes con el diagnóstico de IAAS, ingresados en el Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción de enero de 2013 hasta diciembre de 2014, cuyos datos se hallaban registrados en el Departamento de Con- trol de Infecciones del Hospital de Clínicas y que cumplieron con los criterios diagnósticos estable- cidos por el CDC. Los criterios de exclusión: Histo- rias clínicas incompletas o pacientes procedentes de otro hospital ya con diagnóstico de IAAS.

Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chávez, J., Álvarezcano, J., Ticona – Chávez E.	440 trabajadores de salud	-----	-----
Pírez C- et al.	-----	-----	-----
Barriga, J., et al	Se consideró como controles, aquellos pacientes operados inmediatamente después de un caso y que no presentaron IAAS, para lo cual se utilizó el registro de las cirugías de cardiopatías congénitas realizadas en nuestra Institución	-----	Inclusión en pacientes menores de 15 años sometidos a cirugía por cardiopatías congénitas desde enero 2007 a diciembre 2011 admitidos en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico (UPC-P) de un hospital universitario. Para los casos, se analizó la información del primer episodio de infección.

Tabla 4. Diseño y tipo de estudios de los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Investigadores	Diseño/ tipo de investigación
Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sanabria – Rojas H.	Estudio observacional, analítico, de corte transversal.
Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Martínez L., Legula – Vargas D.	Estudio descriptivo, transversal
Martínez – Reyes C., Betín – Buelvas k., Cal- dera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hernández – Rojas M., Villalba – Martínez M.	Diseño Descriptivo
Figuroa L.	Descriptivo
Romo M., Chávez C., Reyes S., Aguilera A., Rodríguez G., Loera E.	Descriptivo
Ozuma M., Delgadillo- Vester L., Jiménez J.	Descriptivo, observacional, retrospectivo de corte trasversal con componente analítico
Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chávez, J., Álvarezcano, J., Ticona – Chávez E.	-----
Pírez C- et al.	-----
Barriga, J., et al	Estudio retrospectivo de casos y controles

Tabla 5. Características del instrumento de investigación utilizado en los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Investigadores	instrumento	Propiedades psicométricas	Dimensiones/factores/ dominios/ categorías	Puntos de corte
Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sanabria – Rojas H.	Creado por el autor	Alfa de Cronbach 0. 66	Valoración de conocimiento valoración de practica	puntajes totales sobre los conocimientos se encuentran en un rango que va de 0 a 44. Los valores más elevados indicaron mayor conocimiento. Con relación al nivel de conocimiento y otorgando una puntuación cualitativa a partir del puntaje total, se fijaron los siguientes niveles: conoce (cuando el puntaje obtenido es mayor de 33 respuestas correctas) y conoce poco (cuando el puntaje obtenido es menor o igual a 33 respuestas correctas)
Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Martinez L., Legula – Vargas D.	Creado por el autor	-----	Nivel de conocimiento sobre las IAAS 14 preguntas La aplicación de precauciones para la prevención de las IAAS 13 preguntas .	La valoración del conocimiento se contabilizó teniendo en cuenta una escala según las respuestas correctas: Bueno (10– 14), Regular (9-5) y Deficiente (□ 4). Con respecto a la aplicación de precauciones para la prevención de IAAS, se calificó de la siguiente forma: Total 10 – 13 y Parcial □ 9.
Martínez – Reyes C., Betín – Buelvas k., Caldera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hernández – Rojas M., Villalba – Martínez M.	Creado por el autor	_____	El primero, una encuesta semiestructurada constituida por dos partes: datos de identificación y 18 preguntas (una abierta y 17 de escogencia múltiple con única respuesta) que valoraron los conocimientos del personal sobre las infecciones intrahospitalarias y las medidas. para prevenirlas y controlarlas. El segundo, correspondió	-----

a un formato de valoración de prácticas para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, en el que se evaluó cómo se aplicaban dichas medidas, el cual se estructuró en dos partes: datos de identificación y 50 ítems que determinaron la aplicación del lavado de manos y utilización de técnicas de barrera, contemplando los criterios de adecuado (AD) e inadecuado (ID)

Figuroa L.	Creado por el autor	-----	-----	-----
Romo M., Chávez C., Reyes S., Aguilera A., Rodríguez G., Loera E.	Creador por el autor	-----	-----	-----
Ozuma M., Delgadillo- Vester L., Jiménez J.	Creado Por El Autor	-----	-----	-----
Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chávez, J., Álvarezcano, J., Ti- cona – Chávez E.	-----	-----	-----	-----
Pírez C- et al.	Creador por el autor	-----	-----	-----
Barriga, J., et al	Creado por el autor	-----	-----	-----

Tabla 6. Datos sociodemográficos utilizados en los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Investigadores	Datos sociodemográficos
Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sanabria – Rojas H	Edad: 24-27 23.4% 28-31 32.2% 32- 35 17.5% >35 26.9% Sexo: Masculino 48% Femenino 52% Lugar de procedencia Lima 42.1% Provincias 55.6% Sin dato 2.3% Tiempo como profesional (años) 0-2 2.3% 2.1- 5 18.1% 5.1- 8 9.4% >8 21.1% Sin dato 2.3% Universidad en la que curso el pregrado según ubicación Lima 43.9% Provincias 49.1% Extranjero 6.4%
Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Martinez L., Legula – Var- gas D.	-----
Martínez – Reyes C., Betín – Buelvas k., Caldera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hernández – Rojas M., Villalba – Martínez M. Figueroa L.	-----
Romo M.,, Chávez C., Reyes S., Agui- lera A., Rodríguez G., Loera E.	-----
Ozuma M., Delgadillo- Vester L., Jimé- nez J.	-----
Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chá- vez, J., Álvarezcano, J., Ticona – Chá- vez E.	-----
Pérez C- et al.	-----
Barriga, J., et al	Sexo: Masculino 59%

Tabla 7. Resultados reportados por los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Investigadores	Resultados (principales hallazgos)
<p>Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sana- bria – Rojas H</p>	<p>52% de los participantes fueron de sexo femenino, el 49% tenía 2 o menos años de tiempo como profesional médico, el 49% provenía de una universidad del interior del país, solo el 34% ocupó una vacante cautiva y el 71,9% tuvo capacitaciones previas sobre medidas de prevención de IAAS. El 83% de los médicos residentes ingresantes estudiados mostró poco conocimiento sobre medidas de prevención de las IAAS mientras que el 68,4% mostró prácticas no adecuadas sobre medidas de prevención de las IAAS. El ingreso a una especialidad de medicina estuvo asociado a un menor riesgo de tener poco conocimiento (OR: 0,32, IC 95%: 0,11-0,93). El mayor tiempo como profesional se relacionó a un menor riesgo de tener prácticas inadecuadas (OR: 0,936, IC 95%: 0,89-0,99).</p>
<p>Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Marti- nez L., Legula – Vargas D.</p>	<p>El 98,9% del personal encuestado tuvo un nivel de conocimiento bueno. Ningún profesional respondió correctamente cual era la secuencia de pasos para el lavado de manos. El 59,8% de los encuestados siempre utilizó medidas preventivas con respecto a las IAAS.</p>
<p>Martínez – Reyes C., Betín – Buelvas k., Caldera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hernández – Rojas M., Vi- llalba – Martínez M. Figuroa L.</p>	<p>Se encontraron conocimientos insuficientes acerca de las infecciones intrahospitalarias y medidas para su prevención y control.</p>
<p>Romo M., Chávez C., Reyes S., Aguilera A., Rodríguez G., Loera E.</p>	<p>Según los resultados las IAAS son un problema de gran magnitud, particularmente en países en desarrollo donde además del costo económico y la mortalidad que producen, ponen un peso enorme en los sistemas de salud de por sí ya están en crisis. Comprender la causa de los eventos adversos por tratarse de las iaas per se, invita a poner en marcha estrategias para evitarlas o, en su caso, minimizar el daño así como mejorar día con día la seguridad y la calidad del paciente a través de un plan de mejora continua. Bajo el trabajo conjunto de forma multidisciplinaria con los líderes de las líneas de acción que correspondieran, el primer paso en este plan consiste en la identificación de riesgos y/o problemas existentes en los diferentes procesos.</p>
<p>Ozuma M., Delgadillo- Vester L., Jiménez J.</p>	<p>En el 2013, hubo 283 ingresos con 2.786 días de internación anual y una mortalidad global de 20,6%; en el 2014 ingresaron 286 pacientes, con 1.893 días de internación anual y mortalidad global de 9,3%. La tasa de infección de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM) fue en el 2013 de 13,1/1000 comparado al 9,6/1000 en el 2014. La tasa de infección de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central (BAC) fue 5,4/1000 en el 2013; y 7,4/1000 en el 2014. La tasa de infección del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente (CUP) fue en el 2013, 4,4/1000; mientras que en el 2014 fue 2,3/1000. Los aislados con mayor frecuencia en las NAVVM fueron <i>P. aeruginosa</i> y <i>S. aureus</i>. En la BAC los <i>Staphylococcus coagulasa negativos</i>, seguidos de <i>C. Albicans</i> y <i>E. coli</i> BLEE y en la infección del tracto urinario <i>Cándida spy Cándida tropicalis</i>.</p>
<p>Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chávez, J., Álvarezcano, J., Ticona – Chávez E.</p>	<p>Se obtuvo en el personal de salud un incremento en la adecuada técnica del lavado de manos del 7% al 78% (p<0,05), en el uso adecuado del respirador N95 del 0% al 81,5% (p<0,01) y se observó una dis-</p>

minución en la proporción de cortes y punciones entre los internos de medicina del 0,20 al 0,44% (p<0,006).

Pírez C- et al.

Barriga, J., et al

Se enrolaron 39 pacientes con IAAS y 39 controles operados que no desarrollaron infección. La mediana de edad de los casos fue 2 meses. Se identificó una serie de factores asociados a la ocurrencia de IAAS, destacando en el análisis univariado: edad, peso, fisiología cardíaca tipo univentricular, complejidad del procedimiento quirúrgico según RACHS-1 y tiempo de circulación extracorpórea (CEC) \geq 200 min. El análisis multivariado identificó al tiempo de CEC \geq 200 min como el principal factor de riesgo, con un OR de 11,57 (IC: 1,04-128,5). C

Tabla 8. Conclusiones presentadas por los artículos científicos considerados en la revisión sistemática.

Investigadores	Conclusión
Yagui – Moscoso, M., Vidal – Anzardo M., Rojas – Mezarina L., Sanabria – Rojas H	Existe un bajo nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de IAAS y una elevada proporción de los residentes ingresantes 2018 tuvo prácticas no adecuadas sobre medidas de prevención de IAAS. Se observó que el tipo de especialidad fue un factor asociado al nivel de conocimientos y el tiempo de experiencia profesional fue un factor asociado al tipo de práctica.
Villafañe-- Ferrer, L., López – Buendía, A., Aguado – Marti- nez L., Legula – Vargas D.	Los profesionales que laboran en la institución hospitalaria evaluada tienen un nivel de conocimiento bueno, pero desconocen cómo realizar un adecuado proceso de lavado de manos.
Martínez – Reyes C., Betín – Buelvas k., Caldera – Puente K., Guerra – Mercado, J., Hernández – Rojas M., Vi- llalba – Martínez M.	El lavado de manos médico se hizo de manera incorrecta en dos unidades y el quirúrgico en las tres; los elementos de barrera se utilizaron inadecuadamente, aunque por lo general las Unidades disponían de los insumos necesarios para ello.
Figuerola L.	Para el control de las IAAS es de vital la conformación de los comités de control de infecciones y con ellos la implementación de programas de vigilancia y control de infecciones, los cuales incluyen medidas generales así como paquetes de medidas de atención o bundles para cada IAAS y microorganismo multi-resistente.
Romo M., Chávez C., Reyes S., Aguilera A., Rodríguez G., Loera E.	El presente artículos tiene la finalidad de presentar las generalidades de un sistema de prevención y control de infecciones con el objetivo de introducir al trabajador de la salud en este ámbito y sin pretender obviar o resumir los procedimientos, disposiciones y lineamientos para su aplicación. De forma contraria, esperamos que el presente sirva de referente básico para la introducción en el tema.
Ozuma M., Delgadillo- Vester L., Jiménez J.	Las medidas implementadas contribuyeron para la disminución de la neumonía asociada al ventilador y a la infección del tracto urinario asociada a catéter.
Valdivia, H., Lam, C., Mucha, R., Chávez, J., Álvarezcano, J., Ticona – Chávez Pírez C- et al.	----- -----
Barriga, J., et al	El tiempo de CEC \geq 200 min fue el factor de riesgo más asociado al desarrollo de IAAS en niños operados de cardiopatías congénitas.

3.2 DISCUSIÓN

La tabla 1 concentra los datos generales de las investigaciones revisadas, en la primera columna agrupa los títulos, el 10 (100 %) representa palabras como prevención de IAAS, por lo menos 2 (20%) presenta datos sobre cuidado humanizado, de igual manera solo 2(20%) delimita aspectos como el control de infecciones, respecto al año en que se realizaron las investigaciones se encontró igualdad en 7 estudios de los cuales por lo menos de 1(10%) en condiciones igualitarias se realizaron en los años 2020, 2018, 2012 y 2007 y solo 2(20%) en el año 2012.

Con respecto, al numero de autores se identifico 3 (33 %) cuentan con 4 autores, 2 (22%) cuentan con 7 autores respectivamente, 1 (11 %) fue redactado por 1 autor y solo 1(10%) tiene 5 autores, y en 2 (22%) cuentan con mas de 10 autores, en este mismo tenor, las ciudades en donde se publicaron dichas investigaciones, 9 presentaron igualdad coincidiendo con Peru, Cartagena, Colombia, Argentina, México, Paraguay.

La tabla 2 agrupa los objetivos de las investigaciones en las que 3 (33 %) buscaba Determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre las medidas de prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), 5 (55%) en igualdad de condición buscaron lo siguiente: Prevenir, describir, conocer, Incrementar e identificar las prácticas para la prevención de las IAAS.

Por otra parte, la tabla numero 3 define los criterios metodológicos utilizados 2 (22 %) en igualdad de condición presentan muestreo no probabilístico y muestreo aleatorio sistemático,

En este mismo tenor solo 3(30%) manejan criterios de exclusión de los cuales se puede resaltar que incluyen a los pacientes con diagnostico de IAAS,

En todos ellos consideraron las muestras en función a las características de su tipo de estudio.

Tabla 4 se observa que del total de estudios se considera relevante que 5 (55 %) son de tipo descriptivo, 1(11%) es Observacional y en igualdad de condiciones 1(11%) es de casos controles, 3(33%) son de corte transversal, 2(20%) son retrospectivos de corte transversal y solo 2(22%) analíticos.

Dentro de la tabla 5 se refiere al instrumento 8 (88 %) con instrumentos creados por el autor, 1 (10%) solo uno refiere el Alfa de Cronbach, 3 (30%) presentan dimensiones, y solo 2(22%) presentan puntos de corte especificando las puntuaciones con respecto a la prevención de IAAS.

En la tabla 6 de los datos sociodemográficos, solo 2 (22m%) de ellos presentan los datos sociodemográficos, en los que 2(22%) coinciden en el sexo masculino, considerando en otro datos como procedencia tiempo como profesional y universidad.

Aunado a lo anterior en la tabla 7 que refleja los resultados de las investigaciones es importante resaltar lo siguiente: 2 (22 %) coincidían en conocimientos deficientes sobre la prevención de las IAAS, de los estudios demostró que la percepción que se tiene sobre la atención de enfermería es buena, en este mismo tenor en 1 (11 %) de presentan los siguientes resultados sobre las IAAS son un problema de gran magnitud, particularmente en países en desarrollo donde además del costo económico y la mortalidad que producen, ponen un peso enorme en los sistemas de salud de por sí ya están en crisis, 2(22%) hacen referencia a la presencia de IAAS asociadas a puntos de inserción de catéter, sondaje vesical, ventilación mecánica, o asociados a patologías.

Considerando Según los resultados las IAAS son un problema de gran magnitud, particularmente en países en desarrollo donde además del costo económico y la mortalidad que producen, ponen un peso enorme en los sistemas de salud de por sí ya están en crisis. De igual manera considerando En el 2013, hubo 283 ingresos con 2.786 días de internación anual y una mortalidad global de 20,6%; en el 2014 ingresaron 286 pacientes, con 1.893 días de internación anual y mortalidad global de 9,3%. La tasa de infección de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM) fue en el 2013 de 13,1/1000 comparado al 9,6/1000 en el 2014. La tasa de infección de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central (BAC) fue 5,4/1000 en el 2013; y 7,4/1000 en el 2014.

La tabla 8 que hace referencia a las conclusiones es importante mencionar que en igualdad de condiciones 9 (100 %) dicen lo siguiente: Existe un bajo nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de IAAS y una elevada proporción de los residentes ingresantes 2018 tuvo prácticas no adecuadas sobre medidas de prevención de IAAS. En las cuales se observó que el tipo de especialidad fue un factor asociado al nivel de conocimientos y el tiempo de experiencia profesional fue un factor asociado al tipo de práctica.

Es importante resaltar, que los profesionales que laboran en la institución hospitalaria evaluada tienen un nivel de conocimiento bueno, pero desconocen cómo realizar un adecuado proceso de lavado de manos.

Es así que, el lavado de manos médico se hizo de manera incorrecta en dos unidades y el quirúrgico en las tres; los elementos de barrera se utilizaron inadecuadamente, aunque por lo general las Unidades disponían de los insumos necesarios para ello.

Y partiendo de ello, para el control de las IAAS es de vital la conformación de los comités de control de infecciones y con ellos la implementación de programas de vigilancia y control de infecciones, los cuales incluyen medidas generales así como paquetes de medidas de atención o bundles para cada IAAS y microorganismo multirresistente.

Es así que, presentar las generalidades de un sistema de prevención y control de infecciones con el objetivo de introducir al trabajador de la salud en este ámbito y sin pretender obviar o resumir los procedimientos, disposiciones y lineamientos para su aplicación. De forma contraria, esperamos que el presente sirva de referente básico para la introducción en el tema.

Y así , definir las medidas implementadas contribuyeron para la disminución de la neumonía asociada al ventilador y a la infección del tracto urinario asociada a catéter, es por ello que se considera relevante no solo el conocimiento si no la capacitación, educación para el paciente y familiar, generando un proceso de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud.

3.3 CONCLUSIÓN

Resumiendo lo planteado, las intervenciones con mejores resultados son aquellas cuyas prácticas solo se admiten si se realizan de forma correcta, que a menudo requiere cambios estructurales y culturales de los equipos de salud. Partiendo de las IAAS estas se definieron como resultado de secuencias de interacciones y condiciones especiales que permiten que un agente infeccioso ingrese y afecte a un hospedero susceptible.³⁹ Específicamente, se requiere que un microorganismo deje el lugar en el cual habitualmente vive y se reproduce (reservorio) a través de una puerta de salida; luego, mediante un mecanismo de

transmisión, debe encontrar la puerta de entrada en un sujeto susceptible de adquirir la infección (hospedero/ huésped susceptible). Posteriormente, se requerirá que el hospedero o huésped susceptible desarrolle la enfermedad. Esta secuencia de interacciones específicas se conoce como cadena de transmisión

Cuando tales intervenciones no sean factibles, es necesario establecer y asegurar el cumplimiento de medidas que permitan modificar las conductas del equipo de salud y en las que se pueda mantener adherencia sostenida en el tiempo y que puedan demostrar eficacia a largo plazo.⁴⁰⁻⁴¹

No se ha encontrado aún un método único que permita cumplir con esos requisitos. Sin embargo, hay consenso sobre algunos elementos básicos necesarios para sustentar la aplicación y el cumplimiento de las precauciones estándares, así como de otras medidas destinadas a reducir la incidencia de las IAAS. Algunas de esas medidas son particulares para cada tipo de intervención, como lo evidencian un número de ellas incluidas en este manual. No obstante, también existen estrategias generales para apoyar la puesta en marcha de intervenciones para prevenir las IAAS.

Es este sentido, los elementos básicos de las estrategias que se identificaron son: disponibilidad de directrices o descripción de qué debe hacerse; capacitación; evaluación, y generación de cultura y cambios de conducta.

Todo esto se vuelve una generación de cultura de seguridad compartidas entre todos, representando la suma de las prácticas, creencias, símbolos, ritos, valores y expectativas acerca de lo que se considera adecuado, que priman mayoritariamente en una institución, y se traducen en prácticas concretas y cotidianas que pueden ser negativas o positivas.⁴⁰

Considerando los procesos de cambio de los hospitales no pueden entenderse sino como una evolución de su propia cultura, de la cual son elementos críticos la confianza y el sentido de pertenencia a la institución de parte del personal en su conjunto. La comprensión de la misma, así como la del proceso de cambio, tienen que ver con la capacidad o disposición de las personas para desarrollar un clima organizacional de aprendizaje permanente.

Para finalizar estos estudios permitieron que identificar, todos los elementos necesarios para disminuir las IAAS considerando que estos aspectos como han mencionado antes son parte de las metas internacionales creadas por la joint comition. ^{42- 43}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta-Gnass SI. Higiene de manos. Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2011. pp. 19-32. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51545/ControllInfecHospitalarias_spa.pdf
2. [Reinhart K, Daniels R, Kissoon N, Machado FR, Schachter RD, Finfer S. Recognizing sepsis as a Global Health Priority - a WHO resolution. N Engl J Med. 2017;377\(5\):414-417.](#)
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp1707170>
3. Organización Mundial de la Salud. Una atención limpia es una atención más segura. Publicado en 2018. [Acceso 20 de abril de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/5may/background/es/>.
4. Raimundo Padrón E, Companioni Landí FA, Rosales Reyes SA. Apuntes históricos sobre el lavado de manos. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2015 [citado 19/10/2017];52(2):[aprox. 10p]. Disponible en: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v12n6/ms01612> [Links]
5. Organización Mundial de la Salud. Una atención limpia es una atención más segura. Material y documentos sobre la higiene de manos. Publicado en 2010. [Acceso 20 de abril de 2018]. Disponible en: http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf
6. Torio CM, Moore BJ. National inpatient hospital cost: the most expensive conditions by payer, 2013. HCUP Statistical brief #204. Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. [Consulted March of 2018]

Available in: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb204-Most-Expensive-Hospital-Conditions.jsp>.

7. World Health Organization. First global patient safety challenge: cleacare is safer care. Publicado en 2010. [Access 20 April of 2018]
8. Organización panamericana de la Salud, enfermería y seguridad del paciente, 1ra. Ed. OPS , Washington, D. C 2011. 254p disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/centrocolabodor/pdf/20220706_EnfermeriaySeguridad-Pacientes.pdf
9. Febré-N N. Vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias. Rev Med Clin Condes. 2007;18(1):46-52.
10. Meléndez Mogollón Isabel Cristina, Macías Maroto Marta, Álvarez González Arelys Rebeca. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2020 Jun [citado 2023 Mayo 05]; 36(2): e3239. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200009&lng=es. Epub 01-Jun-2020.
11. Laval E. Apuntes históricos sobre el manejo de la infección en el desarrollo de la cirugía. Rev Chil Infect. 2010;27(3):228-32.
12. Serjan MA, Saraceni L. Higiene de manos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sarda[Internet]. 2005[citado 10/1/2021];24(4):[aprox.. 9 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91204104.pdf>
13. Mathur P. Hand hygiene: Back to the basics of infection control. Indian J Med Res. 2011;134(5):611-20.
14. Raimundo PE, Companioni LF, Rosales RS. Apuntes históricos sobre el lavado de las manos. Rev Cubana Estomatol. 2015;52(2):217-26:. Disponible

en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDAR-TICULO=59534>

15. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in healthcare settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Recomm Rep.* 2002;51(RR-16):1-45
16. Rencoret SG. Auditoria médica: demandas y responsabilidad por negligencias médicas. *Gestión de calidad: riesgos y conflictos. Rev Chil Radiol*[Internet]. 2003[citado 10/1/2021];9(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v9n3/art08.pdf>
17. Moreno Begoña, Muñoz Maximiliano, Cuellar Javier, Domancic Stefan, Villanueva Julio. Revisiones Sistemáticas: definición y nociones básicas. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* [Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Mayo 05] ; 11(3): 184-186. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072018000300184&lng=es.
18. Carrasco-Labra A, Brignardello-Petersen R, Glick M, Guyatt GH, Azarpazhoo A. A practical approach to evidence-based dentistry: VI. How to use a systematic review. *J Am Dent Assoc* . 2015; 146(4)255-265.
19. Letelier L, Manriquez J, Rada G. Revisiones sistemáticas y metaanálisis: ¿son la mejor evidencia?. *Rev Méd Chile* 2005; 133(2)246-249.
20. Gómez L. Un espacio para la investigación documental. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica.* 2010; 1(2): 226-233. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815129>

21. Manterola C. y Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* 2014; 32(2): 634-645. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071795022014000200042&script=sci_arttext&lang=en
22. Salazar P, et al. Cohort studies. 1st part. Description, methodology and applications. *Rev. cir.* 2019; 71(5): 482-493. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005431>.
23. Ventura J. ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *RevCubana Salud Públic.* 2017; 43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-34662017000400014&script=sci_arttext&lang=en
24. Ventura J. ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Rev Cubana Salud Públic.* 2017; 43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-34662017000400014&script=sci_arttext&lang=en
25. Robles B. Población y muestra. *PuebloCont.* 2019; 30(1): 245-246. Doi <http://doi.org/10.22497/PuebloCont.301.30121>
26. Cavanillas, Santiago (2008), "El Ciberplagio en la normativa universitaria", *Revista de los Estudios de Humanidades y los Estudios de Lenguas y Culturas de la UOC*, núm. 10, pp. 1-6.
27. Cuevas, Raúl, María Mestaza (2002), "La evaluación científica y el sistema de revisión por pares", *CSI Boletín*, núm. 46, pp. 4-5.

28. Greene, Lewis Joel (2001), "El dilema del editor de una revista biomédica: aceptar o no aceptar", *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, vol. 9, núm. 4, pp.135-137.
29. Miranda, Alejandro (2013), "Plagio y ética de la investigación científica", *Revista Chilena de Derecho*, vol. 40, núm. 2, pp. 711-726
30. Yagui Moscoso Martin, Vidal-Anzardo Margot, Rojas Mezarina Leonardo, Sanabria Rojas Hernán. Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud: conocimientos y prácticas en médicos residentes. *An. Fac. med.* [Internet]. 2021 Abr [citado 2024 Ene 08] ; 82(2): 131-139. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832021000200131&lng=es.
31. Villafañe Ferrer LM, Lopez Buendia A, Aguado Martínez L, Leguía Vargas D. Conocimiento y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en un hospital de Cartagena. *Cienc. Salud Virtual* [Internet]. 18 de diciembre de 2018 [citado 8 de enero de 2024];10(2):4-14. Disponible en: <https://revistas.curn.edu.co/index.php/cienciaysalud/article/view/1066>
32. Martínez Reyes C, Betín Buelvas K, Caldera Puente K, Guerra Mercado J, Hernández Rojas M, , Villalba Martínez M. Adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de INFECCIONES intrahospitalarias en tres Unidades de Cuidados Intensivos . 2008. *Investigaciones Andina* [Internet]. 2012;14(24):372-384. Recuperado de: <https://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=239024334002>
33. Figueroa L. Estrategias para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. *Rev Hosp Emilio Ferreyra*. 2020; 1(2):e35-e44. doi: 10.5281/zenodo.396014

34. Romo MJE, Chávez CR, Reyes SR, et al. Generalidades de un sistema de prevención y control de infecciones asociadas a la atención a la salud. *Enf Infecc Microbiol.* 2018;38(1):24-26.
35. Ozuna Myriam Paola, Delgadillo Vester Lorena, Jiménez Jimmy. Implementación de medidas preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en un departamento de cuidados intensivos pediátricos. *Rev. científica. científico. salud [Internet].* Diciembre de 2019 [consultado el 8 de enero de 2024]; 1(2): 8-18. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-28912019000200008&lng=en
36. Huaroto Valdivia LM, Lam C, Mucha R, y col. Impacto de un programa de capacitación para la prevención de infecciones intrahospitalarias en un hospital general. *Trauma Fund MAPFRE* 24: 126-31, 2013.
37. Pírez Catalina, Peluffo Gabriel, Giachetto Gustavo, Menchaca Amanda, Pérez Walter, Machado Karina et al . Medidas de prevención de infecciones intrahospitalarias. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Ene 08] ; 91(Suppl 1): 60-61. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492020000700060&lng=es. Epub 01-Dic-2020.
38. Barriga José, Cerda Jaime, Abarca Katia, Ferrés Marcela, Fajuri Paula, Riquelme María et al . Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) en pacientes pediátricos post-operados de cardiopatías congénitas. *Rev. chil. infectol.* [Internet]. 2014 Feb [citado 2024 Ene 08] ; 31(1): 16-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716

39. Olivera A, Cardoso C, Mascarenha D. Conocimiento y comportamiento de los profesionales de un centro de terapia intensiva en relación a la adopción de las precauciones de contacto. Rev Latino-am Enfermagem. 2009 setem- bro-outubro;17(5):625-631.
40. Guevara A, Figuera A. Conocimiento sobre infecciones asociadas a la aten- ción de la salud en residentes de postgrado de una universidad venezolana. Kasmera. 2018;46(2), 127-138.
41. Morales C. Prevalencia puntual de infección nosocomial. Rev cubana de en- fermería 2001;17: 84-9. Disponible en scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192001000200003&script=sci-pdf
42. Nodarse R. Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. Rev Cu- bana Med Mil 2002; 31 (3): 201-8.
- 43 Lemus J. Manual de vigilancia epidemiológica. Washington DC: OPS/ PAL- TEX; 1996; 4(10). Serie HSP-UNI/ Manuales Operativos.