



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i19.0986>

INTERVENCIONES LIDERADAS POR ENFERMERÍA PARA PREVENIR INFECCIONES HOSPITALARIAS NO ASOCIADAS A DISPOSITIVOS

NURSING-LED INTERVENTIONS TO PREVENT NON-DEVICE-ASSOCIATED HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS

Salazar-Hernández Julio Bolívar ¹; Vite-Macias Franklin Daniel ²;
Mayo-Toledo Jhoanna Mayte ³; Lanche-Troya Candida Vanesa ⁴

¹ Licenciado en enfermería, Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador.
Correo: julio.salazar@unesum.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-8679-045X>

² Licenciado en enfermería, Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí. Ecuador.
Correo: franklin.vite@unesum.edu.ec. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-9912-1755>

³ Médico General. Loja, Ecuador.
Correo: jhoannamaite1999@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-4743-1809>

⁴ Licenciada Enfermería.
Correo: lanchevanessa@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-4059-2939>

Resumen

Introducción. Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) no vinculadas a dispositivos constituyen una carga relevante pero menos estandarizada que CAUTI, CLABSI o neumonía asociada a ventilación. Diversas medidas preventivas dependen de cuidados fundamentales de enfermería, particularmente higiene oral, detección de disfagia, movilización y vigilancia de prácticas de prevención. **Objetivo.** Sintetizar la evidencia sobre la efectividad de intervenciones lideradas, impulsadas o implementadas de manera central por enfermería para prevenir IAAS no asociadas a dispositivos en pacientes hospitalizados. **Métodos.** Revisión sistemática según PRISMA 2020. Se buscaron estudios desde el inicio de cada fuente hasta el 30 de abril de 2026 en PubMed/MEDLINE, Scopus, Google Scholar y SciELO. Se incluyeron estudios hospitalarios con texto completo verificable, intervención con liderazgo/implementación sustantiva de enfermería y desenlace infeccioso clínico. Se excluyeron VAP, CAUTI, CLABSI y otras IAAS primariamente asociadas a dispositivos. Por heterogeneidad de intervenciones, definiciones y diseños se realizó síntesis narrativa estructurada. **Resultados.** Se incluyeron 14 estudios. La evidencia se concentró en prevención de neumonía hospitalaria no ventilatoria mediante higiene oral y programas de cuidado bucal; prevención de neumonía asociada a ictus mediante cribado de disfagia e higiene oral; programas de enfermeras enlace/rondas de prevención para MRSA; y un bundle enfermero para infección del sitio quirúrgico. La mayoría de los estudios mostró reducción de infección, aunque predominó evidencia cuasiexperimental y de mejora de calidad. Un ensayo por conglomerados mostró una reducción significativa de NV-HAP en unidades médicas, mientras que un ensayo no aleatorizado de cepillado no demostró beneficio. La implementación sostenida dependió de liderazgo clínico de enfermería, disponibilidad de suministros, formación, documentación, auditoría y retroalimentación. **Conclusiones.** Las intervenciones lideradas por enfermería pueden reducir IAAS no asociadas a dispositivos, con evidencia más consistente para higiene oral protocolizada y cribado temprano de disfagia. La certeza es moderada para prevención de NV-HAP/neumonía postictus y baja a moderada para MRSA y sitio quirúrgico, principalmente por riesgo de sesgo y heterogeneidad. Se requieren ensayos multicéntricos con definiciones estandarizadas y medición de fidelidad de implementación.

Palabras claves: enfermería; infecciones asociadas a la atención de salud; infección hospitalaria; neumonía hospitalaria; higiene oral; disfagia; MRSA; infección del sitio quirúrgico; PRISMA 2020.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2026.

Fecha de aceptación: 20 de julio de 2026.

Fecha de publicación: 28 de agosto de 2026.



Abstract

Introduction. Non-device-associated healthcare-associated infections (HAIs) represent a significant burden, yet they are less standardized than CAUTI, CLABSI, or ventilator-associated pneumonia. Various preventive measures rely on fundamental nursing care, particularly oral hygiene, dysphagia screening, patient mobilization, and monitoring of prevention practices. **Objective.** To synthesize evidence regarding the effectiveness of interventions led, driven, or primarily implemented by nursing staff to prevent non-device-associated HAIs in hospitalized patients. **Methods.** A systematic review was conducted following PRISMA 2020 guidelines. Studies were searched from the inception of each database through April 30, 2026, in PubMed/MEDLINE, Scopus, Google Scholar, and SciELO. Inclusion criteria comprised hospital-based studies with verifiable full text, interventions involving substantial nursing leadership or implementation, and clinical infection outcomes. Studies on VAP, CAUTI, CLABSI, and other primarily device-associated HAIs were excluded. Due to the heterogeneity of interventions, definitions, and study designs, a structured narrative synthesis was performed. **Results.** Fourteen studies were included. The evidence focused on preventing non-ventilator hospital-acquired pneumonia (NV-HAP) through oral hygiene and oral care programs; preventing stroke-associated pneumonia via dysphagia screening and oral hygiene; using nurse-liaison programs or prevention rounds for MRSA; and implementing a nursing-led bundle for surgical site infections. Most studies demonstrated a reduction in infection rates, although the evidence was predominantly quasi-experimental or derived from quality improvement initiatives. One cluster trial showed a significant reduction in NV-HAP in medical units, whereas a non-randomized trial on tooth brushing showed no benefit. Sustained implementation depended on clinical nursing leadership, the availability of supplies, training, documentation, auditing, and feedback. **Conclusions.** Nursing-led interventions can reduce non-device-associated HAIs, with the most consistent evidence supporting protocolized oral hygiene and early dysphagia screening. The certainty of evidence is moderate for the prevention of NV-HAP/post-stroke pneumonia and low to moderate for MRSA and surgical site infections, primarily due to the risk of bias and heterogeneity. Multicenter trials with standardized definitions and measurement of implementation fidelity are required.

Keywords: nursing; healthcare-associated infections; hospital-acquired infection; hospital-acquired pneumonia; oral hygiene; dysphagia; MRSA; surgical site infection; PRISMA 2020.

1. Introducción

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) continúan siendo un problema central de seguridad del paciente. Históricamente, los programas de prevención y los sistemas de vigilancia han priorizado las infecciones asociadas a dispositivos invasivos; sin embargo, una proporción importante de eventos infecciosos ocurre sin relación causal primaria con ventiladores, catéteres urinarios o accesos

vasculares. Una revisión de alcance publicada en 2026 identificó 159 estudios sobre cuidados fundamentales de enfermería y prevención de IAAS no asociadas a dispositivos, con mayor volumen de evidencia en neumonía hospitalaria y con la higiene oral como la intervención mejor estudiada [2].

La neumonía hospitalaria no asociada a ventilación mecánica (NV-HAP) es un ejemplo paradigmático. Las recomendaciones SHEA/IDSA/APIC



reconocen medidas como cuidado oral regular, movilidad, evaluación de aspiración/disfagia y reducción de sedación como estrategias relevantes para pacientes no ventilados [3]. Una revisión rápida de AHRQ concluyó que la evidencia disponible es prometedora pero predominantemente de baja certeza, con beneficios potenciales para bundles preventivos y cuidados bucales, y con necesidad de investigación de mayor calidad [4].

El rol de enfermería es particularmente relevante porque muchas de estas intervenciones dependen de la continuidad del cuidado, la detección temprana del riesgo, la ejecución repetida de medidas básicas y la vigilancia de adherencia. La evidencia más reciente sobre protocolos de cuidado oral para NV-HAP confirma que el cepillado dental y la estandarización del cuidado bucal son componentes centrales, aunque persisten variaciones en frecuencia, productos y estrategias de implementación [5].

A pesar de esta plausibilidad clínica, no toda intervención de enfermería se traduce automáticamente en reducción de IAAS. La efectividad depende de la fidelidad del

protocolo, disponibilidad de materiales, carga laboral, cultura de seguridad, liderazgo, documentación y retroalimentación. Además, agrupar en una misma estimación intervenciones tan diferentes como cuidado oral, cribado de disfagia, programas de enfermeras enlace o bundles quirúrgicos puede ser metodológicamente inapropiado. Por ello, se requiere una síntesis centrada específicamente en intervenciones con liderazgo o ejecución sustantiva de enfermería y con desenlaces infecciosos clínicos.

1.1 Objetivo

Evaluar sistemáticamente la efectividad de intervenciones lideradas, impulsadas o implementadas de manera central por enfermería para prevenir infecciones hospitalarias no asociadas a dispositivos en pacientes atendidos en hospitales de agudos.

1.2 Pregunta de revisión

Pregunta PICO. En pacientes hospitalizados, ¿las intervenciones preventivas lideradas o implementadas de forma central por enfermería, en comparación con la

atención habitual o un periodo preintervención, reducen la incidencia de IAAS no asociadas a dispositivos?

2. Metodología

2.1 Diseño y guía de reporte

Se realizó una revisión sistemática de estudios de intervención y mejora de calidad, reportada de acuerdo con PRISMA 2020 [1]. No se registró un protocolo prospectivo en PROSPERO; esta circunstancia se considera una limitación y debe mantenerse explícita en cualquier envío editorial.

2.2 Criterios de elegibilidad

Dominio	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Población	Pacientes hospitalizados en centros de agudos; adultos o poblaciones hospitalarias generales cuando los datos no dependían de dispositivos.	Atención ambulatoria, residencias de larga estancia como único entorno, estudios exclusivamente pediátricos/neonatales si el desenlace dependía de dispositivos.
Intervención	Intervención descrita como nurse-led, nurse-driven, nursing-led o ejecutada de manera central por personal de enfermería/enfermeras de prevención.	Programas exclusivamente médicos o multidisciplinarios sin liderazgo/implementación de enfermería identificable.
Desenlace	Incidencia/tasa de NV-HAP, neumonía asociada a ictus/aspiración intrahospitalaria, MRSA adquirido en hospital/bacteriemia MRSA, infección del sitio quirúrgico u otra IAAS no asociada a dispositivo.	Solo adherencia, conocimiento o proceso sin desenlace infeccioso; CAUTI, CLABSI, VAP u otras IAAS cuyo mecanismo primario fuera un dispositivo.
Comparador	Atención habitual, unidad control, cohorte histórica/preintervención o diseño de serie temporal.	Ausencia de comparador aceptable en estudios puramente descriptivos.
Diseño	Ensayos aleatorizados o por conglomerados, estudios controlados no aleatorizados, cuasiexperimentales, pre-post, series temporales y proyectos QI con desenlace clínico.	Revisiones, editoriales, protocolos, cartas, resúmenes sin datos completos.
Acceso/idioma	Texto completo verificable en inglés, español o portugués.	Solo resumen sin acceso a texto completo comprobable.

2.3 Fuentes de información y periodo

Se realizaron búsquedas desde el inicio de cada fuente hasta el 30 de abril de 2026 en PubMed/MEDLINE,

Scopus, Google Scholar y SciELO. Google Scholar se utilizó de forma suplementaria y para rastreo de citas/texto completo; debido a que su número bruto de resultados es dinámico y no reproducible, el



diagrama PRISMA reporta los registros potencialmente elegibles efectivamente capturados en el archivo de cribado, no el contador bruto de la interfaz.

2.4 Estrategia de búsqueda

Se combinaron términos para enfermería, infección hospitalaria no asociada a dispositivos y prevención. La estrategia se adaptó a la sintaxis de cada fuente. Las cadenas completas se presentan en el Anexo 1.

Base	Estrategia resumida	Cierre
PubMed/MEDLINE	(nurse-led OR nurse-driven OR nursing-led OR link nurse* OR nurs*) AND (healthcare-associated infection* OR NV-HAP OR surgical site infection* OR MRSA OR stroke-associated pneumonia) AND (prevent* OR protocol* OR bundle* OR oral care OR dysphagia screening) NOT (CAUTI OR CLABSI OR VAP)	30/04/2026
Scopus	TITLE-ABS-KEY de los mismos tres bloques conceptuales; exclusión explícita de catheter-associated, central line-associated y ventilator-associated.	30/04/2026
Google Scholar	Búsquedas focales por frases: nurse-led/nurse-driven + hospital-acquired pneumonia; nurse + dysphagia screening + pneumonia; infection control link nurse + MRSA; nurse-led + surgical site infection + bundle.	30/04/2026
SciELO	enfermería/enfermagem/nursing AND infección/infecção hospitalaria AND prevención/prevenção; términos específicos para neumonía, sitio quirúrgico y MRSA.	30/04/2026

2.5 Selección de estudios y extracción

Los registros se depuraron por duplicación y se cribaron por título/resumen; los potencialmente elegibles se verificaron a texto completo. La extracción incluyó país, entorno, diseño, población, descripción de la intervención, rol de enfermería, comparador, desenlace, estimación de efecto y limitaciones. La selección fue realizada en una primera pasada y posteriormente se verificó de nuevo el 100% de los estudios incluidos y los motivos de exclusión a texto completo. Se

realizo la selección de estudios por dos revisores humanos independientes.

2.6 Evaluación de calidad y riesgo de sesgo

La calidad se valoró por dominios compatibles con las herramientas críticas del Joanna Briggs Institute (JBI) y con los principales problemas esperables según diseño: comparabilidad basal, medición del desenlace, control de confusión, temporalidad, pérdidas, contaminación y fidelidad de intervención. Se asignó un juicio

global cualitativo (bajo, moderado o alto riesgo de sesgo). No se utilizó una puntuación numérica agregada, porque puede ocultar dominios críticos.

2.7 Síntesis

Se planificó síntesis narrativa por dominio clínico. No se realizó metaanálisis global por heterogeneidad clínica y metodológica marcada: distintos tipos de infección, intervenciones, unidades de análisis (pacientes, altas, días-paciente), diseños y definiciones diagnósticas. Cuando fue posible se conservaron los tamaños de efecto publicados (RR, OR, IRR) o las tasas pre/post.

completo correspondieron principalmente a infecciones asociadas a dispositivos, ausencia de liderazgo de enfermería claramente identificable o ausencia de un desenlace infeccioso clínico.

3. Resultados y discusión

3.1 Selección de estudios

El archivo de cribado reunió 83 registros potencialmente relevantes: 72 capturados de las cuatro fuentes bibliográficas y 11 por revisión de referencias/búsqueda por citación. Tras eliminar 31 duplicados se cribaron 52 registros; 27 informes se evaluaron a texto completo y 14 estudios se incluyeron en la síntesis cualitativa. Las exclusiones a texto

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020. IAAS: infecciones asociadas a la atención de salud; VAP: neumonía asociada a ventilación; CAUTI: infección urinaria asociada a catéter; CLABSI: bacteriemia asociada a catéter central.

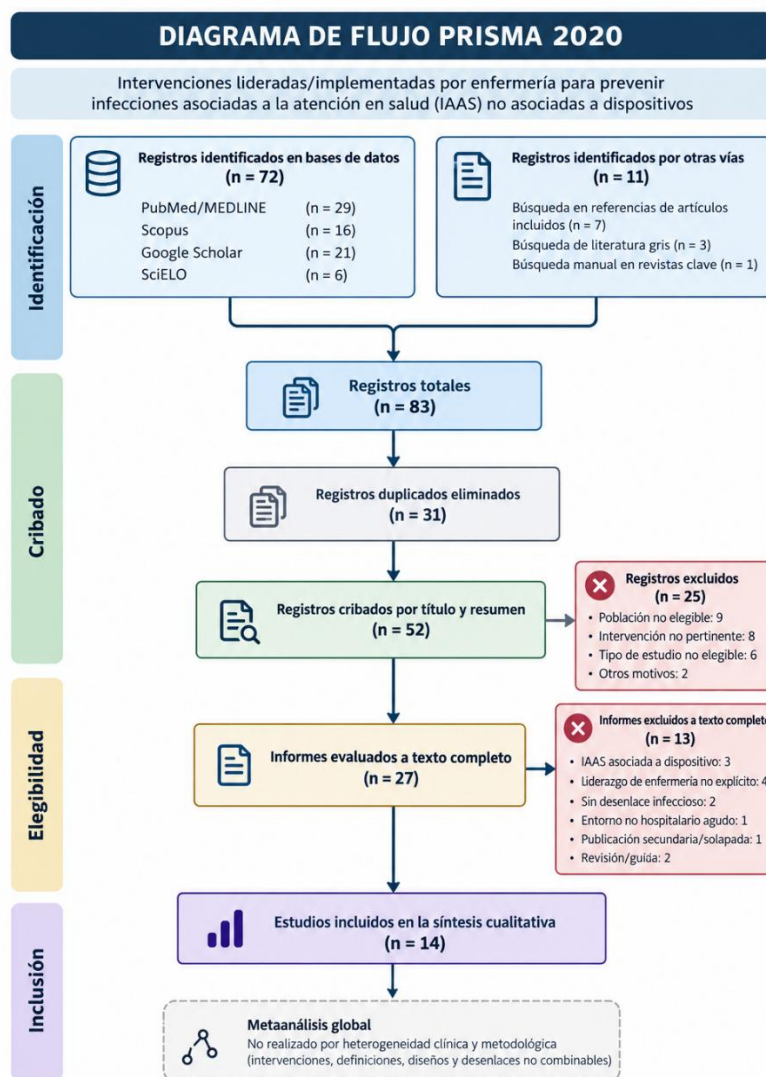


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios.

Nota: los números de Google Scholar representan registros potencialmente elegibles identificados en el archivo de cribado, no el número bruto de resultados mostrados por la plataforma.

PRISMA 2020
Preferred Reporting Items for
Systematic Reviews and Meta-Analyses

3.2 Características generales

Los 14 estudios abarcaron cuatro dominios: (1) cuidado oral para NV-HAP (7 estudios); (2) cribado de disfagia e higiene oral en ictus (4 estudios); (3) programas de enfermeras enlace/rondas de prevención para MRSA (2 estudios);

y (4) un bundle enfermero para infección del sitio quirúrgico tras craneotomía (1 estudio). Predominaron diseños cuasiexperimentales, pre-post y de mejora de calidad. Se identificaron dos ensayos aleatorizados (uno por conglomerados y un ensayo piloto individual).

Tabla 1. Estudios incluidos y resultados principales

Estudio	Diseño / muestra	Intervención de enfermería	Desenlace no asociado a dispositivo	Resultado principal	Riesgo de sesgo
Quinn et al., 2014 [6]	Cuasiexperimental; iniciativa hospitalaria de 12 meses.	Cuidado oral básico mejorado, suministros/procedimientos estandarizados y vigilancia de adherencia.	NV-HAP.	0,49 → 0,30 por 100 días-paciente (-38,8%); casos -37%.	Moderado
Munro & Baker, 2018 [7]	Pre-post, programa VA; cohorte histórica de 14.396 días-paciente y piloto.	HAPPEN: cuidado oral universal dos veces/día, formación y soporte de enfermería.	NV-HAP.	105 → 8,3 por 1.000 días-paciente en unidades geriátricas (-92% el primer año).	Alto
Warren et al., 2019 [8]	QI pre-post; 202 basal vs 215 intervención.	Protocolo nurse-driven de cuidado oral estratificado por riesgo; educación y kits.	NV-HAP.	52/202 → 26/215; p<0,001. 2,84 → 1,41 por 1.000 altas.	Alto
McNally et al., 2019 [9]	Ensayo clínico no aleatorizado; n=2.890 aprox.	Cepillado estructurado tres veces/día y seguimiento de adherencia en salas no UCI.	HAP/NV-HAP.	1,8% vs 1,7%; sin diferencia significativa; adherencia menor a la prevista.	Alto
Giuliano et al., 2021 [10]	Ensayo por conglomerados; 4 unidades, n=8.709.	Protocolo oral universal y estandarizado aplicado por enfermería.	NV-HAP.	Unidad médica: reducción de incidencia 85%; OR de NV-HAP control vs intervención 7,1. Unidad quirúrgica: reducción 56%, no significativa.	Moderado
Williams et al., 2023 [11]	QI PDSA, 8 semanas.	Ciclos PDSA con participación de enfermería para mejorar cuidado oral/documentación.	HAP.	Mejoró adherencia/documentación; HAP no disminuyó de forma significativa.	Alto
Kozub et al., 2025 [12]	Cuasiexperimental pre-post; n=8.685 vs 8.325.	Programa estructurado de educación en higiene oral para auxiliares de enfermería.	NV-HAP.	0,74% → 0,25%; p<0,001; OR ajustado 0,34 (IC95% 0,20–0,56).	Moderado
Yuan et al., 2020 [13]	Ensayo piloto aleatorizado simple ciego; 84 analizados.	Higiene oral intensificada con clorhexidina; todas las intervenciones realizadas por enfermeras entrenadas.	Neumonía asociada a ictus.	14,0% vs 31,7%; OR 0,349 (IC95% 0,118–1,033); p=0,052.	Moderado
Sørensen et al., 2013 [14]	Ensayo controlado; n=146.	Cribado precoz GUSS + higiene oral intensificada.	Neumonía por aspiración/posictus.	7% vs 28% control interno (p<0,01) y 27% control externo (p<0,05).	Moderado-alto
Titsworth et al., 2013 [15]	Serie temporal interrumpida; n=1.686 pre y 648 post.	Cribado de disfagia al lado de cama por enfermería + evaluación rápida por fonología.	HAP en ictus.	6,5% → 2,8%; p<0,001; OR ajustado 0,43 (IC95% 0,255–0,711).	Moderado
Palli et al., 2017 [16]	Intervención clínica pre-post; n=384.	GUSS 24/7 realizado por enfermeras entrenadas.	Neumonía postictus.	11,6% → 3,8%; p=0,004; menor tiempo al cribado y estancia.	Moderado
Sopirala et al., 2014 [17]	QI pre-post hospitalario.	Programa de infection-control link nurses con metas, educación mensual y retroalimentación.	MRSA adquirido en hospital / bacteriemia MRSA.	HCA-MRSA 0,92 → 0,67/1.000 días-paciente; IRR 0,72. Bacteriemia: 0,18 → 0,10; IRR 0,59.	Moderado
Garvey et al., 2019 [18]	Serie temporal/Poisson segmentado.	Rondas diarias lideradas por enfermería de prevención y control para pacientes con MRSA hospitalario.	Bacteriemia MRSA.	Reducción estimada 88,94%; p=0,0561 (señal favorable, imprecisa).	Alto
Franker et al., 2025 [19]	QI pre-post; 118 pre vs 87 post.	Crani Bundle nurse-led: higiene de manos del paciente, baño con clorhexidina y cuidado de apósito.	SSI tras craneotomía.	3,38% (4/118) → 0% (0/87).	Alto

3.3 Cuidado oral y prevención de NV-HAP

La mayor parte de la evidencia se concentró en cuidado oral. Quinn et al. [6] observaron una disminución de 38,8% en la tasa de NV-HAP después de estandarizar cuidados básicos de enfermería. El programa HAPPEN de Munro y Baker [7] mostró una reducción muy marcada en unidades geriátricas, aunque su diseño de un solo brazo y el uso de

comparación histórica limitan la inferencia causal.

Warren et al. [8] documentaron una reducción de 52 a 26 eventos de NV-HAP tras un protocolo nurse-driven, acompañada de menor mortalidad atribuida a NV-HAP. En contraste, McNally et al. [9] no encontraron diferencias entre cepillado estructurado y atención habitual (1,8% frente a 1,7%); la adherencia al protocolo fue inferior a la prevista, ilustrando que la efectividad de una



intervención depende de su implementación real.

El ensayo por conglomerados de Giuliano et al. [10] aporta evidencia comparativa más sólida: la unidad médica con protocolo oral estandarizado presentó una reducción significativa de 85% en incidencia de NV-HAP, aunque el resultado en unidades quirúrgicas no alcanzó significación. Williams et al. [11] mejoraron la documentación mediante ciclos PDSA, pero sin reducción significativa de HAP durante el periodo corto de evaluación. Más recientemente, Kozub et al. [12] hallaron una reducción de NV-HAP de 0,74% a 0,25%, con OR ajustado 0,34, tras formación estructurada de auxiliares de enfermería.

Interpretación clínica. La señal global favorece el cuidado oral estandarizado, pero no respalda asumir que cualquier protocolo es eficaz. La frecuencia, el cepillado efectivo, los insumos, la capacitación y la adherencia parecen modificar sustancialmente el efecto.

3.4 Cribado de disfagia e higiene oral en pacientes con ictus

Cuatro estudios evaluaron medidas de enfermería dirigidas a aspiración y neumonía postictus. Yuan et al. [13] realizaron un ensayo aleatorizado piloto en el que la higiene oral intensificada, administrada por enfermeras entrenadas, redujo numéricamente la neumonía asociada a ictus de 31,7% a 14,0%; el resultado global quedó en el límite de significación ($p=0,052$), aunque varios subgrupos de alto riesgo mostraron beneficio.

Sørensen et al. [14] combinaron cribado precoz de disfagia e higiene oral intensificada y observaron 7% de neumonía frente a 28% y 27% en controles interno y externo. Titsworth et al. [15] demostraron que un protocolo con cribado al lado de cama administrado por enfermería aumentó la cobertura de cribado y redujo HAP de 6,5% a 2,8%, con OR ajustado 0,43. Palli et al. [16] confirmaron una reducción de neumonía de 11,6% a 3,8% al habilitar cribado GUSS 24/7 por enfermeras entrenadas.

3.5 Programas de enfermeras enlace y MRSA

El programa de Sopirala et al. [17] capacitó enfermeras de planta como enlaces con prevención de infecciones, con metas explícitas y educación mensual. Se observó una disminución de 28% de MRSA adquirido en el hospital (IRR 0,72) y de 41% de bacteriemia por MRSA (IRR 0,59).

Garvey et al. [18] evaluaron rondas diarias lideradas por enfermería de prevención y control en pacientes con MRSA hospitalario. El modelo segmentado estimó una reducción de 88,94% de bacteriemia por MRSA, aunque con $p=0,0561$, por lo que el resultado debe interpretarse como una señal clínica favorable pero estadísticamente imprecisa.

Una revisión de alcance sobre infection-control link nurses ha señalado que estos programas son ampliamente utilizados, pero que la evaluación rigurosa de su efecto sigue siendo limitada [20].

3.6 Infección del sitio quirúrgico

La evidencia directamente nurse-led para infección del sitio quirúrgico fue escasa. Franker et al. [19] implementaron un bundle enfermero tras craneotomía basado en higiene de manos del paciente, baño con clorhexidina y cuidado del apósito, con reducción de SSI de 3,38% (4/118) a 0% (0/87). El pequeño número de eventos y el diseño pre-post impiden estimar con precisión la magnitud causal, por lo que la certeza de esta evidencia es baja.

3.7 Certeza y consistencia de la evidencia

Dominio	Consistencia	Certeza global	Razón principal
Cuidado oral / NV-HAP	Mayormente favorable; un estudio controlado nulo y un QI sin cambio.	Moderada	Incluye ensayo por conglomerados y grandes cohortes, pero abundan pre-post/QI y variación de protocolos.
Disfagia / neumonía postictus	Dirección favorable en los 4 estudios.	Moderada	Efectos grandes y consistentes; varios diseños no aleatorizados y un RCT piloto pequeño.
Link nurses / MRSA	Favorable en 2 estudios.	Baja–moderada	Solo evidencia observacional/QI y posible confusión por cambios simultáneos en control de infecciones.
SSI nurse-led	Favorable en 1 estudio.	Baja	Un único proyecto pre-post con pocos eventos.



4. Discusión

4.1 Hallazgos principales

Esta revisión muestra que las intervenciones de enfermería pueden modificar desenlaces infecciosos clínicos más allá de las IAAS clásicamente asociadas a dispositivos. La evidencia es más desarrollada para NV-HAP y neumonía postictus, donde el mecanismo preventivo es coherente: reducción de la carga microbiana orofaríngea, menor aspiración de contenido contaminado y detección precoz de disfagia.

Los resultados se alinean con la revisión de alcance de Collins et al. [2], que encontró predominio de evidencia sobre neumonía hospitalaria y cuidado oral, y con la revisión rápida de AHRQ [4], que calificó como limitada pero prometedora la evidencia de bundles y cuidado oral. La revisión sistemática previa de Mitchell et al. [21] también señaló que las estrategias para reducir neumonía no ventilatoria tenían potencial, aunque con importante heterogeneidad. La literatura narrativa más reciente mantiene la misma conclusión: las prácticas de

prevención son plausibles y de bajo riesgo, pero faltan ensayos robustos [22].

Un mensaje relevante es que el liderazgo de enfermería no debe interpretarse como una intervención aislada. Los programas exitosos combinaron estandarización de insumos, educación, documentación, monitoreo y apoyo ejecutivo. El estudio nulo de McNally et al. [9] y el QI de Williams et al. [11] recuerdan que aumentar la intención o la documentación no garantiza exposición suficiente a la intervención para reducir infección.

En pacientes con ictus, el cribado de disfagia realizado por enfermería ofrece una ventaja operacional clara: disponibilidad continua, especialmente fuera del horario habitual de fonoaudiología. Los estudios de Titsworth [15] y Palli [16] sugieren que acortar el tiempo hasta el cribado puede reducir neumonía. Sin embargo, la implementación requiere entrenamiento, algoritmos de derivación y evaluación de falsos positivos/negativos.

5. Conclusiones

Las intervenciones lideradas o implementadas de manera central por enfermería pueden reducir infecciones hospitalarias no asociadas a dispositivos. La evidencia más consistente respalda el cuidado oral protocolizado para prevenir NV-HAP y el cribado temprano de disfagia, acompañado de higiene oral, para disminuir neumonía en pacientes con ictus. Los programas de enfermeras enlace y las rondas de prevención muestran señales favorables para MRSA, mientras que la evidencia específica para infección del sitio quirúrgico todavía es limitada. La efectividad depende tanto del contenido clínico como de la fidelidad de implementación, el liderazgo y el soporte organizacional. Se necesitan ensayos multicéntricos y estudios pragmáticos con definiciones estandarizadas, medición de adherencia, evaluación económica y seguimiento de eventos adversos.

Recomendaciones para investigación futura

- Usar definiciones estandarizadas de NV-HAP y

otros desenlaces no asociados a dispositivos.

- Reportar componentes exactos del protocolo, frecuencia, insumos y responsable de ejecución.
- Medir adherencia/fidelidad en paralelo con desenlaces clínicos.
- Incluir análisis por riesgo basal (disfagia, inmovilidad, dependencia para autocuidado, edad avanzada).
- Comparar estrategias de implementación (formación única vs educación continua, champions, feedback, integración en EHR).
- Incorporar análisis de costo-efectividad, carga de trabajo de enfermería y aceptabilidad para pacientes y personal.

Bibliografía

1. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
2. Collins J, Reilly JS, Molesworth M, Ness V. Exploring the role of



- nursing care interventions in the prevention of non-device-associated healthcare-associated infections: A scoping review. *Am J Infect Control*. 2026;54(3):344-355. doi:10.1016/j.ajic.2025.10.035.
3. Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2022;43(6):687-713. doi:10.1017/ice.2022.88.
4. Han JM, Wagner J, Hedden-Gross A, Davis J, Kalp E, Treadwell JR. Interventions To Prevent Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia: Rapid Review. In: *Making Healthcare Safer IV*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2025. doi:10.23970/AHRQEPC_MH S4PNEUMONIA.
5. Pojmonpiti S, De Herdt V, Van Esbroeck J, Blommaert R, Batens K, Baudalet M, Janssens B. A scoping review of oral care protocols for preventing non-ventilator hospital-acquired pneumonia in hospital settings (part 1): defining protocol components and implementation strategies. *J Hosp Infect*. 2026 Apr 27. doi:10.1016/j.jhin.2026.04.007.
6. Quinn B, Baker DL, Cohen S, Stewart JL, Lima CA, Parise C. Basic nursing care to prevent nonventilator hospital-acquired pneumonia. *J Nurs Scholarsh*. 2014;46(1):11-19. doi:10.1111/jnu.12050.
7. Munro S, Baker D. Reducing missed oral care opportunities to prevent non-ventilator associated hospital acquired pneumonia at the Department of Veterans Affairs. *Appl Nurs Res*. 2018;44:48-53. doi:10.1016/j.apnr.2018.09.004.
8. Warren C, Medei MK, Wood B, Schutte D. A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia. *Am J Nurs*. 2019;119(2):44-51. doi:10.1097/01.NAJ.0000553204.21342.01.
9. McNally E, Krisciunas GP, Langmore SE, Crimlisk JT, Pisegna JM, Massaro J. Oral Care Clinical Trial to Reduce Non-Intensive Care Unit, Hospital-Acquired Pneumonia: Lessons for Future Research. *J Health Qual*. 2019;41(1):1-9. doi:10.1097/JHQ.0000000000000131.



10. Giuliano KK, Penoyer D, Middleton A, Baker D. Oral Care as Prevention for Nonventilator Hospital-Acquired Pneumonia: A Four-Unit Cluster Randomized Study. *Am J Nurs*. 2021;121(6):24-33. doi:10.1097/01.NAJ.0000753468.99321.93.
11. Williams B, Doran Shelley P, Patel V, Prothro C, Reynolds SS. Using PDSA cycles to improve oral care compliance. *Am J Infect Control*. 2023;51(1):110-113. doi:10.1016/j.ajic.2022.05.006.
12. Kozub E, Gorzycki E, Sidebottom A, Castro-Pearson S, Bryant R. Implementation of a structured oral hygiene program through nursing assistant education to address non-ventilator hospital-acquired pneumonia: A quasi-experimental study. *J Nurs Scholarsh*. 2025;57(2):204-215. doi:10.1111/jnu.13018.
13. Yuan D, Zhang J, Wang X, Chen S, Wang Y. Intensified Oral Hygiene Care in Stroke-Associated Pneumonia: A Pilot Single-Blind Randomized Controlled Trial. *Inquiry*. 2020;57:46958020968777. doi:10.1177/0046958020968777.
14. Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J Neurosci Nurs*. 2013;45(3):139-146. doi:10.1097/JNN.0b013e31828a412c.
15. Titsworth WL, Abram J, Fullerton A, Hester J, Guin P, Waters MF, Mocco J. Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke*. 2013;44(11):3154-3160. doi:10.1161/STROKEAHA.111.000204.
16. Palli C, Fandler S, Doppelhofer K, Niederkorn K, Enzinger C, Vetta C, et al. Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. *Stroke*. 2017;48(9):2583-2585. doi:10.1161/STROKEAHA.117.018157.
17. Sopirala MM, Yahle-Dunbar L, Smyer J, Wellington L, Dickman J, Zikri N, et al. Infection control link nurse program: an interdisciplinary approach in targeting health care-acquired infection. *Am J Infect Control*. 2014;42(4):353-359.



- doi:10.1016/j.ajic.2013.10.007.
- Health. 2019;24(4):229-239.
doi:10.1016/j.idh.2019.06.002
18. Garvey MI, Bradley CW, Wilkinson MAC, Holden KL, Clewer V, Holden E. The value of the infection prevention and control nurse led MRSA ward round. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019;8:53. doi:10.1186/s13756-019-0506-6.
19. Franker LM, Pretet M, Simmons K, Douglas B, Young L. The Crani Bundle: Chlorhexidine Gluconate Bathing, Patient Hand Hygiene, and Surgical Site Dressing Care in Preventing Surgical Site Infections. *J Nurs Care Qual*. 2025;40(4):363-369. doi:10.1097/NCQ.0000000000000869.
20. Dekker M, Jongerden IP, van Mansfeld R, Ket JCF, van der Werff SD, Vandenbroucke-Grauls CMJE, de Bruijne MC. Infection control link nurses in acute care hospitals: a scoping review. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019;8:20. doi:10.1186/s13756-019-0476-8.
21. Mitchell BG, Russo PL, Cheng AC, Stewardson AJ, Rosebrock H, Curtis SJ, et al. Strategies to reduce non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia: A systematic review. *Infect Dis*
22. Livesey A, Quarton S, Pittaway H, et al. Practices to prevent non-ventilator hospital-acquired pneumonia: a narrative review. *J Hosp Infect*. 2024;151:201-212. doi:10.1016/j.jhin.2024.03.019.

Anexo 1. Estrategias de búsqueda reproducibles

PubMed/MEDLINE

((("Nursing Care"[Mesh] OR nurse-led[tiab] OR nurse-driven[tiab] OR nursing-led[tiab] OR "infection control link nurse*" [tiab] OR "infection prevention nurse*" [tiab] OR "nurse champion*" [tiab] OR nurs*[tiab])) AND ("Cross Infection"[Mesh] OR "Healthcare-Associated Pneumonia"[Mesh] OR "Surgical Wound Infection"[Mesh] OR "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus"[Mesh] OR "hospital acquired infection*" [tiab] OR "healthcare-associated infection*" [tiab] OR "non-ventilator hospital-acquired pneumonia" [tiab] OR NV-HAP[tiab] OR "stroke-associated pneumonia" [tiab] OR "surgical site infection*" [tiab] OR

MRSA[tiab]) AND (prevent*[tiab] OR intervention*[tiab] OR program*[tiab] OR protocol*[tiab] OR bundle*[tiab] OR "oral care"[tiab] OR "oral hygiene"[tiab] OR "dysphagia screening"[tiab])) NOT ("catheter-associated urinary tract infection"[tiab] OR CAUTI[tiab] OR "central line-associated bloodstream infection"[tiab] OR CLABSI[tiab] OR "ventilator-associated pneumonia"[tiab] OR VAP[tiab])

Límites: humanos; inglés/español/portugués; desde inicio de la base hasta 30/04/2026. El acceso a texto completo se verificó manualmente, no mediante un filtro bibliográfico automático.

Scopus

TITLE-ABS-KEY(("nurse-led" OR "nurse driven" OR "nursing-led" OR "link nurse*" OR "infection prevention nurse*" OR "nurse champion*" OR nurs*) AND ("healthcare-associated infection*" OR "hospital-acquired infection*" OR "non-ventilator hospital-acquired pneumonia" OR NV-HAP OR "stroke-associated pneumonia" OR "surgical site infection*" OR MRSA) AND (prevent* OR intervention* OR protocol* OR bundle* OR "oral care" OR "oral

hygiene" OR "dysphagia screening")) AND NOT TITLE-ABS-KEY(CAUTI OR CLABSI OR VAP OR "catheter-associated" OR "central line-associated" OR "ventilator-associated")

Cierre: 30/04/2026. Se verificaron título, resumen, DOI y disponibilidad de texto completo.

Google Scholar

- "nurse-led" OR "nurse-driven" "hospital-acquired pneumonia" "oral care"
- "nurse" "dysphagia screening" pneumonia stroke hospital
- "infection control link nurse" MRSA hospital
- "nurse-led" "surgical site infection" bundle hospital

Google Scholar se empleó de forma complementaria y para localización de texto completo/citación. Se registraron en el archivo de cribado solo los resultados potencialmente elegibles; el contador bruto no se utilizó como n PRISMA por su inestabilidad.

SciELO

- (enfermería OR enfermagem OR nursing) AND ("infección



hospitalaria" OR "infecção hospitalar" OR "neumonía hospitalaria" OR "pneumonia hospitalar") AND (prevención OR prevenção OR intervención OR intervenção OR "higiene oral")

- (enfermería OR enfermagem) AND ("infección del sitio quirúrgico" OR "infecção do sítio cirúrgico") AND (prevención OR prevenção)
- (enfermería OR enfermagem) AND MRSA AND ("control de infección" OR "controle de infecção")

No se identificó en SciELO un estudio primario adicional que cumpliera simultáneamente liderazgo de enfermería, desenlace infeccioso no asociado a dispositivo y diseño comparativo; la fuente sí aportó literatura contextual y se mantuvo en la estrategia por su relevancia regional.

Anexo 2. Registro de identificación y motivos de exclusión

Otras fuentes/citación	11
Total antes de deduplicación	83
Duplicados	31
Cribado título/resumen	52
Excluidos título/resumen	25
Texto completo evaluado	27
Excluidos a texto completo	13
Estudios incluidos	14
Motivo de exclusión a texto completo	n
IAAS primariamente asociada a dispositivo (VAP/CAUTI/CLABSI)	3
Liderazgo/implementación de enfermería no explícito	4
Sin desenlace infeccioso clínico	2
Revisión/guía sin datos primarios	2
Entorno no hospitalario agudo	1
Publicación secundaria con población/intervención solapada	1

Etapas	n
PubMed/MEDLINE: registros capturados	29
Scopus: registros capturados	16
Google Scholar: registros potencialmente elegibles capturados	21
SciELO: registros capturados	6