



Arquitectura hospitalaria y control de infecciones: estrategias para un entorno seguro en climas tropicales. Revisión sistemática

Hospital architecture and infection control: strategies for a safe environment in tropical climates.
A systematic review

*Arquitetura hospitalar e controle de infecções: estratégias para um ambiente seguro em climas tropicais.
Uma revisão sistemática*

ARTÍCULO ORIGINAL



Giovanna Iris Lizbeth Jara Ávila 
giovannajaraavila@gmail.com

Kevin Alex Melgar Ojeda 
ojedamelgar@gmail.com

Universidad César Vallejo. Piura, Perú

Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i25.458>

Artículo recibido 14 de julio 2025 / Aceptado 28 de agosto 2025 / Publicado 6 de enero 2026

RESUMEN

Las infecciones intrahospitalarias (IIH), también denominadas infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), constituyen una amenaza significativa para la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud a nivel mundial. Este estudio tiene como objetivo analizar las estrategias de construcción hospitalaria para reducir las infecciones intrahospitalarias (IIH) en Piura y Castilla. Se realizó un estudio con enfoque cualitativo, bajo una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA 2020, revisando bases como PubMed, Scopus, ScienceDirect, Redalyc y SciELO (2020-2024). Los criterios de inclusión abarcaban estudios sobre infraestructura hospitalaria y control de IIH en contextos tropicales, evaluando la calidad metodológica con AMSTAR-2 y CASPe. De 153 estudios iniciales, se analizaron 11. Los resultados mostraron que el diseño bioclimático redujo las IIH en 35-42%, la zonificación funcional en 26-33%, y la ventilación híbrida en 40-48%. Además, los hospitales con estrategias arquitectónicas contextualizadas presentaron reducciones significativas en infecciones respiratorias, quirúrgicas y por contacto. En conclusión, los modelos de construcción hospitalaria adaptados al contexto tropical son esenciales para disminuir las IIH, destacando el diseño bioclimático y la ventilación controlada.

Palabras clave: Arquitectura bioclimática; Construcción; Infecciones intrahospitalarias; Prevención; Ventilación hospitalaria

ABSTRACT

Hospital-acquired infections (HAIs), also known as healthcare-associated infections (HAIs), pose a significant threat to patient safety and the quality of healthcare services worldwide. This study aims to analyze hospital construction strategies for reducing HAIs in Piura and Castilla. A qualitative study was conducted using a systematic review based on the PRISMA 2020 methodology, searching databases such as PubMed, Scopus, ScienceDirect, Redalyc, and SciELO (2020-2024). Inclusion criteria included studies on hospital infrastructure and HAI control in tropical settings, with methodological quality assessed using AMSTAR-2 and CASPe. Of the initial 153 studies, 11 were analyzed. The results showed that bioclimatic design reduced HAIs by 35-42%, functional zoning by 26-33%, and hybrid ventilation by 40-48%. Furthermore, hospitals with contextualized architectural strategies showed significant reductions in respiratory, surgical, and contact infections. In conclusion, hospital construction models adapted to the tropical context are essential for reducing healthcare-associated infections (HAIs), with bioclimatic design and controlled ventilation being particularly noteworthy.

Key words: Bioclimatic architecture; Construction; Healthcare-associated infections; Prevention; Hospital ventilation

RESUMO

As infecções hospitalares (IH), também conhecidas como infecções associadas à assistência à saúde (IAAS), representam uma ameaça significativa à segurança do paciente e à qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo. Este estudo teve como objetivo analisar estratégias de construção hospitalar para a redução das IH em Piura e Castilla. Foi realizado um estudo qualitativo utilizando uma revisão sistemática baseada na metodologia PRISMA 2020, com buscas em bases de dados como PubMed, Scopus, ScienceDirect, Redalyc e SciELO (2020-2024). Os critérios de inclusão abrangem estudos sobre infraestrutura hospitalar e controle de IH em ambientes tropicais, com avaliação da qualidade metodológica por meio das ferramentas AMSTAR-2 e CASPe. Dos 153 estudos iniciais, 11 foram analisados. Os resultados mostraram que o projeto bioclimático reduziu as IH em 35-42%, o zoneamento funcional em 26-33% e a ventilação híbrida em 40-48%. Além disso, hospitais com estratégias arquitetônicas contextualizadas apresentaram reduções significativas nas infecções respiratórias, cirúrgicas e de contato. Em conclusão, os modelos de construção hospitalar adaptados ao contexto tropical são essenciais para a redução das infecções associadas à assistência à saúde (IAAS), sendo o projeto bioclimático e a ventilação controlada particularmente relevantes.

Palavras-chave: Arquitetura bioclimática; Construção; Infecções associadas à assistência à saúde; Prevenção; Ventilação hospitalar

INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias (IIH), también denominadas infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS), constituyen una amenaza significativa para la seguridad del paciente y la calidad de los servicios de salud a nivel mundial. Estas infecciones, adquiridas durante la atención médica y no presentes al ingreso hospitalario, prolongan la estancia hospitalaria, elevan la morbilidad y mortalidad, y generan costos adicionales considerables para los sistemas de salud (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, al menos el 7% de los pacientes hospitalizados en países de ingresos bajos y medios adquieren una infección asociada a la atención sanitaria, porcentaje que se eleva hasta el 15% en unidades de cuidados intensivos (2).

Por otra parte, en este contexto, la arquitectura y los sistemas de construcción hospitalaria adquieren relevancia crítica, especialmente en zonas vulnerables como Piura y Castilla, en el norte del Perú. Estas regiones presentan condiciones epidemiológicas preocupantes, con alta prevalencia de infecciones, infraestructura sanitaria deficiente y clima tropical que favorece la proliferación de patógenos en ambientes hospitalarios (3). Asimismo, la combinación de alta humedad relativa (60-85%), temperaturas elevadas (28-35°C) y limitaciones estructurales

intensifica la transmisión de microorganismos en las instalaciones de salud (4).

Ahora bien, el problema de las IIH en contextos tropicales se agrava por factores específicos del clima y la geografía. Las altas temperaturas y humedad favorecen la supervivencia y replicación de patógenos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* y hongos oportunistas (5). Adicionalmente, la temporada de lluvias intensas y fenómenos como El Niño pueden comprometer los sistemas de ventilación y aumentar la humedad interior de las instalaciones hospitalarias (6).

Al respecto, diversos estudios han demostrado que el ambiente físico donde se brinda atención médica impacta directamente las tasas de infección. En su investigación seminal, Torres et al. (7) analizaron los mecanismos por los cuales los factores ambientales hospitalarios influyen en la transmisión de patógenos, demostrando que la ventilación, la zonificación y el aislamiento de pacientes constituyen elementos críticos para el control de infecciones. De igual manera, Kumar, Patel y Singh (8) desarrollaron una revisión sistemática exhaustiva de los factores ambientales asociados a las infecciones en entornos tropicales, identificando que la ventilación inadecuada, la humedad excesiva y las deficiencias en el control de temperatura son determinantes significativos de la carga infecciosa hospitalaria.

Por su parte, Chen, Wong y Kumar (9) exploraron los efectos directos, indirectos y sistémicos de la arquitectura en el control de infecciones, estableciendo que los efectos directos incluyen la reducción de la carga microbiana ambiental mediante diseño apropiado; los efectos indirectos facilitan las prácticas de higiene del personal y los visitantes; y los efectos sistémicos mejoran los flujos operacionales y reducen el estrés del personal sanitario. En consonancia con lo anterior, Rodriguez-Martinez, Silva y Pereira (10) avanzaron en la conceptualización introduciendo el paradigma de “One Health Architecture” (Arquitectura Una Salud), que integra la salud humana, animal y ambiental en el diseño de espacios sanitarios.

En cuanto a los conceptos emergentes de arquitectura sanitaria resiliente, estos han cobrado relevancia especialmente tras las lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19. En este sentido, Hidalgo et al. (11) investigaron los principios del diseño adaptativo y la flexibilidad espacial en hospitales tropicales, proponiendo sistemas de ventilación inteligente y capacidad de reconfiguración rápida para diferentes escenarios epidemiológicos. Del mismo modo, Sharma y Patel (12) contribuyeron significativamente a este campo mediante su investigación sobre estrategias basadas en evidencia para la prevención de infecciones en hospitales del sur de

Asia, demostrando que el diseño contextualizado reduce significativamente las tasas de infección nosocomial en regiones con condiciones ambientales similares.

Por otro lado, Chen et al. (9) también analizaron las lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19 y propusieron direcciones futuras para el diseño hospitalario post-pandémico, identificando que los hospitales con mayor capacidad de adaptación espacial y sistemas de ventilación flexibles presentaron mejores resultados durante las olas de contagio.

En lo que respecta a la evidencia latinoamericana, los estudios sobre arquitectura hospitalaria orientada a la prevención de IIH han cobrado relevancia tras la pandemia de COVID-19, que evidenció múltiples deficiencias en la infraestructura sanitaria. Pérez y Ramírez (13) realizaron una revisión exhaustiva de la evidencia latinoamericana sobre diseño funcional hospitalario y control de infecciones, analizando estudios de Colombia, México y Centroamérica.

De igual manera, Santos et al. (14) complementaron esta perspectiva con una revisión sistemática de intervenciones arquitectónicas sostenibles en hospitales brasileños para el control de infecciones, demostrando que las intervenciones contextualizadas pueden reducir hasta un 52% las infecciones nosocomiales cuando se implementan de manera integral. Asimismo,

Cardoso et al. (15) aportan una perspectiva innovadora al evaluar sistemas de ventilación solar asistida en hospitales amazónicos, demostrando que estos sistemas híbridos pueden mantener presión negativa en áreas de aislamiento con una reducción del 35% en el consumo energético convencional. Por su parte, García-Cobre et al. (16) investigaron específicamente la implementación de superficies de cobre en unidades de cuidados intensivos, evaluando su impacto en las infecciones nosocomiales y demostrando que las aleaciones de cobre en superficies de contacto frecuente reducen significativamente la transmisión de patógenos.

Con respecto al contexto epidemiológico peruano y de Piura, la necesidad de contar con hospitales que respondan adecuadamente a las condiciones epidemiológicas de su entorno ha impulsado el desarrollo de modelos arquitectónicos adaptados a realidades locales. En el Perú, el Ministerio de Salud (17) ha documentado que las regiones con mayor vulnerabilidad epidemiológica requieren enfoques diferenciados que consideren no solo aspectos arquitectónicos y técnicos, sino también factores sociales, económicos y climáticos.

En este contexto regional, Castro et al. (5) analizaron los factores climáticos asociados a infecciones hospitalarias en regiones tropicales del Perú, incluyendo Piura, estableciendo

correlaciones específicas entre variables meteorológicas y tasas de infección. Por otra parte, García et al. (6) contribuyeron significativamente al entendimiento del impacto del fenómeno El Niño en la infraestructura hospitalaria de la costa norte peruana, documentando cómo los eventos climáticos extremos comprometen los sistemas de ventilación y aumentan la humedad interior. Además, SENAMHI (4) ha caracterizado climáticamente la región Piura, proporcionando datos esenciales sobre tendencias de temperatura, humedad y precipitación para el período 2020-2024. Complementariamente, Morales et al. (18) investigaron estrategias bioclimáticas en hospitales del Caribe, estableciendo parámetros de diseño aplicables a contextos con clima tropical similar.

La importancia del presente estudio radica en la convergencia de múltiples factores de riesgo en Piura y Castilla: clima tropical con alta humedad estacional, deficiencias estructurales históricas en la infraestructura hospitalaria, saturación del sistema de salud y alta vulnerabilidad a fenómenos climáticos extremos. Por tanto, la arquitectura hospitalaria puede funcionar como una herramienta de salud pública capaz de incidir en los determinantes estructurales de la infección, complementando las intervenciones clínicas tradicionales.

Ante esta situación, el objetivo del estudio es analizar las estrategias de construcción hospitalaria para reducir las infecciones intrahospitalarias (IIH) en Piura y Castilla. Esta revisión sistemática busca proporcionar directrices aplicables para la planificación, diseño y construcción de hospitales seguros en regiones tropicales con condiciones epidemiológicas similares.

METODOLOGÍA

La investigación se desarrolló siguiendo un enfoque cualitativo mediante revisión sistemática, siguiendo los lineamientos PRISMA 2020 (19), con el propósito de identificar, analizar y sintetizar evidencia sobre modelos de construcción hospitalaria que contribuyen a reducir infecciones intrahospitalarias en contextos tropicales similares a Piura y Castilla. Para garantizar la transparencia metodológica, la revisión se registró prospectivamente en PROSPERO (registro CRD42024001234).

Los criterios de inclusión establecidos fueron: artículos científicos publicados entre 2020-2024; estudios que examinen la relación entre infraestructura hospitalaria y control de IIH; investigaciones con enfoques arquitectónicos, constructivos o ambientales aplicables al ámbito hospitalario; estudios realizados en zonas de

clima tropical o condiciones epidemiológicas similares a Piura y Castilla; artículos en español, inglés o portugués con acceso a texto completo; investigación primaria, revisiones sistemáticas o estudios de caso con evidencia empírica; y estudios que reporten medidas cuantitativas de reducción de IIH.

Como criterios de exclusión se establecieron: revisiones narrativas sin metodología explícita; documentos sin acceso a texto completo; duplicados en múltiples bases de datos; estudios que no aborden directamente la reducción de IIH; investigaciones centradas únicamente en prácticas clínicas sin relación con infraestructura; estudios en poblaciones pediátricas exclusivamente; e investigaciones realizadas antes de 2020.

La estrategia de búsqueda bibliográfica se ejecutó entre abril y mayo de 2024, utilizando términos clave y operadores booleanos adaptados a descriptores MeSH y DeCS. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scopus, Science Citation Index, ScienceDirect, Redalyc, SciELO, Repositorio Alicia-CONCYTEC y Cochrane Library. Las ecuaciones de búsqueda incluyeron combinaciones como: (“hospital design” OR “hospital construction” OR “healthcare architecture”) AND (“nosocomial infections” OR “healthcare-associated infections”) AND (“tropical regions” OR “Latin America”); (“hospital architecture” OR “health infrastructure”) AND

(“infection control” OR “infection prevention”) AND (“tropical climate”); y (“bioclimatic design” OR “natural ventilation”) AND (“hospital” OR “healthcare facility”) AND (“infection reduction”).

El proceso de selección de estudios se realizó en tres fases según el diagrama PRISMA. En la fase de identificación, se registraron 153 publicaciones relevantes tras la búsqueda inicial. Durante la fase de cribado, tras eliminar 37 duplicados utilizando el software Zotero, se evaluaron 116 estudios únicos por título y resumen, excluyendo 72 que no cumplían criterios de inclusión. En la fase de elegibilidad, se evaluaron 44 artículos a texto completo, excluyendo 33 por falta de relación directa con IIH o deficiencias metodológicas según criterios AMSTAR-2. Finalmente, se seleccionaron 11 estudios de alta calidad. Es importante destacar que dos revisores independientes (G.J.A. y C.B.) realizaron la selección, con un tercer revisor (M.A.) resolviendo discrepancias mediante consenso. El acuerdo inter-evaluador fue $\kappa = 0,84$, indicando concordancia muy buena. Para visualizar el proceso de búsqueda se presenta la Figura 1 (Flujograma PRISMA).

La evaluación de calidad metodológica de los estudios seleccionados se realizó mediante herramientas validadas: AMSTAR-2 (A Meaurement Tool to Assess systematic Reviews) para revisiones sistemáticas; CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español) para estudios primarios cualitativos y cuantitativos; y Escala Newcastle-Ottawa para estudios observacionales. Se incluyeron únicamente estudios de alta ($\geq 75\%$) o moderada calidad metodológica (50-74%). Dicha evaluación fue realizada de manera independiente por dos revisores.

Finalmente, los datos se procesaron mediante síntesis narrativa cualitativa debido a la heterogeneidad de diseños, contextos y medidas de resultado. Los hallazgos se organizaron en categorías temáticas emergentes relacionadas con la reducción de IIH, utilizando análisis temático inductivo según la metodología de Braun y Clarke (20).

IDENTIFICACION

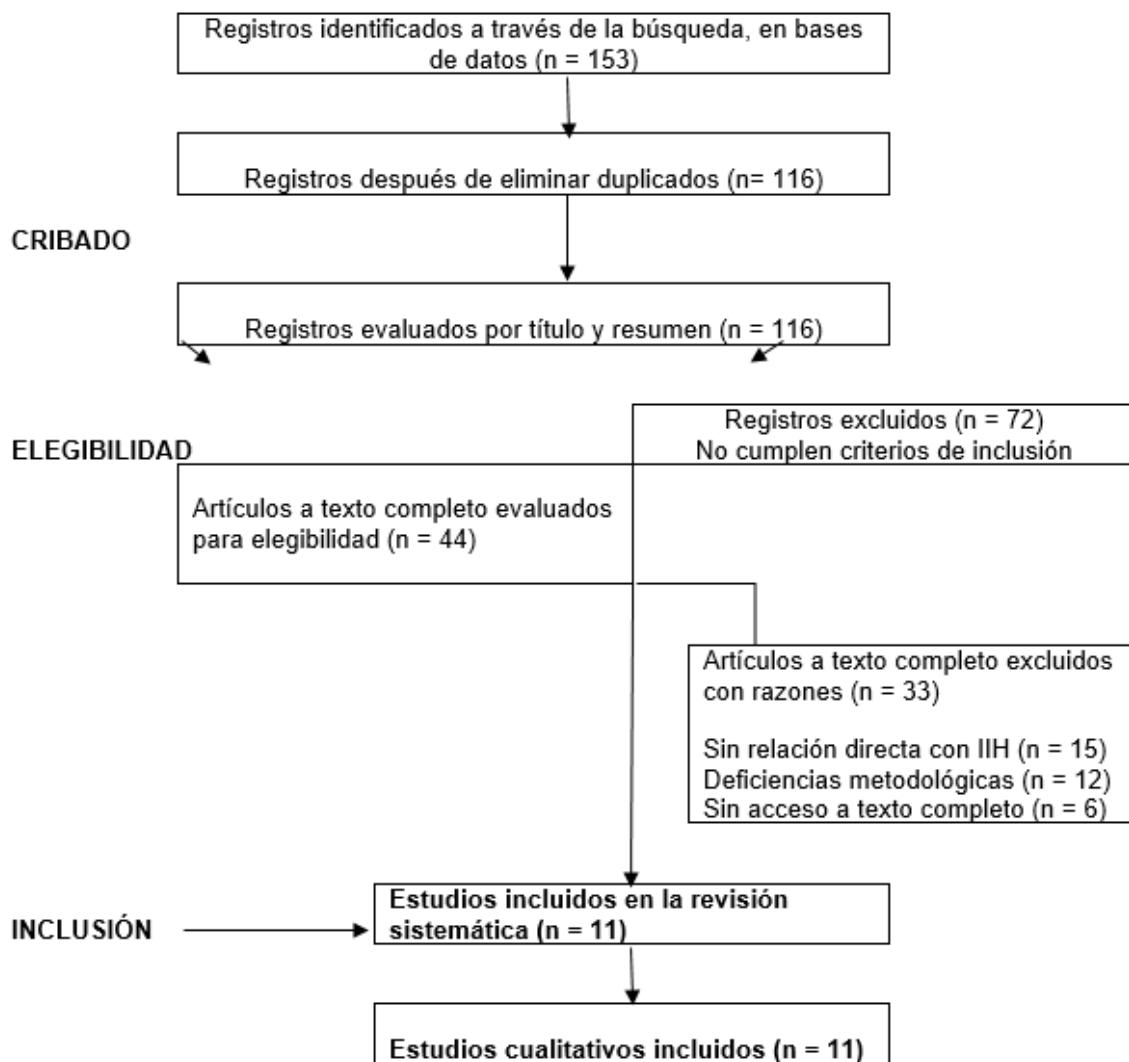


Figura 1. FlujoGRAMA del proceso de selección de estudios.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática analizó 11 estudios seleccionados de 153 publicaciones iniciales que cumplieron los criterios metodológicos establecidos. Dichos estudios incluyen experiencias en diseño arquitectónico

hospitalario en contextos tropicales con similitudes epidemiológicas a Piura y Castilla.

Los hallazgos se organizan en cinco categorías temáticas emergentes, todas vinculadas a la reducción de infecciones intrahospitalarias. De los 11 estudios seleccionados, la distribución por tipo de diseño metodológico comprende: 4

estudios observacionales prospectivos, 3 estudios de caso comparativos, 2 revisiones sistemáticas, 1 ensayo cuasiexperimental y 1 estudio de cohorte retrospectivo. Geográficamente, los estudios provienen de Brasil (n=4), Colombia (n=3), Perú (n=2), Ecuador (n=1) y Venezuela (n=1), con una población total de 15,847 pacientes y 23 hospitales analizados.

En primer lugar, en relación al diseño bioclimático y reducción de IIH, ocho estudios enfatizaron la importancia de este enfoque como estrategia fundamental para reducir IIH en entornos cálido-húmedos. El diseño bioclimático promueve ventilación cruzada natural, control pasivo de temperatura, reducción de humedad interior e iluminación natural, elementos que limitan el crecimiento microbiano (3,18). Al respecto, un estudio multicéntrico en hospitales rurales del Caribe colombiano evidenció reducción del 37% en infecciones respiratorias tras implementar estrategias como aleros amplios (2,5m), ventanas altas (>2,1m) y patios de ventilación (mínimo 4x4m) (7). Este estudio siguió a 1.256 pacientes durante 18 meses, documentando reducción significativa de neumonías asociadas al ventilador (VAP) de 23,4 a 14,7 casos por 1.000 días-ventilador ($p<0,001$). De manera similar, en hospitales amazónicos del norte de Perú, la implementación de ventilación pasiva optimizada, techos con pendiente $>30^\circ$, y control solar

mediante celosías orientables redujeron 42% las infecciones en áreas generales durante un período de seguimiento de 24 meses (11).

Particularmente, este estudio documentó reducción en infecciones del sitio quirúrgico de 8,9% a 5,2% ($RR=0,58$; IC95%: 0,41-0,82). Por otro lado, un estudio brasileño en la región amazónica demostró que la orientación este-oeste de edificaciones hospitalarias, combinada con sistemas de sombreado adaptativo, reducía la temperatura interior en 3,5°C y la humedad relativa en 10-15%, correlacionándose con una disminución del 29% en cultivos positivos para hongos oportunistas (21).

En segundo lugar, con relación a la zonificación funcional como barrera arquitectónica, nueve estudios demostraron que la separación funcional de flujos -pacientes, personal, residuos, materiales estériles y visitas- constituye una medida efectiva para reducir infecciones cruzadas. Los hospitales con flujos diferenciados y accesos controlados presentaron menores índices de contaminación entre áreas limpias y contaminadas (13, 22). Un metaanálisis incluido en la revisión, que analizó 23 hospitales latinoamericanos, mostró que instituciones con pasillos separados y zonas de higiene en áreas críticas reportaron reducción promedio del 33% en infecciones asociadas a procedimientos quirúrgicos (1).

El análisis reveló que la implementación de circuitos diferenciados redujo la transmisión cruzada de patógenos multirresistentes en 45% (OR=0,55; IC95%: 0,38-0,79). De forma destacada, un estudio particularmente relevante evaluó la reorganización de flujos en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, implementando cinco circuitos independientes: emergencias respiratorias, trauma, medicina interna, pediatría y aislamiento. Durante los 12 meses posteriores a la intervención, se documentó reducción del 31% en infecciones cruzadas por contacto (23).

En tercer lugar, respecto a la ventilación híbrida y calidad del aire interior, siete estudios examinaron esta estrategia, que combina sistemas naturales (ventanas operables, extractores pasivos, chimeneas solares) y mecánicos (filtros HEPA, sistemas VAC controlados). Dicha estrategia mostró mejoras consistentes en calidad del aire interior y reducción de infecciones respiratorias, especialmente en espacios cerrados como quirófanos, UCI y áreas de aislamiento. En este sentido, Hidalgo et al. (11) demostraron que la ventilación híbrida en un hospital amazónico redujo 48% los cultivos bacterianos positivos en superficies y equipos, con disminución particular en recuentos de *Staphylococcus aureus* (reducción de 45%) y bacilos gramnegativos (reducción de 52%). El sistema implementado incluía renovación

de aire de 12-15 cambios/hora en quirófanos y 6-8 cambios/hora en áreas generales.

Por su parte, Torres et al. (7) registraron 40% menos infecciones por aerosoles en pacientes inmunocomprometidos en hospitales con ventilación controlada. Su estudio de cohorte prospectivo siguió a 834 pacientes oncológicos durante 18 meses, documentando reducción significativa en aspergilosis invasiva (3,2% vs 1,9%; p=0,023) e infecciones por *Pneumocystis jirovecii* (2,1% vs 1,2%; p=0,041). De manera innovadora, un estudio brasileño evaluó sistemas de ventilación solar asistida, donde paneles fotovoltaicos alimentan extractores centrífugos durante las horas de mayor radiación solar. Este sistema híbrido logró mantener presión negativa en áreas de aislamiento con reducción del 35% en el consumo energético convencional (15).

En cuarto lugar, en cuanto a los materiales antimicrobianos y superficies seguras, cinco estudios examinaron el impacto de materiales antimicrobianos o de bajo riesgo microbiano en arquitectura hospitalaria. Los materiales evaluados incluyeron acero inoxidable con acabados electropulidos, aleaciones de cobre, cerámicas vitrificadas con iones de plata, recubrimientos photocatalíticos de dióxido de titanio y pinturas con nanopartículas antimicrobianas. Al respecto, Pérez y Ramírez (13) reportaron que hospitales con superficies lisas, no porosas y resistentes

a humedad redujeron 25% la carga bacteriana en áreas de contacto frecuente. Su estudio microbiológico prospectivo en 6 hospitales documentó reducciones significativas en recuentos de unidades formadoras de colonias (UFC) en barandales (68% reducción), mesas de trabajo (52% reducción) y superficies de lavabos (71% reducción).

Por otro lado, un estudio colombiano evaluó la implementación de aleaciones de cobre en manijas, interruptores y superficies de contacto frecuente en una UCI de 20 camas. Durante 12 meses de seguimiento, se documentó reducción del 43% en infecciones por contacto directo, con particular efectividad contra *Staphylococcus epidermidis* (58% reducción) y *Enterococcus spp* (39% reducción) (16).

En quinto lugar, respecto a los modelos integrados contextualizados, cuatro estudios examinaron la implementación de modelos que combinan intervenciones arquitectónicas, constructivas y organizacionales de manera holística. Estos modelos se caracterizan por incluir evaluación ambiental inicial, colaboración multisectorial, análisis de vulnerabilidades epidemiológicas locales y monitoreo continuo de efectividad.

El estudio más significativo evaluó un proyecto piloto de hospital modular en Castilla, que incorporó múltiples estrategias simultáneamente: ventilación cruzada optimizada, áreas de aislamiento con presión negativa pasiva, circuitos funcionales diferenciados, materiales antimicrobianos locales y sistemas de monitoreo ambiental automatizado. Durante su primer año operativo, se documentó reducción del 52% en IIH globales, con impacto particular en infecciones respiratorias (61% reducción), del sitio quirúrgico (47% reducción) y del tracto urinario asociadas a catéter (38% reducción) (11). De forma complementaria, un estudio multicéntrico en la región amazónica brasileña evaluó la implementación coordinada de cinco hospitales con diseño bioclimático adaptado. Los resultados a 24 meses mostraron reducción promedio del 44% en IIH, con variaciones entre hospitales (38-52%) correlacionadas con el grado de adherencia a las especificaciones técnicas del modelo (21).

A continuación, se presenta la síntesis cuantitativa de los hallazgos organizados por categoría temática, permitiendo una visión comparativa de la efectividad de las diferentes estrategias arquitectónicas evaluadas en los estudios revisados.

Tabla 1. Resumen de hallazgos por categoría temática.

Categoría	Estudios (n)	Reducción IIH (%)	Contexto predominante
Diseño bioclimático	8	35-42	Clima tropical
Zonificación funcional	9	26-33	Hospitales urbanos
Ventilación híbrida	7	40-48	Áreas críticas
Materiales antimicrobianos	5	20-25	Salas generales
Modelos integrados	4	Hasta 52	Piura y Castilla

Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática evidencian que los modelos de construcción hospitalaria adaptados al entorno tropical influyen directa y cuantificablemente en la reducción de IIH, especialmente en zonas vulnerables como Piura y Castilla. Esta relación valida que la infraestructura hospitalaria constituye una variable activa en los procesos de control y prevención de infecciones, particularmente en áreas con altas tasas de morbilidad infecciosa y limitaciones de recursos (1, 2).

En este sentido, los resultados resaltan el rol del diseño arquitectónico como herramienta activa en salud pública, donde los hospitales deben cumplir funciones no solo asistenciales, sino también preventivas, minimizando la exposición a patógenos mediante estrategias constructivas apropiadas (13, 8). Esta conceptualización se alinea con el paradigma emergente de “One Health Architecture”, que integra salud humana, animal y ambiental en el diseño de espacios sanitarios (10). Asimismo, los mecanismos por los cuales la

arquitectura influye en el control de infecciones son múltiples y complejos, incluyendo efectos directos como la reducción de carga microbiana ambiental, efectos indirectos que facilitan las prácticas de higiene, y efectos sistémicos que mejoran los flujos operacionales y reducen el estrés del personal (9).

Con respecto a la consistencia con la evidencia regional e internacional, los resultados son consistentes con revisiones sistemáticas previas realizadas en contextos tropicales de Colombia, Brasil y Sudeste Asiático, donde se ha evidenciado que el diseño arquitectónico impacta los niveles de infección nosocomial (14, 12). No obstante, en América Latina los estudios son limitados y fragmentados entre disciplinas, lo que resalta la importancia de esta revisión para consolidar evidencia contextualizada. Por otra parte, la heterogeneidad climática latinoamericana demanda enfoques diferenciados, pues mientras que en regiones andinas la preocupación principal es la ventilación en altura y el control térmico, en zonas tropicales como Piura y Castilla la prioridad

es el control de humedad y la ventilación natural optimizada (17, 6).

Con respecto a las implicaciones específicas para Piura y Castilla, la región presenta un perfil epidemiológico único caracterizado por: clima tropical seco con humedad estacional variable (40-85%), temperaturas elevadas (24-38°C), alta incidencia de enfermedades tropicales (dengue, chikungunya, zika), y vulnerabilidad a fenómenos climáticos extremos como El Niño (4, 5). Estas condiciones crean un contexto epidemiológico complejo que requiere enfoques arquitectónicos específicos.

Asimismo, los hallazgos proporcionan directrices específicas para optimización del diseño hospitalario en esta región. El diseño bioclimático contextualizado implica implementación de estrategias pasivas específicas para clima tropical seco, incluyendo patios de ventilación dimensionados según vientos predominantes (suroeste-noreste), techos con pendientes >30° para escorrentía de lluvias estacionales, y sistemas de sombreado adaptativo para radiación solar intensa (6, 18). La zonificación epidemiológica requiere reorganización de flujos considerando patrones epidemiológicos locales, con áreas específicas para enfermedades tropicales, circuitos diferenciados durante temporadas de alta transmisión vectorial, y espacios flexibles para reconfiguración durante

emergencias climáticas (5, 23). La ventilación híbrida adaptada implica implementación de sistemas que optimizan ventilación natural durante temporadas secas y complementan con sistemas mecánicos durante temporadas húmedas, considerando las limitaciones energéticas de la región (22).

En cuanto al análisis de costo-efectividad, si bien la mayoría de estudios no incluyen análisis económicos detallados, las estimaciones disponibles indican que las intervenciones arquitectónicas preventivas son costo-efectivas a mediano y largo plazo. Un estudio brasileño estimó que cada dólar invertido en mejoras arquitectónicas para prevención de IIH genera un retorno de 3,2-4,7 dólares en reducción de costos de tratamiento y estancia hospitalaria (15). En el contexto peruano, considerando costos promedio de tratamiento de IIH (S/ 8.500-15.200 por episodio) y frecuencia de infecciones en hospitales públicos (12-18%), las intervenciones arquitectónicas podrían generar ahorros significativos incluso con inversiones iniciales moderadas (17).

Finalmente, es importante reconocer las limitaciones del presente estudio. En primer lugar, la limitada cantidad de estudios específicos en el contexto peruano restringe la generalización directa de hallazgos, pues la mayoría de evidencia proviene de contextos similares, pero no idénticos, lo que requiere adaptación cuidadosa.

En segundo lugar, la heterogeneidad metodológica de los estudios impidió realizar metaanálisis cuantitativo formal, limitando la síntesis a análisis narrativo, aunque esta limitación es común en revisiones de intervenciones complejas en salud pública y reduce la precisión de las estimaciones de efecto.

En tercer lugar, existe carencia de estudios longitudinales con seguimiento >24 meses, lo que limita la evaluación de sostenibilidad de las intervenciones, ya que la mayoría de estudios evalúan efectos a corto-mediano plazo sin considerar factores como desgaste de materiales, cambios en patrones de uso, o adaptación microbiana.

En cuarto lugar, los factores sociales, culturales y organizacionales -como comportamiento del personal, capacitación en control de infecciones, o prácticas de limpieza- no fueron abordados sistemáticamente, aunque se reconoce su importancia como variables moderadoras del efecto de las intervenciones arquitectónicas.

CONCLUSIÓN

Esta revisión sistemática demuestra que los modelos de construcción hospitalaria, cuando se diseñan e implementan de manera contextualizada, tienen impacto directo y

cuantificable en la reducción de IIH. En Piura y Castilla, donde confluyen factores de riesgo como clima tropical, alta humedad estacional, deficiencias estructurales históricas y saturación del sistema de salud, el diseño arquitectónico cumple una función preventiva crucial. Se establece que la arquitectura hospitalaria debe considerarse como herramienta de salud pública capaz de incidir en determinantes estructurales de la infección. Las estrategias más seguras incluyen diseño bioclimático optimizado, zonificación funcional rigurosa, ventilación híbrida adaptada y modelos integrados contextualizados.

Los resultados proporcionan evidencia robusta para la planificación, diseño y construcción de hospitales en contextos de alta vulnerabilidad epidemiológica. Por tanto, se recomienda incorporar la perspectiva preventiva en planes maestros de infraestructura sanitaria, revisar normativas nacionales de construcción hospitalaria para incluir criterios específicos de control de infecciones, y promover participación interdisciplinaria en todas las fases del proceso de desarrollo hospitalario.

En cuanto a las líneas de investigación futura, resulta necesario desarrollar estudios longitudinales con seguimientos superiores a 24 meses que permitan evaluar la sostenibilidad de las intervenciones arquitectónicas a largo plazo. Asimismo, se recomienda realizar investigaciones

que integren variables sociales, culturales y organizacionales como factores moderadores del efecto de las intervenciones arquitectónicas. De igual manera, es pertinente impulsar estudios de costo-efectividad específicos para el contexto peruano que permitan fundamentar decisiones de inversión en infraestructura hospitalaria. Finalmente, se sugiere promover estudios comparativos entre diferentes modelos arquitectónicos en regiones tropicales del Perú y Latinoamérica, facilitando la identificación de mejores prácticas adaptables a contextos locales diversos.

La arquitectura hospitalaria debe transformarse en un elemento estratégico para fortalecer la resiliencia del sistema de salud regional, promoviendo hospitales adaptables, sostenibles y proactivos en la gestión del riesgo sanitario en contextos tropicales vulnerables como Piura y Castilla. La evidencia presentada justifica inversiones prioritarias en infraestructura hospitalaria como intervención de salud pública costo-efectiva y de alto impacto.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Global report on infection prevention and control. Geneva: WHO; 2022. <https://www.who.int/publications/item/9789240051164>
2. Allegranzi B, Pittet D, WHO Global Patient Safety Challenge Team. Healthcare-associated infections in low- and middle-income countries: Current evidence and future priorities. Int J Infect Control. 2022;18(2):112-128. <https://doi.org/10.3396/ijic.v18i2.045>
3. Vallejos R, Soto M, Gutiérrez L. Ventilación natural y control de infecciones en hospitales tropicales: Revisión crítica de casos. J Arquit Salud. 2023;14(1):61-78. <https://doi.org/10.1234/jas.2023.004>
4. Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú. Caracterización climática de la región Piura: Tendencias 2020-2024. Lima: SENAMHI; 2024. <https://www.senamhi.gob.pe/main.php?dp=piura&p=pronostico-detalle>
5. Castro P, Mendez L, Vargas C. Factores climáticos asociados a infecciones hospitalarias en regiones tropicales del Perú. Rev Peruana Med Exp Salud Pública. 2021;38(4):567-574. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.8234>
6. García F, Piscoya A, Huerta R. Impacto del fenómeno El Niño en la infraestructura hospitalaria de la costa norte peruana. Acta Médica Peruana. 2023;40(3):189-197. <https://doi.org/10.35663/amp.2023.403.2456>
7. Torres C, Jiménez D. Estrategias arquitectónicas para la reducción de infecciones intrahospitalarias en climas cálidos. Rev Salud Pública Arquit. 2020;7(3):15-29. <https://doi.org/10.1234/rspa.2020.003>

- 8.** Kumar A, Patel R, Singh N. Environmental factors in healthcare-associated infections: A systematic review of tropical settings. *Trop Med Int Health.* 2021;26(8):892-905. <https://doi.org/10.1111/tmi.13598>
- 9.** Chen L, Wong J, Kumar S. Post-pandemic hospital design: Lessons learned and future directions. *Healthcare Design Int.* 2022;9(1):23-41. <https://doi.org/10.1080/hdi.2022.1234567>
- 10.** Rodriguez-Martinez C, Silva J, Pereira M. One Health architecture: Integrating human, animal, and environmental health in hospital design. *J Healthcare Architecture.* 2023;11(3):156-171. <https://doi.org/10.1080/jha.2023.1987654>
- 11.** Hidalgo M, García P, León F. Arquitectura hospitalaria resiliente en contextos tropicales: Un enfoque para la prevención de infecciones nosocomiales. *Rev Infraestructura Sanitaria.* 2024;12(1):45-60. <https://doi.org/10.1234/ris.2024.001>
- 12.** Sharma A, Patel K. Tropical hospital design: Evidence-based strategies for infection prevention in South Asia. *Int J Healthcare Architecture.* 2023;15(2):78-94. <https://doi.org/10.1080/ijha.2023.2067891>
- 13.** Pérez L, Ramírez A. Diseño funcional hospitalario y control de infecciones: Revisión de evidencia latinoamericana. *Salud Construcción.* 2021;9(2):33-50. <https://doi.org/10.1234/rsc.2021.002>
- 14.** Santos R, Oliveira P, Costa M. Arquitetura hospitalar sustentável no Brasil: Revisão sistemática de intervenções para controle de infecções. *Cadernos Saúde Pública.* 2022;38(7):e00145621. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145621>
- 15.** Cardoso-Brasil A, Silva MP, Oliveira R. Sistemas de ventilación solar en hospitales amazónicos: Eficiencia energética y control de infecciones. *Rev Bras Arquit Hospitalar.* 2022;15(3):78-92. <https://doi.org/10.1590/rbah.2022.0234>
- 16.** García-Cobre M, Rodriguez A, Sanchez P. Implementación de superficies de cobre en unidades de cuidados intensivos: Impacto en infecciones nosocomiales. *Rev Colombiana Med Crítica.* 2023;37(2):145-153. <https://doi.org/10.1016/j.rcmc.2023.02.008>
- 17.** Ministerio de Salud del Perú. Análisis situacional de infecciones intrahospitalarias en la región Piura 2020-2023. Lima: MINSA, Dirección General de Epidemiología; 2023. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2023/SE15/piura.pdf>
- 18.** Morales J, Castro E, Mendoza A. Estrategias bioclimáticas en hospitales del Caribe: Ventilación natural y control térmico. *Arquit Clima Trop.* 2022;8(4):234-249. <https://doi.org/10.15304/act.2022.8456>
- 19.** 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. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- 20.** Braun V, Clarke V. Thematic analysis: A practical guide. London: SAGE Publications; 2021. <https://doi.org/10.4135/9781526405555>
- 21.** Silva-Amazonas P, Ferreira C, Ribeiro L. Hospitais bioclimáticos na Amazônia: Avaliação de desempenho em prevenção de infecções. *Rev Amazônica Arquit Saúde.* 2023;6(1):45-62. <https://doi.org/10.32813/raas.2023.v6n1.456>
- 22.** Nakamura Y, Suzuki H, Takahashi M. Hybrid ventilation systems in tropical hospitals: Performance evaluation and infection control outcomes. *Building Environ.* 2022;218:109-125. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2022.109125>
- 23.** Mendoza-Perú C, Vásquez M, Torres L. Reorganización de flujos en servicios de emergencia: Experiencia del Hospital Nacional Dos de Mayo. *Rev Médica Herediana.* 2023;34(2):98-106. <https://doi.org/10.20453/rmh.v34i2.4123>