

 <b>SALUD</b> <small>MINISTERIO DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>HOSPITAL REGIONAL ASA ESPECIALIDAD 2017</small>	Código: <b>MP - DM - SSC -  UVEH - 01</b>  Rev. 2  Hoja: 0 de 121
--	---------------------------------	--	--

**HRAEB - MP - DM - SSC - UVEH - 01 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIDAD  
DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA**

FIRMA DE AUTORIZACIÓN	FECHA
 <b>Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez</b> <b>Director General del HRAEB</b>	          <b>07 de Junio 2023</b>

## ÍNDICE

		Página
I.	INTRODUCCIÓN .....	2
II.	OBJETIVO DEL MANUAL .....	4
III.	MARCO JURÍDICO .....	5
IV.	PROCEDIMIENTOS.....	8
	1. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	8
	2. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS).....	36
	3. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS .....	51
	4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES.....	68
	5. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD.....	79
	6. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES.....	87
	7. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS).....	99

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Crofne Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

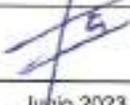
## I. INTRODUCCIÓN

Este documento describe a detalle los puntos de responsabilidad de cada uno de los trabajadores del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) en cuanto a la prevención de la adquisición de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) tanto en los pacientes como en el personal de salud, familiares de pacientes, visitantes y proveedores que acuden a este hospital, los eventos relacionados a la exposición a secreciones corporales, los lineamientos para el manejo correcto de residuos peligrosos biológico infecciosos, la capacitación en temas referentes a prevención y control de IAAS y la vigilancia de su cumplimiento, así como la notificación de casos sujetos a notificación obligatoria y la vacunación del personal de salud.

Se deben establecer mecanismos permanentes de vigilancia epidemiológica que permitan el manejo ágil y eficiente de la información necesaria para la prevención y el control de IAAS, por lo que es indispensable establecer los procedimientos y criterios institucionales que orienten y faciliten el trabajo del personal que se encarga de estas actividades dentro del HRAEB.

Las IAAS representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de complicaciones médicas y letalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico. Las IAAS representan una de las principales complicaciones médicas, particularmente si el paciente se encuentra grave, con alguna inmunosupresión o si es sometido a procedimientos o dispositivos invasivos. Sin embargo, estas se pueden prevenir si se aplican una serie de medidas básicas como la higiene de manos y las descritas en los aislamientos de pacientes (precauciones basadas en la transmisión), así como en los paquetes de prevención de IAAS.

El presente Manual de Procedimientos de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) permite normar la manera en la que se realizan las actividades que previenen factores de riesgo identificados para la incidencia de IAAS, identificar el incremento en el número de casos más allá de lo esperado e iniciar las actividades necesarias para limitar el daño que esto puede causar, tanto en morbilidad como en letalidad. Por lo anterior, los principales objetivos de este manual son la detección, prevención y control de las IAAS.

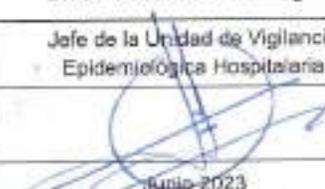
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>MP – DM – SSC – UVEH – 01</b>
			Rev. 2
			Hoja: 3 de 121

En este documento se resumen las características sobresalientes de las infecciones intrahospitalarias, según los criterios vigentes la segunda revisión 2009 de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, así como en la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA2-2009, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

El lenguaje empleado en las presentes disposiciones no busca generar ninguna clase de discriminación, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones hechas al género masculino o femenino representan siempre a todos/as, hombres y mujeres, abarcando claramente ambos sexos y así en todas las siguientes referencias de los siguientes siete procedimientos se podrá poner trabajador o enfermera sin tener que poner trabajador(a) o enfermera(o).

En este manual también se hace énfasis en la existencia, funcionamiento y responsabilidad del Comité para la Detección y el Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN), en cuyas sesiones se analizan y aprueban las políticas de prevención y control de infecciones al interior del HRAEB, así como las actividades en caso de brotes, contingencias y escenarios de brotes comunitarios o pandemias.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD S.S.T.S.	Código: <b>MP – DM – SSC –  LVEH – 01</b>
			Rev. 2
			Hoja: 4 de 121

## II. OBJETIVO DEL MANUAL

Describir las actividades para la realización de la vigilancia epidemiológica al interior del HRAEB, con base en la normatividad mexicana e internacional vigente y aplicable a todos los servicios de hospitalización y servicios ambulatorios, lo cual permita obtener información para el análisis del perfil epidemiológico de los padecimientos prioritarios para hospital que sean de utilidad para la toma de decisiones y la mejora de los procesos de atención médica, garantizando la calidad y seguridad del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Moisés Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>MP - DM - SSC - UVEH - 01</b> Rev. 2 Hoja: 5 de 121
---	---------------------------------	--	---

### III. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 05-II-1917, hasta su última reforma.

### LEYES

Ley General de Salud.  
D.O.F. 07-II-1984, hasta su última reforma.

### REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
D.O.F. 14-V-1986, hasta su última reforma.

### DECRETOS

Decreto por el que se modifica la fracción II del artículo 188 de la Ley General de Salud.  
D.O.F. 31-V-2000.

Decreto por el que se crea el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, como Organismo Descentralizado de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29-XI-2006.

### MANUALES

Manual de Estándares para Implementar el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales 2018: Apartados de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y Sistema PCI (Prevención y Control de Infecciones). Consejo de Salubridad General.

Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG Edición 2017. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Primera Edición 2016. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica RHOVE / Dirección General Adjunta de Epidemiología.

Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Actualización autorizada por el COMERI el 27 de julio de 2018.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

 <b>SALUD</b> <small>SISTEMA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</b> <small>2017</small>	Código: <b>MP – DM – SSC – UVEH – 01</b>
			Rev. 2
			Hoja: 6 de 121

### NORMAS OFICIALES MEXICANAS

NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.  
D.O.F.13-IX-2012.

NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.  
D.O.F. 10-XI-2010.

NOM – 016 – SSA2 – 2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.  
D.O.F. 11-IX-2012.

NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.  
D.O.F. 19-II-2013.

NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.  
D.O.F. 11-VII-2012.

NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.  
D.O.F. 01-VI-2011.

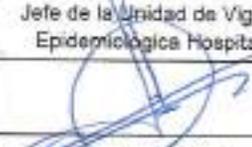
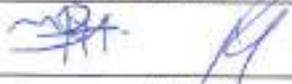
NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano.  
D.O.F. 28-IX-2012.

NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.  
D.O.F. 20-XI-2009.

NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico–infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003.

### OTRAS DISPOSICIONES

Estatuto Orgánico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>MP – DM – SSC – UVEH – 01</b>
			Rav. 2
			Hoja: 7 de 121

Aprobado en la Ciudad de México, a los treinta y un días del mes de enero de 2007, en la Primera Sesión Extraordinaria de la Junta de Gobierno del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, del ejercicio fiscal del año dos mil siete, y con sus últimas reformas aprobadas en fecha 29 de marzo de 2022.

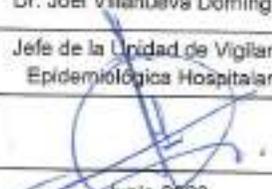
COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochoa Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 8 de 121

#### IV. PROCEDIMIENTOS

##### 1. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochoa Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 9 de 121

### 1.0 Propósito

- 1.1 Establecer los criterios a seguir para la prevención, vigilancia y control de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos otorgados en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).
- 1.2 Estandarizar el abordaje y seguimiento de la información referente a los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica, así como a las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).
- 1.3 Sistematizar la información que permita realizar toma de decisiones por parte de los responsables de todos los servicios del HRAEB.

### 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a la Dirección General, Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Enfermería, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Atención Hospitalaria, Subdirección de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales.
- 2.2 A nivel externo aplica a el Inversionista Proveedor (IP), Hospitales de la Secretaria de Salud, a la Dirección General de Epidemiología, a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

### 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

1.0  
2.0  
3.0

- 3.1 El Personal de la UVEH ejecuta la vigilancia epidemiológica, misma que se debe coordinar, supervisar y evaluar con base a las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:
  - NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica
  - NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

1.0  
2.0  
3.0  
3.1

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

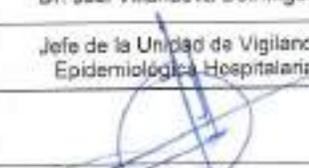
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 10 de 121

- 3.2 La revisión de pacientes que realiza el Personal de Enfermería de la UVEH, se debe realizar de manera diaria de forma presencial y adicionalmente consultar los datos requeridos por la hoja maestra de vigilancia epidemiológica en el expediente clínico electrónico conforme al rol establecido por el Jefe de la UVEH. (Ver Anexo 10.1 HRAEB – DPEI – EPID – 01 – B Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica).
- 3.3 La información clínica recabada de la visita de vigilancia epidemiológica y revisión clínica de los pacientes hospitalizados se debe registrar en la Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica, la cual se llena en los pacientes con sospecha o confirmación de IAAS, con cinco o más días de estancia hospitalaria, o bien en el 100% de los pacientes que se encuentren en áreas críticas como Terapias Intensivas y Trasplantes. (Ver Anexo 10.1).
- 3.4 El Personal de Enfermería de la UVEH debe identificar y notificar al Jefe de la UVEH, los pacientes con IAAS para su análisis, así como los pacientes con padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica para la realización del estudio epidemiológico correspondiente y la notificación del caso a las autoridades sanitarias. (Ver Anexo 10.2 Bitácora de registros de IAAS del HRAEB).
- 3.5 Durante la realización de las actividades de vigilancia epidemiológica, el personal de la UVEH no debe emitir juicios acerca del trabajo del personal de salud, se limita a recabar y analizar la información y notificar los desapegos de manera verbal al jefe de Servicio correspondiente o bien al inmediato superior para que este a su vez realice las acciones correctivas correspondientes.
- 3.6 El Personal de la UVEH debe registrar la información en las plataformas electrónicas oficiales designadas para este fin, así como verificar que ésta sea completa, veraz y oportuna, así como dar seguimiento a los requerimientos de información que requiera la autoridad sanitaria correspondiente.
- 3.7 El manejo de la información se debe basar en el principio de confidencialidad por parte de todos los integrantes de la UVEH, así mismo al realizar los estudios epidemiológicos de los casos sujetos a notificación obligatoria, la información no se debe compartir excepto con la autoridad sanitaria correspondiente.
- 3.8 Es responsabilidad del Médico Tratante, realizar los estudios epidemiológicos de los casos sujetos a notificación obligatoria en el formato correspondiente con respecto a la patología de que se trate en estricto apego a los criterios de confidencialidad de los datos recabados.
- 3.9 El Jefe de la UVEH debe notificar en el informe mensual del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y dar seguimiento a todas y cada una de las IAAS de acuerdo con los criterios y plazos determinados por las instancias de la Secretaría de Salud y la RHOVE.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mesqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 11 de 121

- 3.10 Es responsabilidad de los Jefes de Servicio quienes conforman el CODECIN, realizar la difusión de la información y los acuerdos tomados en este Comité con el personal a cargo de sus servicios.
- 3.11 Todo el Personal de Salud involucrado en la atención de los pacientes en el HRAEB se debe apegar a las recomendaciones de la UVEH y del CODECIN, en particular el apego a las precauciones estándar y las precauciones basadas en la transmisión.
- 3.12 El Personal Médico debe indicar en la hoja de indicaciones del expediente clínico, el tipo de aislamiento que corresponde a cada paciente (estándar, contacto, gotas, vía aérea, protector), y el Personal de Enfermería a cargo del paciente debe colocar las tarjetas de aislamiento de pacientes en la cabecera de la unidad del paciente.
- 3.13 Es responsabilidad del Jefe de Servicio de Enfermería y/o Supervisor de Enfermería junto con el Personal de Enfermería de la UVEH, deben verificar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de IAAS.
- 3.14 Los Jefes de Servicio que detecten cambios en los indicadores de seguimiento interno o comportamiento inusual en infecciones que el Personal de la UVEH le informa mensualmente de los casos de IAAS, deben vincularse con el Jefe de la UVEH para coordinar las acciones a llevar a cabo, las cuales estén encaminadas a la prevención y control de infecciones que amerite cada caso en particular.
- 3.15 Los Jefes de Servicio tanto del Área Médica como de Enfermería deben atender las recomendaciones emitidas por el personal de la UVEH respecto a los desapegos en las indicaciones de las medidas de aislamiento y la ejecución de las indicaciones propias de cada uno de los aislamientos de pacientes identificados durante el recorrido de vigilancia epidemiológica por el Personal de Enfermería de la UVEH.
- 3.16 Los casos de notificación obligatoria de acuerdo con la normatividad aplicable vigente, se deben reportar por el Jefe de la UVEH a la autoridad sanitaria en los plazos establecidos en la normatividad aplicable vigente, vía correo electrónico en formato de estudio epidemiológico. (Ver Anexo 10.3 Estudios Epidemiológicos de Casos de Notificación Epidemiológica).
- 3.17 Es responsabilidad del Personal de la UVEH, coordinar el envío de muestras con la Subdirección de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales, en caso de que el estudio de caso lo amerite, para así coordinar el envío de muestras de secreciones al Laboratorio Estatal de Salud Pública con la finalidad de la confirmación del caso de acuerdo con la normatividad aplicable vigente para el caso de los padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 12 de 121

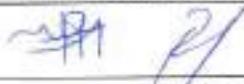
- 3.18 El Jefe de la UVEH es responsable de realizar los informes correspondientes requeridos por el CODECIN, la Dirección Médica, la Dirección General, la Jurisdicción Sanitaria, La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) en lo relacionado a padecimientos de importancia epidemiológica que se requieran.
- 3.19 En caso de brotes comunitarios o pandemia, el Personal de la UVEH debe difundir, coordinar y documentar las actividades y disposiciones definidas por la autoridad sanitaria correspondiente al interior del HRAEB, tales como: identificación de pacientes sospechosos y confirmados de la enfermedad de que se trate, tomas de muestra, envío de muestras al Laboratorio Estatal de Salud Pública, reporte de casos, informes extraordinarios requeridos, notificación de defunciones derivadas de la pandemia o brote y todas las actividades de prevención y control que defina la Secretaría de Salud.
- 3.20 El Personal de Salud realiza la notificación de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela, derivados de la falta de cumplimiento de estas políticas en la plataforma electrónica destinada para este fin al interior del HRAEB, con la finalidad de que los incidentes relacionados a la seguridad del paciente se analicen en el COCASEP. (Ver Anexo 10.4 Formato de Notificación de Incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 13 de 121

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Revisión diaria de todos los pacientes hospitalizados en el HRAEB	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
<p>1.1 Realiza revisión física diaria todos los pacientes hospitalizados y adicionalmente verifica del expediente electrónico y los reportes de microbiología la información relevante para el análisis de la evolución clínica del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente Clínico.</li> </ul> <p>1.2 Registra la información extraída de esta revisión con base en lo requerido por la Hoja Maestra de Vigilancia Epidemiológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica.</li> </ul>	
Etapa 2.0 Identificación de los factores de riesgo	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
<p>2.1 Identifica los factores de riesgo asociados a IAAS, de acuerdo con la política 3.4.</p> <p>2.2 Notifica los casos identificados al Jefe de la UVEH de manera verbal y estos se integran al Informe del CODECIN y se notifican a la plataforma electrónica de la RHOVE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica.</li> </ul>	
Etapa 3.0 Análisis de los casos sujetos a vigilancia epidemiológica	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
3.1 Analiza los casos de IAAS y confirma al jefe de la UVEH el padecimiento sujeto a vigilancia epidemiológica que se va a registrar.	
Etapa 4.0 Registro de los casos de IAAS	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
4.1 Registra en las bitácoras de la UVEH, la información requerida de cada uno de los casos identificados de IAAS.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bitácoras de IAAS.</li> </ul>	
Etapa 5.0 Registro de los casos sujetos a vigilancia epidemiológica	Responsable: Jefe de la UVEH
5.1 Registra en la plataforma de la RHOVE los casos de IAAS analizados en la UVEH.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema electrónico.</li> </ul>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 14 de 121

- 5.2 Realiza el estudio epidemiológico de caso.
- Estudios Epidemiológicos de Casos de Notificación Epidemiológica.
- 5.3 Informa a la autoridad sanitaria del programa correspondiente en la Jurisdicción Sanitaria.
- Base de datos de la plataforma de información del SINAVE correspondiente a la RHOVE.
  - Estudios Epidemiológicos de Casos de Notificación Epidemiológica

Etapa 6.0 Presentación del Informe de Resultados	Responsable: Jefe de la UVEH
--	---------------------------------

- 6.1 Elabora informe mensual el cual contiene la información epidemiológica previamente analizada de las infecciones IAAS del mes en curso.
- Informe mensual del IAAS.
- 6.2 Notifica los casos sujetos a vigilancia epidemiológica ocurridas durante la semana previa al responsable de Epidemiología en la Jurisdicción Sanitaria con periodicidad.
- Informe mensual de IAAS.
  - Reporte de SUIVE a Jurisdicción Sanitaria Semanal.
- 6.3 Presenta el informe durante la sesión ordinaria del CODECIN.
- Informe mensual del CODECIN.

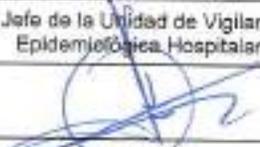
Etapa 7.0 Sesión del CODECIN	Responsable: Integrantes del CODECIN
------------------------------	---

- 7
- 7.1 Emite recomendaciones de las áreas de oportunidad identificadas en el análisis epidemiológico presentado, mismas que quedarán registradas en la minuta y el formato de seguimiento de acuerdos de la sesión correspondiente.
- Minuta de la sesión del CODECIN.
  - Formato de seguimiento de acuerdos del CODECIN
  - Informe mensual del CODECIN

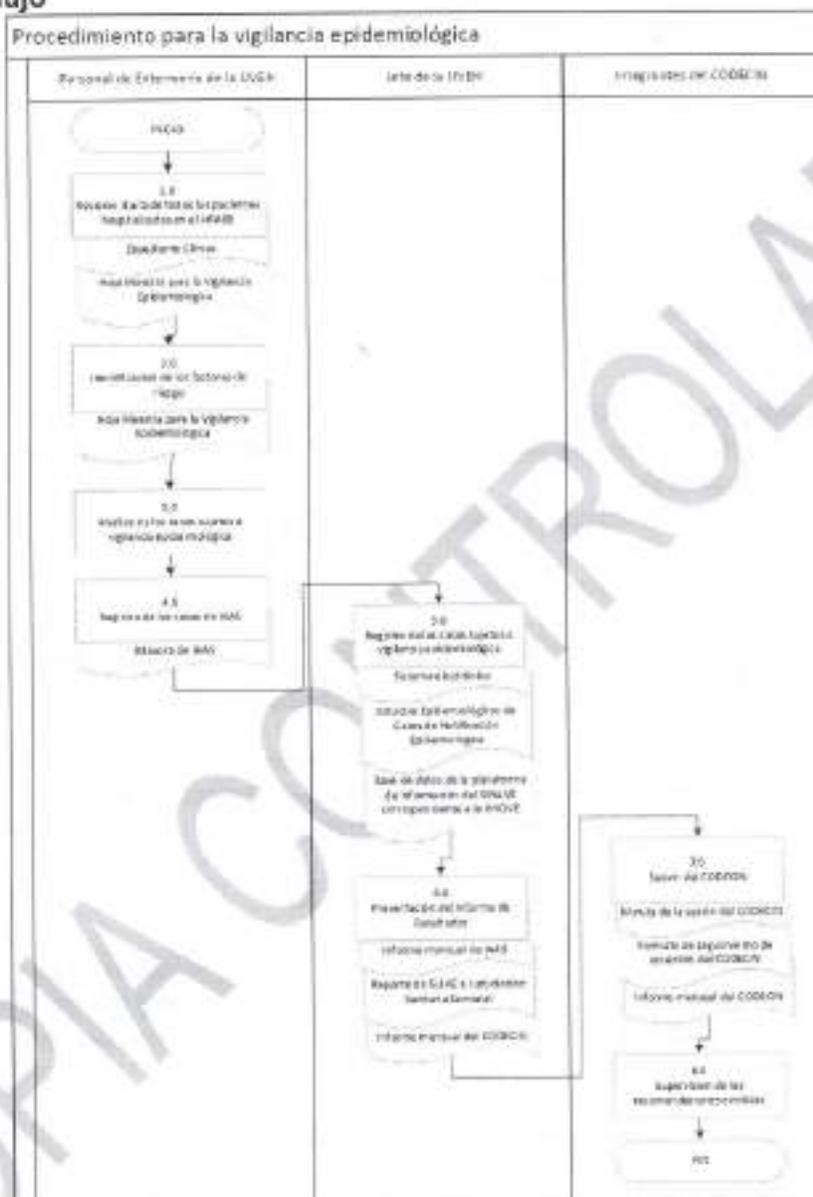
Etapa 8.0 Supervisión de las recomendaciones emitidas	Responsable: Integrantes del CODECIN
---	---

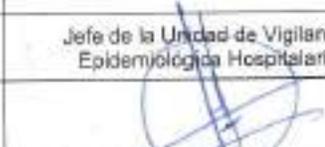
- 8.1 Supervisan que las recomendaciones emitidas por el CODECIN se lleven a cabo en la práctica hospitalaria.

**TERMINA EL PROCEDIMIENTO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mesqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio-2023	Junio 2023	Junio 2023

### 5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 16 de 121

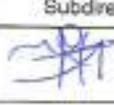
## 5.0

### 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Publicado en el D.O.F. 19 de febrero de 2013.	No Aplica
NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F., 20 de noviembre 2009.	No Aplica
Manual de Estándares para Implementar el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales 2018: Apartados de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y Sistema PCI (Prevención y Control de Infecciones). Consejo de Salubridad General.	No Aplica
Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG. Edición 2017. Consejo de Salubridad General. Publicado en <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf</a>	No Aplica
Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Primera Edición 2016. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica RHOVE / Dirección General Adjunta de Epidemiología. Publicado en <a href="http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHOVE.pdf">http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHOVE.pdf</a>	No Aplica
Plan Nacional de Salud 2019 - 2024. Publicado en el D.O.F., el 12 de julio de 2019.	No Aplica
Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Actualización autorizada por el COMERI el 27 de julio de 2018.	No Aplica

### 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica	5 años	UVEH	HRAEB-DPEI-EPID-01-B
Bitácoras de IAAS	Permanente	UVEH	No Aplica
Carpeta de IAAS	Permanente	UVEH	No Aplica

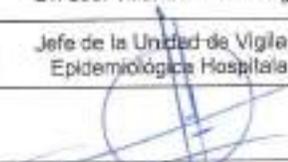
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mesqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 17 de 121

Base de datos de IAAS	Permanente	UVEH	No Aplica
Minutas CODECIN	Permanente	UVEH	No Aplica
Acuerdos CODECIN	Permanente	UVEH	No Aplica
Informe Mensual CODECIN	Permanente	UVEH	No Aplica

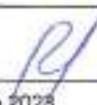
## 8.0 Glosario

- 8.1 Caso de infección asociada a la atención de la salud:** A la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital.
- 8.2 Caso descartado de infección asociada a la atención de la salud:** Al caso que no cumple con los criterios, al demostrar que la infección se adquirió fuera del hospital, o en el que haya evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento.
- 8.3 Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN):** Al organismo conformado por el epidemiólogo y/o infectólogo, clínicos y administradores de los servicios de salud, que coordinan las actividades de prevención, detección, control, registro, notificación, análisis de la información, capacitación y análisis de la información de las infecciones nosocomiales.
- 8.4 Cuasifalla:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que no ocasiona daño al paciente.
- 8.5 Evento adverso:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño leve o moderado al paciente, pero que es reversible.
- 8.6 Evento centinela:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño grave e irreversible al paciente, o bien la muerte del paciente.
- 8.7 Factores de riesgo de infección asociada a la atención de la salud:** A las condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección, dentro de las que se encuentran el diagnóstico de ingreso, enfermedad de base o concomitante del paciente, el área física, insumos médicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, políticas del hospital y capacitación al personal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 18 de 121

- 8.8 Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica:** Es el documento en el que se incluyen todas las actividades que se realizan durante la identificación de factores de riesgo para la adquisición de infecciones intrahospitalarias y la documentación de todos los factores de riesgo para ocurrencia de IAAS.
- 8.9 Incidente:** Suceso repentino no deseado que ocurre por desapego a las actividades establecidas en los procesos de prevención y control de infecciones.
- 8.10 Incidencia:** Número de casos nuevos de enfermedad que se presenta en un período de tiempo determinado.
- 8.11 Infección asociada a la atención de la salud (IAAS):** A la multiplicación de un microorganismo dentro de un huésped, que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización del paciente.
- 8.12 Información epidemiológica:** A la acción y efecto de informar (notificar o comunicar) con relación a las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia, que afectan a la población.
- 8.13 Notificación:** A la acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, por parte de las unidades del Sistema Nacional de Salud.
- 8.14 Personal de Salud:** Trabajadores de la plantilla del hospital que desempeñan actividades clínicas, administrativas o relacionadas a los servicios generales de la operación institucional.
- 8.15 Prevención de infección asociada a la atención de la salud:** A la aplicación de medidas para evitar o disminuir la incidencia de las infecciones dentro del hospital.
- 8.16 Registro:** A la inscripción de información comprobable, que puede comprender la anotación numérica o nominal de casos, contactos, enfermedad o evento, mediante los instrumentos apropiados.
- 8.17 Residuos Biológicos Infecciosos (RPBI):** Todo aquel residuo que contenga material biológico o secreciones corporales los cuales presenten un riesgo para la salud del trabajador del hospital o del medio ambiente.
- 8.18 Tarjetas de aislamiento:** Tarjeta en la que se plasman las precauciones de aislamiento estándar, así como las precauciones basadas en la transmisión de padecimientos infectocontagiosos (estándar, por contacto, por gotas, por vía aérea, aislamiento protector).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 19 de 121

**8.19 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH):** Es la instancia operativa a nivel hospitalario, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.

**8.20 Vigilancia Epidemiológica:** Acciones encaminadas a revisar, registrar y analizar información referente a los casos de enfermedades sujetas a notificación epidemiológica, así como a la revisar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de estos casos.

### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación de políticas,</li> <li>• Actualización de criterios de vigilancia epidemiológica hospitalaria,</li> <li>• Actualización del glosario y rediseño de las etapas del procedimiento para empatarlo con las disposiciones oficiales de la normatividad aplicable vigente.</li> </ul>
02	Junio 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificación de políticas, actualización del glosario.</li> </ul>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023





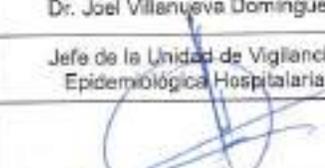


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 23 de 121

HRAEB – DPEI – EPID – 01 – B Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica (Hoja 4 de 4).

FACTORES DE RIESGO PARA INFECCION NOSOCOMIAL						
VIGILANCIA DE MORTALIDAD						
FECHA DE DEFUNCION		SERVICIO DONDE FALLECE	HORA	REALIZO AUTOPSIA	SI	
MUERTE POR INFECCION NOSOCOMIAL	SI	NO				
HALLAZGOS DE LA AUTOPSIA						
1.						
2.						
3.						
4.						
CAUSAS DE DEFUNCION POR CERTIFICADO						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
COMENTARIOS						
DOMICILIO: _____						
RESPONSABLE _____		VERIFICADOR _____		VALIDADOR _____		

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Orofíe Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAÑO	Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		Hoja: 24 de 121

10.2 Bitácora de Registros de IAAS del HRAEB.

 HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAÑO UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA <b>BITACORA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD</b>									
Nº	EXPEDIENTE	NOMBRE	FECHA DE INGRESO	DIAGNÓSTICO	ESPECIALIDAD	FECHA DE INFECCIÓN	SERVIDOR DE INFECCIÓN	TIPO DE IAA	INDICACIONES CAUSAL (S IAA)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Vilanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

10.3 Estudios Epidemiológicos de Caso de Notificación Epidemiológica. Hoja 1 de 10.

**SEDENA SEMAR SINDI**  
**Estado epidemiológico de caso sospechoso de influenza**

---

Nombre de la Unidad: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

Estado de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al Hospital: \_\_\_\_\_

¿Inmunizado?  Sí  No  No sabe

¿Antecedente de influenza?  Sí  No  No sabe

¿Antecedente de alguna infección viral?  Sí  No  No sabe

¿Antecedente de alguna infección bacteriana?  Sí  No  No sabe

---

Servicio de ingreso: \_\_\_\_\_ Tipo de ingreso:  Internación  Ambulatorio

Fecha de ingreso al Hospital: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_

¿Tiene la historia clínica de influenza?  Sí  No  No sabe

	Sí	No		Sí	No
Presencia de los síntomas			Comorbilidad <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal crónica <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral		
Fiebre					
Tos					
Catarral					
Dolor					
Exantema					
Dermatitis					
Diarrea					
Disnea					
Edema					
Convulsiones					
Delirio					
Mareos					
Ataxia					
Alteración del estado general					
Albúmina					
Ritmo					
Leucocitos					
Quilora					
Conjuntivitis					
Edema					
Diuresis					
Dieta					

Deposición en el laboratorio:  Sí  No  No sabe

¿Influenza confirmada por laboratorio?  Sí  No  No sabe

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 02</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		Hoja: 28 de 121

Estudios Epidemiológicos de Caso de Notificación Epidemiológica. Hoja 4 de 10.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mesqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Julio 2023



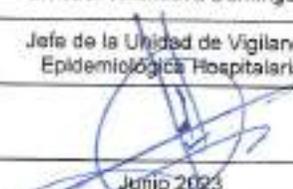




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		Hoja: 32 de 121

Estudios Epidemiológicos de Caso de Notificación Epidemiológica. Hoja 8 de 10.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 02
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		Hoja: 34 de 121

Estudios Epidemiológicos de Caso de Notificación Epidemiológica. Hoja 10 de 10.

**IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

¿Desde el momento de la admisión se recibió información con antecedente?  SI  NO

¿Desde el momento de la admisión se recibió información con antecedente?  SI  NO

¿Cuál es el motivo de ingreso?  (Anamnesis, Diferencial diagnóstico, Diagnóstico, etc.)

¿Cuál es el motivo de ingreso con una palabra?

**EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN**

¿Se realizó triaje al ingreso con antecedente?  SI  NO

¿Se realizó triaje al ingreso con antecedente?  SI  NO

¿Cuál es el motivo de ingreso?  (Anamnesis, Diferencial diagnóstico, Diagnóstico, etc.)

---

**ANTECEDENTES**

¿Tiene contacto con otros casos de influenza o COVID-19 en los últimos dos meses?  SI  NO

¿Recibió los últimos 7 días antes del inicio de síntomas?  SI  NO

¿Recibió algún tipo de vacuna?  SI  NO

¿Recibió la última vacuna?  SI  NO

¿De dónde se recibió la vacuna?

¿Cuál es el tipo de vacuna?  (Influenza, COVID-19, etc.)

¿Cuál es el tipo de vacuna?  (Influenza, COVID-19, etc.)

---

**EXAMENES**

¿Se realizó examen físico?  SI  NO

---

**TRATAMIENTO**

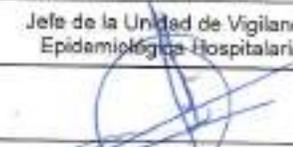
¿Se recibió tratamiento?  SI  NO

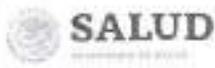
¿Se recibió tratamiento?  SI  NO

---

**OTROS DATOS**

¿Se realizó examen físico?  SI  NO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Vilanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 02</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>		<b>Hoja: 35 de 121</b>

#### 10.4 Formato de Notificación de Incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas.





SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

---

### Formulario de Notificación de Incidentes

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas al incidente, recuerda que con la notificación, podemos evaluar, prevenir y reducir cualquier incidente que ponga en riesgo la seguridad de nuestros pacientes y sus familias.

**Mensaje al usar un correo electrónico: Crear una cuenta**

**Nombre del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido daño \***

**Sexo del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido daño \***

Femenino  
 Masculino

**Edad del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido daño \***

**Fecha en la que ocurrió el incidente \***

**Tipo de que ocurrió el incidente**

Matriz  
 Neoplasia  
 Neutro  
 Neutro B  
 Juntos Especial/Herencia  
 Juntos Especial/Quem

**Área o servicio donde se presentó el incidente \***

**¿Cuál estado involucrado en el incidente? \***

**Descripción de los hechos (¿qué pasó?)**

**Tipo de daño al paciente \***

Sin daño al paciente  
 Daño temporal  
 Daño permanente  
 Muerte

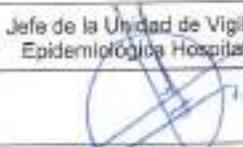
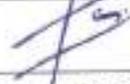
**Área o servicio que notifica \***

**Acuerdo a tu experiencia y conocimiento, ¿cómo crees que se hubiera evitado el incidente en nuestro hospital?**

**Enviar** Borrar formulario

Este formulario pertenece al Hospital Regional de Alta Especialidad del Baño.  
 Para más información consulte con: Crear una cuenta, Sistema de Reporte de Eventos Adversos, Sistema de Reporte de Eventos Adversos.

Google Formularios

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochoa Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 36 de 121

## 2. PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 37 de 121

## 1.0 Propósito

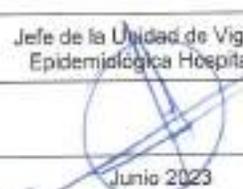
- 1.1 Identificar la definición operacional de caso de infección asociada a la atención de la salud (IAAS) en los pacientes que cuenten con asociación epidemiológica con la finalidad de determinar la presencia de un brote de IAAS.
- 1.2 Definir el brote de IAAS e iniciar el estudio de este mediante la identificación del caso índice, el caso primario y el mecanismo de transmisión, así como la identificación de los factores de riesgo para la ocurrencia del brote.
- 1.3 Establecer las acciones a seguir para la prevención de nuevos casos del brote de IAAS y la contención de este en los diferentes servicios del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).
- 1.4 Registrar los casos de IAAS correspondientes al brote para llevar un registro completo del comportamiento epidemiológico del mismo, así como intervenir en la corrección de los determinantes que contribuyeron a la ocurrencia del caso y la diseminación de este para controlar la situación epidemiológica mediante las acciones específicas correspondientes al tipo de padecimiento de que se trate.

## 2.1 Alcance

- 2.2 A nivel interno aplica a la Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Enfermería, Subdirección de Servicios Clínicos, Subdirección de Servicios Quirúrgicos, Subdirección de Atención Hospitalaria, Subdirección de Conservación, Mantenimiento y Servicios Generales.
- 2.3 A nivel externo se aplica al Inversionista Proveedor (Acciona), Hospitales de la Secretaría de Salud, a la Dirección General de Epidemiología, a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) y Laboratorio Estatal de Salud Pública.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 La vigilancia epidemiológica se debe coordinar, supervisar y evaluar con base a la NOM – 045 – SSA2 – 2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales y a la NOM – 017 – SSA2 – 2012. Para la vigilancia epidemiológica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 38 de 121

- 3.2 El Jefe de la UVEH diagnostica la ocurrencia de un brote de IAAS cuando se presentan dos o más casos de infecciones adquiridas en el HRAEB, en las cuales se evidencia asociación epidemiológica en tiempo lugar y persona.
- 3.3 El Jefe de la UVEH elabora el estudio de brote y lo notifica por correo electrónico a las autoridades de la Secretaría de Salud correspondientes en las primeras 24 horas de ocurrido, de acuerdo con lo establecido en la normatividad aplicable vigente. (Ver Anexo 10.1 Notificación de brote).
- 3.4 El Personal de Enfermería de la UVEH evalúa las medidas de control descritas en las tarjetas de aislamiento de todos los pacientes del HRAEB sobre todo en situación de un brote en la cual se deben extremar dichas precauciones por parte del personal a cargo del paciente. (Ver Anexo 10.2 Tarjetas de Aislamiento).
- 3.5 El Jefe de la UVEH debe convocar a reunión extraordinaria del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) ante la confirmación de la ocurrencia de un brote de IAAS, considerando la invitación a personal clínico que no forme parte del CODECIN pero que se requiera para llevar a cabo las acciones de contención del brote para que el Personal Directivo y Operativo conozcan e implementen las acciones que dicten las autoridades sanitarias.
- 3.6 Todo el personal clínico del HRAEB participa en la limitación y control de casos infectocontagiosos de acuerdo con las recomendaciones de la UVEH y/o la autoridad sanitaria en caso de brote o pandemia.
- 3.7 El Personal Médico Tratante debe informar la situación clínica de los pacientes de un brote al paciente y su familia.
- 3.8 Todo el Personal Clínico de los servicios en donde se presenten los casos debe participar activamente en las acciones de control de un brote de IAAS en todos los turnos, manteniendo una colaboración con la UVEH en la supervisión de las medidas de control implementadas, así como en la generación de información.
- 3.9 El Personal Clínico de los servicios afectados con casos de IAAS del brote, debe extremar las medidas de aislamiento de los casos en todos los turnos, limitando al máximo el contacto del paciente y su entorno para disminuir la posibilidad de transmisión cruzada de IAAS.
- 3.10 Es responsabilidad del Jefe de la UVEH, realizar el cierre del brote una vez transcurridos dos periodos de incubación sin evidencia de la transmisión de infecciones, y elaborar un informe del brote mismo que se envía a las autoridades sanitarias correspondientes y al CODECIN del HRAEB.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Craviolo Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR – DM – SSC – UVEH – 02</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 39 de 121

- 3.11 En caso de brotes comunitarios o pandemia, el personal de la UVEH coordina las actividades de capacitación, vigilancia epidemiológica de la implementación, así como la recolección de información de interés epidemiológico para estar en condiciones de acatar las disposiciones de la autoridad sanitaria correspondiente en la ejecución de actividades definidas para este fin al interior del HRAEB tales como: identificación de pacientes sospechosos y confirmados de la enfermedad de que se trate, tomas de muestra, envío de muestras al Laboratorio Estatal de Salud Pública, reporte de casos, informes extraordinarios requeridos, notificación de defunciones derivadas de la pandemia o brote y todas las actividades de prevención y control que defina la Secretaria de Salud.
- 3.12 El Personal de Salud realiza la notificación de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela, derivados de la falta de cumplimiento de estas políticas en la plataforma electrónica destinada para este fin al interior del HRAEB, con la finalidad de que los incidentes relacionados a la seguridad del paciente se analicen en el COCASEP. (Ver Anexo 10.3 Formato de incidencias de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas).

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 40 de 121

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Detección del brote	Responsable: Jefe de la UVEH
1.1 Realiza la asociación epidemiológica en tiempo, lugar y persona para definir la existencia de un brote de IAAS con las definiciones establecidas en el punto 3.1.	
1.2 Establece la definición operacional de caso para definir el brote de IAAS. <ul style="list-style-type: none"> <li>HRAEB – DPEI – EPID – 01 – B Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica.</li> </ul>	
Etapa 2.0 Revisión de expedientes clínicos de los casos	Responsable: Jefe de la UVEH
2.1 Revisa los expedientes clínicos de los casos de IAAS asociados a la presencia de brote en busca de factores de riesgo en común. <ul style="list-style-type: none"> <li>Expediente Clínico.</li> </ul>	
2.2 Identifica el caso índice y el caso primario del brote analizando los posibles mecanismos de transmisión y diseminación microbiológica.	
Etapa 3.0 Realización de estudio de brote	Responsable: Jefe de la UVEH
3.1 Registra la información de los casos de IAAS en el formato de estudio de brote. <ul style="list-style-type: none"> <li>Notificación de brote.</li> </ul>	
3.2 Envía el estudio de brote de IAAS a la Coordinación Estatal de la RHOVE por correo electrónico. <ul style="list-style-type: none"> <li>Notificación de brote.</li> </ul>	
Etapa 4.0 Identificación de la fuente de infección	Responsable: Jefe de la UVEH
4.1 Identifica la fuente de infección, así como el mecanismo de transmisión y la población susceptible.	
4.2 Convoca a sesión extraordinaria del CODECIN por memorándum y correo electrónico. <ul style="list-style-type: none"> <li>Memorándum</li> </ul>	
Etapa 5.0 Establecimiento de medidas de control	Responsable: Integrantes del CODECIN
5.1 Define las medidas de control de las IAAS y contención de los factores de riesgo con los Jefes de Servicio responsables de las áreas hospitalarias en donde se encuentra el brote.	
5.2 Realiza acuerdos encaminados a la supervisión y seguimiento de los casos de IAAS del brote. <ul style="list-style-type: none"> <li>Minuta de la sesión del CODECIN.</li> <li>Formato de seguimiento de acuerdos del CODECIN.</li> </ul>	
Etapa 6.0 Implementación de las estrategias de contención del	Responsable:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 41 de 121

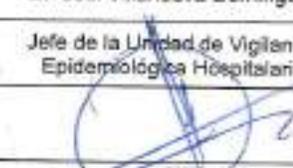
brote	Jefe de la UVEH
<p>6.1 Establece reuniones con el Personal Operativo del Servicio involucrado para definir la implementación las acciones de salud encaminadas a la contención del brote.</p> <p>6.2 Elabora un informe de las acciones implementadas para informar al CODECIN en la siguiente sesión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minuta del CODECIN.</li> <li>• Formato de seguimiento de acuerdos del CODECIN.</li> </ul>	
Etapa 7.0 Supervisión de actividades de contención	<b>Responsable:</b> Jefes de Servicio de Área Médica y de Enfermería (CONTROL DE DE UNAAS) dad de Vigilancia Epidemiológica padecimiento. nismos de transmisilsiodos de incubacil de un brote de IAAS en to
7.1 Supervisan las medidas de contención definidas por el CODECIN para el control del brote.	
Etapa 8.0 Informe del cierre de brote	<b>Responsable:</b> Jefe de la UVEH
<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>8.1 Elabora un informe de cierre de brote.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de cierre de brote.</li> </ul> <p>8.2 Informa al CODECIN, como se indica en la política 3.8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del CODECIN</li> </ul> <p>8.3 Envía el informe de cierre de brote a la Coordinación de la RHOVE en el Estado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de cierre de brote.</li> </ul>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochoa Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Morqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

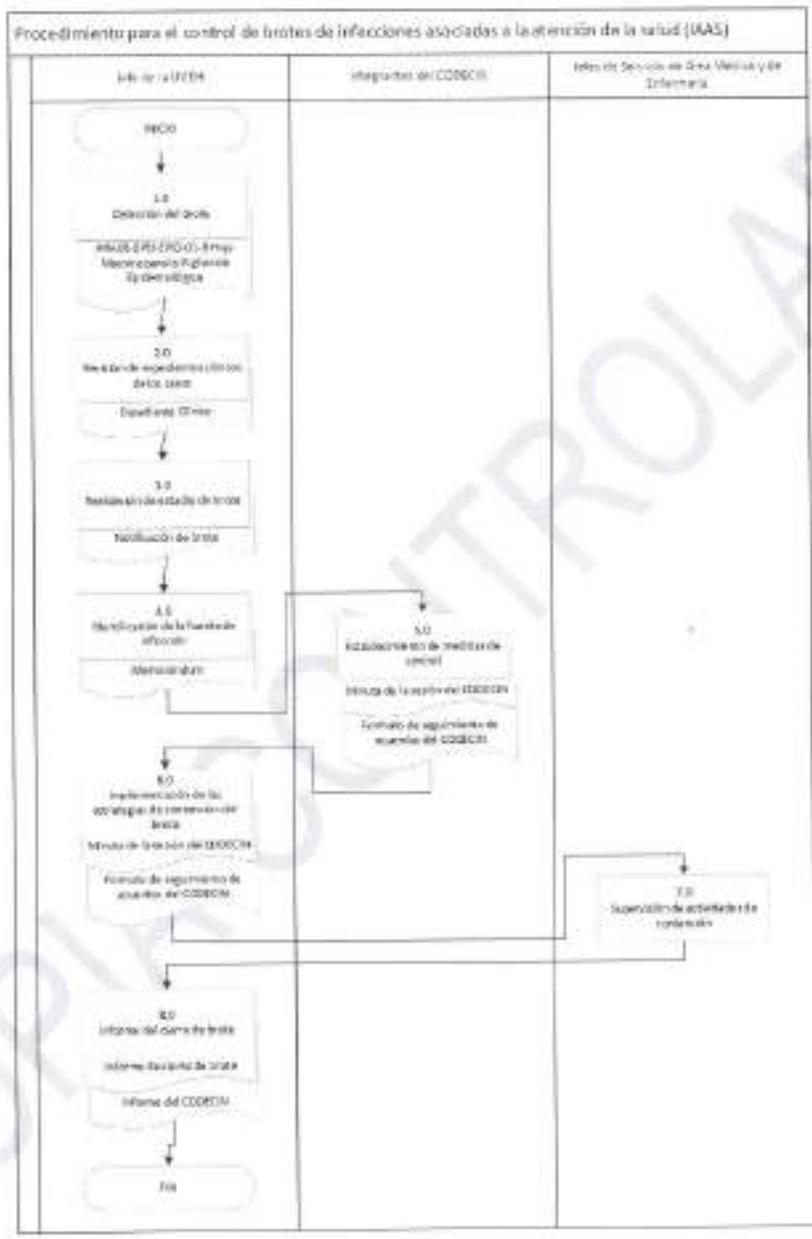
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD	Código: PR – DM – SSC – UVEH – 92
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 42 de 121

**TERMINA EL PROCEDIMIENTO**

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Masqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

**5.0 Diagrama de flujo**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 44 de 121

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Publicado en el D.O.F. el 19 de febrero 2013.	No Aplica
NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F. el 20 de noviembre 2009.	No Aplica
Manual de Estándares para Implementar el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales 2018: Apartados de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y Sistema PCI (Prevención y Control de Infecciones). Consejo de Salubridad General.	No Aplica
Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG Edición 2017. Consejo de Salubridad General. Publicado en <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf</a>	No Aplica
Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Primera Edición 2016. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica RHOVE / Dirección General Adjunta de Epidemiología. Publicado en <a href="http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHOVE.pdf">http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHOVE.pdf</a>	No Aplica
Plan Nacional de Salud 2019 – 2024. Publicado en el D.O.F., el 12 de julio de 2019.	No Aplica
Manual de Organización Específico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Actualización autorizada por el COMERI el 27 de julio de 2018.	No Aplica
Decreto de creación del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Actualización aprobada por el COMERI el 27 de julio de 2018.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Hoja Maestra para la Vigilancia Epidemiológica	5 años	UVEH	HRAEB-DPEI-EPID-01-B
Estudio de Brote	Indeterminado	UVEH	No Aplica
Informe de Cierre de	Indeterminado	UVEH	No Aplica

### CONTROL DE EMISIÓN

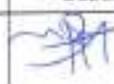
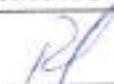
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS			Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA			Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)			Hoja: 45 de 121

Brote			
Base de datos de IAAS	Indeterminado	Jefe de la UVEH	No Aplica
Minutas CODECIN	Indeterminado	Jefe de la UVEH	No Aplica
Acuerdos CODECIN	Indeterminado	Jefe de la UVEH	No Aplica
Informe Mensual CODECIN	Indeterminado	Jefe de la UVEH	No Aplica

## 8.0 Glosario

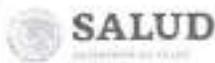
- 8.1 Caso de infección asociada a la atención de la salud:** Condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital.
- 8.2 Caso descartado de infección asociada a la atención de la salud:** Caso que no cumple con los criterios de infección nosocomial, al demostrar que la infección se adquirió fuera del hospital, o en el que haya evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento.
- 8.3 Caso índice:** El paciente en quien se origina el brote.
- 8.4 Caso primario:** El primer paciente en quien se detecta el padecimiento.
- 8.5 Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN):** Organismo conformado por el epidemiólogo y/o médico infectólogo, clínicos y administradores de los servicios de salud, que coordinan las actividades de prevención, detección, control, registro, notificación, análisis de la información, capacitación y análisis de la información de las infecciones nosocomiales.
- 8.6 Cuasifalla:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que no ocasiona daño al paciente.
- 8.7 Definición operacional de caso:** Conjunto de signos y síntomas que debe cumplir cada caso que se considere como parte de un brote.
- 8.8 Estudio de brote de infección asociada a la atención de la salud:** Estudio epidemiológico de las características de los casos catalogados como pertenecientes a un brote de IAAS con el objeto de identificar los factores de riesgo y así establecer las medidas de prevención y control correspondientes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 46 de 121

- 8.9 Estudio clínico – epidemiológico de brote de infección asociada a la atención de la salud:** Proceso que permite identificar las características clínico-epidemiológicas de un caso de IAAS.
- 8.10 Evento adverso:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño leve o moderado al paciente, pero que es reversible.
- 8.11 Evento centinela:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño grave e irreversible al paciente, o bien la muerte del paciente.
- 8.12 Incidente:** Suceso repentino no deseado que ocurre por desapego a las actividades establecidas en los procesos de prevención y control de infecciones.
- 8.13 Incidencia:** Número de casos nuevos de enfermedad que se presenta en un periodo de tiempo determinado.
- 8.14 Infección asociada a la atención de la salud (IAAS):** A la multiplicación de un microorganismo dentro de un huésped, que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización del paciente.
- 8.15 Factores de riesgo de IAAS:** Condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección nosocomial, dentro de las que se encuentran el diagnóstico de ingreso, enfermedad de base o concomitante del paciente, el área física, insumos médicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, políticas del hospital y capacitación al personal.
- 8.16 Mecanismo de transmisión:** Vía anatómica o biológica por la que se adquiere una infección.
- 8.17 Personal de Salud:** Trabajadores de la plantilla del hospital que desempeñan actividades clínicas, administrativas o relacionadas a los servicios generales de la operación institucional.
- 8.18 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH):** Es la instancia operativa a nivel hospitalario, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.
- 8.19 Vigilancia Epidemiológica:** Acciones encaminadas a revisar, registrar y analizar información referente a los casos de enfermedades sujetas a notificación epidemiológica, así como a la revisar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de estos casos.

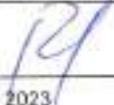
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 02
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 47 de 121

### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2020	Actualización de políticas, glosario y rediseño de las etapas del procedimiento.
02	Junio 2023	Actualización de políticas y el glosario.

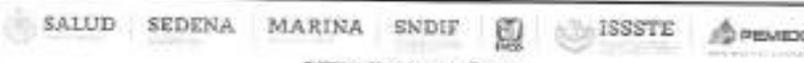
COPIA CONTROLADA

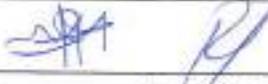
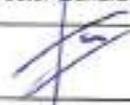
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - BSC - UVEH - 02
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 48 de 121

## 10.0 Anexos

### 10.1 Notificación de brote, Hoja 1 de 2.

									
<b>SISTEMA NACIONAL DE SALUD</b> <b>NOTIFICACIÓN DE BROTE</b>									
SUVE-3-2020									
<b>I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD</b>									
UNIDAD NOTIFICANTE:			CLAVE SUVE DE LA UNIDAD:			LOCALIDAD:			
MUNICIPIO:			JURISDICCIÓN o EQUIVALENTE:			ENTIDAD O DELIBERACIÓN:			
INSTITUCIÓN:			CLAVE (CLUS) DE LA UNIDAD:						
<b>II. ANTECEDENTES</b>									
DI. PROBABLE:			DI. FINAL:						
FECHA DE NOTIFICACIÓN:    Día    Mes    Año			FECHA DE INICIO DEL BROTE:			Día    Mes    Año			
CASOS PROBABLES:			CASOS CONFIRMADOS:		HOSPITALIZADOS:		DEFUNCIÓNES:		
<b>III. DISTRIBUCIÓN POR PERSONA</b>									
LLENAR LOS ESPACIOS COMO SE INDICA									
GRUPO DE EDAD	NÚMERO DE CASOS			NÚMERO DE DEFUNCIÓNES			POBLACIÓN EXPUESTA		
	MASCULINO (A)	FEMENINO (B)	TOTAL (C)	MASCULINO (D)	FEMENINO (E)	TOTAL (F)	MASCULINO (G)	FEMENINO (H)	TOTAL (I)
< 3									
3 - 4									
5 - 9									
10 - 14									
15 - 19									
20 - 24									
25 - 29									
30 - 34									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 - 64									
65 Y MAS									
SE IGNORA									
TOTAL									
PARA OBTENER LAS TASAS DE ATAQUE Y LETALIDAD, EN CADA COLUMNA SE SEÑALA LA OPERACIÓN A REALIZAR, CON BASE EN LAS LETRAS INDICADAS EN CADA COLUMNA DEL CUADRO ANTERIOR									
GRUPO DE EDAD	TASA DE ATAQUE*			TASA DE LETALIDAD*			FRECUENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS		
	MASCULINO (A/D)	FEMENINO (B/E)	TOTAL (C/F)	MASCULINO (D/G)	FEMENINO (E/H)	TOTAL (F/I)	SIGNOS Y SÍNTOMAS	Nº	%
< 3									
3 - 4									
5 - 9									
10 - 14									
15 - 19									
20 - 24									
25 - 29									
30 - 34									
35 - 39									
40 - 44									
45 - 49									
50 - 54									
55 - 59									
60 - 64									
65 Y MAS									
SE IGNORA									
TOTAL									
*Tasa por 100									

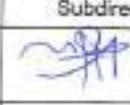
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

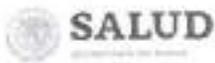


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 02
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 50 de 121

10.2 Tarjetas de aislamiento de pacientes.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 02</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE BROTES DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		<b>Hoja: 51 de 121</b>

10.3 Formato de Notificación de Incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas.



**Formulario de Notificación de Incidentes**

Siempre es mejor prevenir que curar. Si detectamos un incidente, debemos reportarlo para que podamos analizarlo, identificarlo y reducir cualquier riesgo que ponga en peligro la seguridad de nuestros pacientes y sus familias.

El reporte de un incidente es un acto de responsabilidad y confianza.

**Nombre del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido daño \***

Apellido y nombre

**Fecha en que ocurrió el incidente \***

dd/mm/aaaa

**¿Dónde ocurrió el incidente?**

Seleccione una opción

**¿Qué área o servicio se involucró en el incidente? \***

Seleccione una opción

**Descripción de los hechos (¿qué tanos pasó)? \***

Descripción

**Tipo de daño al paciente \***

Sin daño al paciente  
 Daño temporal  
 Daño permanente  
 Muerte

**Área o servicio que reflexió \***

Seleccione una opción

Basado en su experiencia y conocimiento, ¿cómo cree que se podría haber evitado el incidente en nuestro hospital?

Descripción

**Enviar** [Ver formulario](#)

Este formulario está protegido por Google. [Ver detalles de privacidad](#)

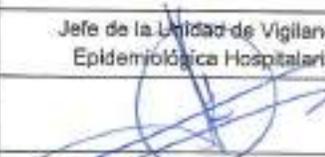
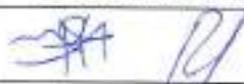
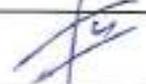
Este formulario está protegido por Google. [Ver detalles de privacidad](#)

Google Formularios

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 52 de 121

### 3. PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR-DM-SSC- UVEH-03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 53 de 121

## 1.0 Propósito

1.1 Implementar el programa integral de higiene de manos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), mediante la capacitación, supervisión y evaluación de la técnica correcta y los cinco momentos de la higiene de manos, para evitar la ocurrencia de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS).

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a todo el personal que labore en el HRAEB.

2.2 A nivel externo aplica al Inversionista Proveedor (IP), Pacientes, Familiares, Proveedores y Visitantes que acudan a realizar cualquier actividad en el HRAEB.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Es responsabilidad de toda persona que se encuentre dentro de las instalaciones del hospital cumplir con la higiene de manos, mediante las cuales se previene y controla la diseminación de microorganismos patógenos que causan infecciones.

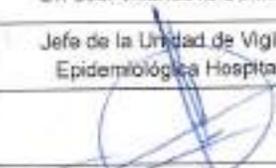
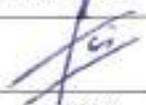
3.2 Es obligación de todo el Personal que labora en el HRAEB, apegarse a la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos.

3.3 Los Jefes de Servicio del Área Médica, Enfermería, Atención al Usuario, Personal Administrativo y Coordinadores de los diferentes Servicios Subrogados, son responsables de supervisar el apego y cumplimiento a la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos en su personal a cargo.

3.4 Todo el Personal de Nuevo Ingreso, así como el Personal Becario (Pasantes, Practicantes, Residentes) sin importar el área al que sea asignado, debe ser capacitado en la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos, por lo que el Jefe Inmediato Superior de este personal debe avisar a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) en caso de contar con personal de nuevo ingreso para solicitar la capacitación correspondiente.

3.5 El Personal de la UVEH es responsable de realizar la capacitación de la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos, de acuerdo con el cronograma del Programa Integral de Higiene de Manos que se actualiza cada año y de manera extraordinaria cuando se requiera por parte del responsable de cualquier servicio quien se compromete a realizar la convocatoria correspondiente para llevar a cabo esta actividad.

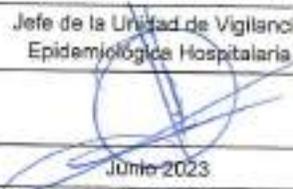
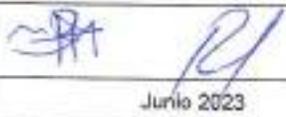
3.6 Es responsabilidad del Personal de Enfermería a cargo del paciente realizar al momento del ingreso la capacitación en higiene de manos para el paciente y sus familiares acompañantes, así

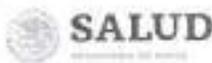
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 54 de 121

como indicarles los cinco momentos de la higiene de manos, incluyendo medidas de higiene como el lavado de manos antes de comer y después de utilizar los servicios sanitarios.

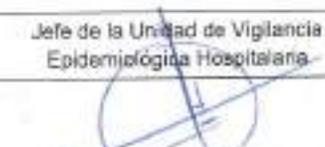
- 3.7 Los Jefes de Servicio del Área Médica y de Enfermería, así como Gerencia Social deben supervisar la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos en los Servicios de Hospitalización o de Atención Clínica de pacientes en donde se encuentren asignados por todo el personal a su cargo, los pacientes, familiares y visitantes.
- 3.8 El Personal de Enfermería de la UVEH es la responsable de vigilar y evaluar la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos mediante la elaboración de estudios de sombra de manera aleatoria con la periodicidad que lo determine el Comité para la Detección y el Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN) mediante el registro del personal evaluado, anotando si cumple, no cumple o no aplica cada una de las variables de los formatos de evaluación vigentes en el HRAEB. (Ver Anexos 10.1 Formato de evaluación de la técnica de higiene de manos y 10.2 Formato de evaluación de los cinco momentos de higiene de manos).
- 3.9 Las manos del Personal de Salud deben contar con uñas cortas, sin postizos, sin barnices ni esmaltes; así mismo las manos del personal de salud deben estar libres de reloj, anillos, pulseras y demás accesorios previamente a iniciar la higiene de las manos.
- 3.10 La técnica vigente de higiene de manos al interior del HRAEB, incluye la fricción vigorosa de palmas de las manos, dorso de las manos, espacios interdigitales, pulgares, puntas y muñecas, tanto para lavado de manos con agua y jabón como para desinfección con soluciones alcoholadas libres de enjuague, de acuerdo con la técnica establecida en el HRAEB. (Ver Anexo 10.3 Técnica y cinco momentos de higiene de manos).
- 3.11 El Personal de Salud del HRAEB es objeto de evaluación por parte del Personal de la UVEH y de los Jefes de Servicio del Área Médica y de Enfermería, acerca del apego a la técnica de higiene de manos (lavado de manos con agua y jabón o desinfección con soluciones alcoholadas libres de enjuague) en los siguientes cinco momentos. (Ver Anexo 10.3):
  - Antes del contacto con el paciente.
  - Antes de realizar una tarea antiséptica.
  - Después de la exposición a fluidos o secreciones corporales.
  - Después del contacto con el paciente.
  - Después del contacto con los objetos del entorno del paciente.
- 3.12 El Personal Evaluador de la técnica de higiene de manos verifica que la duración de la técnica de higiene de manos deba realizarse con una duración entre 40 y 60 segundos para el lavado de

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 03</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS</b>		<b>Hoja: 55 de 121</b>

manos con agua y jabón y por lo menos 20 segundos para la desinfección de las manos con soluciones alcoholadas libres de enjuague.

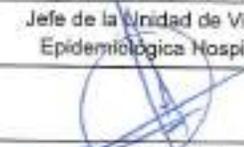
- 3.13 La desinfección de las manos con soluciones alcoholadas libres de enjuague puede realizarse un máximo de cinco ocasiones obligando al lavado de manos con agua y jabón a la sexta ocasión para eliminar los residuos de gel.
- 3.14 Todo el Personal del HRAEB, debe utilizar la desinfección con soluciones alcoholadas libres de enjuague, excepto en dos momentos: antes de realizar una tarea aséptica y después de la exposición a secreciones corporales.
- 3.15 El Personal de Enfermería de la UVEH vigila que la información gráfica distribuida en todas las áreas clínicas del HRAEB se encuentre visible y en buenas condiciones, en caso de deterioro debe cambiar los carteles de la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos para que estos se encuentren en óptimas condiciones.
- 3.16 Todo el Personal del HRAEB, debe realizar el lavado de manos con agua y soluciones antisépticas las manos se enjuagan a chorro medio del agua del lavabo previamente a realizar la técnica teniendo precaución de que las llaves del lavabo no se manipulen durante la realización de la técnica de lavado de manos.
- 3.17 Todo el personal del HRAEB es objeto de supervisión de la técnica de lavado de manos la siguiente secuencia de pasos:
- Humedecer las manos con agua corriente.
  - Aplicar una cantidad suficiente de jabón antiséptico.
  - Friccionar palmas de las manos vigorosamente.
  - Friccionar el dorso de las manos.
  - Friccionar los espacios interdigitales.
  - Friccionar el dedo pulgar en movimientos circulares.
  - Friccionar las puntas de los dedos contra la palma de la mano contralateral y
  - Friccionar las muñecas en movimientos circulares.
  - Enjuagar las manos con agua corriente en sentido distal a proximal.
  - Secar las manos con toallitas desechables en sentido distal a proximal.
- 3.18 Todo el Personal del HRAEB es objeto de supervisión de la desinfección de las manos la siguiente secuencia de pasos:
- Aplicar solución alcoholada libre de enjuague.
  - Friccionar palmas de las manos vigorosamente.
  - Friccionar el dorso de las manos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochoa Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 56 de 121

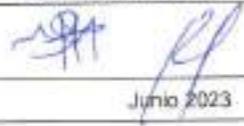
- Friccionar los espacios interdigitales.
- Friccionar el dedo pulgar en movimientos circulares.
- Friccionar las puntas de los dedos contra la palma de la mano contralateral y
- Friccionar las muñecas en movimientos circulares.

- 3.19 Todo el personal del HRAEB, debe realizar el secado de manos se debe realizar con toallas desechables en sentido distal a proximal para evitar contaminación de las áreas desinfectadas de las manos.
- 3.20 El Personal de Salud que realice procedimientos quirúrgicos, debe realizar el lavado de manos quirúrgico mediante la fricción vigorosa con soluciones antisépticas a base de gluconato de clorhexidina al 4%.
- 3.21 Es responsabilidad del Personal de Salud evitar el uso de cepillos de cerdas firmes, ya que no está recomendado como medida de apoyo para el lavado de manos quirúrgico, sin embargo, se pueden utilizar insumos que favorezcan la distribución del antiséptico en toda la superficie de la mano y el antebrazo, así como debajo de las uñas durante la técnica de lavado de manos quirúrgico como es el caso de las esponjas con cerdas suaves. Sin embargo, este insumo es opcional y en caso de no contar con él se puede realizar la higiene de manos quirúrgica mediante la fricción vigorosa con el antiséptico recomendado.
- 3.22 Es responsabilidad del Personal de Salud que realice procedimientos quirúrgicos realizar el lavado de manos quirúrgico teniendo una duración de 3 a 5 minutos y la técnica en tres tiempos: incluye en un primer tiempo el lavado de manos de acuerdo con la política 3.14, el segundo tiempo hasta el antebrazo y el tercer tiempo hasta el pliegue del codo.
- Humedecer las manos con agua corriente.
  - Aplicar una cantidad suficiente de jabón antiséptico.
  - Friccionar palmas de las manos vigorosamente (primer tiempo).
  - Friccionar el dorso de las manos (primer tiempo).
  - Friccionar los espacios interdigitales (primer tiempo).
  - Friccionar el dedo pulgar en movimientos circulares (primer tiempo).
  - Friccionar las puntas de los dedos contra la palma de la mano contralateral (primer tiempo).
  - Friccionar las muñecas en movimientos circulares (primer tiempo).
  - Enjuagar las manos con agua corriente en sentido distal a proximal (primer tiempo).
  - Aplicar una cantidad suficiente de jabón antiséptico.
  - Friccionar nuevamente las superficies de la palma de las manos y en esta ocasión incluir el antebrazo (segundo tiempo).
  - Enjuagar las manos con agua corriente en sentido distal a proximal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Vilanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 03
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS</b>		Hoja: 57 de 121

- Friccionar nuevamente las superficies de la palma de las manos y en esta ocasión incluir el antebrazo, hasta el nivel del codo (tercer tiempo).
  - Secar las manos con toallitas desechables en sentido distal a proximal.
- 3.23 El Personal de Salud que realice procedimientos quirúrgicos debe realizar el secado de manos del lavado de manos quirúrgico se debe realizar con campos estériles en sentido distal a proximal para evitar contaminación de las áreas desinfectadas de la mano.
- 3.24 La Dirección de Operaciones en coordinación con la Dirección de Administración y Finanzas, deben suministrar el abasto de soluciones antisépticas, soluciones alcoholadas y sanitas desechables suficiente, en caso de no contar con el insumo, el CODECIN notificará a las áreas correspondientes para que se gestione el abastecimiento de los insumos de manera inmediata.
- 3.25 El Jefe de Enfermería y del Área Médica de cada servicio, debe vigilar que todas las áreas del HRAEB cuenten con antisépticos con base en gluconato de clorhexidina al 1%, sin embargo, se establece la distribución de antisépticos de mayor concentración con la finalidad de dar una protección adicional con gluconato de clorhexidina al 2% en áreas de alto riesgo (Trasplantes, Quirófano, Terapias Intensivas y Clínica del Cuidado de Accesos Vasculares (CLICAV), los antisépticos deben ser solicitados por el Personal de Enfermería al Almacén del HRAEB.
- 3.26 El Personal de Enfermería de la UVEH, debe informar los resultados de la evaluación de sombra del Personal al Jefe de la UVEH para la notificación de los estudios de sombra al CODECIN, quien recomienda las acciones a seguir para mejorar el apego al lavado de manos.
- 3.27 El Personal de Enfermería de la UVEH, es responsable de brindar recordatorios verbales y por escrito al Personal que no se apega a la técnica o los cinco momentos de la higiene de manos inmediatamente después de ser evaluados. (Ver Anexo 10.4 Recordatorio de apego a la higiene de manos).
- 3.28 El sistema de voceo del HRAEB, debe difundir recordatorios del apego a los cinco momentos de la higiene de manos en todos los turnos.
- 3.29 El Personal de Salud debe realizar la notificación de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela, derivados de la falta de cumplimiento de estas políticas en la plataforma electrónica destinada para este fin al interior del HRAEB, con la finalidad de que los incidentes relacionados a la seguridad del paciente se analicen en el COCASEP. (Ver Anexo 10.5 Formato de incidencias de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 58 de 121

#### 4.0 Descripción del procedimiento

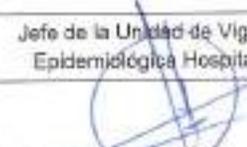
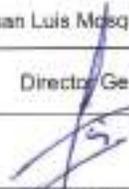
Etapa 1.0 Capacitación de la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos	Responsable: Personal de la UVEH
1.1 Realiza la capacitación para todo el Personal de la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos. <ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de Asistencia de Capacitación de Higiene de Manos.</li> </ul>	
Etapa 2.0 Supervisión de la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos	Responsable: Jefes de Servicio de Área Médica, Enfermería y Gerencia Social
2.1 Supervisan que el Personal de cada servicio, pacientes, familiares y visitantes cumplan la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos.	
2.2 Notifica al personal el incumplimiento identificado, mediante la entrega del recordatorio de Apego a la Higiene de Manos. <ul style="list-style-type: none"> <li>Recordatorio de Apego a la Higiene de Manos.</li> </ul>	
Etapa 3.0 Evaluación de la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
3.1 Realiza estudios de sombra y evaluación de la técnica y momentos de la higiene de manos a todo el personal operativo, pacientes, familiares y visitantes de manera aleatoria de acuerdo con la programación que se designa por el CODECIN.	
3.2 Elabora los formatos y reporta al jefe de la UVEH. <ul style="list-style-type: none"> <li>Formato de evaluación de la técnica de la higiene de manos.</li> <li>Formato de evaluación de los momentos de la higiene de manos.</li> </ul>	
Etapa 4.0 Elaboración del informe de resultados del apego a la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos	Responsable: Jefe de la UVEH
4.1 Integra los resultados de la evaluación y realiza un análisis de patrones y tendencias del apego a la higiene de manos. <ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de apego a la higiene de manos.</li> </ul>	
Etapa 5.0 Coordinación de mejora continua en higiene de manos	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
5.1 Recomienda verbalmente acciones y estrategias que mejoren el apego a la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos en cada servicio al Jefe de Servicio.	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

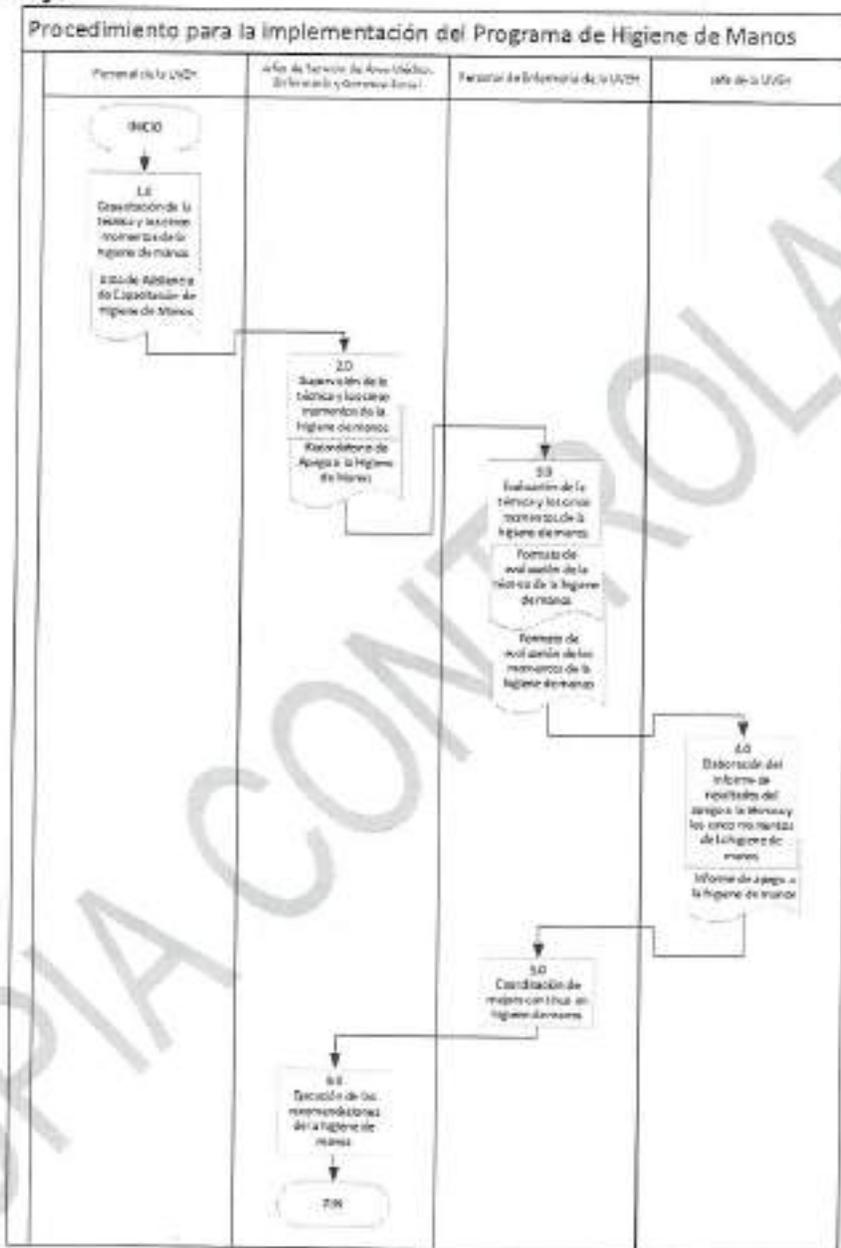
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 59 de 121

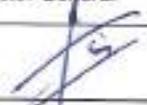
Etapa 6.0 Ejecución de las recomendaciones de la higiene de manos	Responsable: Jefes de Servicio de Enfermería, Área Médica, y Personal de Gerencia Social
6.1 Ejecuta las recomendaciones determinadas en el CODECIN referente a las mejoras para incrementar el apego al lavado de manos.	
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>	

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

### 5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Vilanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 61 de 121

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F, 20 Noviembre 2009.	No Aplica
Manual de Estándares para Implementar el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales 2018: Apartados de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y Sistema PCI (Prevención y Control de Infecciones). Consejo de Salubridad General. <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf</a>	No Aplica
Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG Edición 2017. Consejo de Salubridad General. Publicado en <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf</a>	No Aplica
Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Primera Edición 2016. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica RHOVE / Dirección General de Epidemiología. Publicado en <a href="http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHOVE.pdf">http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHOVE.pdf</a>	No Aplica

## 7.0 Registros

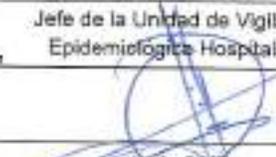
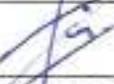
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Listas de Capacitación de Higiene de Manos	5 años	UVEH	No Aplica
Formatos de evaluación de la técnica de Higiene de Manos	5 años	UVEH	No Aplica
Formatos de elaboración de estudios de sombra del Higiene de Manos	5 años	UVEH	No Aplica
Informe Mensual CODECIN	Permanente	UVEH	No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Vilanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 62 de 121

## 8.0 Glosario

- 8.1 Cuasifalla:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que no ocasiona daño al paciente.
- 8.2 Estudio de sombra:** Evaluación aleatoria mediante la cual se revisa el apego a la técnica de lavado de manos mediante una metodología en la que el evaluado no conoce la actividad que realiza el evaluador.
- 8.3 Evento adverso:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño leve o moderado al paciente, pero que es reversible.
- 8.4 Evento centinela:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño grave e irreversible al paciente, o bien la muerte del paciente.
- 8.5 Higiene de manos:** Técnica empleada para la desinfección de las manos del personal de salud, la cual se basa en la utilización de una solución antiséptica con una fricción vigorosa y sistemática de las manos, incluye tres técnicas; lavado de manos con agua y jabón, desinfección con soluciones alcoholadas libres de enjuague y el lavado de manos quirúrgico.
- 8.6 Incidencia:** Número de casos nuevos de enfermedad que se presenta en un período de tiempo determinado.
- 8.7 Incidente:** Suceso repentino no deseado que ocurre por desapego a las actividades establecidas en los procesos de prevención y control de infecciones.
- 8.8 Infección asociada a la atención de la salud (IAAS):** A la multiplicación de un microorganismo dentro de un huésped, que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización del paciente.
- 8.9 Personal de Salud:** Trabajadores de la plantilla del hospital que desempeñan actividades clínicas, administrativas o relacionadas a los servicios generales de la operación institucional.
- 8.10 Solución antiséptica:** Sustancia química saponificable con potencial bactericida utilizada para realizar la técnica del lavado de manos.
- 8.11 UVEH (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria):** Es la instancia operativa a nivel hospitalario, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.

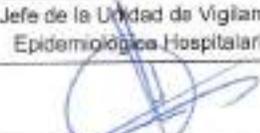
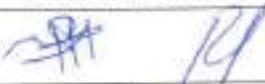
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 63 de 121

**8.12 Vigilancia Epidemiológica: Acciones** encaminadas a revisar, registrar y analizar información referente a los casos de enfermedades sujetas a notificación epidemiológica, así como a la revisar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de estos casos.

#### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2020	Actualización del procedimiento consistente en la integración de dos procedimientos (lavado de manos clínico y lavado de manos quirúrgico) en uno solo, adecuación de las actividades vigentes con base en la distribución de áreas del HRAEB y evaluación y supervisión vigentes de este procedimiento, modificación de políticas y rediseño de las etapas del procedimiento.
02	Junio 2023	Actualización de las políticas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - LVEH - 03
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS</b>		Hoja: 64 de 121

## 10.0 Anexos

### 10.1 Formato de evaluación de la técnica de higiene de manos.

Cedula Única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

**Apego a la Técnica de Higiene de Manos**

Nº	FECHA	TURNO	SERVICIO	Se realizó a nivel individual?	Se efectuó correctamente en primer momento?	Se efectuó correctamente en el curso de la mano?	Se efectuó de manera integral?	Se efectuó cubriendo el movimiento circulares?	Se efectuó la gesticulación de los dedos por la palma y dorso de la mano?	Se efectuó el lavado de manos?	Se efectuó la higiene de manos durante el procedimiento?	Se efectuó el cumplimiento de la técnica de higiene de manos?
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

**NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR:**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

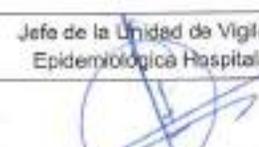
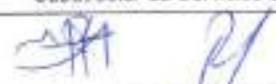
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS</b>		Hoja: 65 de 121

## 10.2

Formato de evaluación de los cinco momentos de higiene de manos.

SALUD		Cédula Única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud							
Apego a los Cinco Momentos de la Higiene de Manos									
Nº	FECHA	TURNO	SERVICIO	Áreas de tocar al paciente	Áreas de realizar una tarea que requiere contacto aséptico	Después de estar en contacto con secreciones	Después de tocar al paciente	Después de tocar el entorno del paciente	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

**NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR:**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS</b>		Hoja: 66 de 121

### 10.3 Técnica y cinco momentos de la higiene de manos.

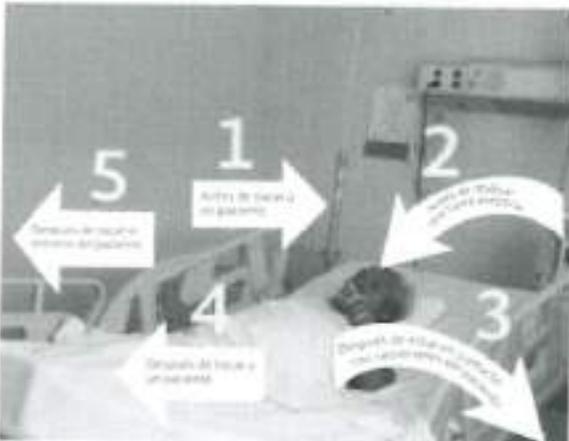

**Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío**

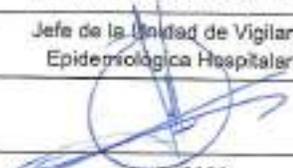
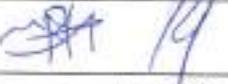
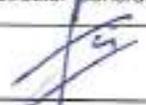

#### Técnica de lavado de manos




**Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío**

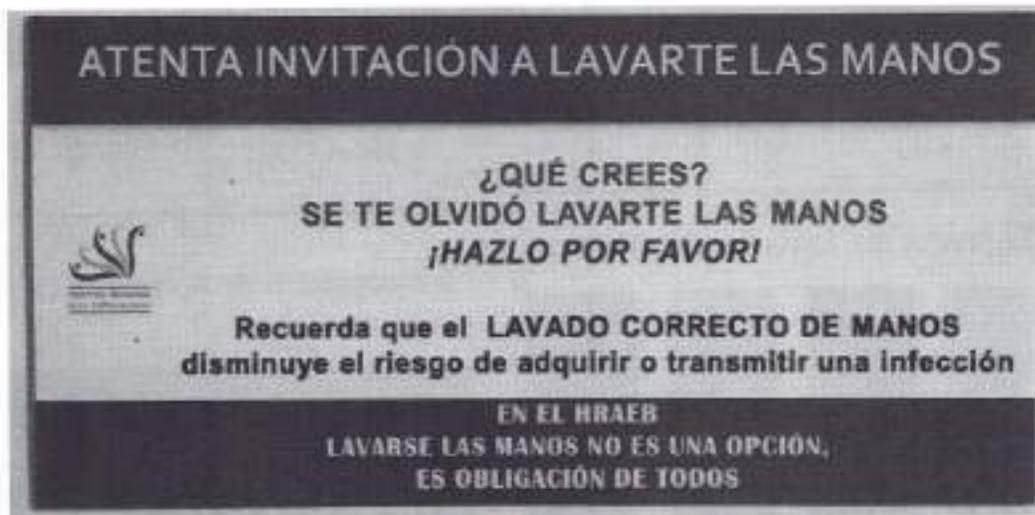

#### 5 momentos de la higiene de manos



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS		Hoja: 67 de 121

10.4 Recordatorio de apego a la higiene de manos.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mesqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 03
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS</b>		<b>Hoja: 68 de 121</b>

10.5 Formato de Notificación de incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas.





**SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS**

### Formulario de Notificación de Incidentes

A continuación, responda a una serie de preguntas relacionadas al incidente, recuento que con la notificación, podremos analizar, medir, evaluar y reducir cualquier incidente que ponga en riesgo la seguridad de nuestros pacientes y sus familias.

Investigación con el consentimiento del paciente o familiar

Clasificación

**Nombre del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido daño \***

El paciente

**Sexo del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido daño \***

Femenino  
 Masculino

**Edad del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido daño \***

El paciente

**Fecha en que ocurrió el incidente \***

Fecha

Ed. / Mes / Año

**Lugar en que ocurrió el incidente \***

Maracaibo  
 Neiva  
 Neerlandia  
 Nariño  
 Nariño 2  
 Unidad Especialidades  
 Unidad Especialidades

**Área o servicio donde se presentó el incidente \***

El área

**¿Quién estuvo involucrado en el incidente? \***

El área

**Narración de los hechos (¿cuéntanos qué pasó? \*)**

El incidente

**Tipo de daño al paciente \***

Sin daño al paciente  
 Daño leve  
 Daño moderado  
 Daño grave

**Área o servicio que notifica \***

El área

**Acorde a tu experiencia y conocimiento, ¿Cómo crees que se hubiera evitado el incidente en nuestro hospital? \***

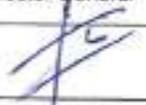
El incidente

**Enviar** Borrar formulario

Siempre envíe esta información a través de Formularios de Google

Para saber más sobre cómo usar Formularios de Google, visite <https://www.google.com/forms/about/>

Google Formularios

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mostueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES		Hoja: 69 de 121

#### 4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD</small> <small>20110</small>	Código: PR – DM – SSC – UVEH – 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES		Hoja: 70 de 121

## 1.0 Propósito

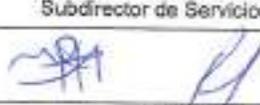
- 1.1 Disminuir el riesgo de adquirir una infección transmisible por exposición a sangre o secreciones corporales de pacientes en trabajadores de la salud expuestos de manera accidental a estas secreciones durante el desempeño de su trabajo.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a Dirección Médica, Dirección de Operaciones, Dirección de Administración y Finanzas, Dirección de Planeación, Enseñanza e Investigación, Dirección de Enfermería, Departamento de Asuntos Jurídicos y la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene.
- 2.2 A nivel externo aplica al Inversionista Proveedor (IP), la Coordinación de Salud del Trabajador del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Epidemiología e Infectología del ISSSTE, IMSS, CAPASITS León.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

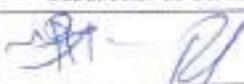
- 3.1 El correcto manejo y la separación de residuos derivados de la atención médica de los pacientes es responsabilidad de todos los trabajadores de áreas clínicas del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) con la finalidad de disminuir el riesgo de adquirir una infección asociada a la atención de la salud (IAAS) debido a un mal manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).
- 3.2 El manejo de los residuos debe cumplir con las disposiciones legales aplicables, correspondientes a las siguientes fases de manejo, según el caso: Identificación de los residuos, Envasado de los residuos generados, Almacenamiento temporal, Recolección y transporte externo, Tratamiento, Disposición final con base en lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.
- 3.3 Cualquier persona expuesta a secreciones corporales, a todo contacto de sangre, fluidos corporales o secreciones de pacientes con piel no intacta o mucosas de un trabajador de la salud, debe seguir el protocolo de atención para evaluar el riesgo de adquirir una infección relacionada a la atención de la salud (IAAS).
- 3.4 El Jefe de la UVEH determina si el accidente debe considerarse de bajo riesgo, en cuyo caso se dan recomendaciones generales. En caso de considerarse alto riesgo se actualizan los estudios serológicos o microbiológicos del paciente con quien se accidentó el trabajador y se da seguimiento al inicio de profilaxis del accidentado en su unidad de medicina preventiva

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES		Hoja: 71 de 121

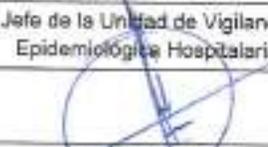
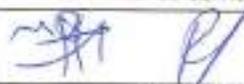
correspondiente. (Ver Anexo 10.1 HRAEB-DPEI-EPID-02-A-ANV Formato de notificación de accidente por exposición a secreciones corporales).

- 3.5 En caso de que ocurra un accidente por exposición a secreciones corporales, el trabajador accidentado debe lavar el área afectada con agua y solución antiséptica por lo menos durante 40 a 60 segundos.
- 3.6 Posteriormente a lo descrito en la política 3.4, el trabajador accidentado debe avisar a la UVEH del HRAEB o en su defecto al Jefe Inmediato o al Subdirector en turno, para evaluar el riesgo de infección y la pertinencia de iniciar un esquema profiláctico.
- 3.7 El Personal de la UVEH debe llenar el formato de ocurrencia de accidente del trabajador por exposición a secreciones corporales con la firma tanto del trabajador accidentado como de quien está evaluando el riesgo (Infectólogo, Jefe Superior Inmediato o Jefe de la UVEH) para posteriormente dar trámite ante la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene a la que se notifica vía oficio el incidente ocurrido, esta información también se informa al Área de Calidad y Certificación y se incluye para la evaluación integral de riesgos y problemas anual. (Ver Anexo 10.1).
- 3.8 El Jefe de la UVEH debe evaluar el accidente, considerando accidente de alto riesgo en las siguientes circunstancias: exposición de secreciones con objeto de origen desconocido, aguja hueca con sangre o secreciones de un paciente con factores de riesgo para adquisición de padecimientos infectocontagiosos, pacientes con cultivos o serologías positivos para padecimientos infectocontagiosos, heridas profundas o salpicadura de secreciones o sangre en mucosas oral o conjuntiva.
- 3.9 En caso de que el accidente sea de alto riesgo para adquisición de infecciones, y el paciente con cuyas secreciones se accidentó el trabajador de la salud tenga factores de riesgo para enfermedades infectocontagiosas y/o no tenga actualizados cultivos o serologías, estas muestras se deben indicar por el Jefe de la UVEH de manera urgente al paciente para descartar procesos infecciosos activos.
- 3.10 En caso de que posterior al análisis del caso se determine que el accidente es de alto riesgo, se indica el inicio de la profilaxis, la persona accidentada debe ser referida por el Jefe de la UVEH al Servicio de Medicina del Trabajo del ISSSTE para toma de serología basal e inicio de profilaxis, en caso de personal no derechohabiente del ISSSTE, deberán acudir al IMSS y en caso de no tener derechohabencia se referirán al CAPASITS León.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES		Hoja: 72 de 121

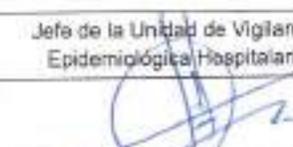
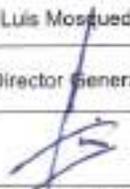
- 3.11 Los estudios de control mensual, trimestral, semestral y el alta del trabajador accidentado se deberán tramitar en el Servicio de Medicina del Trabajo del ISSSTE por parte del personal de la misma institución.
- 3.12 En caso de requerir una incapacidad, el personal accidentado deba llevar a cabo los trámites que la institución de la derechohabencia del trabajador tenga establecidos y vigentes.
- 3.13 El tiempo de respuesta entre la ocurrencia del accidente y la administración de profilaxis no debe exceder las 24 horas, por lo que es responsabilidad del trabajador accidentado realizar el reporte inmediato del incidente.
- 3.14 El Personal de la UVEH debe realizar un reporte vía oficio de todos los accidentes por exposición a secreciones corporales a la Comisión Central Mixta de Seguridad e Higiene.
- 3.15 El seguimiento del trabajador accidentado se realiza en la Unidad Médica de Derechohabencia del trabajador accidentado, siendo responsabilidad del trabajador acudir a sus citas que la institución programe para atención médica y estudios de laboratorio de control y entregando a la UVEH del HRAEB sus laboratorios de control una vez emitida el alta médica por su Médico Tratante en la Unidad de Derechohabencia.
- 3.16 El Personal de Salud realiza la notificación de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela, derivados de la falta de cumplimiento de estas políticas en la plataforma electrónica destinada para este fin al interior del HRAEB, con la finalidad de que los incidentes relacionados a la seguridad del paciente se analicen en el COCASEP. (Ver Anexo 10.2 Formato de incidencias de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Crevioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

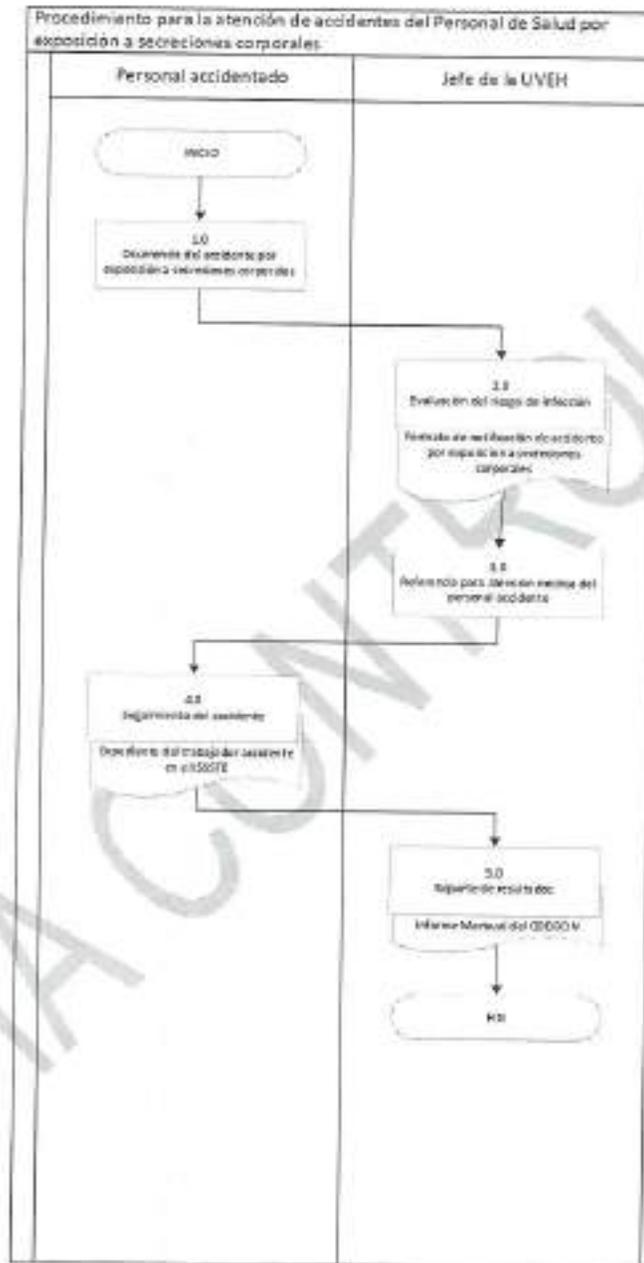
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES		Hoja: 73 de 121

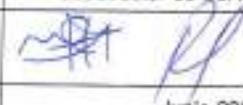
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Ocurrencia del accidente por exposición a secreciones corporales	Responsable: Personal accidentado
1.1 Lava el área afectada con agua y solución antiséptica al menos durante 40 a 60 segundos.	
1.2 Avisa a la UVEH del HRAEB o en su defecto al Jefe Inmediato o al Subdirector en turno, para evaluar el riesgo de infección y la pertinencia de iniciar un esquema profiláctico.	
Etapa 2.0 Evaluación del riesgo de infección	Responsable: Jefe de la UVEH
2.1 Evalúa las condiciones del accidente para determinar si existe alto riesgo para la transmisión de padecimientos infectocontagiosos.	
2.2 Requisita el formato de notificación del accidente, como se indica en la política 3.4	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato de notificación de accidente por exposición a secreciones corporales.</li> </ul>	
Etapa 3.0 Referencia para atención médica del Personal accidentado	Responsable: Jefe de la UVEH
3.1 Refiere telefónicamente al paciente con alto riesgo al Servicio de Medicina del Trabajo del ISSSTE para inicio de profilaxis y valoración médica, así como toma de serología basal.	
Etapa 4.0 Seguimiento del accidente	Responsable: Personal accidentado
4.1 Acude a sus seguimientos serológicos y citas en el ISSSTE hasta terminar el periodo de vigilancia y ser dado de alta.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente del trabajador accidentado en el ISSSTE</li> </ul>	
Etapa 5.0 Reporte de resultados	Responsable: Jefe de la UVEH
5.1 Integra los resultados de la evaluación clínica del accidentado al Informe mensual del CODECIN.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Mensual del CODECIN</li> </ul>	
5.2 Informa al CODECIN los incidentes del accidente y propone recomendaciones para reducir el riesgo de ocurrencia de incidentes.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Mensual del CODECIN</li> </ul>	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

### 5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES</b>		Hoja: 75 de 121

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Publicado en el D.O.F. 19 de febrero de 2013.	No Aplica
NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo. Publicado en el D.O.F. el 17 de febrero de 2003.	No Aplica
Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Aprobado 27 de julio de 2018.	No Aplica
Plan Nacional de Salud 2019 – 2024. Publicado en el D.O.F., el 12 de julio de 2019.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de notificación de accidente por exposición a secreciones corporales	5 años	Personal UVEH	No Aplica

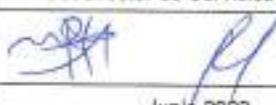
## 8.0 Glosario

- 8.1 Accidente de alto riesgo:** Incidente ocurrido de manera accidental bajo las siguientes circunstancias: exposición de secreciones con objeto de origen desconocido, aguja hueca con sangre o secreciones de un paciente con factores de riesgo para adquisición de padecimientos infectocontagiosos, pacientes con cultivos positivos o serologías positivas para padecimientos infectocontagiosos, heridas profundas o salpicadura de secreciones o sangre en mucosas oral o conjuntiva.
- 8.2 Caso de infección asociada a la atención de la salud:** A la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital.
- 8.3 Caso descartado de infección asociada a la atención de la salud:** Al caso que no cumple con los criterios, al demostrar que la infección se adquirió fuera del hospital, o en el que haya evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES		Hoja: 76 de 121

- 8.4 Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN):** Al organismo conformado por el epidemiólogo y/o infectólogo, clínicos y administradores de los servicios de salud, que coordinan las actividades de prevención, detección, control, registro, notificación, análisis de la información, capacitación y análisis de la información de las infecciones nosocomiales.
- 8.5 Cuasifalla:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que no ocasiona daño al paciente.
- 8.6 Evento adverso:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño leve o moderado al paciente, pero que es reversible.
- 8.7 Evento centinela:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño grave e irreversible al paciente, o bien la muerte del paciente.
- 8.8 Factores de riesgo de infección asociada a la atención de la salud:** A las condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección, dentro de las que se encuentran el diagnóstico de ingreso, enfermedad de base o concomitante del paciente, el área física, insumos médicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, políticas del hospital y capacitación al personal.
- 8.9 Incidencia:** Número de casos nuevos de enfermedad que se presenta en un periodo de tiempo determinado
- 8.10 Incidente:** Suceso repentino no deseado que ocurre por desapego a las actividades establecidas en los procesos de prevención y control de infecciones.
- 8.11 Infección asociada a la atención de la salud (IAAS):** A la multiplicación de un microorganismo dentro de un huésped, que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización del paciente.
- 8.12 Notificación:** A la acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, por parte de las Unidades del Sistema Nacional de Salud.
- 8.13 Personal de salud:** Trabajadores de la plantilla del hospital que desempeñan actividades clínicas, administrativas o relacionadas a los servicios generales de la operación institucional.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oncofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 12
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES		Hoja: 77 de 121

- 8.14 Prevención de infección asociada a la atención de la salud:** A la aplicación de medidas para evitar o disminuir la incidencia de las infecciones dentro del hospital.
- 8.15 Registro:** A la inscripción de información comprobable, que puede comprender la anotación numérica o nominal de casos, contactos, enfermedad o evento, mediante los instrumentos apropiados.
- 8.16 Residuos Biológicos Infecciosos (RPBI):** Todo aquel residuo que contenga material biológico o secreciones corporales los cuales presenten un riesgo para la salud del trabajador del hospital o del medio ambiente.
- 8.17 Secreción Corporal:** Líquidos corporales consistentes en sangre, fluidos estériles de cavidades corporales o secreciones de pacientes con piel no intacta o mucosas.
- 8.18 UVEH (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria):** Es la instancia operativa a nivel hospitalario, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.
- 8.19 Vigilancia Epidemiológica:** Acciones encaminadas a revisar, registrar y analizar información referente a los casos de enfermedades sujetas a notificación epidemiológica, así como a la revisar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de estos casos.

#### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2020	Actualización de las políticas, descripción del procedimiento, glosario y anexos.
02	Junio 2023	Actualización de las políticas y glosario.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – LVEH – 12
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 2
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE ACCIDENTES DEL PERSONAL DE SALUD POR EXPOSICIÓN A SECRECIONES CORPORALES</b>		Hoja: 78 de 121

## 10.0 Anexos

10.1 HRAEB-DPEI-EPID-02-A-ANV Formato de notificación de accidente por exposición a secreciones corporales.




Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío  
 Departamento de Epidemiología Hospitalaria  
 Hoja de Seguimiento por Exposición Ocupacional a Fluidos Corporales y Material Puroscortante

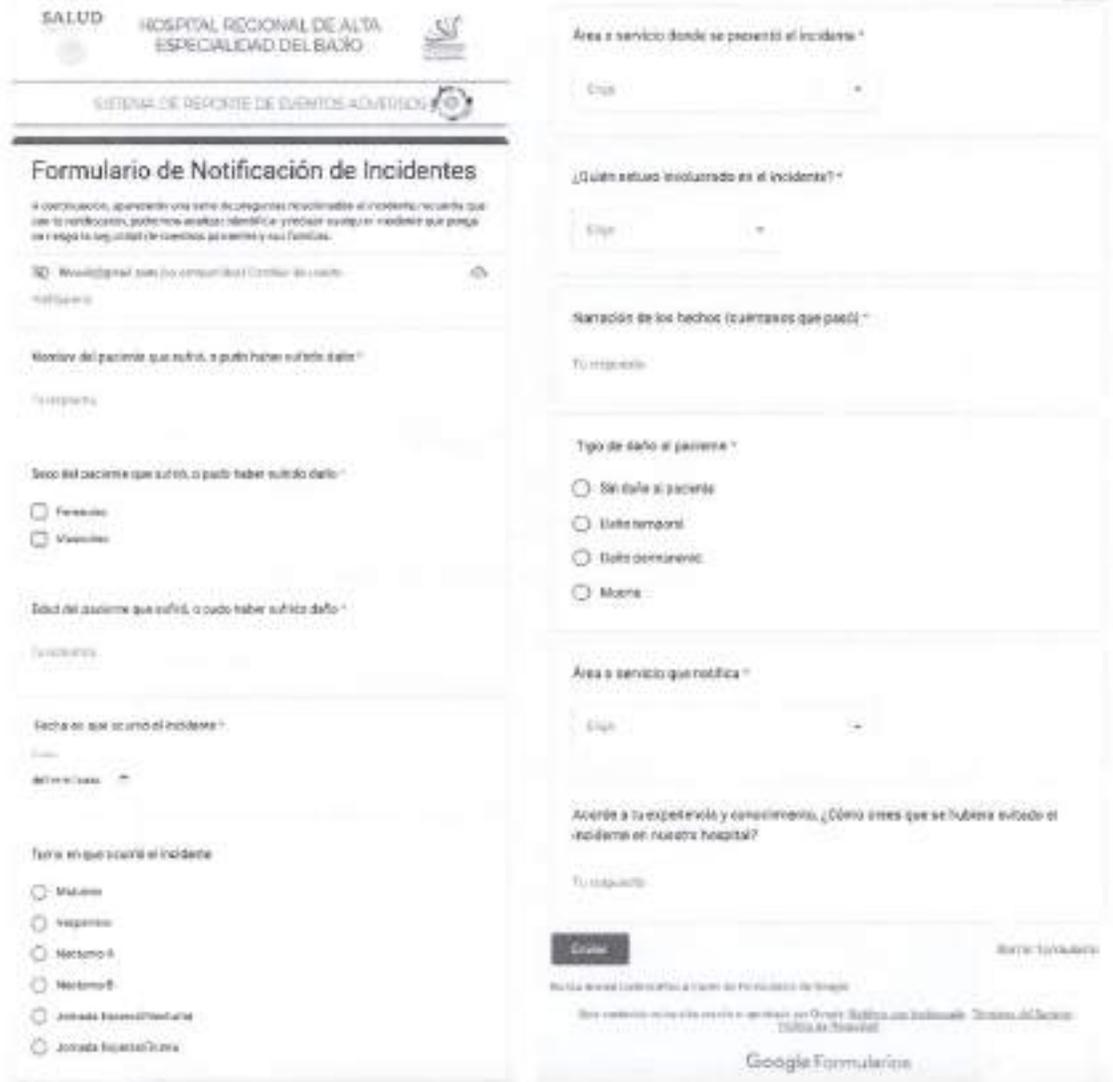
**SEGUIMIENTO POR EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A FLUIDOS CORPORALES**

Datos Personales del trabajador

Nombre completo		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre
Género		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Categoría		
<input type="checkbox"/> Médico Resc. <input type="checkbox"/> Médico Residente <input type="checkbox"/> Masajista	<input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajo Social <input type="checkbox"/> Farmacia	<input type="checkbox"/> Lavandera <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Telefonista
Turno		
<input type="checkbox"/> Matutino	<input type="checkbox"/> Vespertina	<input type="checkbox"/> Nocturno
<input type="checkbox"/> Especial		
Ubicación laboral		
Área de Trabajo	Extensión telefónica	
Existen antecendentes de 200 casos con material piroscortante previos		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fecha
DATOS DEL ACCIDENTE ACTUAL		
Fecha de reporte del accidente	Fecha del accidente	
Lugar del Accidente	Hora del accidente	
Servicio donde ocurrió el accidente		
Mecanismo por el cual se produjo el accidente		
<input type="checkbox"/> Pinchados	<input type="checkbox"/> Inyección lo-poxar	<input type="checkbox"/> Salpicadura
<input type="checkbox"/> Herida cortante	<input type="checkbox"/> Maza	
<input type="checkbox"/> Espichaque		
Región anatómica afectada		
<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Brazo
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Pie
<input type="checkbox"/> Boca	<input type="checkbox"/> Manos	<input type="checkbox"/> Piernas
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Codo
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Otro
Describa cómo sucedió el accidente:		
Medidas de precaución estándar utilizadas al momento del accidente:		
<input type="checkbox"/> Camo	<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Encapuchado la cabeza
<input type="checkbox"/> Cubre bocas	<input type="checkbox"/> Lentes	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> Guantes	<input type="checkbox"/> Lavado de manos	<input type="checkbox"/> NO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

10.2 Formato de Notificación de incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas.



**Formulario de Notificación de Incidentes**

Al completar, aparecerá una serie de categorías relacionadas al incidente, recuerde que con la verificación, podemos evitar, identificar y prevenir cualquier incidente que ponga en riesgo la seguridad de nuestros pacientes y sus familias.

**¿Cuál es el área o servicio donde se presentó el incidente? \***

**¿Cuál es el estado involucrado en el incidente? \***

**Relación de los hechos (cuentanos que pasó) \***

**Tu respuesta**

**Tipo de daño al paciente \***

Sin daño al paciente

Daño temporal

Daño permanente

Muerte

**Área o servicio que notifica \***

**Acordé a tu experiencia y conocimiento, ¿cómo crees que se hubiera evitado el incidente en nuestra hospital? \***

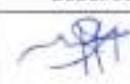
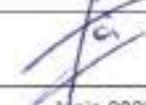
**Tu respuesta**

**Enviar** **Revisar tus respuestas**

Nota: Este formulario se creó con el formulario de Google. Sus respuestas estarán en línea y se guardarán en Google. Saludos desde el Hospital Regional de Alta Especialidad.

Google Formularios

CC

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Morano	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 14
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD		Hoja: 80 de 121

## 5. PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 14
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD		Hoja: 81 de 121

## 1.0 Propósito

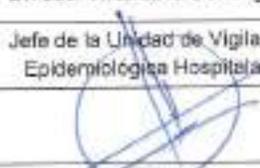
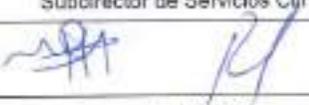
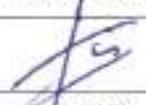
- 1.1 Establecer los criterios a seguir para la aplicación de vacunas al Personal de Salud del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB).

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a todo el Personal de Salud HRAEB.
- 2.2 A nivel externo aplica al Inversionista Proveedor (IP), Servicio de Hemodiálisis, la Coordinación de Enfermería de la Jurisdicción Sanitaria 7 (León), Unidad de Medicina Preventiva del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) y a la Dirección del Programa de Vacunación Universal.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 La aplicación de vacunación al Personal de Salud se debe realizar con base en los lineamientos proporcionados por el CeNSIA por medio de la Jurisdicción Sanitaria 7 (León).
- 3.2 La vacunación debe ser coordinada por el Personal de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), por lo que la aplicación de los biológicos deberá ajustarse a las disposiciones de la Unidad de Medicina Preventiva del ISSSTE o bien a la Jurisdicción Sanitaria 7.
- 3.3 La vacunación se debe realizar con periodicidad anual previo al inicio de la temporada de invierno y se debe priorizar la vacunación contra influenza y hepatitis b y las vacunas que se determine por la autoridad sanitaria competente de acuerdo con el manual de vacunación vigente.
- 3.4 El Personal de UVEH es el encargado de coordinar la solicitud y el reporte de las vacunas del Personal del HRAEB.
- 3.5 La UVEH del HRAEB en conjunto con la Jurisdicción Sanitaria, solicitan al Personal de Salud de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, su apoyo para la aplicación del biológico.
- 3.6 Cada trabajador de salud es responsable de tener actualizado su esquema de vacunación, en caso de no estar vacunado, el trabajador debe acudir a su Unidad de Salud de Primer Nivel que le corresponda para ser inmunizado.
- 3.7 Es responsabilidad de la UVEH del HRAEB solicitar a la Jurisdicción Sanitaria las vacunas necesarias con base en los lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud para población de riesgo y Personal de Salud definidos en cada campaña de vacunación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Orofíe Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 14
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD		Hoja: 82 de 121

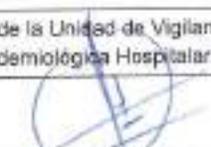
- 3.8 El Personal de Salud debe registrar sus datos de identificación personales en el formato que se requiera antes de la aplicación de las vacunas, como barrera de seguridad durante la aplicación de vacunas al Personal de Salud ya que esta información se corrobora verbalmente por el Personal quien aplica el biológico.
- 3.9 El Personal de Salud quienes aplican las vacunas reportan la falta de identificación correcta del usuario o personal de salud a vacunar antes de la aplicación del biológico a través del sistema electrónico de notificación de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, para considerarlo en la productividad de incidentes relacionados a la seguridad del paciente en el COCASEP. (Ver Anexo 10.1 Formato de incidencias de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

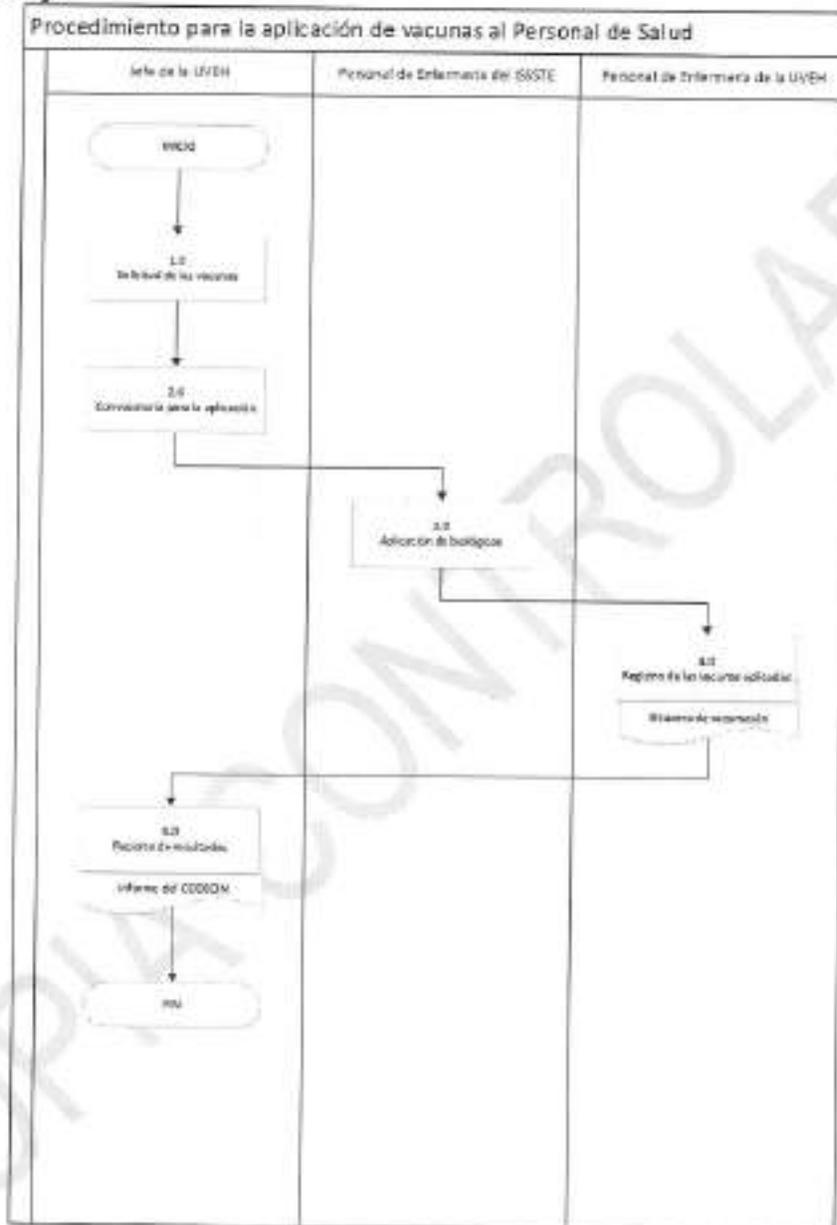
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 14
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD		Hoja: 83 de 121

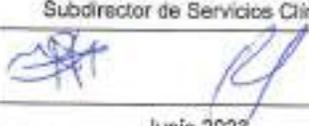
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Etapa 1.0 Solicitud de las vacunas	Responsable: Jefe de la UVEH
1.1 Solicita a la Jurisdicción Sanitaria las vacunas necesarias con base en la política 3.7	
Etapa 2.0 Convocatoria para la aplicación	Responsable: Jefe de la UVEH
2.1 Difunde con avisos electrónicos y mediante voceo las fechas y tipo de biológico que se aplicarán de manera ordinaria al Personal de Salud.	
2.2 Organiza la logística de la campaña de vacunación al interior del HRAEB.	
Etapa 3.0 Aplicación de biológicos	Responsable: Personal de Enfermería del ISSSTE
3.1 Aplican las vacunas al Personal en las jornadas establecidas.	
Etapa 4.0 Registro de las vacunas aplicadas	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
3 4 4.1 Registran en los formatos correspondientes la información requerida del Personal vacunado. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bitácora de vacunación.</li> </ul>	
Etapa 5.0 Reporte de resultados	Responsable: Jefe de la UVEH
5.1 Realiza informe de la campaña de vacunación y se presenta en el CODECIN. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe del CODECIN.</li> </ul>	
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

### 5.0 Diagrama de flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 14
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD		Hoja: 85 de 121

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Publicado en el D.O.F., el 19 de Febrero 2013.	No Aplica
Plan Nacional de Salud 2019-2024., Publicado en el D.O.F., el 12 de julio de 2019.	No Aplica
Manual de Organización Especifico del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Actualización autorizada por el COMERI el 27 de julio de 2018.	No Aplica
Manual de Vacunación. Edición 2017, Secretaría de Salud.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Bitácoras de vacunación	5 años	Personal UVEH	No Aplica

## 8.0 Glosario

3  
4  
5  
6  
7  
8

- 8.1 Cuasifalla:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que no ocasiona daño al paciente.
- 8.2 Evento adverso:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño leve o moderado al paciente, pero que es reversible
- 8.3 Evento centinela:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño grave e irreversible al paciente, o bien la muerte del paciente.

3  
4

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villeneuve Dominguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 14
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 2
	PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD		Hoja: 86 de 121

5

6

7

8

8.1

8.2

8.3

8.4 **Incidencia:** Número de casos nuevos de enfermedad que se presenta en un período de tiempo determinado

8.5 **Incidente:** Suceso repentino no deseado que ocurre por desapego a las actividades establecidas en los procesos de prevención y control de infecciones.

8.6 **Personal de salud:** Trabajadores de la plantilla del Hospital que desempeñan actividades clínicas, administrativas o relacionadas a los servicios generales de la operación institucional.

8.7 **Registro:** A la inscripción de información comprobable, que puede comprender la anotación numérica o nominal de casos, contactos, enfermedad o evento, mediante los instrumentos apropiados.

8.8 **Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH):** Es la instancia operativa a nivel hospitalario, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.

8.9 **Vacunación:** Actividad de Medicina Preventiva, basada en la aplicación de biológicos para prevenir la adquisición de enfermedades específicas virales o bacterianas.

8.10 **Vigilancia Epidemiológica:** Acciones encaminadas a revisar, registrar y analizar información referente a los casos de enfermedades sujetas a notificación epidemiológica, así como a la revisar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de estos casos.

### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2020	Actualización del procedimiento consistente en adecuación de las actividades vigentes en coordinación con el personal del ISSSTE, modificación de políticas y rediseño de las etapas del procedimiento.
02	Junio 2023	Actualización de políticas y glosario.

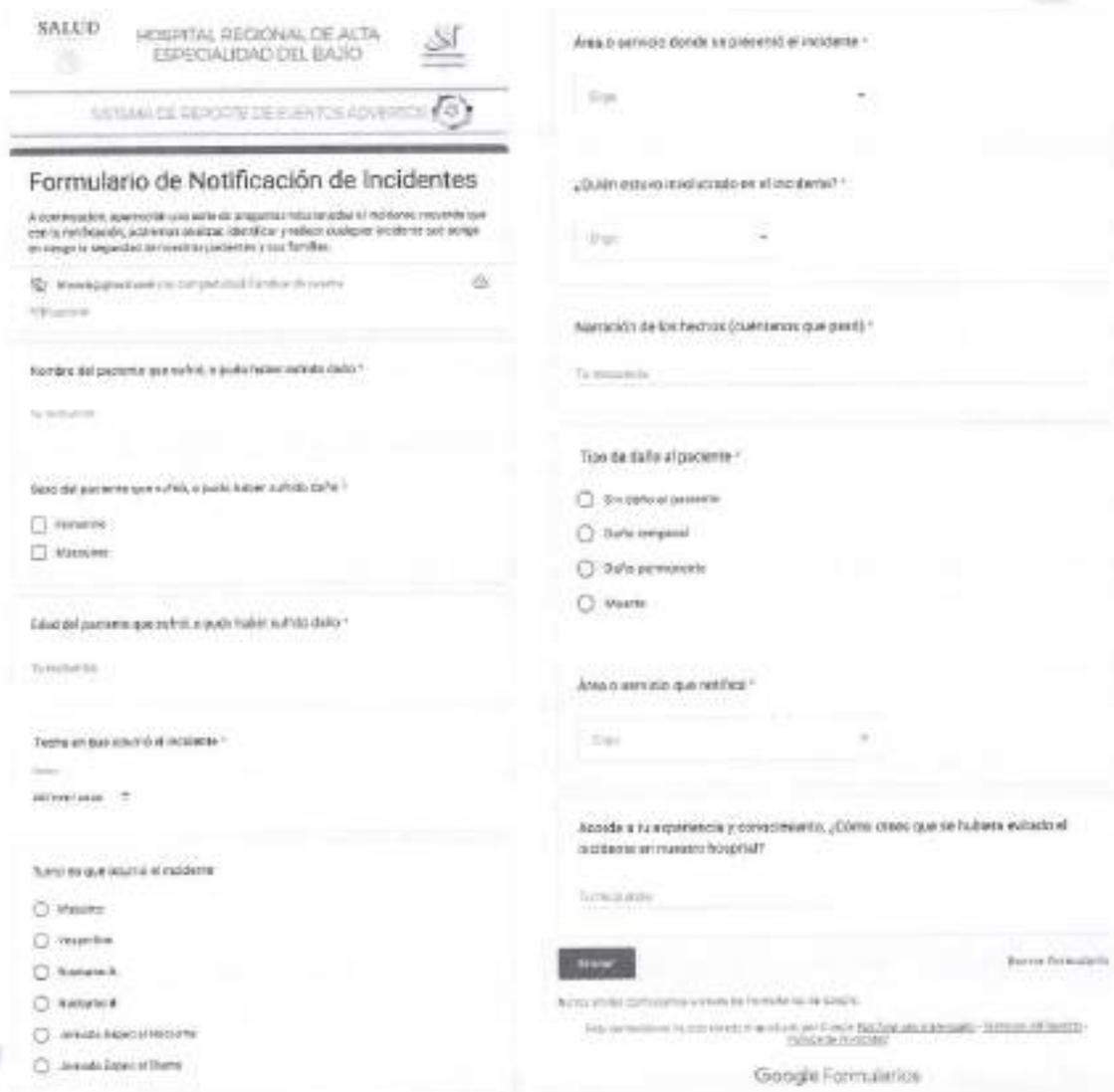
#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 14</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		<b>Rev. 2</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS AL PERSONAL DE SALUD</b>		<b>Hoja: 87 de 121</b>

## 10.0 Anexos

### 10.1 Formato de Notificación de incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas.



**SALUD** HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA

Formulario de Notificación de Incidentes

¿Quién estuvo involucrado en el incidente? \*

¿Cuándo ocurrió el incidente? \*

¿Dónde ocurrió el incidente? \*

¿Cuál fue el tipo de incidente? \*

¿Cuál fue el resultado del incidente? \*

¿Cuál fue el impacto del incidente? \*

¿Cuál fue el costo del incidente? \*

¿Cuál fue el tiempo de recuperación? \*

¿Cuál fue el tiempo de atención? \*

¿Cuál fue el tiempo de espera? \*

¿Cuál fue el tiempo de diagnóstico? \*

¿Cuál fue el tiempo de tratamiento? \*

¿Cuál fue el tiempo de seguimiento? \*

¿Cuál fue el tiempo de recuperación? \*

¿Cuál fue el tiempo de atención? \*

¿Cuál fue el tiempo de espera? \*

¿Cuál fue el tiempo de diagnóstico? \*

¿Cuál fue el tiempo de tratamiento? \*

¿Cuál fue el tiempo de seguimiento? \*

Enviar

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Oñofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Morqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 88 de 121

## 6. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 89 de 121

## 1.0 Propósito

1.1 Estandarizar el manejo de las medidas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) de acuerdo con el riesgo específico de adquirir o transmitir una infección en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), mediante la capacitación, supervisión y evaluación del correcto uso de las tarjetas de aislamiento de pacientes.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno aplica a todo el Personal Clínico que labore en el HRAEB, al COCASEP.

2.2 A nivel externo aplica a pacientes, familiares, proveedores y visitantes que acudan a realizar cualquier actividad en el HRAEB y del Inversionista Proveedor (IP).

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 El Personal de la UVEH debe capacitar a todo el Personal Clínico y de Servicios del IP de todos los turnos del HRAEB en los criterios de manejo de las tarjetas de aislamiento de los pacientes de acuerdo con el riesgo de transmisión de una infección.
- 3.2 El Médico Tratante a cargo del paciente, es el responsable de colocar en las indicaciones médicas el tipo de aislamiento que corresponde al paciente (estándar, por contacto, por gotas, por vía aérea o aislamiento protector), por lo que todos los pacientes deben tener un tipo de aislamiento descrito en sus indicaciones.
- 3.3 Los criterios de manejo de cada una de las precauciones estándar o de aislamiento de pacientes (estándar, por contacto, por gotas, por vía aérea o aislamiento protector) se encuentran descritas al anverso y al reverso de dichas tarjetas, por lo que es responsabilidad del Personal Clínico acudir a las capacitaciones a este respecto para aclarar las dudas que el manejo de estas medidas puede generar. (10.1 Tarjetas de aislamiento de pacientes).
- 3.4 La Jefa de Servicio de Enfermería es la responsable del resguardo de las tarjetas de aislamiento del paciente y debe proporcionarlas al Personal de Enfermería a cargo del paciente, para que coloque las tarjetas en la cabecera del paciente o en la puerta del cuarto aislado según corresponda.
- 3.5 El Personal de Enfermería de la UVEH es el responsable de evaluar el cumplimiento de las medidas descritas en cada una de las tarjetas, así como de comunicar verbalmente los desapegos

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 90 de 121

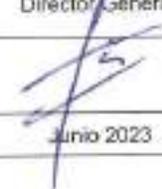
de éstas al Jefe de Servicio para que se corrijan los mismos y se realice la prevención de IAAS en los pacientes atendidos en el HRAEB.

- 3.6 Todo el Personal Clínico se debe apegar a los criterios de manejo de cada uno de los pacientes de acuerdo con la tarjeta con la que se identifican las medidas de prevención o control de IAAS.
- 3.7 El Personal de Enfermería de la UVEH proporciona las tarjetas de aislamiento que requiera el Jefe de Servicio quien es responsable del resguardo por las mismas, haciéndose responsable del inventario de tarjetas de su servicio, en caso de encontrarse de vacaciones, deberá designar a una persona responsable de esta actividad.
- 3.8 Todas las personas que se encuentren en cualquier servicio del HRAEB, deben apegarse a la higiene de manos, como medida universal para todas y cada una de las precauciones y aislamientos por lo que se debe seguir la técnica y los cinco momentos de la higiene de manos durante todo el proceso de atención de pacientes, de acuerdo con la información gráfica distribuida en todas las áreas clínicas del HRAEB.
- 3.9 El equipo de protección personal se solicita con cargo a paciente por parte del Personal de Enfermería quien se encuentra a cargo de los pacientes al inicio del turno, con base en los criterios de uso racional de los insumos.
- 3.10 El uso de guantes es individual, desechable y por procedimiento, así mismo no exenta de la higiene de manos, por lo que previo a la colocación de los guantes, el Personal debe lavarse las manos y posterior al retiro de los guantes debe repetir el lavado de manos.
- 3.11 El cubrebocas tricapa desechable es una barrera de seguridad que se utiliza por procedimiento o máximo por un turno de 8 horas, sin embargo, es importante recalcar que además de ser una barrera física es un fomite de secreciones orofaríngeas por lo que cada vez que se manipula, el Personal que lo porta se obliga al lavado de manos.
- 3.12 El Cubrebocas N95 o de alta filtración se debe restringir en su uso para el Personal que atiende a los pacientes con padecimientos descritos en el aislamiento por vía aérea, así como para el Personal quienes realicen procedimientos generadores de aerosoles.
- 3.13 Es responsabilidad del Personal de Enfermería a cargo del paciente, realizar solicitud vía K-Now de cuatro batas de tela de manga larga por cada paciente que lo requiera con base en el criterio de aislamiento necesario (contacto, gotas, vía aérea, protector) o por estar expuesto ante el riesgo de una salpicadura.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochofe Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES</b>		Hoja: 91 de 121

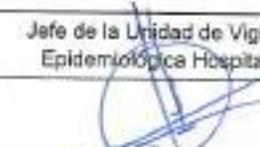
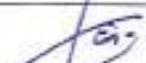
- 3.14 La bata de protección personal limpia debe colocarse por todo el Personal que atienda un paciente, en caso de que exista riesgo de salpicaduras durante la realización de algún procedimiento o en caso de que el paciente cuente con aislamiento protector, debe ser de uso individual para evitar riesgo de transmisión cruzada de infecciones y puede durar en uso máximo una jornada de 8 horas.
- 3.15 Los goggles se utilizarán por todo el Personal que atienda a un paciente solamente en caso de que exista riesgo de salpicaduras o generación de aerosoles durante la realización de algún procedimiento, deben ser de uso individual para evitar riesgo de transmisión cruzada de infecciones y puede durar en uso máximo una jornada de 8 horas previo al lavado.
- 3.16 La disposición de residuos peligrosos biológico-infecciosos, se debe realizar por todo el Personal que los genere durante la atención del paciente de manera estricta conforme a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002, con la finalidad de evitar accidentes por exposición a secreciones corporales o residuos biológicos.
- 3.17 El Personal de Enfermería, los Jefes de Servicio del Área Médica, así como el Personal de Gerencia Social son responsables de supervisar el apego al aislamiento por contacto y por gotas que podrá manejarse dentro o fuera de un cuarto aislado siempre que se garantice el apego estricto a las recomendaciones descritas en la tarjeta, sin embargo, el aislamiento por vía aérea y el aislamiento protector se deben manejar con máxima barrera en cuarto aislado de acuerdo con las indicaciones de la tarjeta correspondiente.
- 3.18 Es responsabilidad del Personal de Enfermería de la UVEH, evaluar el apego a las precauciones estándar y los aislamientos de los pacientes, así como de informar verbalmente al Jefe de Servicio de Enfermería de cada servicio y el Jefe de Servicio del Área Médica los desapegos identificados.
- 3.19 Es responsabilidad de todo el Personal del HRAEB generar los reportes de incidentes relacionados al incumplimiento de las medidas implementadas para el control de brotes de IAAS ante su inmediato superior para que este a su vez establezca las medidas disciplinarias conforme a las condiciones generales del trabajo en apego a la normatividad sanitaria vigente.
- 3.20 Es responsabilidad del Médico Tratante, definir el término de un aislamiento o el cambio de este, de acuerdo con la evolución clínica del paciente, así como acatar las recomendaciones a este respecto que emita el Personal de la UVEH.
- 3.21 El Personal de Salud realiza la notificación de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela, derivados de la falta de cumplimiento de estas políticas en la plataforma electrónica destinada para este fin al interior del HRAEB, con la finalidad de que los incidentes relacionados a la

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochoa Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - LVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 92 de 121

seguridad del paciente se analicen en el COCASEP. (Ver Anexo 10.2 Formato de incidencias de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas).

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

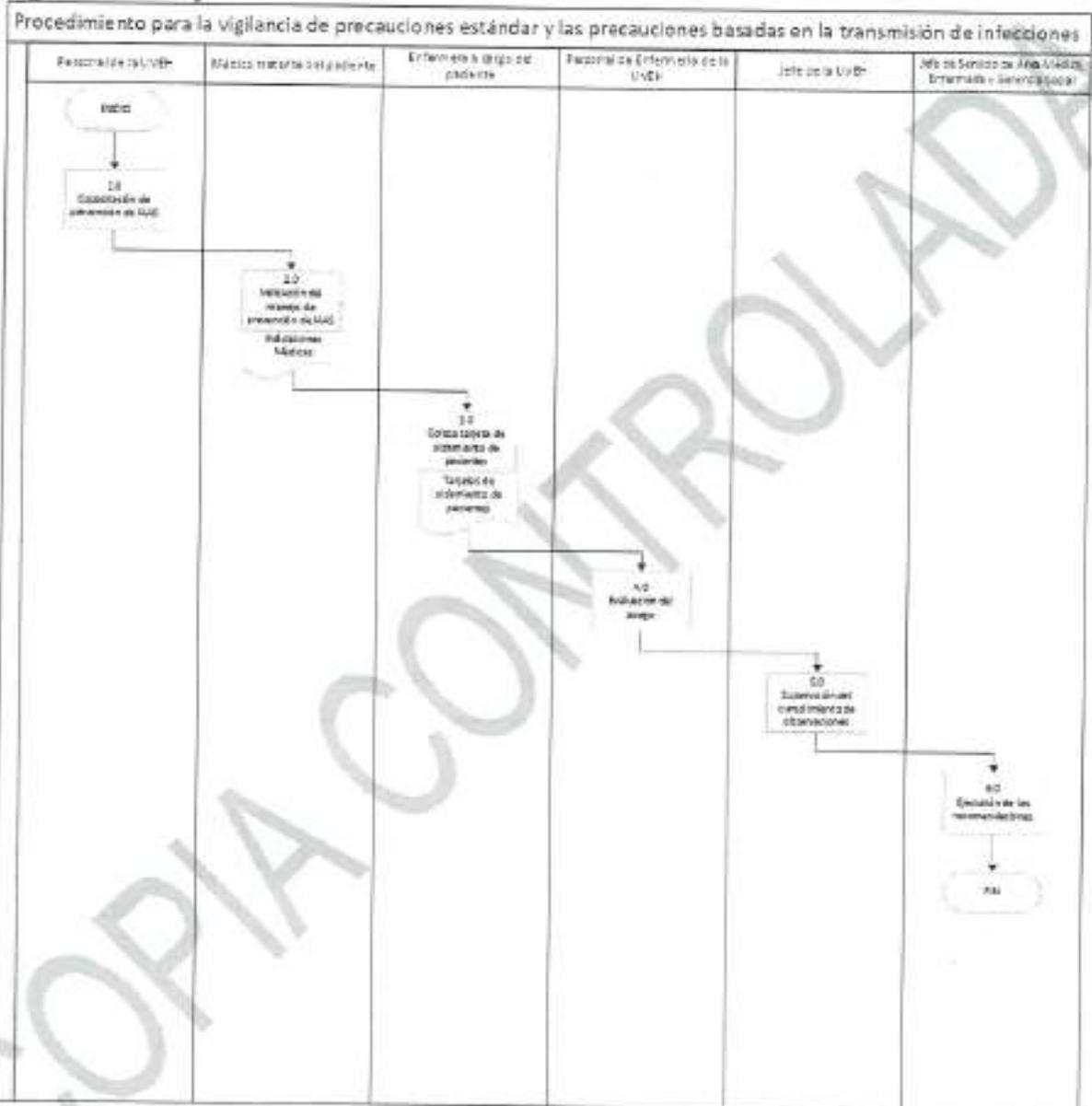
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 93 de 121

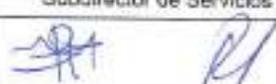
#### 4.0 Descripción del Procedimiento

Etapa 1.0 Capacitación de prevención de IAAS	Responsable: Personal de la UVEH
1.1 Realiza la capacitación para todo el Personal de todos los turnos en el manejo de las precauciones estándar y las precauciones basadas en la transmisión de infecciones	
Etapa 2.0 Indicación del manejo de prevención de IAAS	Responsable: Médico Tratante del Paciente
2.1 Selecciona el tipo de aislamiento que corresponde a cada paciente.	
2.2 Señala el tipo de aislamiento en la hoja de indicaciones e informa al Personal de Enfermería acerca de las particularidades del manejo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones Médicas.</li> </ul>	
Etapa 3.0 Coloca tarjeta de aislamiento de pacientes	Responsable: Enfermera a cargo del paciente
3.1 Coloca la tarjeta indicada por el Médico en la cabecera o la puerta del cuarto aislado del paciente hospitalizado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarjetas de aislamiento de pacientes.</li> </ul>	
Etapa 4.0 Evaluación del apego	Responsable: Personal de Enfermería de la UVEH
4.1 Evalúa el cumplimiento de las medidas descritas en la tarjeta.	
4.2 Comunica verbalmente al Jefe de Servicio los desapegos identificados para que se tomen acciones pertinentes.	
4.3 Informa verbalmente al jefe de la UVEH las situaciones relevantes del recorrido de vigilancia.	
Etapa 5.0 Supervisión del cumplimiento de observaciones	Responsable: Jefe de la UVEH
5.1 Vigila que se cumplan las recomendaciones que mejoren el apego al aislamiento de pacientes en el HRAEB.	
Etapa 6.0 Ejecución de las recomendaciones	Responsable: Jefes de Servicio de Enfermería, Área Médica, y Personal de Gerencia Social
6.1 Ejecuta las recomendaciones determinadas por la UVEH referente a las mejoras para incrementar el apego a las precauciones estándar y las precauciones basadas en la transmisión de IAAS.	
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

### 5.0 Diagrama de Flujo



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 95 de 121

## 6.0 Documentos de Referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F, 20 de Noviembre 2009.	No Aplica
NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental – Salud ambiental – Residuos peligrosos biológico-infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo. Publicado en el D.O.F. el 17 de febrero de 2003.	No Aplica
Manual de Estándares para Implementar el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales 2018: Apartados de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y Sistema PCI (Prevención y Control de Infecciones). Consejo de Salubridad General. <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf</a>	No Aplica
Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG Edición 2017. Consejo de Salubridad General. <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf</a>	No Aplica
Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Primera Edición 2016. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica RHOVE / Dirección General Adjunta de Epidemiología.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Tarjetas de Aislamiento	Permanente	UVEH	No Aplica

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mesqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 15
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 96 de 121

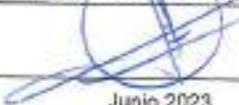
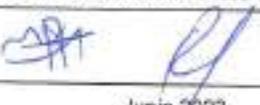
## 8.0 Glosario

- 8.1 Aislamiento protector:** Conjunto de medidas o precauciones a realizar en los procedimientos que corresponden a los pacientes inmunodeprimidos graves con la finalidad de que el paciente se infecte.
- 8.2 Cuasifalla:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que no ocasiona daño al paciente.
- 8.3 Evento adverso:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño leve o moderado al paciente, pero que es reversible.
- 8.4 Evento centinela:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño grave e irreversible al paciente, o bien la muerte del paciente.
- 8.5 Estudio de sombra:** Evaluación aleatoria mediante la cual se revisa el apego a la técnica de aislamiento mediante una metodología en la que el evaluado no conoce la actividad que realiza el evaluador.

1.0  
2.0  
3.0  
4.0  
5.0  
6.0  
7.0  
8.0

8.1  
8.2  
8.3  
8.4  
8.5

- 8.6 Incidencia:** Número de casos nuevos de enfermedad que se presenta en un período de tiempo determinado
- 8.7 Incidente:** Suceso repentino no deseado que ocurre por desapego a las actividades establecidas en los procesos de prevención y control de infecciones.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 97 de 121

- 8.8 Personal de Salud:** Trabajadores de la plantilla del hospital que desempeñan actividades clínicas, administrativas o relacionadas a los servicios generales de la operación institucional.
- 8.9 Precauciones Basadas en la Transmisión:** Conjunto de medidas o precauciones a realizar en los procedimientos que corresponden a los pacientes que están infectados con la finalidad de prevenir que infecten otros pacientes o el personal de salud a cargo de su atención.
- 8.10 Precauciones Estándar:** Conjunto de medidas o precauciones a realizar en los procedimientos que corresponden a los pacientes que no están infectados con la finalidad de prevenir que se infecten.
- 8.11 Precauciones por contacto:** Conjunto de medidas o precauciones a realizar en los procedimientos que corresponden a los pacientes que están infectados con algún microorganismo que se transmite por medio del contacto físico, por medio de las manos o el contacto con secreciones.
- 8.12 Precauciones por gotas:** Conjunto de medidas o precauciones a realizar en los procedimientos que corresponden a los pacientes que están infectados con algún microorganismo que se transmite por medio de las gotas de secreciones respiratorias o por medio de las manos con el contacto con secreciones infectadas.
- 8.13 Precauciones por vía aérea:** Conjunto de medidas o precauciones a realizar en los procedimientos que corresponden a los pacientes que están infectados con algún microorganismo que se transmite por medio de las corrientes de aire con aerosoles de secreciones infectadas.
- 8.14 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH):** Es la instancia operativa a nivel hospitalario, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.
- 8.15 Vigilancia Epidemiológica:** Acciones encaminadas a revisar, registrar y analizar información referente a los casos de enfermedades sujetas a notificación epidemiológica, así como a la revisar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de estos casos.

## 9.0 Cambios de Esta Versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2023	Actualización de políticas y glosario.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	 HOSPITAL REGIONAL ALTA ESPECIALIDAD 2011	Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 98 de 121

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochofe Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio-2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UYEH - 16
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES		Hoja: 99 de 121

## 10.0 Anexos

### 10.1 Tarjetas de aislamiento de pacientes



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 16
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR Y LAS PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES</b>		Hoja: 100 de 121

## 10.2 Formato de Notificación de Incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas.

**SALUD** HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

### Formulario de Notificación de Incidentes

A continuación, responderá una serie de preguntas relacionadas al incidente, momento que con la notificación, podremos analizar, identificar y reducir cualquier riesgo que exista en nuestro servicio de atención a nuestros pacientes.

**Investigación:** ¿Fue reportado al Comité de manejo de incidentes?

**Nombre del paciente que sufrió o pudo haber sufrido daño:**

**Sexo del paciente que sufrió o pudo haber sufrido daño:**

Femenino  
 Masculino

**Edad del paciente que sufrió o pudo haber sufrido daño:**

**Fecha en que ocurrió el incidente:**

**Tipo de que ocurrió el incidente:**

Menor  
 Respetivo  
 Medicación  
 Instrumental  
 Atención Especial Materna  
 Atención Especial Neonatal

**Área o servicio donde se presentó el incidente:**

**¿Cuál estuvo involucrado en el incidente?:**

**Nombre de los hechos (cuéntanos que pasó):**

**Tipo de daño al paciente:**

Sin daño al paciente  
 Daño temporal  
 Daño permanente  
 Muerte

**Área o servicio que notifica:**

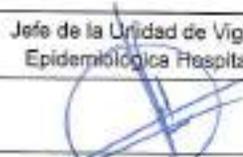
**Aperte a la experiencia y conocimiento, ¿cómo cree que se hubiera evitado el incidente en nuestro hospital?:**

**Enviar** Borrar formulario

Nuestro sistema está respaldado por Google Forms y el servicio de correo electrónico de Google.

Este formulario es la versión en español del documento "Standardized Reporting of Adverse Events" de la OMS.

Google Formularios

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravicto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 101 de 121

**7. PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)**

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 102 de 121

### 1.1 Propósito

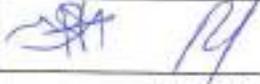
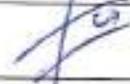
- 1.1 Estandarizar el manejo de los paquetes de acciones para la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), de acuerdo con la normatividad aplicable vigente en los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB), mediante la capacitación, supervisión y evaluación del correcto uso de las barreras de seguridad definidas para el manejo de ventilación mecánica asistida, sondas vesicales, catéteres venosos centrales y heridas quirúrgicas.

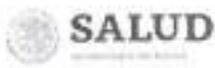
### 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno aplica a todo el Personal de la Dirección Médica, Dirección de Operación, Subdirección de Atención al Usuario y Dirección de Enfermería, CÓDECIN.
- 2.2 A nivel externo aplica a Pacientes, Familiares de Pacientes y Proveedores.

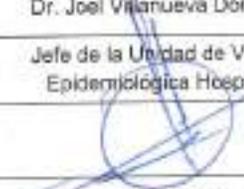
### 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Es responsabilidad del Personal de Salud en Áreas Clínicas, apegarse a los cuatro paquetes de medidas o bundles en un procesos prioritarios para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS): Paquete de Acciones para la Prevención de infección del torrente sanguíneo, Paquete de Acciones para la Prevención de Infección de Vías Urinarias Asociada al uso de Catéter Urinario, Paquete de Acciones para la Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica y Paquete de Acciones para la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico.
- 3.2 Todo el Personal Clínico del HRAEB que realice procedimientos que involucren la manipulación de accesos venosos centrales, debe apegarse al Paquete de Acciones para la Prevención de infección del torrente sanguíneo relacionada al uso de catéter venoso central, el cual consta de 4 criterios, mismos que son evaluados por el Personal de Enfermería de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH).
- 3.3 Adicionalmente a los lineamientos del Paquete de Acciones para la Prevención de infección del torrente sanguíneo relacionada al uso de catéter venoso central, todo el Personal Clínico debe apegarse a la normatividad aplicable vigente del manejo de dispositivos vasculares centrales, a los procedimientos, lineamientos e instructivos emitidos al interior del HRAEB por la Clínica al Cuidado de los Accesos Vasculares.
- 3.4 Todo el Personal Clínico del HRAEB que realice procedimientos que involucren la manipulación de sondas vesicales deben apegarse al Paquete de Acciones para la Prevención de Infección de Vías Urinarias Asociada al uso de Catéter Urinario, el cual consta de 5 criterios, mismos que son evaluados por el Personal de Enfermería de la UVEH.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Masqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 17</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		<b>Rev. 1</b>
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 103 de 121

- 3.5 Adicionalmente a los lineamientos del Paquete de Acciones para la Prevención de Infección de Vías Urinarias Asociada al uso de Catéter Urinario, todo el Personal Clínico debe apegarse al protocolo para la estandarización del cuidado al paciente con sonda vesical vigente en el HRAEB.
- 3.6 Todo el Personal Clínico del HRAEB que realice procedimientos que involucren la manipulación de tubos endotraqueales debe apegarse al Paquete de Acciones para la Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica el cual consta de 6 criterios, mismos que son evaluados por el Personal de Enfermería de la UVEH.
- 3.7 Adicionalmente a los lineamientos del Paquete de Acciones para la Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, todo el Personal Clínico debe apegarse a la guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilador.
- 3.8 Todo el Personal Clínico del HRAEB que realice procedimientos que involucren la manipulación de heridas quirúrgicas, debe apegarse al Paquete de Acciones para la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico, el cual consta de 4 criterios a verificar, mismos que serán evaluados por el Personal de Enfermería de la UVEH.
- 3.9 El Personal de la UVEH debe capacitar a todo el Personal Clínico de todos los turnos del HRAEB, en los criterios de manejo de los paquetes de acciones para la prevención de IAAS.
- 3.10 Es responsabilidad del Personal Clínico, acudir a las capacitaciones que imparte el Personal de la UVEH para aclarar las dudas que el manejo de estos puede generar, apegándose a los criterios de manejo de los paquetes de acciones para la prevención de IAAS, así como conocer y aplicar los procedimientos, lineamientos e instructivos internos relacionados.
- 3.11 El Personal de Enfermería de la UVEH es el responsable de evaluar el cumplimiento de las medidas descritas en cada uno de los paquetes de acciones para la prevención de IAAS de las tarjetas, así como de comunicar verbalmente las desviaciones del procedimiento de estos al Jefe de Servicio para que se corrijan los desapegos correspondientes a la prevención de IAAS en los pacientes atendidos en el HRAEB. (Ver Anexo 10.1 Cédula de Evaluación del Paquete de Acciones para la Prevención de Infección del Torrente Sanguíneo Asociado al Catéter Venoso Central (CVC), 10.2 Cédula de Evaluación del Paquete de Acciones para la Prevención de Infecciones de Vías Urinarias Asociadas al Uso del Catéter Urinario (CU), 10.3 Cédula de Evaluación del Paquete de Acciones para la Prevención de Neumonías Asociada a Ventilación Mecánica (VM) y 10.4 Cédula de Evaluación del Paquete de Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico).
- 3.12 Todo el Personal Clínico se debe apegar a los criterios de manejo de cada uno de los dispositivos invasivos de los pacientes de acuerdo con cada uno de los paquetes de acciones para la

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 104 de 121

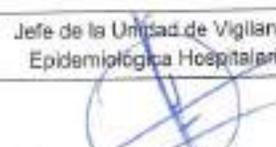
prevención de IAAS, mismos que se deben instalar con técnica aséptica para disminuir el riesgo de colonización y de IAAS por parte del Personal Clínico a Cargo de cada Paciente.

- 3.13 El Personal que instale y/o mantenga a su cuidado un paciente con un dispositivo venoso central, debe cumplir las recomendaciones para la prevención de Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) Asociada a Catéter Central, dividiéndose en dos etapas:
- Inserción de catéter venoso central (CVC): Esta etapa se enfoca en los procesos que ocurren durante la instalación del catéter; lo cual se considera un momento crítico dado que puede ocurrir la colonización de la punta del catéter si no son seguidos los procesos recomendados. Dentro de los elementos del paquete de prevención de ITS que generalmente se incluyen para esta etapa destacan:
    - Higiene de manos del personal previo a la inserción.
    - Uso de cubrebocas, gorro, bata, guantes y campos estériles (técnica de barrera máxima).
    - Uso de antisépticos correctos (ej. Clorhexidina más alcohol), selección de sitio de inserción (ej. Utilizar venas subclavas en lugar de yugulares o evitar venas femorales en pacientes adultos).
  - Mantenimiento de CVC: La segunda etapa ocurre durante todo el periodo en el cual el paciente tiene instalado un catéter. Dentro de los elementos del paquete de prevención de ITS que generalmente se incluyen en la literatura para esta etapa destacan:
    - Revisión cotidiana para verificar el estado del catéter
    - Retiro de vías innecesarias
    - Higiene de manos y desinfección de los puertos de inyección (con alcohol al 70%) previo a la manipulación.
    - Realizar con técnica aséptica el cambio de los puertos de conexión (llave de tres vías y equipos de PVC).
    - Realizar cambio del sistema de infusión cada 5 días; en caso de uso con productos sanguíneos o lípidos (NPT), realizar remplazo inmediato del equipo de infusión.
    - Realizar la antisepsia (curación) del sitio de inserción cada 7 días con técnica estéril. Se mantiene la conexión del sistema de infusión en todo momento.
    - Se recomienda el uso de baño seco con toallas de clorhexidina al 2%
- 3.14 El Personal de Enfermería de la UVEH evalúa el cumplimiento del siguiente paquete de acciones para prevenir las infecciones del torrente sanguíneo asociado al uso de CVC en los pacientes:
- Realiza la antisepsia (curación) del sitio de inserción cada 7 días con técnica estéril.
  - Realiza la desinfección para el cambio de los puertos de conexión (llave de tres vías y equipos de PVC).
  - Realiza cambio del sistema de infusión antes de 5 días (no aplica para componentes sanguíneos ni infusiones de lípidos).
  - Mantiene la conexión del sistema de infusión en todo momento. (Ver Anexo 10.1).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 17</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 105 de 121

- 3.15 El Personal de Enfermería a cargo del paciente, debe supervisar que la vigencia de las sondas vesicales sea de hasta 7 días en caso de sondas y látex y máximo 30 días en caso de sondas de silicón. En caso de que las sondas tengan ambos componentes (látex y silicón) la vigencia es de 7 días.
- 3.16 El Personal que instale y/o mantenga a su cuidado a un paciente con una sonda vesical debe cumplir los elementos de prevención de las IVU asociadas a sonda vesical:
- Evaluación diaria sobre la necesidad de la permanencia del catéter urinario o su retiro.
  - Aseo diario de genitales con agua y jabón mientras permanece instalado el catéter urinario.
  - Mantener la línea de drenaje libre de obstrucción.
  - Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga, sin tocar el suelo.
  - Mantener el sistema sin desconexiones en todo momento e idealmente preferir los sistemas con válvula antirreflujo sobre los sistemas convencionales.
  - Realizar diariamente higiene de genitales con agua y jabón mientras permanece instalado el catéter urinario.
- 3.17 El Personal de Enfermería de la UVEH evalúa el cumplimiento del paquete de acciones para prevenir las infecciones de vías urinarias. (Ver Anexo 10.2).
- Evaluación diaria sobre la necesidad de la permanencia del catéter urinario o su retiro.
  - Aseo diario de genitales con agua y jabón mientras permanece instalado el catéter urinario.
  - Mantener la línea de drenaje libre de obstrucción.
  - Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga, sin tocar el suelo.
  - Mantener el sistema sin desconexiones en todo momento e idealmente preferir los sistemas con válvula antirreflujo sobre los sistemas convencionales.
  - Realizar diariamente higiene de genitales con agua y jabón mientras permanece instalado el catéter urinario.
- 3.18 Previo a la instalación de un tubo endotraqueal, las hojas del laringoscopio deben ser desinfectadas por el Personal del Servicio de Anestesiología por evento y se debe cumplir la garantía de la técnica aséptica durante el procedimiento de la colocación de un tubo endotraqueal conforme al instructivo de limpieza y desinfección de las hojas del laringoscopio.
- 3.19 El Personal Clínico que manipule un tubo endotraqueal debe cumplir las acciones para prevenir las neumonías asociadas a ventilador, priorizando las siguientes:
- Posición de la cama de 30° a 45° en adultos y de 10° a 15° en neonatos.
  - Evaluación diaria ante la posible interrupción de la sedación.
  - Se realiza aspiración de secreciones endotraqueales con el correcto uso del sistema cerrado.
  - Se realiza evaluación diaria ante la posibilidad de destete.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 106 de 121

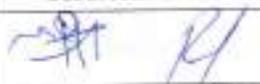
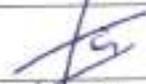
- Se realiza cepillado y enjuague con clorhexidina al 0.12% o solución salina 0.9% en presentación de 100 mililitros para adultos y solución fisiológica 0.9% o agua bidestilada en neonatos.
  - Se aplica el uso de humedad activa (unidad de humedad) o pasiva (filtros humidificadores antibacterianos de alta eficiencia) de acuerdo con las características del equipo utilizado.
- 3.20 El Personal de Enfermería a cargo del paciente, realiza el cambio de circuito cerrado para aspiración de secreciones y vigila que el Personal de Inhaloterapia realice el recambio del circuito de ventilación, de manera simultánea cada 7 días o por razón necesaria.
- 3.21 El Personal de Enfermería a cargo del paciente, debe reportar al Médico Tratante de manera oportuna cuando el circuito del ventilador se encuentra condensado de manera extrema y genere exceso humedad, para valorar su recambio por parte del Personal de Inhaloterapia, ya sea por exceso de agua, fluidos gástricos, secreciones o contenido sanguinolento.
- 3.22 El Personal de Enfermería de la UVEH evalúa el cumplimiento del paquete de acciones para prevenir las neumonías asociadas a ventilador. (Ver Anexo 10.3).
- 3.23 El Personal de Enfermería de la UVEH, evalúa el cumplimiento del siguiente paquete de acciones para prevenir las infecciones de sitio quirúrgico (Ver Anexo 10.4):
- La profilaxis antimicrobiana prequirúrgica se dio en tiempo y forma (Entre 30 y 60 minutos previos a la incisión).
  - En caso de requerir eliminación del vello o cabello ser realiza únicamente con cortadora eléctrica o tijeras (no rasurar).
  - Los niveles de glucosa en sangre se mantienen entre 110 y 180 mg/dl en las primeras 24 horas del postoperatorio.
  - La temperatura corporal se ha mantenido no menor a 35.5°C oral.
- 3.24 Todo el Personal de Salud, Personal Becario y Proveedores quienes ingresen al quirófano deben apegarse al reglamento interno del quirófano, incluyendo el cumplimiento de buenas prácticas para la prevención de infecciones tales como: Lavado de manos en los cinco momentos, uso correcto de la vestimenta quirúrgica correcta la cual incluye el uniforme quirúrgico de uso exclusivo dentro del quirófano, botas desechables, gorro desechable, cubrebocas tri-capa, así como el equipo de protección adicional que se requiera dependiendo de los procedimientos quirúrgicos a realizar.
- 3.25 Con la finalidad de evitar las infecciones de sitio quirúrgico y otros eventos adversos, la disposición de residuos peligrosos biológico-infecciosos se debe realizar por todo el Personal que genere residuos y se encuentre en atención a pacientes en cualquier área o servicio del HRAEB de

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 107 de 121

manera estricta, conforme a la legislación aplicable vigente con la finalidad de evitar accidentes por exposición a secreciones corporales.

- 3.26 El aislamiento por contacto y por gotas puede manejarse dentro o fuera de un cuarto aislado por todo el Personal que se encuentre en atención a pacientes, siempre que se garantice el apego estricto a las recomendaciones descritas en la tarjeta, sin embargo, el aislamiento por vía aérea y el aislamiento protector se deben manejar con máxima barrera en cuarto aislado de acuerdo con las indicaciones de la tarjeta correspondiente.
- 3.27 El tipo de aislamiento indicado al paciente se debe manejar dentro y fuera de su unidad por lo que es responsabilidad del Personal que solicita un traslado, informar al área de traslados y al Personal del área receptora del paciente el tipo de medidas de aislamiento que tiene el paciente a fin de que se cumplan durante los procedimientos de traslado interno y externo del paciente.
- 3.28 El Personal de Enfermería de la UVEH, debe notificar los resultados de la evaluación de sombra del Personal al Jefe de la UVEH para la notificación de los resultados de los estudios de sombra a los miembros del Comité para la Detección y el Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN) mediante la presentación del informe electrónico.
- 3.29 El Jefe de la UVEH elabora y analiza los indicadores, mismos que debe presentar en cada sesión del CODECIN y poner a discusión las recomendaciones de acciones a seguir para mejorar el apego los paquetes de prevención de IAAS.
- 3.30 El CODECIN emite las recomendaciones de las acciones de mejora a los problemas analizados durante cada sesión, para que los Jefes de Servicio instruyan a su personal a cargo e implementen en conjunto las actividades que con los pacientes con la finalidad de incrementar el apego y reducir la incidencia de IAAS.
- 3.31 El Personal de Salud realiza la notificación de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinela, derivados de la falta de cumplimiento de estas políticas en la plataforma electrónica destinada para este fin al interior del HRAEB, con la finalidad de que los incidentes relacionados a la seguridad del paciente se analicen en el COCASEP. (Ver Anexo 10.6 Formato de incidencias de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos cantinelas).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 108 de 121

#### 4.0 Descripción del procedimiento

<b>Etapa 1.0 Capacitación de la implementación de los paquetes de prevención de IAAS.</b>	<b>Responsable:</b> Personal de la UVEH
<b>1.1 Realiza la capacitación para todo el Personal del HRAEB en la implementación de los paquetes de prevención de IAAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédulas de evaluación de los paquetes de prevención y control de IAAS.</li> </ul>	
<b>Etapa 2.0 Supervisión del cumplimiento de las acciones específicas de los paquetes de prevención y control de IAAS</b>	<b>Responsable:</b> Jefes de Servicio de Área Médica y de Enfermería
<b>2.0</b>	
<b>2.1 Supervisa que el Personal Clínico de cada servicio, cumplan la implementación de los paquetes de prevención de IAAS.</b>	
<b>2</b>	
<b>2.1</b>	
<b>2.2 Notifica verbalmente al Personal que no está cumpliendo la actividad para reforzar su cumplimiento.</b>	
<b>Etapa 3.0 Evaluación de la implementación de los paquetes de prevención de IAAS.</b>	<b>Responsable:</b> Personal de Enfermería de la UVEH
<b>3.1 Realiza estudios de sombra y evaluación de la implementación de los paquetes de prevención de IAAS a todos los pacientes que cuenten con heridas quirúrgicas o dispositivos invasivos de acuerdo con el muestreo con la programación que se designa por el CODECIN en todos los turnos.</b>	
<b>3.2 Elabora las cédulas en físico y realiza la captura en formato electrónico de las mismas y las reporta al Jefe de la UVEH.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cédulas de evaluación de los paquetes de prevención de IAAS.</li> <li>• Formato de captura de paquetes preventivos de IAAS.</li> </ul>	
<b>Etapa 4.0 Elaboración del informe de resultados de la implementación de los paquetes de prevención de IAAS</b>	<b>Responsable:</b> Jefe de la UVEH

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

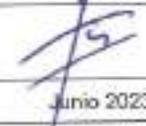
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 109 de 121

- 4.1 Integra los resultados de la evaluación al reporte de apego al cumplimiento de los Paquetes de Prevención de IAAS.
- Reporte de apego a los Paquetes de Prevención de IAAS.
- 4.2 Informa verbalmente a los Jefes de Servicio los desapegos identificados para que se implementen acciones de mejores.

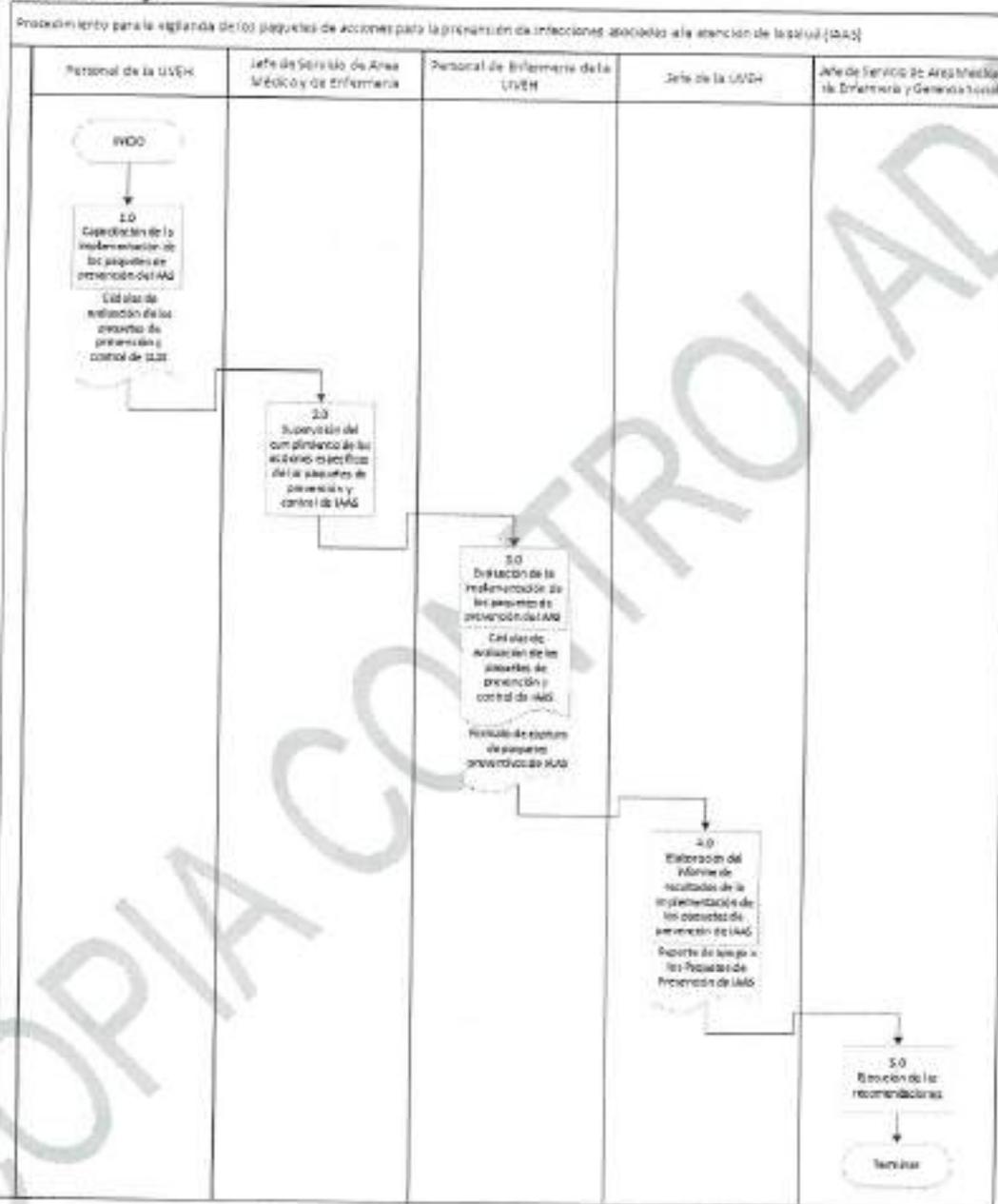
Etapa 5.0 Ejecución de las recomendaciones	Responsable: Jefes de Servicio de Área Médica, de Enfermería y Gerencia Social
--	--

- 5.1 Ejecutan las recomendaciones realizadas por el Jefe de la UVEH referente a las mejoras de procesos para incrementar el apego a los paquetes de prevención de IAAS.

**TERMINA EL PROCEDIMIENTO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Moqueada Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:		 	
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

### 5.0 Diagrama de Flujo



#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Orofne Rafael Craviolo Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 111 de 121

## 6.0 Documentos de Referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado en el D.O.F, 20 de Noviembre 2009.	No Aplica
Manual de Estándares para Implementar el Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente en Hospitales 2018: Apartados de Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y Sistema PCI (Prevención y Control de Infecciones). Consejo de Salubridad General. <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf</a>	No Aplica
Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente Dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG Edición 2017. Consejo de Salubridad General. <a href="http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf">http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf</a>	No Aplica
Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. Primera Edición 2016. Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica RHOVE / Dirección General Adjunta de Epidemiología.	No Aplica

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Cédulas de Evaluación de Paquetes de Prevención de IAAS	Indeterminado	UVEH	No Aplica

## 8.0 Glosario

- 8.1 Cuasifalla:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que no ocasiona daño al paciente.
- 8.2 Evento adverso:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño leve o moderado al paciente, pero que es reversible.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 112 de 121

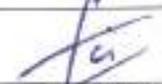
- 8.3 **Evento centinela:** Incidente relacionado a la seguridad del paciente que implica un desapego a cualquier actividad de un proceso establecido y que ocasiona daño grave e irreversible al paciente, o bien la muerte del paciente.
- 8.4 **Incidencia:** Número de casos nuevos de enfermedad que se presenta en un período de tiempo determinado.
- 8.5 **Incidente:** Suceso repentino no deseado que ocurre por desapego a las actividades establecidas en los procesos de prevención y control de infecciones
- 8.6 **Infección asociada a la atención de la salud (IAAS):** Es la multiplicación de un microorganismo dentro de una persona, que puede o no dar sintomatología y que fue adquirido durante la hospitalización del paciente, sin estar presente ni en período de incubación al ingreso del paciente al hospital.
- 8.1
- 8.2 **Información epidemiológica:** A la acción y efecto de informar (notificar o comunicar) con relación a las enfermedades o eventos sujetos a vigilancia, que afectan a la población.
- 8.3 **Notificación:** A la acción de informar acerca de la presencia de padecimientos o eventos, por parte de las Unidades del Sistema Nacional de Salud
- 8.4 **Personal de salud:** Trabajadores de la plantilla del hospital que desempeñan actividades clínicas, administrativas o relacionadas a los servicios generales de la operación institucional.
- 8.5 **Prevención de infección asociada a la atención de la salud:** A la aplicación de medidas para evitar o disminuir la incidencia de las infecciones dentro del hospital.
- 8.7
- 8.8
- 8.9
- 8.10 **Paquete de prevención de IAAS (Bundles):** Conjunto de actividades o barreras encaminadas a la prevención de una infección asociada a la atención de la salud.
- 8.11 **UVEH (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria):** Es la instancia operativa a nivel hospitalario, responsable de realizar las actividades de la vigilancia epidemiológica hospitalaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo – Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>			Código: PR – DM – SSC – UVEH – 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA			Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)			Hoja: 113 de 121

**8.12 Vigilancia Epidemiológica:** Acciones encaminadas a revisar, registrar y analizar información referente a los casos de enfermedades sujetas a notificación epidemiológica, así como a la revisar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de estos casos.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Vilanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		Rev. 1
	PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)		Hoja: 114 de 121

### 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	Junio 2023	Actualización de políticas y glosario.

COPIA CONTROLADA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Cargo - Puesto:	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
Firma:			
Fecha:	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 115 de 121

## 10.0 Anexos

### 10.1 Cédula de Evaluación del Paquete de Acciones para la Prevención de Infección del Torrente Sanguíneo Asociado al Catéter Venoso Central (CVC).

Cédula Única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

**Paquete de Acciones para la Prevención de Infección del Torrente Sanguíneo Asociado al Uso del Catéter Venoso Central (CVC)**

Nº	FECHA	TURNO	SERVICIO	NOMBRE	FECHA DE RECORDATORIO	Realizó la anticipación (función de librería predefinida para trabajar con fechas futuras)	Realizó la distribución por el personal de enfermería de paquetes de acciones para la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)	Se realizó cambio de jeringa de insulina por la jeringa para perifericos en pacientes que requieren insulina	Se garantizó la conexión del sistema de infusión en todo momento	PORCENTAJE DE DEL PAQUETE DE ACCIONES PREVISTO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

**NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR:**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. José Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo - Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: <b>PR - DM - SSC - UVEH - 17</b>
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 116 de 121

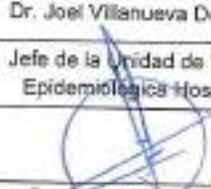
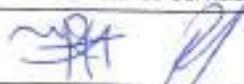
10.2 Cédula de Evaluación del Paquete de Acciones para la Prevención de Infecciones de Vías Urinarias Asociadas al Uso del Catéter Urinario (CU).


 Cédula Única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

**Paquete de Acciones para la Prevención de Infecciones de Vías Urinarias Asociadas al Uso de Catéter Urinario (CU)**

Nº	FECHA	TURNO	SERVICIO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	Se realiza evaluación por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de acuerdo a la edad y género del paciente	Se realiza íntegramente la oporación de los periles con agua y jabón, mediante permanciao intubado de CU	La línea de entrada se encuentra libre de obstrucción	La bolsa colectora de orina está por debajo del nivel de la vejiga y se fija al paciente	Se mantiene el sistema de orina en todo momento	POCENAJE DE DEL PAQUETE DE ACCIONES PREVENTIVAS
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

**NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR:**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR – DM – SSC – UVEH – 17
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 117 de 121

10.3 Cédula de Evaluación del Paquete de Acciones para la Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (VM).

Cédula Única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud												
Paquete de Acciones para la Prevención de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (VM)												
Nº	FECHA	TURNO	SERVICIO	NOMBRE	REGIA DE MICROBIOS	Resolución de la junta de 20 y 40 adultos y de 10 y 20 niños	Exposición de la información a la comunidad	Se realiza monitoreo de la efectividad de las acciones en el contexto de gestión de riesgo	Se realiza evaluación de la efectividad de las acciones	Se realiza monitoreo de la efectividad de las acciones con el personal de enfermería, laboratorio, y enfermería de urgencias y de emergencia	Se realiza el plan de monitoreo de los indicadores de efectividad de las acciones de acuerdo a la planificación de acciones	FORNECIDA DE DEL PAQUETE DE ACCIONES PREVENTIVAS
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR:												

COPIA CONTROL

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocío del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 HOSPITAL GENERAL ALTA ESPECIALIDAD 2017	Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 118 de 121

#### 10.4 Cédula de Evaluación del Paquete de Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico.

SALUD		Cédula Única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud		Paquete de Acciones para la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico						
Nº	FECHA	TURNO	SERVICIO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	La profilaxis antimicrobiana quirúrgica se dio en tiempo y forma (90-60 minutos previo a la incisión)	En caso de requerir eliminación del vello o cabello se realizó únicamente con cortadora eléctrica o tijeras (no rasurar)	Los niveles de glucosa en sangre se mantuvieron entre 110 y 180 mg/dl en las primeras 24 horas del postoperatorio	La temperatura corporal se ha mantenido menor a 38.3°C (oral)	PORCENTAJE DE ACCIONES PREVENTIVAS
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

**NOMBRE Y CARGO DEL EVALUADOR:**

COPIA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Onofre Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		Código: PR - DM - SSC - UVEH - 17
	<b>UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA</b>		Rev. 1
	<b>PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA DE LOS PAQUETES DE ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS)</b>		Hoja: 120 de 121

10.6 Formato de Notificación de Incidentes de reporte de cuasifallas, eventos adversos y eventos centinelas.

**SALUD** HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJO

SISTEMA DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS

### Formulario de Notificación de Incidentes

Es recomendable, asegurarse que antes de proporcionar información al paciente, revisado que con su consentimiento, podemos analizar, identificar y reducir cualquier incidente que ponga en riesgo la seguridad de nuestros pacientes y sus familias.

Introduzca el área de atención del paciente o evento

Nombre del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido este \*

Sexo del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido este \*

Edad del paciente que sufrió, o pudo haber sufrido este \*

Fecha en que ocurrió el incidente \*

Tipo de que ocurrió el incidente:

- Matutino
- Vespertino
- Nocturno A
- Nocturno B
- Jornada Especial Ambulatorio
- Jornada Especial Día

Área o servicio donde se presentó el incidente \*

¿Quién estuvo involucrado en el incidente? \*

Narración de los hechos (cuéntanos que pasó) \*

Tipo de daño al paciente \*

Área o servicio que notifica \*

Acorde a su experiencia y conocimiento, ¿Cómo cree que se hubiera evitado el incidente en nuestro hospital?

Enviar Borrar Información

Google Formularios

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dr. Joel Villanueva Domínguez	Dra. Rocio del Carmen Mendoza Trujillo/ Dr. Mario Ochoa Rafael Cravioto Moreno	Dr. Juan Luis Masqueda Gómez
<b>Cargo – Puesto:</b>	Jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Directora Médica / Subdirector de Servicios Clínicos	Director General
<b>Firma:</b>		 	
<b>Fecha:</b>	Junio 2023	Junio 2023	Junio 2023

