

RAMIRO LOPEZ ELIZALDE, Subsecretario de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o, fracción XV, 13, Apartado A, fracción I, 133, fracción I, 141, 142 y 145 de la Ley General de Salud; 10, fracción I, 24, 30, 34 y 35, fracción X de la Ley de Infraestructura de la Calidad; 19, fracción IV del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización en relación con el Transitorio Tercero del Decreto por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se aboga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 1 de julio de 2020; 8, fracción VI y XXIII y 10, fracción VII del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 5, fracción I del Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2022, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4o, establece el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona;

Que el artículo 3o, fracción XV de la Ley General de Salud contempla como materia de salubridad general a la prevención y el control de enfermedades transmisibles;

Que la Ley General de Salud, en su artículo 133, fracciones I y II señala que corresponde a la Secretaría de Salud dictar las normas oficiales mexicanas para la prevención y el control de enfermedades y accidentes, así como establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica con perspectiva de género y apego a los derechos humanos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de manera tal, que permita a los mexicanos su desarrollo integral y participación en la sociedad;

Que la vigilancia epidemiológica debe contemplar la dinámica de las enfermedades, los eventos relacionados con la salud y sus determinantes;

Que el PROGRAMA sectorial de salud 2025-2030 señala que, la incidencia de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) impactan directamente en la población, aumentando la morbilidad, mortalidad y costos, y provocan saturación hospitalaria y largas esperas, deteriorando la experiencia del usuario y la confianza en el sistema público. Determina en el Objetivo 2.- Incrementar la capacidad resolutoria y calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud para la población usuaria; la Estrategia 2.2.- Implementar mecanismos y protocolos de atención para mejorar la calidad de la atención médica; la Línea de acción 2.2.8.- Implementar y dar seguimiento a las acciones conducentes para la reducción de las infecciones asociadas a la atención; y el Indicador 2.2 Tasa de incidencia de IAAS. Por lo cual se requiere una estrategia integral: actualizar y estandarizar protocolos, fortalecer supervisión y cultura de seguridad, implementar la NOM-045-SSA-2024 "Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud", y la estrategia contra la resistencia a antimicrobianos (RAM), modernizar la infraestructura, capacitar al personal y coordinar interinstitucionalmente con tecnologías que permitan el monitoreo en tiempo real. Con ello se contempla para 2030 un incremento significativo en la calidad y la oportunidad de la atención en los distintos niveles de atención;

Que la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009, la cual tiene por objeto establecer los criterios que deben seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales;

Que existe nueva información basada en evidencia científica en el campo de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS), que sustenta que el riesgo de adquirir una IAAS se presenta en pacientes hospitalizados, pacientes que se someten a un procedimiento ambulatorio así como en trabajadores de la salud; por lo anterior, es necesario normar, modificar y por ende, actualizar los conceptos, métodos y estrategias, que regirán para la generación de la norma oficial mexicana denominada NOM-045-SSA-2024, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS;

Que derivado de lo anterior, se hace necesaria la modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales, con el objeto de establecer procedimientos actualizados a desarrollar por el personal de salud adscrito en las unidades para la atención médica, a fin de evitar la presencia de IAAS y las acciones que debe cumplir el personal a través de la implementación de medidas de prevención e identificación oportuna de riesgos, así como la disseminación de agentes causales y por ende la presencia de casos y brotes; considerando una política de uso racional de los antimicrobianos contribuyendo con la iniciativa internacional y nacional para el control de la resistencia microbiana.

Que con fecha 9 de julio del 2024, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2024, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud., en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 35 y 38 de la Ley de Infraestructura de la Calidad, a efecto de que, en los 60 días naturales posteriores, los interesados presentaran sus comentarios ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública;

Que durante el periodo de Consulta Pública de 60 días naturales, fueron recibidos en la sede del citado Comité, los comentarios formulados por los interesados respecto del proyecto de la Norma Oficial Mexicana, derivado de la atención a la respuesta a comentarios el proyecto de norma sufrió modificaciones sustanciales, razón por la cual, en términos del artículo 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización se publica nuevamente a un periodo de consulta pública de 60 días naturales, en términos de lo previsto por el artículo 35, fracción V y 38 de la Ley de Infraestructura de la Calidad, y

Que el presente Proyecto se publica a efecto de que las personas interesadas, dentro de los 60 días naturales contados a partir del día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, presenten sus comentarios por escrito, en medio magnético, en idioma español y con el sustento técnico correspondiente, ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública, sito en Agrarismo número 227, Planta Baja, Colonia Escandón II Sección, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11800, Ciudad de México, teléfono 55 5062 1600 extensión 55147, correo electrónico: ccnnspp@salud.gob.mx

Que la propuesta de Análisis de Impacto Regulatorio a que se refiere el artículo 34, fracción X de la Ley de Infraestructura de la Calidad, estará a disposición del público en el portal electrónico de la Agencia de Transformación Digital y Telecomunicaciones.

Que, durante el plazo de consulta pública, el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA-2026, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud, también puede ser consultado en la Plataforma Tecnológica Integral de Infraestructura de la Calidad a través del enlace <https://platiica.economia.gob.mx/procesos-participativos/>, y

Que, en atención a las anteriores consideraciones, y toda vez que fue presentado ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Salud Pública, en su Primera Sesión Ordinaria 2026, se publica para consulta pública el siguiente

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-045-SSA-2026, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana, participaron:

SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE POLÍTICAS DE SALUD Y BIENESTAR POBLACIONAL

SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SECTORIAL Y COORDINACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Dirección General de Epidemiología

Dirección de Información Epidemiológica

Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección de Atención al Paciente

Dirección de Educación en Salud

Dirección de Enfermería

Dirección de Evaluación de la Calidad

Dirección de Mejora de Procesos

Dirección de Procesos Normativos en Salud

Dirección General de Políticas en Salud Pública

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades

Centro Nacional de Equidad de Género Salud Sexual y Reproductiva

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y Hepatitis

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Instituto Nacional de Geriátrica

Instituto Nacional de Medicina Genómica

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De La Fuente Muñiz

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Instituto Nacional de Salud Pública

Hospital de la Mujer

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Hospital Juárez de México
Hospital Juárez del Centro
Hospital Nacional de Homeopatía

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Calidad de Insumos y Laboratorios Especializados
Coordinación de Educación en Salud
Coordinación de Enfermería
Coordinación de Unidades de Segundo Nivel
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica
Unidad de Planeación e Innovación en Salud
Dirección de Administración

Coordinación de Conservación y Servicios Generales

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Subdirección de Prevención Protección a la Salud
Departamento de Vigilancia y Control Epidemiológico
Jefatura de Enfermería

SERVICIOS DE SALUD DE PETRÓLEOS MEXICANOS

Subdirección de Servicios de Salud

SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Unidad de Atención a la Salud
Coordinación de Epidemiología

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad

CENTRO MÉDICO ABC

ÍNDICE

0. Introducción.
1. Objetivo y campo de aplicación.
2. Referencias normativas.
3. Términos y definiciones.
4. Símbolos y términos abreviados.
5. Disposiciones generales.
6. Comité para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS.
7. Comité para la Optimización del uso de Antimicrobianos.
8. Vigilancia epidemiológica de las IAAS.
9. Vigilancia por laboratorio.
10. Prevención y control de infecciones.
11. Capacitación y educación.
12. Monitoreo, supervisión y evaluación.
13. Investigación.
14. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas.
15. Bibliografía.
16. Observancia de la Norma.
17. Vigencia.

0. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año, millones de personas sufren lesiones discapacitantes o mueren a consecuencia de prácticas inseguras durante la atención a la salud. Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) representan el segundo evento adverso más frecuente en la atención a la salud. En algunos países se ha calculado que las IAAS ocasionan un costo anual de varios miles de millones de dólares debido principalmente a la prolongación de la estancia hospitalaria y al consumo de recursos (medicamentos, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y cuidados adicionales).

En la actualidad, las IAAS son reconocidas a nivel mundial como un problema de salud pública debido a la frecuencia con que se producen; la morbilidad y mortalidad que generan; así como la carga económica y social que imponen a los pacientes, al personal de salud y al Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, la presencia de IAAS impide que los servicios de salud brinden el máximo beneficio, por lo que constituyen un indicador de calidad en la atención prestada. Las IAAS son prevenibles mediante la aplicación sistemática y sostenida de medidas de vigilancia epidemiológica, prevención y control.

Esta Norma comprende los mecanismos de organización y funcionamiento, así como las acciones de coordinación para establecer las medidas de vigilancia epidemiológica y de prevención y control de las IAAS, con el fin de fortalecer la

capacidad de los servicios de salud para identificar y reducir el riesgo de adquirir y transmitir infecciones entre pacientes, personal de salud, visitas y cuidadores, entre otros.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objetivo establecer las disposiciones obligatorias para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, a fin de fortalecer la seguridad del paciente, la calidad de la atención y disminuir el riesgo de complicaciones y defunciones.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional y establece los lineamientos para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en todos los Establecimientos para la Atención Médica que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

2. Referencias normativas

Para la aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas o las que las sustituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

2.8 Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT/SSA1-2002, Protección Ambiental - Salud ambiental - Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo.

2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-127-SSA1-2021, Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de la calidad del agua.

2.11 Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012. Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-179-SSA1-2020, Agua para uso y consumo humano. Control de la calidad del agua distribuida por los sistemas de abastecimiento de agua.

2.13 Norma Oficial Mexicana NOM-241-SSA1-2025, Buenas prácticas de fabricación de dispositivos médicos.

2.14 Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

3. Términos y definiciones

Para efectos de esta Norma se entiende por:

3.1 Antisepsia, al conjunto de procedimientos y técnicas que utilizan sustancias químicas, para reducir o eliminar microorganismos patógenos en tejidos vivos, como la piel, mucosas o heridas, con el objetivo de prevenir infecciones.

3.2 Antiséptico, a la sustancia química de uso tópico, utilizada para reducir o eliminar microorganismos en tejidos vivos, sin provocar daño local ni sistémico.

3.3 Área de microbiología, al espacio físico, que puede o no estar dentro del laboratorio clínico, destinado al análisis, aislamiento, identificación y caracterización e investigación, de microorganismos como bacterias, virus, hongos y parásitos, presentes en muestras biológicas humanas, realizar pruebas de susceptibilidad y caracterización de mecanismos de resistencia antimicrobiana, con el fin de apoyar el diagnóstico, tratamiento, control y prevención de enfermedades infecciosas, así como participar en el abordaje de brotes por IAAS.

3.4 Áreas contaminadas, al espacio físico que presenta cantidades significativas de microorganismos patógenos los cuales representan alto riesgo de transmisión de infecciones. Incluyen, entre otras: áreas destinadas a la descontaminación de dispositivos y equipo médico; textiles con presencia significativa de materia orgánica y cualquier lugar en donde ocurran derrames de materia orgánica resultante del proceso de atención médica; áreas donde se ubiquen pacientes bajo precauciones basadas en el mecanismo de transmisión; espacios de almacenamiento temporal de Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos (RPBI); así como zonas donde se resguarden piezas patológicas y cadáveres.

3.5 Asociación epidemiológica, a la situación en que dos o más casos comparten las características de tiempo, lugar y persona.

3.6 Banco de Leche Humana (BLH), al servicio especializado, vinculado a un EAM con atención obstétrica y neonatal, responsable de la promoción y apoyo a la lactancia materna, que realiza actividades de recolección, almacenamiento, procesamiento, control de calidad y posterior distribución de leche humana a personas recién nacidas y lactantes hospitalizados.

3.7 Barrera máxima, al conjunto de medidas de protección empleadas durante procedimientos invasivos para prevenir infecciones. Estas incluyen higiene de manos, el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) estéril, excepto gorro y cubrebocas, uso de antisépticos y el uso de un campo estéril para delimitar el área del procedimiento.

3.8 Brote de IAAS, a la aparición de dos o más casos de IAAS que estén asociados epidemiológicamente, o cuando la incidencia es mayor a la esperada. También se definirá como brote a la presencia de un solo caso de IAAS en el EAM donde la ocurrencia de determinadas infecciones sea nula.

3.9 Caso de IAAS, a la persona en quien se sospecha o confirma, mediante criterios clínicos y, en su caso, con el apoyo de estudios auxiliares de laboratorio, de gabinete o ambos, una IAAS.

3.10 Central de Esterilización (CE), al área física restringida dentro del EAM donde se realizan los procesos de limpieza, desinfección, esterilización, almacenamiento, distribución y control de los dispositivos médicos, los cuales serán utilizados en procedimientos, tanto en la sala de operaciones como en diversas áreas del EAM.

3.11 Centro de preparación de sucedáneos de leche humana, al espacio limpio, privado y seguro destinado para el procesamiento y distribución de fórmulas lácteas.

3.12 Comité para la Optimización del uso de Antimicrobianos (COA), El COA es el órgano colegiado encargado de dar seguimiento a la implementación del Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA).

3.13 Comité para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS (COVEPCIAAS), al órgano colegiado que coordina e integra las acciones en vigilancia, prevención y control de las IAAS, para la gestión de riesgos y toma de decisiones.

3.14 Control de las IAAS, a las acciones dirigidas a limitar la ocurrencia de IAAS y evitar su propagación dentro del EAM.

3.15 Denominadores para el cálculo de tasas e indicadores de IAAS, a la suma de los períodos individuales o eventos de riesgo a los que han estado expuestos los sujetos susceptibles dentro de una población.

3.16 Desinfección, al proceso que utiliza agentes químicos o físicos para destruir o inactivar microorganismos patógenos en superficies u objetos inanimados.

3.17 Desinfección de Alto Nivel (DAN), al procedimiento que emplea sustancias químicas en dispositivos médicos semicríticos para la destrucción de microorganismos y algunas esporas bacterianas.

3.18 Dispositivo médico, aquellos que se incluyan en las siguientes categorías: equipo médico, prótesis, órtesis y ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.

I. Equipo médico: los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica;

II. Prótesis, órtesis y ayudas funcionales: aquellos dispositivos destinados a sustituir o complementar una función, un órgano o un tejido del cuerpo humano;

III. Agentes de diagnóstico: Todos los insumos incluyendo antígenos, anticuerpos, calibradores, verificadores, reactivos, equipos de reactivos, medios de cultivo y de contraste y cualquier otro similar que pueda utilizarse como auxiliar de otros procedimientos clínicos o paraclínicos;

IV. Insumos de uso odontológico: todas las sustancias o materiales empleados para la atención de la salud dental;

V. Materiales quirúrgicos y de curación: Los dispositivos o materiales que adicionados o no de antisépticos o germicidas se utilizan en la práctica quirúrgica o en el tratamiento de las soluciones de continuidad, lesiones de la piel o sus anexos;

VI. Productos higiénicos: Los materiales y sustancias que se apliquen en la superficie de la piel o cavidades corporales y que tengan acción farmacológica o preventiva, y;

VII. Los demás insumos que sean considerados para este uso y sean evaluados y reconocidos como dispositivos médicos por la Secretaría de Salud a solicitud.

3.19 Dispositivos médicos críticos, a los dispositivos médicos que producen una pérdida de continuidad de la piel o mucosas, o que penetran en cavidades corporales estériles o en el torrente sanguíneo.

3.20 Dispositivos médicos no críticos, a los dispositivos médicos que están en contacto con piel intacta.

3.21 Dispositivos médicos semicríticos, a los dispositivos médicos que están en contacto con mucosas íntegras y piel no intacta.

3.22 Equipo de Protección Personal (EPP), equipo y vestimenta que utiliza el personal como barrera contra los agentes biológicos, para minimizar la probabilidad de exposición. Incluye, entre otros, batas de laboratorio, trajes de cuerpo entero, guantes, calzado de protección, gafas de seguridad, gafas de máscara, mascarillas ordinarias y mascarillas respiratorias.

3.23 Equipo multidisciplinario, al conjunto de personal de salud de distintas áreas, disciplinas y especialidades que, mediante una coordinación estructurada, integran conocimientos y competencias específicas para la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones orientadas a la atención integral del paciente, optimizando los resultados y la calidad de la atención.

3.24 Establecimiento para la Atención Médica (EAM), a todo aquel público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos. Serán considerados establecimientos para la atención médica:

I.- Aquellos en los que se desarrollan actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y de cuidados paliativos dirigidas a mantener y reintegrar el estado de salud de las personas, así como a paliar los síntomas del padecimiento;

II.- Aquellos en los que se presta atención odontológica;

III.- Aquellos en los que se presta atención a la salud mental de las personas;

IV.- Aquellos en los que se prestan servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

V.- Las unidades móviles, ya sean aéreas, marítimas o terrestres, destinadas a las mismas finalidades y que se clasifican en:

A) Ambulancia de cuidados intensivos;

B) Ambulancia de urgencias;

C) Ambulancia de transporte, y

D) Otras que presten servicios de conformidad con lo que establezca la Secretaría.

VI.- Y los demás análogos a los anteriores que en lo sucesivo señalen como tales las disposiciones generales aplicables o los que, en su caso, determine la Secretaría de Salud.

3.25 Esterilización, al proceso físico o químico que elimina todas las formas de vida microbiana, incluidas bacterias, virus, hongos, esporas y priones, presentes en los dispositivos médicos.

3.26 Fórmulas enterales, a las mezclas alimenticias especiales en polvo o líquidas utilizadas para el apoyo nutricional que contienen los nutrientes necesarios para satisfacer necesidades específicas de macro y micronutrientes los cuales se administran por vía digestiva. Se pueden utilizar como suplemento o como única fuente de alimentación.

3.27 Fricción de las manos, a la técnica para la higiene de manos donde se utiliza desinfectantes a base de alcohol.

3.28 Gestión de Riesgos, al proceso que involucra la identificación, análisis y priorización de riesgos en salud, para la implementación de acciones de prevención y control.

3.29 Higiene de manos, todas aquellas acciones enfocadas a limpiar las manos.

3.30 Indicador biológico, al dispositivo de prueba que contiene una población determinada de esporas bacterianas viables que proporcionan una resistencia definida a un proceso de esterilización específico.

3.31 Indicador físico, al dispositivo integrado en el equipo de esterilización que permite monitorear el cumplimiento de los parámetros críticos de temperatura, humedad, presión y tiempo, así como los específicos para cada método de esterilización.

3.32 Indicador químico, al dispositivo que presenta un cambio de color o de alguna propiedad física visible al exponerse a parámetros críticos como temperatura, tiempo y presión específicos para cada método de esterilización.

3.33 Infección Asociada a la Atención de la Salud (IAAS), a la condición local o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente, ni en periodo de incubación al momento del ingreso del paciente al EAM, o antes de recibir atención a la salud y que puede manifestarse incluso después de su egreso.

3.34 Laboratorio clínico, al establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud.

3.35 Lactario hospitalario, al espacio digno, privado e higiénico para la extracción y conservación de la leche humana destinada a personas recién nacidas y lactantes hospitalizados.

3.36 Lavado de manos, a la técnica para la higiene de manos donde se utiliza agua y jabón.

3.37 Limpieza, al procedimiento que consiste en eliminar la suciedad visible, así como la materia orgánica e inorgánica presente en dispositivos médicos y superficies, a través de métodos manuales, mecánicos o automatizados, utilizando detergentes y agua, con el objetivo de eliminar las condiciones que favorecen el crecimiento de microorganismos. Es un paso inicial e indispensable para la desinfección y esterilización.

3.38 Monitoreo del proceso de esterilización, al conjunto de acciones sistemáticas que permiten verificar, documentar y trazar que cada ciclo de esterilización cumple con los criterios establecidos para asegurar la eficacia del proceso. Este monitoreo debe realizarse mediante indicadores físicos, químicos y biológicos, que demuestren el cumplimiento de los parámetros críticos específicos de cada método de esterilización.

3.39 Paquetes de acciones preventivas, al conjunto de prácticas basadas en evidencia científica que disminuyen el riesgo de desarrollar infección en el paciente y que al ser implementadas en conjunto como parte de un procedimiento actúan de manera sinérgica aumentando los efectos favorables. Se considera que se aplicaron adecuadamente cuando todas las intervenciones se llevan a cabo de manera conjunta.

3.40 Pasteurización, al tratamiento térmico que utiliza una combinación específica de temperatura y tiempo para reducir significativamente la cantidad de los microorganismos patógenos en alimentos y bebidas, con el objetivo de hacerlos seguros para su consumo.

3.41 Periodo de vigencia, al tiempo durante el cual un artículo estéril se considera seguro para su uso.

3.42 Personal administrativo, a toda aquella persona que apoya con funciones administrativas en los EAM.

3.43 Personal de limpieza, al personal interno o externo del EAM, encargado de realizar los procesos de limpieza y desinfección ambiental.

3.44 Personal de salud, a toda aquella persona con la formación profesional, técnica o auxiliar correspondiente, que participa en la prestación de servicios de salud de forma directa o indirecta en los EAM públicos, sociales o privados

3.45 Precauciones por contacto, al conjunto de acciones encaminadas a reducir la transmisión por contacto directo e indirecto.

3.46 Precauciones por contacto plus, al conjunto de acciones encaminadas a reducir la transmisión por contacto directo o indirecto con pacientes con infección o colonización por *Clostridioides difficile* o *norovirus*.

3.47 Precauciones por gotas, al conjunto de acciones encaminadas a reducir la transmisión por partículas respiratorias infectantes iguales o mayores a 5 micras o que viajen a una distancia de hasta 1.5 metros.

3.48 Precauciones por vía aérea, al conjunto de acciones encaminadas a reducir la transmisión por partículas respiratorias infectantes menores a 5 micras o que permanezcan suspendidas en el aire.

3.49 Prevención de IAAS, a la aplicación sistematizada y estandarizada de acciones específicas encaminadas a evitar o reducir el riesgo de adquirir IAAS.

3.50 Punto de atención, al lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional de la salud y la atención o tratamiento que requiere contacto con el paciente o su entorno. En ese lugar debe existir acceso a los productos o insumos necesarios para la higiene de las manos, sin tener que abandonar la zona del paciente.

3.51 Punto de uso, al área inmediata donde se requiere y utiliza el dispositivo médico relacionado con la ejecución de una práctica clínica específica.

3.52 Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), al componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), responsable de coordinar la vigilancia epidemiológica de las IAAS. Bajo la rectoría de la Dirección General de Epidemiología, la RHOVE coordina los procesos de vigilancia convencional, vigilancia centinela y de brotes por IAAS. Su operación se basa en metodologías homologadas, lineamientos estandarizados, redes de coordinación técnica a nivel estatal e interinstitucional, y plataformas digitales de reporte, con el objetivo de generar información epidemiológica para la toma de decisiones en prevención y control de las IAAS.

3.53 Segundo Nivel de Atención, a los EAM que brindan servicios de atención hospitalaria y de urgencias, además de otorgar servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades y atención médica ambulatoria especializada. Son establecimientos receptores de referencias del primer nivel, para atención de padecimientos de baja y/o mediana complejidad que superan la capacidad resolutoria del primer nivel. Las unidades médicas que cuenten solamente con atención ambulatoria pero no tienen una población de responsabilidad definida (adscrita) se considerarán de segundo nivel (ejemplo unidades de atención de oncología, unidades de atención de hemodiálisis, unidades con atención médica continua).

3.54 Seguridad del paciente, al conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención diseñados para reducir de forma constante y sostenible los riesgos, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen.

3.55 Servicios externos, aquellos servicios, procedimientos o actividades de apoyo a la atención médica, que son proporcionados por personas físicas o morales ajenas al EAM, con las que se establece un contrato, convenio u otro instrumento jurídico para complementar, fortalecer o ampliar la capacidad operativa y técnica, asegurando el cumplimiento de la normatividad aplicable y de los estándares de calidad y seguridad.

3.56 Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), al componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que recopila información sobre enfermedades de interés para la salud pública en México, incluyendo enfermedades transmisibles y no transmisibles.

3.57 Técnica aséptica, al conjunto de procedimientos y medidas utilizadas para prevenir la contaminación del paciente o de objetos con microorganismos, especialmente durante procedimientos médicos invasivos. Esta técnica implica la creación y mantenimiento de un ambiente libre de gérmenes para reducir el riesgo de infecciones.

3.58 Tercer Nivel de Atención, a los EAM que otorgan atención médica hospitalaria y de urgencias y son establecimientos de referencia de los EAM de segundo nivel para la atención de padecimientos de alta especialidad que superan la capacidad resolutoria del segundo nivel. Son sedes formadoras de recursos humanos de especialidad y subespecialidad y cuentan con unidades o centros de investigación.

3.59 Trazabilidad, a la posibilidad de identificar el origen y las diferentes etapas de la aplicación, utilización, reprocesamiento o localización de dispositivos médicos a través de registros documentales.

3.60 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), a la instancia técnico-administrativa a nivel local responsable de coordinar las actividades de vigilancia epidemiológica de las IAAS, entre otras, y las actividades de prevención y control de infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos.

3.61 Uniforme clínico, Al conjunto de prendas de uso exclusivo del personal de salud durante el desempeño de sus funciones, diseñado para identificar su rol, protegerse y contribuir a la higiene y seguridad en la atención de pacientes dentro del EAM.

3.62 Vigilancia convencional, a la detección y notificación semanal al SUIVE de los casos nuevos de padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica aprobados por el CONAVE.

3.63 Vigilancia epidemiológica de IAAS, al proceso sistemático, continuo y estructurado de recolección, análisis, interpretación y difusión de información relacionada con las IAAS, sus agentes etiológicos y factores de riesgo. Su finalidad es generar evidencia que oriente la toma de decisiones y la implementación de medidas de prevención y control.

3.64 Vigilancia hospitalaria, al proceso sistemático, continuo y estructurado para la recolección de datos de la vigilancia epidemiológica de las IAAS, así como del monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones de prevención y control de infecciones (PCI). Este proceso integra el análisis e interpretación conjunta de la información para la difusión y

toma de decisiones integrales que consideran tanto la epidemiología de las IAAS como el contexto operativo de la PCI, y constituye un componente esencial en la gestión de riesgos.

4. Símbolos y términos abreviados

- 4.1 BLH: Banco de Leche Humana
- 4.2 CE: Central de Esterilización
- 4.3 CENAPRECE: Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades
- 4.4 CENSIDA: Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA y Hepatitis
- 4.5 CNEGSSR: Centro Nacional de Equidad de Género, Salud Sexual y Reproductiva
- 4.6 COA: Comité para la Optimización del Uso de Antimicrobianos
- 4.7 COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- 4.8 CONAVE: Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica
- 4.9 COVEPCIAAS: Comité para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS
- 4.10 DAN: Desinfección de Alto Nivel
- 4.11 DAVC: Dispositivos de Acceso Vascular Central
- 4.12 DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- 4.13 DGE: Dirección General de Epidemiología
- 4.14 EAM: Establecimiento para la Atención Médica
- 4.15 EPP: Equipo de Protección Personal
- 4.16 ETA: Enfermedades Transmitidas por Alimentos
- 4.17 GT-IAAS: Grupo de Trabajo Interinstitucional para la vigilancia epidemiológica de las IAAS
- 4.18 IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
- 4.19 InDRE: Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos
- 4.20 ISQ: Infección de Sitio Quirúrgico
- 4.21 ITS: Infecciones del Torrente Sanguíneo
- 4.22 IVU: Infección de Vías Urinarias
- 4.23 LESP: Laboratorio Estatal de Salud Pública
- 4.24 LIR: Laboratorios Institucionales de Referencia
- 4.25 NAV: Neumonía Asociada a Ventilador
- 4.26 NOM: Norma Oficial Mexicana
- 4.27 OAD: Órganos Administrativos Desconcentrados
- 4.28 OMS: Organización Mundial de la Salud
- 4.29 PAT: Programa Anual de Trabajo
- 4.30 PCI: Prevención y Control de Infecciones
- 4.31 PLYDA: Programa de Limpieza y Desinfección Ambiental
- 4.32 ppm: Partes por millón
- 4.33 PROA: Programa de Optimización del uso de Antimicrobianos
- 4.34 RAM: Resistencia Antimicrobiana
- 4.35 RHOVE: Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica
- 4.36 RPBI: Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos
- 4.37 SEVEIAAS: Sistema Especial para la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS
- 4.38 SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- 4.39 SNS: Sistema Nacional de Salud
- 4.40 SPSBP: Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional
- 4.41 SSA: Secretaría de Salud
- 4.42 SUIVE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
- 4.43 UCR: Unidad Centinela RHOVE
- 4.44 UVEH: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
- 4.45 %: Porcentaje

5. Disposiciones generales

5.1 La Secretaría de Salud es la instancia responsable de coordinar al SNS en materia de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS.

5.2 Corresponde a la Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional (SPSBP), la coordinación de las diferentes Comisiones, Unidades Administrativas y Órganos Administrativos Desconcentrados (OAD) de la Secretaría de Salud, así como de las instituciones del SNS, en materia de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS.

5.2.1 La Dirección General de Epidemiología (DGE) dirige y coordina el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y, por conducto del Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), diseña y difunde los mecanismos y metodologías para la vigilancia epidemiológica de las IAAS, con el propósito de orientar las acciones de prevención y control a nivel nacional.

5.2.1.1 El Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) dirige y coordina a la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLS) y a la Red Nacional de Vigilancia por Laboratorio de la Resistencia Antimicrobiana (RNVLAM).

5.2.2 La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) establece los instrumentos de rectoría requeridos para la aplicación de políticas y lineamientos en materia de calidad y seguridad de la atención médica, con un enfoque orientado en la prevención y control de las IAAS.

5.2.3 El Centro Nacional para la Prevención y el Control de Enfermedades (CENAPRECE) dirige y coordina lo relacionado a la optimización de antimicrobianos.

5.2.4 La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) ejerce sus atribuciones de regulación, control y fomento sanitario en los EAM con el fin de minimizar los riesgos asociados a las IAAS.

5.3 La Secretaría de Salud emite, a través de las instancias competentes, los siguientes lineamientos nacionales estandarizados:

5.3.1 A través de la DGE, en materia de vigilancia epidemiológica:

5.3.1.1 Lineamiento estandarizado para la integración y funcionamiento de las Unidades de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH).

5.3.1.2 Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica de las IAAS.

5.3.1.3 Lineamiento estandarizado para la vigilancia epidemiológica de brotes de IAAS.

5.3.1.4 Lineamiento estandarizado para las funciones del área de microbiología en la vigilancia de IAAS y de la Resistencia a los Antimicrobianos (RAM).

5.3.1.5 Lineamiento estandarizado para la vigilancia por laboratorio de la Resistencia a los Antimicrobianos (RAM).

5.3.2 A través de la DGCES, en materia de prevención y control de las IAAS:

5.3.2.1 Lineamiento estandarizado para la integración y funcionamiento de los Comités para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS (COVEPCIAAS).

5.3.2.2 Lineamiento estandarizado para la metodología de gestión de riesgos.

5.3.2.3 Lineamiento estandarizado para la prevención y control de las IAAS, que incluye los siguientes capítulos:

5.3.2.3.1 Higiene de las manos y calidad del agua.

5.3.2.3.2 Precauciones estándar y basadas en mecanismos de transmisión.

5.3.2.3.3 Limpieza y desinfección ambiental.

5.3.2.3.4 Procesamiento de dispositivos médicos.

5.3.2.3.5 Manejo de antisépticos.

5.3.2.3.6 Manejo seguro de la ropa hospitalaria, blancos y lavandería.

5.3.2.3.7 Paquetes de acciones preventivas para infecciones específicas relacionadas con ventilador, catéter central, catéter urinario, cirugías e infecciones por *Clostridioides difficile*.

5.3.2.3.8 Paquetes de acciones preventivas para infecciones específicas en neonatos y lactantes, relacionadas con ventilador, catéter central, catéter urinario y cirugías.

5.3.2.3.9 Terapia de infusión y nutrición parenteral.

5.3.2.3.10 Cuidados especiales en hemodiálisis.

5.3.3 A través del CENAPRECE, en materia de optimización de antimicrobianos:

5.3.3.1 Lineamiento estandarizado para la integración y funcionamiento de los Comités para la Optimización del uso de Antimicrobianos (COA).

5.3.3.2 Lineamiento estandarizado para la implementación de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA).

5.3.3.3 Lineamiento estandarizado para la atención de bacterias multidrogoresistente en servicios críticos.

5.3.3.4 Lineamiento estandarizado para la profilaxis antimicrobiana quirúrgica.

5.3.3.5 Lineamiento estandarizado para el uso de antibióticos en primer nivel de atención.

5.3.4 A través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en materia de prevención y control de IAAS:

5.3.4.1 Lineamiento estandarizado para el manejo de alimentos en los EAM.

5.3.4.2 Lineamiento estandarizado para la seguridad en construcciones, remodelaciones y saneamiento básico en los EAM.

5.3.5 A través del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y Hepatitis (CENSIDA), en materia de prevención y control de IAAS:

5.3.5.1 Lineamiento estandarizado para la seguridad en el personal de salud.

5.3.6 A través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva (CNEGSSR), en materia de prevención y control de IAAS:

5.3.6.1 Lineamiento estandarizado para la operación de los bancos de leche humana.

5.3.6.2 Lineamiento estandarizado para la operación de los lactarios hospitalarios.

5.3.6.3 Lineamiento estandarizado para la operación del centro de preparación de sucedáneos de la leche humana.

5.3.7 Los lineamientos nacionales estandarizados deben actualizarse al menos cada cinco años o antes, cuando exista nueva evidencia científica o se presente un evento de salud pública que lo amerite.

5.4 Corresponde a la Secretaría de Salud de las entidades federativas coordinar y monitorear las acciones de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS.

5.5 Corresponde a las instituciones prestadoras de servicios de atención médica del SNS, así como a los EAM, asegurar la disponibilidad de recursos humanos, materiales e infraestructura para ejecutar las acciones de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS.

5.6 En los EAM, la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS es del personal directivo, personal de salud y personal administrativo.

5.7 Los EAM deben elaborar manuales de procedimientos operativos basados en los lineamientos estandarizados nacionales, de acuerdo con su estructura y normatividad institucional.

6. Comité para la Vigilancia, Prevención y Control de las IAAS

6.1 El COVEPCIAAS debe ser presidido por la dirección o el responsable del EAM; la coordinación está a cargo de la dirección o la subdirección médica, o una persona facultada para la toma de decisiones; la secretaría técnica es designada para quien funge como responsable de la UVEH o a quien se asigne para las actividades de vigilancia de IAAS, y los vocales integrados por los responsables de los servicios clínicos, administrativos y de apoyo.

6.2 El COVEPCIAAS debe estar integrado y en funcionamiento en los EAM de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.1.

6.2.1 Las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de atención médica deben establecer mecanismos para la gestión de riesgos de IAAS en los EAM de primer nivel de atención, así como en aquellos que, por su estructura, no puedan cumplir con lo necesario para la integración del COVEPCIAAS, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.1.

6.3 El director o responsable del EAM es el encargado de vincular las actividades operativas del COVEPCIAAS con otros comités, con el fin de fortalecer la seguridad del paciente.

6.4 El COVEPCIAAS debe desarrollar y aprobar el Programa Anual de Trabajo (PAT) en materia de vigilancia, prevención y control de IAAS, con base en la gestión de riesgos, para la mejora continua de la calidad, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos referidos en los numerales 5.3.2.1 y 5.3.2.2.

6.5 El COVEPCIAAS, en coordinación con la UVEH y el área de enseñanza o el área responsable de capacitación del personal, debe establecer e implementar programas de capacitación continua sobre vigilancia, prevención y control de las IAAS, dirigidos a todo el personal de salud del EAM, de acuerdo con sus funciones.

6.6 El área de recursos financieros, o su equivalente, debe contar con un vocal con capacidad para tomar decisiones en cada sesión del COVEPCIAAS y presentar, en cada sesión, un informe sobre el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos, la limpieza y desinfección, y los paquetes preventivos, así como sobre el plan de abastecimiento. Asimismo, debe atender las recomendaciones del COVEPCIAAS y participar activamente en los acuerdos.

7. Comité para la Optimización del uso de Antimicrobianos

7.1 El COA debe estar integrado y en funcionamiento en los EAM de segundo y tercer nivel de atención, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.3.1.

7.1.1 Las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de atención médica deben establecer los mecanismos para la optimización de antimicrobianos en los EAM de primer nivel de atención, así como en aquellos que, por su estructura, no puedan cumplir con los requisitos necesarios para la integración del COA, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.3.1.

7.2 El COA debe ser presidido por la dirección o el responsable del EAM; la coordinación está a cargo de quien ocupe la dirección o subdirección médica, o de una persona facultada para la toma de decisiones; la secretaría técnica la ocupa quien funge como responsable del PROA y debe contar con vocales, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.3.1.

7.3 El COA es el responsable de diseñar e implementar el PROA, de acuerdo con el lineamiento referido en el numeral 5.3.3.2.

7.4 El COA debe reunirse de forma ordinaria una vez al mes y realizar sesiones extraordinarias, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.3.1.

7.5 Todo el personal de salud debe recibir información continua, oportuna y pertinente sobre la prevalencia de resistencia de antimicrobianos en el EAM.

7.6 El COA, en coordinación con el área de enseñanza o el área responsable de la capacitación del personal, debe implementar programas de capacitación en temas relacionados con la optimización de antimicrobianos, dirigidos al personal de salud de acuerdo con sus funciones, al momento de su ingreso y al menos una vez al año o antes cuando existan cambios en el diseño de los procesos o equipos.

8. Vigilancia epidemiológica de las IAAS

8.1 Las definiciones operacionales, los criterios diagnósticos y la clasificación de las IAAS aplicables al SNS se establecen de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.2.

8.2 La DGE ejerce la rectoría técnica del SINAVE en materia de vigilancia epidemiológica de las IAAS, mediante la emisión de lineamientos normativos, la coordinación interinstitucional y la evaluación del desempeño en todos los niveles del SNS.

8.3 Todas las instituciones del SNS deben garantizar la implementación efectiva, continua y coordinada de los componentes de la vigilancia epidemiológica de las IAAS conforme a lo establecido en la presente Norma y sus lineamientos complementarios. La DGE emite los mecanismos para la evaluación del desempeño y el mejoramiento continuo del sistema de vigilancia.

8.4 Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE)

8.4.1 La Coordinación Nacional de la RHOVE, bajo la rectoría de la DGE, es responsable de definir y coordinar la operación nacional e interinstitucional de los componentes técnicos y operativos de la vigilancia epidemiológica de las IAAS, a través de las siguientes funciones:

8.4.1.1 Coordinar la vigilancia centinela a través de la incorporación de Unidades Centinela RHOVE (UCR), la estandarización de metodologías y la coordinación del Sistema Especial para la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS (SEVEIAAS).

8.4.1.2 Establecer los lineamientos para el reporte de denominadores, incluyendo las variables operativas, la frecuencia de registro y los mecanismos de notificación.

8.4.1.3 Definir los criterios técnicos y operativos para la detección, abordaje, notificación y seguimiento de brotes de IAAS, así como la vinculación entre los niveles técnico-administrativos y las instituciones del SNS.

8.4.1.4 Vincular con la vigilancia convencional de las IAAS asegurando su integración funcional, analítica y operativa conforme a los lineamientos vigentes del SINAVE.

8.4.1.5 Implementar mecanismos formales de coordinación técnica nacional e interinstitucional, que incluyan como mínimo:

8.4.1.5.1 Grupo de Trabajo interinstitucional para la vigilancia epidemiológica de las IAAS (GT-IAAS) dependiente del CONAVE.

8.4.1.5.2 Vínculos operativos con los niveles centrales institucionales.

8.4.1.5.3 Redes de enlace en las entidades federativas con los Servicios Estatales de Salud y las diferentes instituciones del SNS, a través de los responsables estatales de la RHOVE.

8.4.1.5.4 Mecanismos, plataformas y sistemas digitales que aseguren el flujo oportuno, continuo, trazable e interoperable de los datos generados por la vigilancia epidemiológica de las IAAS.

8.4.2 La operación de la RHOVE se desarrolla de manera coordinada conforme a los niveles técnico-administrativos del SNS y en colaboración con sus equivalentes institucionales a través de los siguientes ámbitos de actuación:

8.4.2.1 Nivel local, representado por los EAM.

8.4.2.2 Nivel jurisdiccional, representado por las jurisdicciones sanitarias.

8.4.2.3 Nivel estatal, representado por los Servicios Estatales de Salud.

8.4.2.4 Nivel federal, representado por la DGE.

8.4.3 Los niveles jurisdiccional y estatal deben realizar, en el ámbito de su competencia, las siguientes funciones para el fortalecimiento operativo de la RHOVE:

8.4.3.1 Monitoreo, análisis y evaluación periódica de la vigilancia epidemiológica de las IAAS, mediante indicadores de proceso y de resultado, con el propósito de valorar el desempeño, identificar áreas de mejora y orientar acciones de fortalecimiento institucional.

8.4.3.2 Apoyo técnico y operativo en la investigación y abordaje de brotes de IAAS.

8.4.3.3 Supervisión periódica de los EAM.

8.4.3.4 Coordinación y ejecución de procesos de capacitación al personal operativo.

8.4.3.5 Elaboración y envío de informes mensuales y anuales al nivel inmediato superior.

8.4.3.6 Retroalimentación técnica a los EAM bajo su jurisdicción.

8.5 Todas las instituciones integrantes del SNS deben asegurar la interoperabilidad funcional de la información epidemiológica, desde sus EAM hasta la DGE, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.6, correspondiente al apartado de referencias normativas, y al lineamiento referido en el numeral 5.3.1.2.

8.6 Las instituciones que cuentan con sistemas de información internos para la recolección de datos relacionados con la vigilancia epidemiológica de las IAAS deben garantizar el envío continuo, oportuno y trazable de dicha información, conforme a los mecanismos establecidos por la RHOVE a los sistemas nacionales operados por la DGE.

8.7 Durante el proceso de supervisión, monitoreo, auditoría, evaluación de la vigilancia epidemiológica de las IAAS o en caso de brote, el personal autorizado de las áreas de epidemiología de los niveles jurisdiccional, estatal o federal deben requerir por escrito y a través del nivel técnico-administrativo designado para la vigilancia epidemiológica de las IAAS en cada institución, la entrega de documentos, informes, bases de datos u otros registros relacionados con la vigilancia, prevención y control de las IAAS. Las instituciones deben entregar la información solicitada y de conformidad a los principios de confidencialidad, legalidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad aplicable.

8.8 Los EAM deben realizar actividades de vigilancia epidemiológica de las IAAS de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.6, correspondiente al apartado de referencias normativas y el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.2.

8.9 Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)

8.9.1 La UVEH es la instancia técnico-administrativa, a nivel local, responsable de coordinar las actividades de vigilancia epidemiológica de las IAAS, entre otras, así como las actividades de prevención y control de infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos.

8.9.2 Los EAM de segundo y tercer nivel de atención deben contar con una UVEH, conforme a lo dispuesto en esta norma y de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.1.

8.9.3 Las UVEH deben integrarse por un equipo multidisciplinario conformado como mínimo por un personal médico, un personal de enfermería, un personal administrativo y un capturista.

8.9.4 El personal médico debe ser de tiempo completo y exclusivo para actividades de la UVEH y debe de contar con posgrado en epidemiología o salud pública.

8.9.5 Cuando el EAM tenga más de 150 camas totales (censables y no censables), se debe asignar un médico adicional a la UVEH e incrementarlo por cada 150 camas adicionales. Es decir: hasta 150 camas, un personal médico; de 151 a 300 camas, dos; de 301 a 450 camas, tres; y así sucesivamente.

8.9.6 El personal de enfermería debe ser de tiempo completo y exclusivo para actividades la UVEH.

8.9.7 Cuando el EAM tenga más de 50 camas totales (censables y no censables), se debe asignar un personal de enfermería adicional a la UVEH e incrementarlo por cada 50 camas adicionales. Es decir: hasta 50 camas, un personal de enfermería; de 51 a 100 camas, dos; de 101 a 150 camas, tres; y así sucesivamente.

8.9.8 La UVEH debe contar con espacio físico, equipado con internet, equipo de cómputo y sistema de impresión.

8.9.9 El personal de la UVEH debe realizar las actividades de vigilancia epidemiológica de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.6 del apartado de referencias normativas.

8.10 Para la vigilancia epidemiológica de las IAAS se utilizan las metodologías de vigilancia activa, pasiva, convencional y centinela.

8.10.1 La vigilancia epidemiológica activa de las IAAS consiste en la búsqueda intencionada, sistemática y documentada de casos y factores de riesgo, mediante actividades realizadas directamente por el personal de la UVEH. Estas actividades deben incluir, al menos:

8.10.1.1 Observación clínica durante los pases de visita.

8.10.1.2 Revisión de expedientes clínicos.

8.10.1.3 Análisis en conjunto con el personal clínico tratante.

8.10.1.4 Entrevista al paciente y cuidador.

8.10.1.5 Revisión diaria de resultados del laboratorio de microbiología.

8.10.1.6 Identificación y abordaje de brotes relacionados con las IAAS.

8.10.1.7 Análisis de casos de defunción potencialmente asociados a IAAS.

8.10.2 La vigilancia epidemiológica pasiva de las IAAS consiste en la detección y notificación de casos por parte del personal de salud ajeno a la UVEH, durante la atención clínica habitual o en el curso de sus actividades de atención a la salud.

8.10.3 La recolección de denominadores asociados a las IAAS consiste en el registro diario, realizado por los servicios del EAM, de datos necesarios para el cálculo de indicadores de las IAAS. Estos registros deben concentrarse mensualmente y contener, como mínimo, la siguiente información desagregada por servicio:

8.10.3.1 Número de egresos hospitalarios, por grupo de edad.

8.10.3.2 Número de días estancia.

8.10.3.3 Días de ventilación mecánica.

8.10.3.4 Días de catéter central.

8.10.3.5 Días de catéter urinario.

8.10.3.6 Número total de cirugías realizadas y por grado de contaminación quirúrgica.

8.10.4 Los EAM deben realizar de manera sistemática el registro de los denominadores, y notificar esta información conforme a los mecanismos establecidos de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.2. Asimismo, deben remitir dicha información al nivel técnico-administrativo superior inmediato, conforme a los procedimientos y canales definidos en la normatividad interna de cada institución y de los Servicios Estatales de Salud.

8.10.5 La vigilancia epidemiológica convencional de las IAAS consiste en la recolección, integración y notificación semanal de casos nuevos a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.6 del apartado de referencias normativas.

8.10.6 La vigilancia epidemiológica centinela de las IAAS se basa en la recopilación sistemática de datos por parte de un grupo seleccionado de EAM, denominados Unidad Centinela RHOVE (UCR), que deben notificar de forma oportuna, continua y estandarizada al SEVEIAAS.

8.10.7 Se entiende por UCR a todo EAM que, conforme a los criterios técnicos establecidos en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.2, ha sido evaluado y formalmente reconocido por la DGE para integrarse a la RHOVE como unidad de vigilancia centinela notificante al SEVEIAAS.

8.10.8 La vigilancia centinela debe adoptar esquemas de vigilancia activa y pasiva, y su implementación está sujeta de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.2.

8.10.9 Formar parte de la vigilancia centinela no excluye a las UCR de la notificación semanal a través de la vigilancia convencional que deben realizar los EAM.

8.11 Vigilancia epidemiológica de brotes de IAAS

8.11.1 La vigilancia epidemiológica de brotes de IAAS corresponde a la detección, notificación, confirmación, análisis, seguimiento y cierre del brote.

8.11.2 Los EAM deben notificar de forma inmediata los brotes de IAAS mediante los mecanismos establecidos en la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.6, del apartado de referencias normativas y en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.3.

8.11.3 Las UCR deben notificar al SEVEIAAS los casos relacionados con el brote dentro de las primeras 24 horas posteriores a su detección, y actualizar la información correspondiente de manera continua hasta el cierre del brote.

8.12 La información para la vigilancia epidemiológica de las IAAS debe obtenerse a partir de registros impresos, electrónicos o digitales generadas en los EAM, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.2.

8.13 La notificación de casos por parte del personal de salud debe realizarse por escrito y de manera inmediata a la UVEH a través de los mecanismos establecidos por el EAM.

8.14 El personal de salud que brinda atención al paciente es el responsable del llenado del estudio de caso de IAAS.

8.15 Con base en la información recolectada y validada, el responsable de la UVEH debe elaborar un panorama epidemiológico con periodicidad mensual y anual, que debe ser presentado en cada sesión del COVEPCIAAS.

8.15.1 El panorama debe integrar sistemáticamente variables de tiempo, lugar y persona, e incluir al menos los siguientes elementos:

8.15.1.1 Indicadores de proceso: oportunidad y porcentaje de toma de muestras.

8.15.1.2 Indicadores de resultado: tasas de incidencia, incidencias acumuladas y letalidad general y específica por tipo de IAAS, agente etiológico y factores de riesgo.

8.15.1.3 Estratificación por servicio hospitalario.

8.15.1.4 Patrones de resistencia antimicrobiana en agentes causantes de las IAAS.

8.15.1.5 Identificación, caracterización y confirmación de brotes, incluyendo tasas de ataque, hipótesis causales y medidas adoptadas.

8.15.1.6 Resultados de adherencia a la higiene de manos y a los paquetes preventivos.

8.16 La información generada por la vigilancia epidemiológica de las IAAS tendrá uso clínico, epidemiológico, estadístico y de salud pública. Su manejo observa los principios de confidencialidad, de conformidad con las disposiciones aplicables en materia de transparencia, acceso a la información y protección de datos personales.

9. Vigilancia por laboratorio

9.1 Los EAM deben realizar la toma de muestra en el 100 % de los casos sospechosos de IAAS.

9.2 Al interior de cada EAM que cuente con área de microbiología esta debe:

9.2.1 Funcionar las 24 horas los 365 días del año, para proporcionar informes oportunos.

9.2.2 Contar con los insumos, materiales de referencia y equipamiento para la obtención, procesamiento y análisis de muestras, identificación de agentes microbiológicos, realizar pruebas de susceptibilidad y en su caso la caracterización de mecanismos de resistencia antimicrobiana.

9.2.3 Asegurar que el personal del área de microbiología cumpla con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.3 correspondiente al apartado de referencias normativas y el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.4.

9.2.4 Contar con la siguiente información documentada de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.4, para:

9.2.4.1 La toma, identificación, manejo, conservación, embalaje y transporte de muestras que incluya criterios de aceptación y de rechazo.

9.2.4.2 El procesamiento y análisis de muestras con base en los métodos implementados.

9.2.4.3 El control de calidad interno y externo.

9.2.4.4 La bioseguridad y biocustodia de muestras y especímenes aislados.

9.2.4.5 La disposición final de muestras, cultivos y reactivos.

9.2.4.6 El reporte y emisión de resultados.

9.2.4.7 El envío de muestras y especímenes de importancia epidemiológica.

9.2.4.8 La emisión de alertas de microorganismos de interés epidemiológico.

9.2.4.9 El análisis de información del panorama microbiológico y susceptibilidad.

9.2.4.10 La conservación de cepas de referencia y clínicas de interés epidemiológico.

9.2.5 Contar con un programa de control de calidad interno y externo. Este debe incluir identificación, pruebas de susceptibilidad y en su caso, mecanismos de resistencia a los antimicrobianos.

9.2.6 Asegurar la biocustodia y bioseguridad de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.4

9.2.7 Para la vigilancia por laboratorio de la resistencia a los antimicrobianos.

9.2.7.1 La vigilancia por laboratorio de la resistencia antimicrobiana debe realizarse de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.5.

9.2.7.2 Realizar la identificación y las pruebas de susceptibilidad antimicrobiana al 100 % de los aislamientos que cumplan con los criterios para el diagnóstico de casos y brotes de IAAS, y caracterización de resistencia antimicrobiana de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.5.

9.2.7.3 Contar con la actualización vigente de los puntos de corte para la interpretación categórica de las pruebas de susceptibilidad.

9.2.7.4 Realizar al menos una vez al año el informe de antibiograma acumulado y presentarlo en el COA.

9.2.7.5 Los EAM deben gestionar, en coordinación con la UVEH, el envío de las cepas correspondientes de los microorganismos prioritarios para la vigilancia de la RAM, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.5.

9.2.7.6 Los Laboratorios Estatales en Salud Pública (LESP) y los Laboratorios Institucionales de Referencia (LIR) en función de la estructura disponible, se encargan de la realización de pruebas para la detección de mecanismos de resistencia antimicrobiana fenotípicas y genotípicas relacionadas con la vigilancia por laboratorio de RAM, enviando posteriormente al InDRE los aislamientos para su confirmación de acuerdo con el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.5.

9.2.8 Para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

9.2.8.1 Notificar a la UVEH de inmediato la identificación de algún microorganismo de acuerdo con el documento para la emisión de alertas de microorganismos de interés epidemiológico referido en el numeral 9.2.4.8.

9.2.8.2 Proporcionar mensualmente a la UVEH la información necesaria, concentrada, organizada y en un formato digital, para la elaboración del panorama epidemiológico de las IAAS.

9.2.8.3 Participar activamente en la toma de decisiones como vocal del COVEPCIAAS y del COA.

9.2.9 El área de microbiología funge como asesor en temas relacionados con: microbiología, lectura, análisis e interpretación de patrones de susceptibilidad, mecanismos de resistencia, selección de insumos y equipos de diagnóstico microbiológico, implementación de pruebas y nuevas metodologías de laboratorio, actualizaciones en diagnóstico por laboratorio.

9.2.10 El área de microbiología funge como capacitador en temas relacionados a la microbiología clínica, resistencia antimicrobiana, toma, manejo y transporte de muestras, bioseguridad y biocustodia, métodos analíticos e interpretación de informes de susceptibilidad a los antimicrobianos.

9.3 Los EAM que no cuenten con área de microbiología deben enviar las muestras a un laboratorio externo para el procesamiento, identificación de microorganismos, pruebas de susceptibilidad y caracterización de mecanismos de resistencia antimicrobiana, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.1.4.

10. Prevención y control de infecciones

10.1 Las personas responsables de los servicios hospitalarios y administrativos deben ejecutar y vigilar el cumplimiento de las acciones de PCI, así como realizar el monitoreo, supervisión y evaluación en colaboración con la UVEH y COVEPCIAAS.

10.2 El personal de salud de los EAM y de los servicios externos son responsables de conocer y aplicar las medidas de PCI.

10.3 Todas las acciones de PCI implementadas deben contar con un enfoque de equipo multidisciplinario.

10.4 Los EAM deben de implementar la metodología para la gestión de riesgos, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.2.

10.5 En los EAM el personal de salud debe llevar el cabello sujeto, barba y el bigote corto y limpio, uñas cortas, sin aplicaciones ni esmalte, no portar ninguna alhaja y de acuerdo con lo establecido en cada EAM.

10.6 Calidad del agua

10.6.1 Los EAM deben garantizar el control de la calidad del agua en la red de distribución interna de acuerdo con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas mencionadas en los numerales 2.10 y 2.12, correspondientes al apartado de referencias normativas.

10.6.2 Las áreas de mantenimiento y servicios generales deben realizar la medición y registro del nivel de cloro residual diariamente en la toma de entrada de la red pública de los EAM, así como en cisternas o sistemas de almacenamiento y salidas de distribución a servicios críticos y, al menos, cada dos días en el resto de los servicios. Se debe asegurar que los niveles de cloro residual se mantengan dentro de los límites permisibles (0.2 a 1.5 ppm) en todos los servicios. La UVEH debe analizar los resultados.

10.6.3 En los EAM se debe realizar lavado y desinfección cada 6 meses de cisternas, tinacos u otro sistema de almacenamiento del agua. Se debe garantizar el mantenimiento, buen estado y adecuado cierre hermético.

10.6.4 En los EAM se debe comprobar periódicamente el análisis microbiológico del agua, estos parámetros de control deben ser realizados de acuerdo con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas mencionadas en los numerales 2.10 y 2.12, correspondientes al apartado de referencias normativas.

10.6.5 Para los servicios de hemodiálisis los EAM deben contar con registros de operación y mantenimiento del sistema de osmosis inversa, así como, reportes de control microbiológico y fisicoquímico del agua producida, con monitoreo y supervisión de la UVEH y de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.1, correspondiente al apartado de referencias normativas y de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.10.

10.6.6 Los EAM que otorguen atención médica o de rehabilitación con estanques artificiales, albercas, tinas de hidroterapia o similares deben contar con un programa que incluya control de la calidad del agua, limpieza y desinfección, y control de fauna nociva.

10.7 Higiene de manos

10.7.1 Los EAM deben contar con un programa multimodal de higiene de manos basado en las directrices de la OMS, y de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.1.

10.7.2 El COVEPCIAAS designa a los integrantes del equipo para guiar las acciones del programa multimodal de higiene de manos, de acuerdo con las directrices de la OMS, y de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.1.

10.7.3 En los EAM todo el personal, incluido el personal directivo, responsables de servicios o sus homólogos, personal en formación, así como prestadores de servicios externos que desempeñen funciones dentro del establecimiento, deben recibir capacitación de higiene de manos al momento de su admisión y al menos una vez al año o antes en caso de una actualización en el tema. Se deben documentar las actividades de capacitación.

10.7.3.1 Los EAM deben garantizar y documentar las acciones de orientación, instrucción y educación en higiene de manos a pacientes, cuidadores y visitantes de forma permanente, y de acuerdo con lo establecido en el numeral 11.3 de esta norma.

10.7.4 En los EAM el personal de salud, pacientes, cuidadores y visitantes deben mantener las manos limpias, además, quien otorgue atención directa e indirecta a los pacientes debe tener las uñas cortas, sin aplicaciones ni esmalte, con los antebrazos libres y no portar ninguna alhaja.

10.7.5 El personal de salud debe realizar la técnica que corresponda para la higiene de manos, en los cinco momentos establecidos por la OMS, así como antes y después del uso de guantes.

10.7.6 En situaciones en donde existe manipulación o sospecha de contacto con sangre o fluidos corporales, exposición a microorganismos formadores de esporas o manos visiblemente sucias, la higiene de manos debe ser con agua y jabón o soluciones detergentes.

10.7.7 Los EAM deben asegurar el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos y la calidad del agua.

10.7.8 El módulo exclusivo para el lavado de manos debe estar disponible en todos los servicios, sanitarios y en las áreas de atención a pacientes a razón de 1:10 lavabos:cama y 1:1 lavabo:consultorio y debe cumplir con lo siguiente: dispensador con jabón líquido, dispensador con papel para secado de manos, bote de basura con bolsa para residuo municipal y recordatorios visuales para la correcta higiene de manos. El módulo debe estar alejado de objetos para la atención de los pacientes por lo menos un metro, o separado por una barrera física contra salpicaduras.

10.7.9 Los insumos para la técnica de higiene de manos por fricción deben cumplir con las siguientes características: solución base alcohol con o sin emolientes (etílica o isopropílica en una concentración de al menos 60% al 80%). Estos insumos deben estar disponibles en cada punto de atención de los pacientes.

10.7.10 En servicios críticos, para la higiene de manos se debe utilizar jabón líquido con clorhexidina o solución base alcohol/clorhexidina en concentración entre el 0.5% y 2%.

10.7.11 Los EAM deben garantizar la limpieza, desinfección, mantenimiento preventivo y correctivo del módulo para el lavado de manos, así como de los dispensadores de soluciones alcoholadas, y definir la periodicidad, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.1.

10.8 Precauciones estándar y basadas en los mecanismos de transmisión

10.8.1 Corresponde a todo el personal de salud, cuidadores y visitantes, que entren en contacto con el paciente o su entorno, aplicar las precauciones estándar y basadas en los mecanismos de transmisión, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.2.

10.8.1.1 En los EAM se deben colocar tarjetas para indicar las precauciones estándar y basadas en los mecanismos de transmisión, las cuales deben estar elaboradas con material lavable, resistente a la limpieza y desinfección y colocarse en un lugar visible en el entorno del paciente.

10.8.1.2 El personal de salud involucrado con la atención debe orientar, instruir y educar al paciente, cuidadores y visitantes sobre la implementación de precauciones basadas en mecanismos de transmisión y vigilar su cumplimiento.

10.8.2 Precauciones estándar

10.8.2.1 El personal de salud debe utilizar las precauciones estándar con todos los pacientes al momento de la atención, independientemente de su diagnóstico y según la evaluación del riesgo de exposición. Estas precauciones deben estar orientadas a prevenir el riesgo de infecciones. La tarjeta debe ser color rojo.

10.8.3 Precauciones basadas en los mecanismos de transmisión

10.8.3.1 El personal de salud, cuidadores y visitantes, deben cumplir con las precauciones basadas en los mecanismos de transmisión durante la atención y convivencia con los pacientes e implementarse desde la sospecha diagnóstica sindromática y etiológica. La indicación, actualización y retiro de estas precauciones se deben registrar en el expediente clínico. El EPP utilizado debe colocarse de acuerdo con lo establecido en lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.2.

10.8.3.2 El personal de salud, cuidadores y visitantes, deben cumplir con las precauciones por contacto, para reducir la transmisión por contacto directo e indirecto. La tarjeta debe ser color amarillo.

10.8.3.3 El personal de salud, cuidadores y visitantes deben cumplir con las precauciones por contacto plus, en pacientes con infecciones y colonizaciones por *Clostridioides difficile* y norovirus. Debe realizarse exclusivamente lavado de manos con agua y jabón. La tarjeta debe ser color naranja.

10.8.3.4 El personal de salud, cuidadores y visitantes deben cumplir con las precauciones por gotas cuando el mecanismo de transmisión es por partículas respiratorias infectantes iguales o mayores a 5 micras o que viajen a una distancia de hasta 1.5 metros. La tarjeta debe ser color verde.

10.8.3.5 El personal de salud, cuidadores y visitantes deben cumplir con las precauciones para vía aérea cuando el mecanismo de transmisión es por partículas respiratorias infectantes menores a 5 micras o que permanezcan suspendidas en el aire. La tarjeta debe ser color azul.

10.8.3.6 Los dispositivos médicos utilizados para la atención del paciente que se encuentre con precauciones basadas en el mecanismo de transmisión deben permanecer dentro del área para evitar exposición con otros pacientes. Deben limpiarse y desinfectarse antes de retirarlos del área.

10.8.4 Otras precauciones

10.8.4.1 El personal de salud, cuidadores y visitantes deben adoptar precauciones que favorezcan la protección de los pacientes con alta susceptibilidad inmunológica, para disminuir el riesgo de exposición a enfermedades infecciosas, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.2.

10.9 Procesamiento de dispositivos médicos

10.9.1 Los EAM deben contar con un manual de procedimientos operativos estandarizados para el reprocesamiento de dispositivos médicos incluyendo los provenientes de proveedores externos, para asegurar el control, la esterilidad y la trazabilidad de los dispositivos médicos críticos y semicríticos procesados, el cual debe revisarse o actualizarse al menos cada dos años, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.2 La Central de Esterilización (CE) debe contar con un programa anual calendarizado, documentado y con evidencia de ejecución para el monitoreo, supervisión y evaluación de los criterios de equipamiento e infraestructura; así como la validación del adecuado funcionamiento de los diferentes equipos de lavado, esterilización y sellado, además de los controles de higiene ambiental, uso de uniformes y todos aquellos que puedan generar contaminación al interior del área, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.3 La CE debe contar con un jefe de servicio, un responsable de área por turno, así como, personal operativo capacitado en temas de procesamiento de dispositivos médicos a su ingreso y al menos una vez al año o antes cuando existan cambios en los procesos o equipos.

10.9.4 El personal de la CE debe usar uniforme exclusivo y EPP de acuerdo al nivel de riesgo.

10.9.5 El área de almacenamiento de la CE debe contar con la infraestructura necesaria que asegure la conservación de la esterilidad de los dispositivos médicos, que mantengan su calidad durante el periodo de vigencia, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.6 Las áreas de la CE deben contar con sistemas de control ambiental que eviten el flujo de aire de áreas contaminadas hacia áreas limpias, y que cumplan con condiciones de humedad relativa y temperatura, de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.5, correspondiente al apartado de referencias normativas y de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.7 Los resultados del monitoreo de los procesos de la CE deben ser compartidos con la UVEH, informando el análisis y el reporte de inconsistencias al COVEPCIAAS, con el fin de favorecer las gestiones y acciones para la mejora continua.

10.9.8 Los resultados del análisis de riesgo deben discutirse en el COVEPCIAAS con el fin de diseñar e implementar programas de mejora de la calidad.

10.9.9 Con relación al ciclo de reprocesamiento:

10.9.9.1 Todos los dispositivos médicos deben utilizarse y reprocesarse de acuerdo con las especificaciones del fabricante.

10.9.9.2 El reprocesamiento de un dispositivo médico crítico implica la limpieza, secado, inspección, preparación, empaque, esterilización y almacenamiento, y debe realizarse exclusivamente en la CE.

10.9.9.3 El reprocesamiento de un dispositivo médico semicrítico, implica la limpieza, secado, inspección, preparación, Desinfección de Alto Nivel (DAN), enjuague, secado, empaque y almacenamiento.

10.9.9.4 La limpieza es el procedimiento inicial y obligatorio en el procesamiento de cualquier dispositivo médico que requiera DAN o esterilización. Su objetivo es reducir la biocarga para evitar la formación de biopelículas; incluye el lavado, desensamble, cepillado, enjuague, secado e inspección, y debe realizarse de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.5 El tratamiento inicial de los dispositivos médicos debe realizarse en el punto de uso, retirando el exceso de residuos orgánicos e inorgánicos. Posteriormente, deben ser transportados al área de lavado de la CE en el menor tiempo posible, utilizando un medio de contención seguro que evite el contacto con superficies y objetos en el entorno del EAM.

10.9.9.6 El lavado y desinfección automatizados de los dispositivos médicos, debe ser verificado en cuanto a su desempeño, de acuerdo con los materiales y métodos utilizados, y contar con evidencia documentada de su cumplimiento.

10.9.9.7 Se debe realizar la inspección visual, las pruebas de funcionamiento y la lubricación de cada uno de los insumos y dispositivos médicos, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.8 La DAN deben contar con un monitoreo del proceso, el cual debe incluir la medición de la dilución o activación, la medición de la concentración mínima efectiva, el tiempo de vida de uso, las características visuales del desinfectante, el tiempo de inmersión y el tipo de enjuague, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.9 Los dispositivos médicos que serán sometidos a esterilización deben contar con una barrera física que evite su contaminación, esta debe seleccionarse en función del método de esterilización empleado, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.10 Los dispositivos médicos que serán sometidos a esterilización deben incluir un indicador químico específico para el método de esterilización utilizado. El resultado debe registrarse conforme a la normativa institucional vigente y de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.11 Los dispositivos médicos que serán sometidos a esterilización deben identificarse con tinta indeleble no tóxica o mediante etiquetas que no dañen el empaque ni representen un riesgo de contaminación química. La identificación debe incluir: descripción del contenido, número de piezas, nombre del personal responsable, identificador del esterilizador, número de ciclo o de carga, fecha de esterilización y período de vigencia.

10.9.9.12 En los esterilizadores de vapor de prevacío debe realizarse una prueba de vacío y de penetración del agente esterilizante antes del primer ciclo del día. El resultado debe registrarse conforme a la normativa institucional vigente y formar parte del sistema de trazabilidad y control de calidad.

10.9.9.13 El acomodo de la carga debe asegurar la adecuada penetración y contacto del agente esterilizante, para lograr la eliminación de microorganismos. Cada paquete, caja o charola debe mantenerse sin sobrepasar el 80 % de la capacidad de carga de la cámara, en un peso igual o inferior indicado por el fabricante, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.14 La esterilización de los implantes y sus instrumentos, así como en la primera carga del día, deben utilizar indicadores biológicos, en cualquier método de esterilización.

10.9.9.15 Todos los resultados de los indicadores físicos, químicos y biológicos deben registrarse conforme a la normativa institucional vigente, incluyendo los datos del personal responsable, identificador del esterilizador, número de ciclo o carga, número de lote y fecha.

10.9.9.16 Las cargas de dispositivos médicos esterilizados podrán ser liberadas únicamente cuando se haya verificado el cumplimiento de los parámetros críticos de esterilización, así como la obtención de resultados correctos en los indicadores químicos y biológicos, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.17 Para conservar la esterilidad de los dispositivos médicos durante su almacenamiento y transporte, se deberá dar cumplimiento de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.4.

10.9.9.18 Los dispositivos médicos estériles de fábrica, deben ser almacenados en forma separada de los dispositivos médicos esterilizados en los EAM.

10.9.9.19 Los dispositivos médicos estériles procesados que se encuentren mojados, húmedos, con empaques dañados, fuera del periodo de vigencia o que hayan tenido contacto con superficies sucias o contaminadas, no deben considerarse estériles, por lo que deben ser reprocesados.

10.9.9.20 Los dispositivos médicos estériles procesados en los EAM que hayan salido del área de almacenamiento de la CE ya no deben considerarse estériles para su retorno al almacén, por lo que deben ser reprocesados.

10.9.9.21 La radiación ultravioleta, las soluciones superoxidadas, el uso de óxido de etileno en procesos no controlados, así como la denominada esterilización de uso inmediato, no se consideran métodos válidos de esterilización.

10.10 Limpieza y desinfección ambiental

10.10.1 Los EAM deben contar con un Programa de Limpieza y Desinfección Ambiental (PLyDA), conforme al nivel de riesgo de superficie y área, con el objetivo de reducir la exposición a agentes infecciosos y fortalecer la seguridad tanto del paciente como del personal.

10.10.2 El PLYDA debe elaborarse de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.3 y debe contener como mínimo:

10.10.2.1 Políticas y procedimientos para el cumplimiento del programa multimodal de higiene de manos incluyendo la limpieza, desinfección, mantenimiento y distribución de insumos.

10.10.2.2 Técnicas estandarizadas de limpieza y desinfección, diferenciadas por tipo de superficie y nivel de riesgo del área.

10.10.2.3 Manejo seguro de productos, insumos y equipos de limpieza y desinfección de acuerdo con las indicaciones del fabricante.

10.10.2.4 Criterios para la selección y uso de desinfectantes y productos de limpieza ambiental de acuerdo con la efectividad, seguridad y cumplimiento a la regulación de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.3.

10.10.2.5 Registro documental de implementación, monitoreo y evaluación de la calidad del PLYDA.

10.10.2.6 Organigrama actualizado que identifique los siguientes roles:

10.10.2.6.1 Responsable de implementación del PLYDA.

10.10.2.6.2 Personal supervisor por cada turno.

10.10.2.6.3 Personal operativo, por cada turno y de acuerdo con la estructura del EAM.

10.10.2.7 Cada integrante debe tener funciones definidas, documentadas y comunicadas.

10.10.3 El director o responsable del EAM debe:

10.10.3.1 Designar al administrador o su homólogo como el responsable del PLYDA, quien será el encargado de coordinar la gestión, administración, ejecución, seguimiento y monitoreo, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.3.

10.10.3.2 Asegurar que todo el personal de limpieza ejecute el PLYDA.

10.10.4 El personal de limpieza debe:

10.10.4.1 Contar con el EPP requerido, acorde al riesgo identificado y tareas a realizar.

10.10.4.2 Recibir capacitación al ingreso, y al menos una vez al año o antes cuando existan cambios en los procedimientos.

10.10.5 El responsable del PLYDA debe elaborar un informe de procesos de limpieza y desinfección ambiental y compartirlo a la UVEH para realizar la gestión de riesgos.

10.11 Ropa hospitalaria

10.11.1 El EAM en coordinación con la UVEH debe contar con un proceso definido, monitoreado, supervisado y evaluado de manera continua, para el manejo de la ropa hospitalaria nueva, limpia, sucia y contaminada, el cual incluya la recolección, clasificación, tránsito, lavado, desinfección, almacenamiento y distribución, aún cuando el proceso sea externo, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.6.

10.11.2 Todo el personal involucrado en el manejo de la ropa hospitalaria debe usar el EPP completo y necesario, previa capacitación, con base en cada etapa del proceso.

10.12 Paquetes de acciones para prevenir y vigilar las IAAS

10.12.1 Prevención de infección de vías urinarias asociadas a catéter urinario

10.12.1.1 La instalación, permanencia y retiro del catéter urinario se debe realizar únicamente bajo criterios justificados, limitando su permanencia únicamente al tiempo indispensable, y es responsabilidad del profesional médico registrarlo en el expediente clínico.

10.12.1.2 El catéter urinario se debe identificar con un membrete que incluya, como mínimo, los datos propios del dispositivo, el nombre del personal de salud que lo instaló, así como la fecha y la hora de instalación.

10.12.1.3 La verificación diaria de la funcionalidad y el mantenimiento del catéter urinario se debe realizar y documentar por parte del personal médico y de enfermería.

10.12.1.4 La colocación, el mantenimiento y el retiro del catéter urinario se debe realizar, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.1.5 Se debe implementar y evaluar el paquete de acciones preventivas de infecciones de vías urinarias (IVU) asociadas a catéter urinario por un equipo multidisciplinario, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.1.6 La vigilancia epidemiológica de los catéteres urinarios se debe realizar por el personal médico, de enfermería y la UVEH.

10.12.1.7 El personal médico y de enfermería debe ser capacitado de acuerdo con el área de su competencia, durante su ingreso, al menos una vez al año o antes cuando exista cambios en el diseño de los procesos.

10.12.1.8 El equipo multidisciplinario, en coordinación con la UVEH, debe educar a pacientes, visitas y cuidadores bajo un programa permanente que incluya el cuidado del catéter urinario.

10.12.2 Prevención de infecciones del torrente sanguíneo

10.12.2.1 La instalación, permanencia y retiro del acceso venoso periférico y central se debe realizar únicamente bajo criterios justificados, limitando su permanencia únicamente al tiempo indispensable, y es responsabilidad del personal médico y de enfermería registrarlo en el expediente clínico.

10.12.2.2 La instalación de Dispositivos de Acceso Vascular Central (DAVC) debe ser realizada por personal capacitado con apoyo de ecografía, en caso de contar con el equipo. Para la instalación de estos dispositivos, se debe emplear técnica de barrera máxima.

10.12.2.3 La manipulación de los catéteres intravasculares debe ser realizada, exclusivamente por personal capacitado y con estricto apego a los procedimientos de antisepsia y asepsia, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.2.4 Se debe implementar y evaluar el paquete de acciones preventivas de infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociadas al acceso venoso periférico o central por un equipo multidisciplinario, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.2.5 La antisepsia de la piel, al momento de la colocación y mantenimiento de los accesos venosos centrales y periféricos, debe realizarse preferentemente con solución antiséptica a base de alcohol isopropílico o etílico, con una concentración entre 70 y 85 %, en combinación o no con gluconato de clorhexidina al 2 %. Cuando eso no sea posible, se podrá realizar con productos yodados al 10 %.

10.12.2.6 En personas recién nacidas, el antiséptico de elección es el alcohol al 70 %. Se deben evitar los productos yodados.

10.12.2.7 Todos los puertos de inyección deben ser desinfectados antes de la administración de medicamentos y la conexión de equipos, con alcohol al 70 %. Se podrán implementar tapones autodesinfectantes de acuerdo con las políticas de cada EAM y de acuerdo con los lineamientos referidos en los numerales 5.3.2.2.7 y 5.3.2.2.8.

10.12.2.8 La utilización de frascos ampolla debe ser realizada con técnica aséptica y se deben seguir las instrucciones de conservación y uso del fabricante. Los medicamentos multidosis deben ser etiquetados con la fecha y hora de preparación, apertura y su caducidad. Asimismo, deben permanecer en uso de acuerdo con la estabilidad del fármaco, si se reconstituyó con su diluyente y considerando la inocuidad de este.

10.12.2.9 Los medicamentos unidos deben utilizarse exclusivamente al momento de abrirse para garantizar la esterilidad del contenido durante la apertura y se debe desechar el remanente.

10.12.2.10 Los EAM deben contar con el proceso de almacenamiento, preparación, distribución, administración y trazabilidad de la nutrición parenteral, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.9.

10.12.2.11 En caso de que la nutrición parenteral sea elaborada por un servicio externo, los EAM deben contar con un protocolo para vigilar la esterilidad de estas y que permita dar seguimiento a su trazabilidad.

10.12.2.12 Se debe implementar y evaluar el paquete de acciones preventivas de infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociadas al acceso venoso periférico o central por un equipo multidisciplinario, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.2.13 La vigilancia epidemiológica de los accesos venosos periféricos y centrales debe realizarse por personal médico y de enfermería, así como por la UVEH.

10.12.2.14 El personal médico y de enfermería debe ser capacitado de acuerdo con su área de competencia, durante su ingreso, al menos una vez al año o cuando exista cambios en el diseño de los procedimientos o dispositivos médicos.

10.12.2.15 El equipo multidisciplinario, en coordinación con la UVEH, debe educar a pacientes, visitas y cuidadores bajo un programa permanente que incluya el cuidado del acceso intravascular.

10.12.3 Prevención de neumonía asociada a ventilación

10.12.3.1 La instalación, permanencia y retiro de la ventilación mecánica debe realizarse únicamente bajo criterios justificados, limitando su permanencia únicamente al tiempo indispensable, y es responsabilidad del profesional médico registrarlo en el expediente clínico.

10.12.3.2 La verificación diaria de la ventilación mecánica es responsabilidad del equipo multidisciplinario de acuerdo con sus competencias y debe ser documentada en el expediente clínico, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.3.3 Los circuitos para ventilación e inhaloterapia deben ser desechables, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.3.4 Se debe implementar y evaluar el paquete de acciones preventivas de neumonías asociadas a ventilación (NAV) por un equipo multidisciplinario, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.3.5 La vigilancia epidemiológica de los pacientes con ventilación mecánica debe realizarse por personal médico y de enfermería, así como por la UVEH.

10.12.3.6 El personal médico, de enfermería y terapia respiratoria deben ser capacitados de acuerdo con su área de competencia, durante su ingreso, al menos una vez al año o cuando exista cambios en el diseño de los procedimientos o dispositivos médicos.

10.12.4. Prevención de infección del sitio quirúrgico

10.12.4.1 La infraestructura de la unidad quirúrgica y tocoquirúrgica, para reducir el riesgo de infecciones de sitio quirúrgico (ISQ), debe cumplir con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.5, correspondiente al apartado de referencias normativas.

10.12.4.2 Los EAM deben contar con un protocolo para la prevención de ISQ, considerando el manejo perioperatorio, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.4.3 El protocolo debe ser elaborado y ejecutado a través de la coordinación de los servicios quirúrgicos, del COVEPCIAAS, la UVEH y el COA, considerando el perfil microbiológico de los EAM; además, debe actualizarse al menos una vez cada dos años.

10.12.4.4 El personal de salud que ingresa a las áreas quirúrgicas debe portar el uniforme exclusivo del quirófano y el EPP correspondiente, sin alhajas, con uñas limpias, cortas, naturales, sin esmalte ni otro accesorio.

10.12.4.5 El personal de salud debe reducir al mínimo el tránsito dentro de las áreas blancas, respetando la circulación y la apertura de puertas, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.5 del apartado de referencias normativas.

10.12.4.6 El personal médico responsable del seguimiento del procedimiento quirúrgico debe notificar de inmediato a la UVEH la identificación de una ISQ.

10.12.4.7 Los jefes de los servicios quirúrgicos, en coordinación con la UVEH, deben informar la tasa de ISQ al seno del COVEPCIAAS con enfoque en gestión de riesgos y retroalimentar al personal médico quirúrgico y de enfermería.

10.12.4.8 El paquete de acciones preventivas para ISQ debe implementarse y evaluarse con enfoque multidisciplinario, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.2.3.7 y 5.3.2.3.8.

10.12.4.9 La vigilancia epidemiológica de los pacientes postoperados debe realizarse por personal médico y de enfermería, así como por la UVEH.

10.12.4.10 El personal médico y de enfermería debe recibir capacitación de acuerdo con su área de competencia, a su ingreso y al menos una vez al año, o antes cuando existan cambios en el diseño de los procesos o equipos.

10.12.4.11 El equipo multidisciplinario, en coordinación con la UVEH, debe educar a pacientes, visitas y cuidadores bajo un programa permanente que incluya el cuidado de la herida quirúrgica.

10.13 Servicio de alimentación hospitalaria

10.13.1 Los servicios de alimentación hospitalaria en coordinación con la UVEH deben garantizar la inocuidad en los procesos de recepción, almacenamiento, preparación y distribución de los alimentos y bebidas, así como el control de fauna nociva a través del monitoreo de indicadores de seguimiento, control microbiológico a alimentos, sucedáneos de leche materna, dietas enterales y superficies vivas e inertes. Además, deben reportar de manera inmediata a la UVEH los casos probables de Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) y dar seguimiento a las acciones correctivas implementadas en caso de brotes hospitalarios, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en los numerales 5.3.1.3 y 5.3.4.1.

10.14 Banco de Leche Humana

10.14.1 El Banco de Leche Humana (BLH) sólo se establecerá en hospitales que otorguen atención obstétrica y neonatal, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.1.

10.14.2 Los EAM que cuenten con BLH deben tener la siguiente distribución: recepción de leche humana y registro de donante, recolección, procesamiento, control de calidad microbiológica, almacenamiento y distribución. La distribución del espacio debe cumplir con criterios de flujo, seguridad y control de infecciones, garantizando áreas separadas, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.1.

10.14.3 El BLH debe garantizar la calidad de la leche humana pasteurizada, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.1.

10.15. Centro de preparación de sucedáneos de leche humana

10.15.1 El Centro de preparación de sucedáneos de leche humana debe disponer de una zona limpia exclusivamente dedicada a la preparación y la conservación de éstos y debe cumplir con la siguiente distribución: transfer, área blanca y revisión, área gris y de lavado, así como un módulo exclusivo para la higiene de manos, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.3.

10.15.2 El personal que labora en el Servicio de alimentación hospitalaria, BLH, Lactarios hospitalarios, Centro de preparación de sucedáneos de leche humana y preparación de cualquier fórmula enteral, debe recibir capacitación a su ingreso y al menos una vez al año o antes cuando existan cambios en el diseño de los procesos o equipos.

10.15.3 El almacenamiento de la materia prima se debe llevar a cabo de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.3.

10.15.4 Los EAM debe garantizar que se realice muestreo bacteriológico mensual al sistema de agua en el centro de preparación de sucedáneos de leche humana.

10.15.5 La persona responsable del centro de preparación sucedáneos de leche humana debe garantizar el control de la temperatura de la cámara de refrigeración o refrigerador, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.3.

10.15.6 Los sucedáneos de leche materna deben ser administrados antes de 24 horas de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.3.

10.16. Lactario hospitalario

10.16.1 El lactario hospitalario debe contar con un espacio físico, limpio, iluminado, ventilado, privado, pisos lavables, de fácil acceso y mínimo ruido. Así como, módulo de higiene de manos, tarja, sillas individuales, mesas de apoyo, refrigerador con congelador y cesto de basura, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.2.

10.16.2 El personal de salud involucrado en el proceso de lactancia debe educar a las madres sobre la técnica adecuada de extracción de leche.

10.16.3 Se debe realizar limpieza y desinfección del material empleado para la extracción de leche de acuerdo con los procedimientos de cada EAM y supervisado en coordinación con la UVEH. Los frascos utilizados para la colecta, resguardo y distribución de la leche deben de ser esterilizados de acuerdo lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.6.3.

10.17 Fórmulas enterales

10.17.1 La nutrición enteral debe prepararse en un área exclusiva, ambientes limpios, con técnica aséptica, y por personal capacitado, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.9.

10.17.2 El almacenamiento de la nutrición enteral debe ser, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.2.3.9.

10.17.3 La nutrición enteral debe ser administradas antes de 24 horas, en caso de no consumirse se deberán desechar.

10.18 Calidad del aire

10.18.1 Los EAM, a través de su departamento de mantenimiento o equivalente y en coordinación con la UVEH, deben garantizar que se realicen las actividades para mantener la calidad del aire mediante limpieza y mantenimiento de los ductos, unidades manejadoras de aire, rejillas, así como cambios de filtro con base al riesgo de cada área o servicio y en caso de ser necesario, siguiendo las recomendaciones del fabricante, documentando el procedimiento de acuerdo con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas mencionadas en los numerales 2.5 y 2.8 correspondientes al apartado de referencias normativas.

10.19 Seguridad durante la construcción, ampliación, adecuación, rehabilitación y acondicionamiento

10.19.1 Los EAM deben contar con un equipo multidisciplinario que incluya a la UVEH, para evaluar los riesgos de control de infecciones y supervisar las medidas de seguridad para evitar riesgos durante la construcción, ampliación, adecuación, rehabilitación y acondicionamiento de áreas en el hospital, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.4.2.

10.20 Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos

10.20.1 Los EAM en coordinación con la UVEH, debe garantizar el manejo de Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos (RPBI) de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana mencionada en el numeral 2.9 correspondiente al apartado de referencias normativas.

10.21 Prevención de infecciones en el personal

10.21.1 La prevención de IAAS en el personal de salud del EAM comprende todos los procesos y medidas dirigidas a reducir el riesgo de adquirirlas derivados de su práctica.

10.21.2 El EAM a través del área de salud ocupacional, medicina preventiva o su homólogo, en colaboración con la UVEH, debe promover que todo el personal de salud cuente con el esquema de vacunación completo de acuerdo con su actividad laboral.

10.21.3 El EAM debe garantizar la atención inmediata al personal de salud que presente un incidente o accidente con objetos punzocortantes o salpicaduras con fluidos corporales, de acuerdo con lo establecido en el lineamiento referido en el numeral 5.3.5.1.

10.21.4 El personal de salud debe informar de inmediato a la UVEH, cuando curse con infecciones sujetas a vigilancia epidemiológica. La UVEH debe registrar, notificar y dar seguimiento al caso en coordinación con salud ocupacional, medicina preventiva o su homólogo.

10.21.5 El EAM a través del área de enseñanza, educación o su homólogo en colaboración con la UVEH, debe capacitar al personal de salud en prácticas seguras a su ingreso y al menos una vez al año; cuando se detecte incumplimiento, presencia de brotes de IAAS en personal de salud, incremento en el número de incidentes o accidentes con objetos punzocortantes y salpicaduras con fluidos corporales.

10.21.6 El personal de salud debe portar el uniforme clínico, conforme a lo establecido para cada área física, de acuerdo con la estructura, lineamientos institucionales y del EAM.

10.21.7 El personal de salud debe evitar el consumo de alimentos en espacios fuera del comedor o del lugar designado para el consumo de alimentos.

11. Capacitación y educación

11.1 Los EAM a través del área de enseñanza, en coordinación con el COVEPCIAAS y asesoría de la UVEH, deben implementar programas de capacitación y actualización para el personal de salud en temas relacionados con vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS a su ingreso y al menos una vez al año o antes cuando existan cambios en el diseño de los procesos o equipos y de acuerdo con lo establecido en los lineamientos referidos en el numeral 5. Se debe contar con evidencia documental de éstas.

11.2 En caso de brote de IAAS, el EAM a través del COVEPCIAAS debe identificar los riesgos asociados para implementar la capacitación para el personal de salud de las áreas involucradas.

11.3 El EAM debe asignar al personal de salud para orientar, instruir o educar a los pacientes, cuidadores y visitantes, con enfoque preventivo para reducir los riesgos de adquirir o transmitir microorganismos patógenos causantes de IAAS. Se debe contar con evidencia documental.

11.4 Todo el personal del EAM, incluido el personal directivo, jefes y responsables de servicio o sus homólogos, deben cumplir con las capacitaciones correspondientes a su perfil laboral de acuerdo con lo establecido en los lineamientos referidos en el numeral 5.

12. Monitoreo, supervisión y evaluación

12.1 El EAM, en coordinación con el COVEPCIAAS, debe implementar los mecanismos de monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS de manera permanente, generando evidencia documental, de acuerdo con lo establecido en la normatividad institucional o sectorial aplicable.

12.1.1 En caso de brote de IAAS el COVEPCIAAS debe supervisar las actividades implementadas para la disminución de los casos.

12.2 Los diferentes niveles técnico-administrativos y homólogos institucionales deben designar a personal capacitado para realizar el monitoreo, supervisión y evaluación de las actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS en los ámbitos de competencia.

12.2.1 El monitoreo, supervisión y evaluación de los procesos de vigilancia epidemiológica, prevención y control de IAAS deben realizarse de forma periódica, contar con instrumentos específicos y evaluación mediante indicadores, de acuerdo con lo establecido en los lineamientos referidos en el numeral 5 y en la normatividad institucional o sectorial aplicable.

12.2.1.1 Los diferentes niveles técnico-administrativos y homólogos institucionales, así como los responsables de los servicios externos deben garantizar el monitoreo, supervisión y evaluación periódica de los procesos en dichos servicios, con enfoque de prevención y control de infecciones.

12.2.2 Los diferentes niveles técnico-administrativos y homólogos institucionales que realicen el monitoreo, supervisión y evaluación deben entregar un informe al nivel técnico administrativo superior y al EAM, para implementar un plan de mejora de acuerdo con lo establecido en la normatividad institucional o sectorial aplicable.

12.2.3 Con base en los resultados del monitoreo, supervisión y evaluación, el COVEPCIAAS debe elaborar e implementar un plan de mejora, de acuerdo con lo establecido en la normatividad institucional o sectorial aplicable.

12.3 Las instituciones de salud definen los mecanismos para garantizar que los EAM reporten información relacionada con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS a las plataformas digitales o mecanismos establecidos por la Secretaría de Salud.

12.3.1 La Secretaría de Salud garantiza el acceso a los diferentes niveles técnico-administrativos y homólogos institucionales a las plataformas digitales de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS para la consulta de su información en el ámbito de competencia y de acuerdo con su nivel.

13. Investigación

13.1 Los diferentes niveles técnico-administrativos y homólogos institucionales deben promover que los EAM realicen proyectos de investigación relacionados con vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS, los cuales deben ser evaluados y dictaminados por los Comités correspondientes con apego a lo establecido en la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

14. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas

14.1 Esta Norma Mexicana no es equivalente con ninguna Norma Internacional ni mexicana, por no existir esta última al momento de su elaboración.

15. Bibliografía

15.1 Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Analysis and presentation of cumulative antimicrobial susceptibility test data; approved guideline. 4th ed. CLSI document M39-A4. Wayne, PA: CLSI; 2014.

15.2 Organización Panamericana de la Salud. Implementación de los programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud: hoja de ruta. Washington, D.C.: OPS; 2023. (OPS/CDE/AR/23-0011). Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/implementacion-programas-prevencion-control-infecciones-asociadas-atencion-salud-hoja>

15.3 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Antibiotic resistance threats in the United States, 2013. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2013. Disponible en: https://www.cdc.gov/antimicrobial-resistance/media/pdfs/ar-threats-2013-508.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/ar-threats-2013-508.pdf

15.4 Arreguín Nava R, González Robledo MC, Romero Méndez EA. Infecciones adquiridas en los hospitales: ¿cuánto cuestan y cómo se calcula? Ciudad de México: UNAM; 2012. Disponible en: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5041156>

15.5 Barriga J, Cerda J, Abarca K, et al. Infecciones asociadas a la atención en salud (AAS) en pacientes pediátricos post-operados de cardiopatías congénitas. Rev Chil Infectol. 2014; 31(1).

15.6 Centers for Disease Control and Prevention. CDC/NHSN Surveillance Definitions for Specific Types of Infections. National Healthcare Safety Network (NHSN) Patient Safety Component Manual. 2025. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnindef.current.pdf>

15.7 Centers for Disease Control and Prevention. Basic Infection Control and Prevention Plan for Outpatient Oncology Settings. Atlanta: CDC; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/hcp/prevention-healthcare/infection-control-outpatient-oncology.html>

15.8 Coria Lorenzo J, Saavedra Barrios MA. El ABC en el control de infecciones nosocomiales en el paciente pediátrico. México: Editorial Prado S.A. de C.V.; 2014.

15.9 Chobin N. The Basics of Sterile Processing Textbook. 7ª ed. [S.I.]: Sterile Processing University LLC; 2016 Nov 16. 496 p. ISBN 979-8218266394

15.10 Fernández CF, López CL, Rodríguez BJ. Contribución del laboratorio de microbiología en la vigilancia y control de brotes nosocomiales producidos por bacilos gramnegativos no fermentadores. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;28(Supl 3):40-5.

15.11 Secretaría de Salud (México). Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las IAAS – RHOVE. Ciudad de México: Secretaría de Salud; junio 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920660/Manual_de_procedimientos_estandarizados_para_la_vigilancia_epidemiologica_de_las_IAAS_-_RHOVE_junio_2024.pdf

15.12 Secretaría de Salud. Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). 1ª ed. México: Secretaría de Salud; 2019 [citado 2025 jul 2]. Disponible en: https://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/manual_IAAS.pdf

15.13 Secretaría de Salud. Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud. 1ª ed. México: Secretaría de Salud; 2010 [citado 2025 jul 2]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/329717/10_25_Modelos_de_Unidades_de_atencion_a_la_Salud_DG_PLADES_LML.pdf

15.14 Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a ventilación mecánica (IMSS-624-13). México: IMSS; 2013.

15.15 Instituto Nacional de Pediatría. Manual de instrucciones de trabajo de enfermería. Central de Equipos y Esterilización. Ciudad de México: Secretaría de Salud; junio 2023. Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/normateca/normateca_nis0117.pdf

15.16 Zhao T, Wu X, Zhang Q, Li C, Worthington HV, Hua F. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 24;12(12):CD008367.

15.17 López-Cerero L, Fernández-Cuenca F, Pascual A. El laboratorio de Microbiología en la vigilancia y el control de las infecciones nosocomiales [The Microbiology laboratory in nosocomial infection surveillance and control]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2013 Jan;31(1):44-51

15.18 Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; Twenty-Fifth Informational Supplement. CLSI document M100-S25. Vol. 35, No. 3. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2015.

15.19 Navarro F, Calvo J, Cantón R, et al. Detección fenotípica de mecanismos de resistencia en microorganismos gramnegativos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011; 29 (7):524-534

15.20 AOAC International. Official methods of analysis. 18th ed. Arlington (VA): Association of Official Analytical Chemists; 2012. p. 806-842.

15.21 Organización Mundial de la Salud. IBEAS: Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención hospitalaria más segura. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/who-ibeas-report-es.pdf>

15.22 Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de la OMS para contener la resistencia a los antimicrobianos. Ginebra 2005. Disponible en URL: https://antibioticos.sanidad.gob.es/PDF/resist_OMS_estrategia_mundial_contra_resistencias.pdf

15.23 Organización Mundial de la Salud. La estrategia de la OMS sobre higiene de las manos demuestra ser viable y sostenible en entornos asistenciales de todo el mundo. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/23-08-2013-who-hand-hygiene-strategy-feasible-and-sustainable-for-health-care-settings-around-the-world>

15.24 Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/SPA_Modulo_I_Final.pdf?ua=1

15.25 Secretaría de Salud (México). Lineamientos para comités técnico-médicos hospitalarios. México: Secretaría de Salud; [1999] [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ComitesHospitalarios.pdf>

15.26 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. México: Secretaría de Salud; 2009 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009#gsc.tab=0

15.27 Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). 2006 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2007 [citado 2025 Jul 1]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2006.pdf>

15.28 Rutala WA, Weber DJ, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008. Update: June 2024. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-and-sterilization/index.html>

15.29 Versalovic J, editor. Manual of Clinical Microbiology. 10th ed. Washington, D.C.: ASM Press; 2011.

15.30 World Health Organization. Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities: aide-memoire. Geneva: WHO; 2022. (WHO/UHL/IHS/IPC/2022.4). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-IHS-IPC-2022.4>

15.31 World Health Organization. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Ginebra: WHO; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255764>

15.32 World Health Organization. Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities: aide-memoire. Geneva: WHO; 18 Nov 2022. WHO reference number: WHO/UHL/IHS/IPC/2022.4. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-IHS-IPC-2022.4>

15.33 World Health Organization. Cuidado, limpieza, desinfección y esterilización de dispositivos respiratorios – Listas de verificación. Ginebra: OMS; 28 dic 2021. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/care-cleaning-disinfection-and-sterilization-es.pdf>

15.34 World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge “Clean Care Is Safer Care”. Geneva: WHO; 2009. WHO reference no. WHO/IER/PSP/2009/01. 270 p. ISBN 978-9241597906. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b7cdc469-d662-4958-adfd-949a750e5ad9/content>

15.35 Centers for Disease Control and Prevention; Infection Control Africa Network. Best practices for environmental cleaning in healthcare facilities in resource-limited settings. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; Cape Town, South Africa: Infection Control Africa Network; Nov 2019. Disponible en: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/media/pdfs/environmental-cleaning-rls-508.pdf>

15.36 Organización Panamericana de la Salud. Implementación de los programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud: hoja de ruta. OPS/CDE/AR/23-0011. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58486>

15.37 National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (U.S.). Interim guidance for a public health response to contain novel or targeted multidrug-resistant organisms (MDROs). Updated December 2022. Atlanta (GA): CDC; 2022. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/137366>

15.38 Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Comprehensive Guide to Steam Sterilization and Sterility Assurance in Health Care Facilities. ANSI/AAMI ST68: 2010 & A1: 2010 & A2: 2011. Arlington (VA): AAMI, 2011.

15.39 Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention of ventilator-associated pneumonia: health care protocol. Bloomington, MN: ICSI; 2011.

15.40 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Surgical site infection: prevention and treatment of surgical site infection. NGC-5626. London 2006 oct. 142.

15.41 Glowicz JB, Landon E, Sickbert-Bennett EE, Aiello AE, deKay K, Hoffmann KK, Maragakis L, Olmsted RN, Polgreen PM, Trexler PA, VanAmringe MA, Wood AR, Yokoe D, Ellingson KD. SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2023;44(3):355-376.

15.42 Talbot TR, Baliga C, Crapanzano-Sigafoos R, Bubb TN, Fakhri M, Fraser TG, Kalu IC, Mony V, Neelakanta A, Nyquist AC, O'Neal C, Patterson JE, Warren DK, Wright SB. SHEA/APIC/IDSA/PIDS multisociety position paper: Raising the bar: necessary resources and structure for effective healthcare facility infection prevention and control programs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2025;46(7):1-19. **15.44** Patel PK, Advani SD, Kofman AD, Lo E, Maragakis LL, Pegues DA, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2023; 44 (8):1209–31. doi:10.1017/ice.2023.137.

15.43 Buetti N, Marschall J, Drees M, Fakhri MG, Hadaway L, Maragakis LL, et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2022; 43(5):553–69. doi:10.1017/ice.2022.87.

15.44 Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2022;43(6):687–713. doi:10.1017/ice.2022.88.

15.45 Kociulek LK, Gerding DN, Carrico R, Carling P, Donskey CJ, Dumyati G, et al. Strategies to prevent *Clostridioides difficile* infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2023;44(4):527–49. doi:10.1017/ice.2023.18.

15.46 Calderwood MS, Anderson DJ, Bratzler DW, Dellinger EP, Garcia-Houchins S, Maragakis LL, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2023; 44 (5):695–720. doi:10.1017/ice.2023.67.

15.47 Trivedi KK, Schaffzin JK, Deloney VM, Aureden K, Carrico R, Garcia-Houchins S, et al. Implementing strategies to prevent infections in acute-care settings. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* 2023;44(8):1232–46. doi:10.1017/ice.2023.103

16. Observancia de la Norma

16.1 La presente Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional.

16.2 La vigilancia de su cumplimiento corresponde a la Secretaría de Salud, en coordinación con los Gobiernos de los Estados, en el ámbito de sus respectivas competencias.

17. Vigencia

17.1 Esta Norma entrará en vigor a los 180 días naturales posteriores al día de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO

ÚNICO. La entrada en vigor de la presente Norma deja sin efectos a la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009.

Ciudad de México, a 12 de marzo de 2026.

**HOJA DE FIRMA DEL PROYECTO
DE NORMA OFICIAL MEXICANA
NOM-045-SSA-2026, PARA LA
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA,
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
INFECCIONES ASOCIADAS A LA
ATENCIÓN DE LA SALUD.**

**SUBSECRETARIO DE POLÍTICAS DE SALUD Y BIENESTAR POBLACIONAL
Y PRESIDENTE DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE NORMALIZACIÓN DE SALUD PÚBLICA**

RAMIRO LÓPEZ ELIZALDE