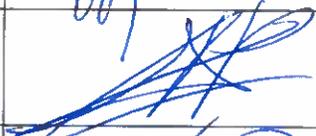
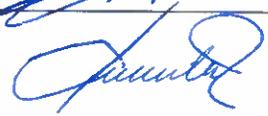
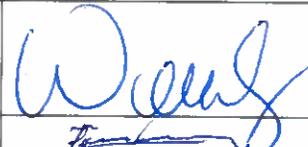
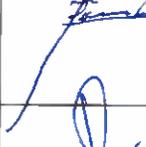


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA DIVISIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA**

DICIEMBRE, 2022

Responsable del Área	Cargo	Firma
Dra. Elvira Castro Martínez	Encargada de la Dirección de Enseñanza e Investigación	
Dr. Gustavo Aguilar Montes	Subdirector de Cirugía	
Dr. Marlene Melo Gómez	Encargada de la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional	
Dr. Agustín Vélez Pérez	Subdirector de Gestión de Calidad	
Dra. Guadalupe Dorantes Mendoza	Subdirectora de Servicios Ambulatorios	
Mtra. Wendy Melina Suasto Gómez	Subdirectora de Enfermería	
Dr. Víctor Manuel Esquivel Rodríguez	Subdirector de Anestesia y Terapias	
Dr. José Jesús Acevedo Mariles	Subdirector de Urgencias y Medicina	

Elabora	Revisa	Autoriza
		
Dr. Rafael Figueroa Moreno Jefe de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva	Dr. Juan Pablo Ramírez Hinojosa Subdirector de Epidemiología e Infectología	Dra. Arlene Orta Guerrero Directora Médica

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	4
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	6
II.- MARCO JURÍDICO	7
III.- PROCEDIMIENTOS	
1. PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	
2. PROCEDIMIENTO DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES	
3. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS	
4. PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS	
5. PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA	

JH

SM











W



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 3 de 8
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

INTRODUCCIÓN

La División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva es dependiente de la Subdirección de Epidemiología e Infectología, que a su vez depende directamente de la Dirección Médica de este hospital.

Desde la creación de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva, se han dirigido sus funciones al acopio de información del tipo epidemiológico para la toma de decisiones y las realiza en base a los datos de la morbilidad y mortalidad en los diferentes servicios del Hospital.

También aplica los lineamientos para la ministración, manejo, conservación y vigilancia epidemiológica de productos biológicos.

El presente Manual de Procedimientos se elaboró de acuerdo a la Estructura Orgánica Funcional autorizada por la H. Junta de Gobierno en la Primera Sesión Ordinaria 2011, celebrada el día 11 marzo de 2011 y considerando la Guía Técnica para la elaboración de Manuales de Procedimientos, emitido por la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, y la actualización se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendadas, así como por modificaciones a la estructura Orgánica Funcional.

Las actividades de enseñanza e investigación de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva estarán apegadas conforme a los manuales de procedimientos de las Divisiones adscritas a la Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Investigación Biomédica adscritas a la Dirección de Enseñanza e Investigación.

La actualización se realizará de acuerdo con los cambios que surjan de la dinámica cotidiana en el desempeño de las funciones y atribuciones encomendados, así como por modificaciones a la estructura Orgánica Funcional.

Las áreas responsables de la elaboración y actualización del Manual de Procedimientos son: esta área con revisión técnica de la Subdirección de Planeación, a través del Departamento de Organización y Métodos de este hospital.

Una vez autorizado este manual por las instancias competentes, será de observancia general y para su difusión se hará del conocimiento del personal del área.

El presente manual consta de 5 procedimientos, congruentes con las atribuciones del Hospital General "Dr. Manuel González" y concuerdan con las actividades que se llevan a cabo en las áreas que lo conforman: Áreas Sustantivas o Médico-Asistenciales, Enseñanza, Investigación y Administrativas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las IAAS como "infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta." Dentro de las IAAS destacan las Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS), las Neumonías Asociadas a Ventilador (NAV), Infección de Vías Urinarias (IVU) y las Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), las cuales se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad, que se traducen no sólo en un incremento en los días de

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 4 de 8
---	---------------------------------	---	--------------------------------------

hospitalización y los costos de atención, sino también en la calidad de vida de los pacientes (años de vida ajustados de discapacidad DALYs- por sus siglas en inglés).

En México se ha estimado que la frecuencia de IAAS en unidades hospitalarias varía desde un 2.1 hasta 21 %.⁵ De acuerdo con el último informe Anual de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), del periodo 2005 al 2015, la tasa global de IAAS reportada tuvo un comportamiento irregular, con una tasa de 4.7 por cada 100 egresos hospitalarios en el último año registrado.⁶ Sin embargo, debido a que los hospitales pueden tener variaciones en cuanto a la frecuencia en el uso de procedimientos invasivos (ej. catéteres intravenosos centrales, ventilación mecánica, catéter urinario, entre otros), actualmente se recomienda hacer la comparación entre instituciones mediante tasas por procedimiento (ej. tasa de infección asociada a catéter por 1000 días catéter). En este sentido, el estudio realizado por Pronovost y colaboradores ¹⁰ marcó un hito en el control de las IAAS, ya que lograron disminuir a cero la tasa de ITS asociada a catéter en más de cien terapias intensivas de Michigan, Estados Unidos, manteniéndola así por 18 meses. La intervención consistió en integrar un paquete de estrategias (bundle), a partir de las recomendaciones de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC). Los resultados del estudio han sido difícilmente replicados en su totalidad, aunque sí han disminuido de manera significativa las infecciones, en rangos que van de 50 a 80%. Guerin y colaboradores añadieron un segundo paquete de estrategias, encaminado al cuidado del catéter vascular; su intervención mostró ser efectiva, ya que lograron disminuir la tasa de ITS asociadas a catéter en 66%. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de estandarizar procesos de vigilancia y atención a la salud que coadyuven a la prevención y control de infecciones.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 5 de 8
---	---------------------------------	---	-------------------------------

I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer lineamientos, políticas y normas de aplicación general para la prevención y control de infecciones asociadas a la atención médica dentro del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” para garantizar la calidad de los procesos de atención

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 6 de 8
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

II.- MARCO JURÍDICO

CONSTITUCIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Ley General de Salud.

Ley General de Archivos.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Bienes Nacionales.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley Federal de Austeridad Republicana

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley Federal de los Trabajadores al servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B, del Artículo 123 Constitucional.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

Reglamento de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo.

Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del Internado de Pregrado de la Licenciatura en Medicina.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

CÓDIGOS

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

Código de Ética de la Administración Pública Federal.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 7 de 8
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

PLANES, PROGRAMAS Y LINEAMIENTOS

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.

Lineamientos para la aplicación y seguimiento de las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.

Lineamientos en materia de austeridad republicana de la administración pública.

Relación de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.

Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA2-2011, Para la prevención y control de la rabia humana y en los perros y gatos.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-2007, para la prevención y control de la lepra.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Norma Oficial Mexicana NOM-077-SSA1-1994, Que establece las especificaciones sanitarias de los materiales de control (en general) para laboratorios de patología clínica.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 01 <hr/> Hoja: 8 de 8
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-NUCL-2013, Factores para el cálculo del equivalente de dosis.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.

Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental-residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación De Los Servicios De Salud. Atención Médica Pre Hospitalaria.

NORMATIVIDAD INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DOCTOR MANUEL GEA GONZÁLEZ.

Decreto del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Estatuto Orgánico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Trámites y Servicios al Público del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Organización Específico del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual de Procedimientos del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Bases Generales para el Registro, Afectación, Disposición Final y Baja de Bienes Muebles del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas Generales para el Funcionamiento de las Jefaturas de División y de Departamento del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglas de Propiedad Intelectual del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas de Transferencia de Tecnología del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Código de Conducta del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglamento que rige y norma las Condiciones Generales de Trabajo del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Reglamento de la Comisión Mixta de Escalafón para los Trabajadores de Base del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Disposiciones generales para la celebración de contratos plurianuales de obras públicas, adquisiciones, arrendamientos y servicios del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Manual para prevenir y disminuir riesgos de trabajo e indicar el otorgamiento de derechos adicionales en el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Políticas, Bases y Lineamientos Generales para la recepción, aceptación y registro y control de las donaciones en especie que reciba el Hospital General del Hospital General Doctor Manuel Gea González.

Normas, criterios, políticas y bases para la celebración de actos jurídicos mediante los cuales se podrá otorgar el uso o enajenar espacios físicos no hospitalarios en el Hospital General Doctor Manuel Gea González.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Epidemiología e Infectología		
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 1 de 18

1. PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Epidemiología e Infectología		
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 2 de 18

1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos en el Hospital General Dr. Manuel Gea González para la notificación diaria, semanal, mensual o anual; y control de los casos nuevos de enfermedades (SUIVE) de notificación obligatoria a la Secretaría de Salud. Además de realizar los estudios epidemiológicos cuando sean necesarios.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a la Dirección Médica y la Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de laboratorio Clínico responsable de proporcionar a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) y/o coordinadores de control de infecciones los resultados de laboratorio de los pacientes de la institución con el objeto de detectar tempranamente situaciones de brotes y/o interés médico epidemiológico, Subdirecciones médicas responsables de notificar a la UVEH de los casos de pacientes que requieran seguimiento, Subdirección de enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsable de notificar de manera inmediata a los coordinadores de control de infecciones y/o UVEH cualquier incidencia o situación sospechosa de brotes de infecciones adquiridas en el medio hospitalario, Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva responsable de realizar la notificación a la Jurisdicción de Sanitaria y al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y además de realizar los estudios epidemiológicos cuando sean necesarios.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Jurisdicción Sanitaria responsables de conjuntar toda la información epidemiológica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva es responsable de establecer las políticas y procedimientos para la realización del informe semanal de casos nuevos de enfermedades (SUIVE) de notificación obligatoria.

3.2 La UVEH y/o coordinadores de control de infecciones son responsables de notificar de manera inmediata a la Dirección Médica cualquier incidencia o situación sospechosa de brotes de infecciones adquiridas en el medio hospitalario en los pacientes bajo su atención, tales como: distermias no justificadas, cultivos positivos, signos y síntomas de focalización de infecciones, alteraciones de laboratorio compatibles con procesos infecciosos u otros que orienten hacia este tipo de evento.

3.3 La Dirección Médica es responsable de apoyar todas las medidas dictadas por la UVEH para el control del brote, su diseminación y prevención futura de los mismos.

3.4 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de proporcionar a la UVEH y/o coordinadores de control de infecciones los resultados de laboratorios de los pacientes atendidos en el Hospital General Dr. Manuel Gea González con el objetivo de detectar tempranamente situaciones de brotes y/o interés epidemiológico así como agentes infecciosos sometidos a estados de "alerta" por su resistencia antibiótica, virulencia e invasividad (Bacterias multidrogosresistentes como *S. aureus* resistente a cloxacilina y aminoglucósidos, bacilos gram negativos productores de beta-lactamasas, enterococos resistentes a vancomicina, etc.)

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Epidemiología e Infectología		
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 3 de 18

3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de colaborar en el proceso de investigación de los brotes de infecciones nosocomiales a través de la identificación de marcadores epidemiológicos de los microorganismos implicados según posibilidades del laboratorio.

3.6 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de apoyar la pesquisa microbiológica en muestras de pacientes, ambiente, instrumental, soluciones, alimentos, superficies y otras que se consideren necesarias para cada caso, sugeridas por la UVEH.

3.7 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de supervisar, evaluar e investigar las tareas realizadas por el personal de salud de los servicios involucrados en dicho brote.

3.8 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de revisar diariamente la lista de pacientes y sus respectivos diagnósticos.

3.9 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de revisar el expediente médico de los pacientes en la visita diaria a los diferentes servicios.

3.10 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de identificar los casos nuevos de enfermedades de notificación obligatoria.

3.11 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de realizar un listado de pacientes con casos nuevos de enfermedad y semanalmente notificarlo en el SUIVE a la Jurisdicción Sanitaria 05 vía medios electrónicos (correo electrónico, mensajería telefónica y/o teléfono) todos los lunes a primera hora.

3.12 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva es responsable de entregar al personal de la Jurisdicción Sanitaria cada miércoles el Informe Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades, que incluirá los Estudios Epidemiológicos de Casos si así lo amerita.

3.13 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de jerarquizar el proceso de investigación del brote en todas sus etapas en coordinación con las jefaturas de la Dirección Médica y Subdirección de Enfermería.

3.14 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de confirmar y declarar la existencia del brote.

3.15 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de participar activamente en la búsqueda de todos los posibles casos relacionados con el brote.

3.16 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la UVEH es responsable de determinar las causas, factores de riesgo y otras condicionantes que provocaron el evento.

3.17 El Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) y la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de Dictar las medidas de control del brote y cuantas acciones preventivas se requieran para evitar su repetición futura.

3.18 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de realizar actividades de capacitación al personal médico, de enfermería y otros que pudieran estar

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Epidemiología e Infectología		
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 4 de 18

relacionados, en cuanto a la naturaleza del brote, causales, prevención, control y otras circunstancias dependientes del tipo de brote.

3.19 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de mantener el seguimiento diario o con la periodicidad que amerite la situación, informando a los jefes de servicios, directores de áreas, y otros administrativos que corresponda.

3.20 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de Evaluar sistemáticamente las medidas de control dictadas, proponiendo su continuidad, modificación o cambio según eficacia y resultados en la evolución del brote.

3.21 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de notificar a la jurisdicción sanitaria la ocurrencia del brote, su seguimiento y conclusiones una vez concluido.

3.22 El CODECIN y la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de Elaborar un informe final donde se resumirán todas las actividades ejecutadas durante el manejo del brote.

3.23 La Dirección Médica y la UVEH en conjunto con la Subdirección de Enseñanza y la Subdirección de Recursos Humanos son responsables de capacitar a los trabajadores de la salud cada seis meses para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) en pacientes de riesgo.

3.24 Los procedimientos invasivos en donde se utilice material reutilizable deberá pasar por el proceso de limpieza, desinfección y esterilización según cada caso, antes de ser utilizados en otro paciente.

3.25 La Dirección Médica a través de todas sus Subdirecciones, Divisiones, Departamentos y Servicios son responsables de que todo procedimiento que implique contacto con el paciente, la aplicación en los cinco momentos del lavado o higiene de las manos y el uso de precauciones estándar y/o precauciones basadas en la transmisión (contacto, gotas, vía área).

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Epidemiología e Infectología
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Dirección Médica (Subdirecciones Médicas, Jefaturas De División Y Departamentos Médicos)	INICIA PROCEDIMIENTO		
	1	Detecta "SITUACIÓN SOSPECHOSA O ALGUNA INCIDENCIA"	
	2	Solicita Estudios de laboratorio para confirmar diagnóstico	
	3	Realiza PROCEDIMIENTO DE TOMA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	
	4	Confirma diagnóstico	
División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria)	5	Notifica y alerta a la UVEH	
	6	Recibe Notificación de las diferentes Áreas Médicas	
	7	Acude al servicio y revisa expediente clínico	
	8	Solicita estudios de laboratorio para confirmar brote	
		¿Confirma brote?	
	9	No: Descarta Brote. Termina procedimiento	
	10	Si: Realiza notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica	
11	Busca casos activos		

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Epidemiología e Infectología
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria)	12	Recolecta y analiza la información	
	13	Realiza investigación causal	
	14	Determina medidas de Prevención y Control	
	15	Realiza seguimiento y evaluación de los casos	
	16	Capacita al personal dependiendo de las medidas que se hayan determinado	
	17	Realiza Informe final	
		Termina procedimiento	

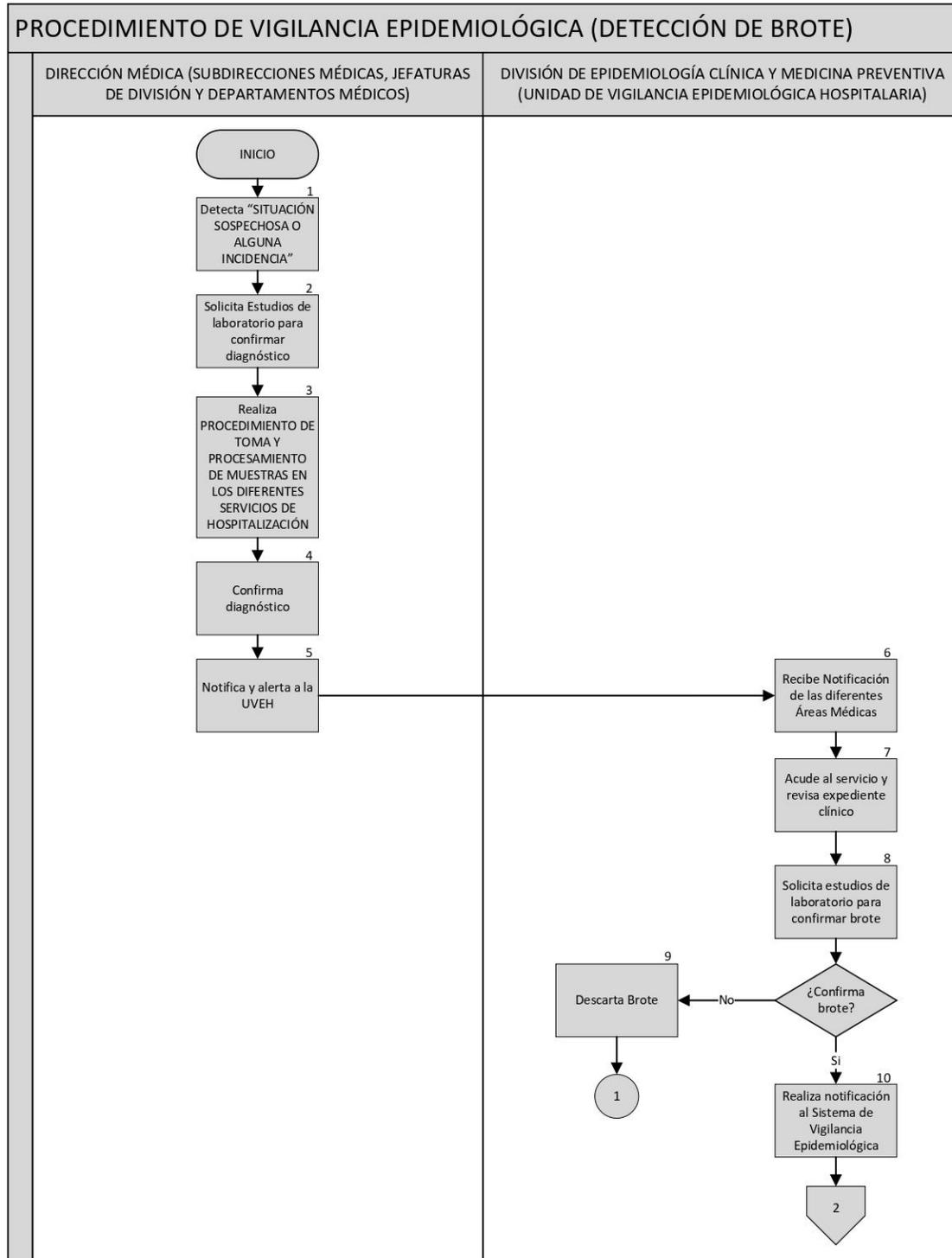
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Epidemiología e Infectología
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Dirección Médica (Subdirecciones Médicas, Jefaturas De División Y Departamentos Médicos)	1	INICIA PROCEDIMIENTO Realiza censo o lista diaria de diagnósticos por área	
	2	Entrega censo o lista a la UVEH	
División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria)	3	Reciben las lista o censo de las diferentes áreas del hospital	
	4	Revisa los diagnósticos de los pacientes que ingresan diariamente	
	5	Selecciona a los pacientes que serán incluidos en el SUIVE ¿Hay algún paciente con alguna Enfermedad de Notificación Inmediata?	
	6	Si: Selecciona a los pacientes y revisa sus expedientes	
		Solicita Estudios de laboratorio para confirmar diagnósticos Confirma el diagnóstico Realiza llenado de SUIVE y lo envía vía correo electrónico a la Jurisdicción Sanitaria. Termina procedimiento	
	7	No: Selecciona los pacientes que se incluyen en el SUIVE semanal	

	PROCEDIMIENTO
	Subdirección de Epidemiología e Infectología
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva (Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria)	8	Acude al área médica a corroborar diagnósticos en los expedientes clínicos de los pacientes seleccionados	
	9	Acude al Laboratorio clínico para confirmar y corroborar diagnósticos	
	10	Realiza un listado de los pacientes que se incluirán en el informe semanal de casos nuevos de enfermedades	
	11	Realizan el llenado del estudio de caso de los pacientes que lo ameriten	
	12	Realiza el llenado del SUIVE	
	13	Envía el SUIVE a la Jurisdicción Sanitaria	
	14	Entrega a médico de la SS los estudios de caso generados durante la semana y SUIVE	
		Termina procedimiento	

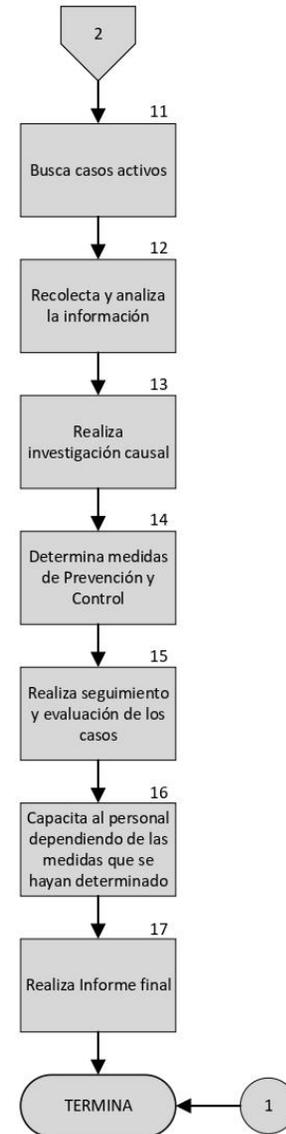
5. DIAGRAMA DE FLUJO

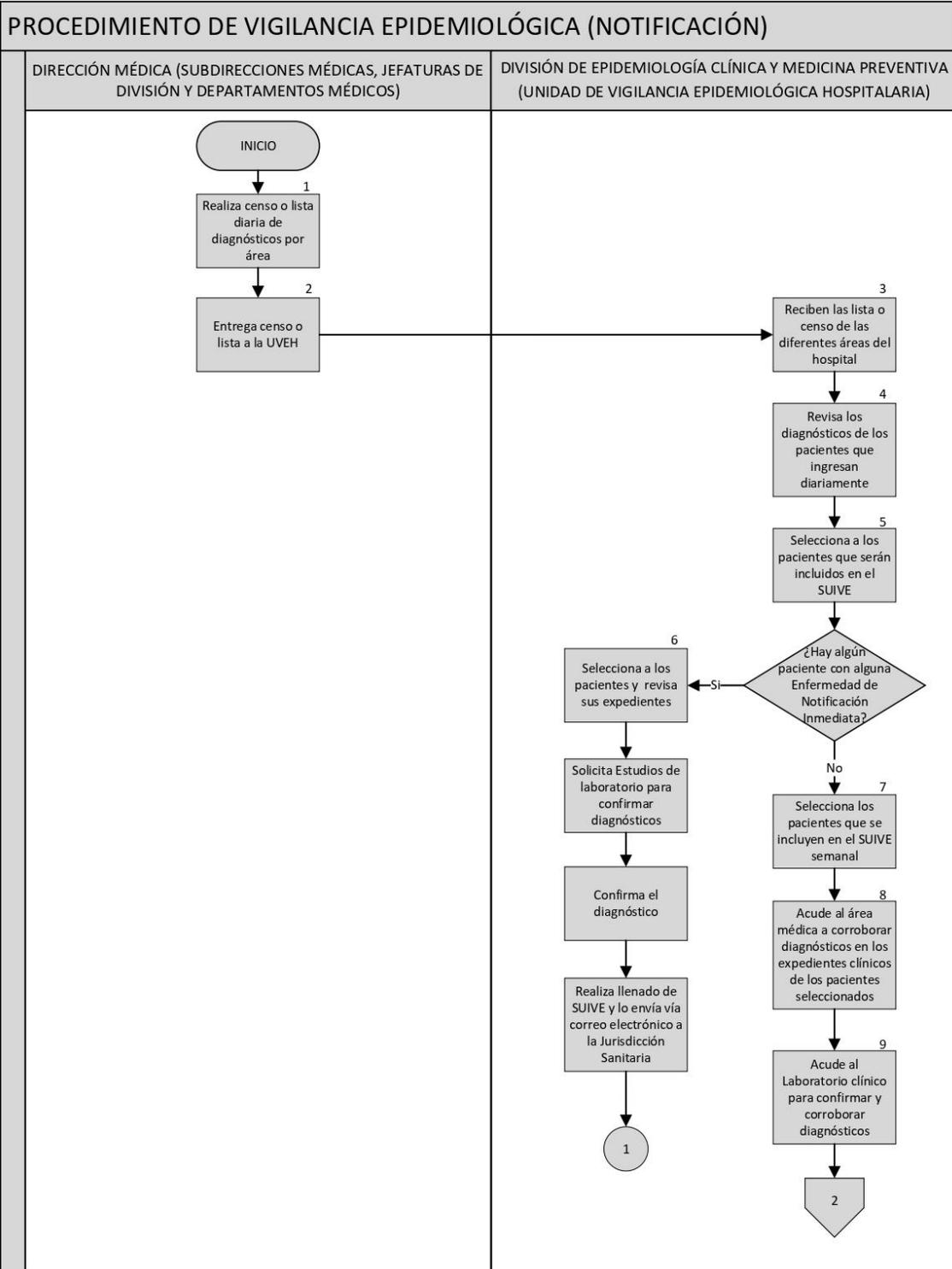


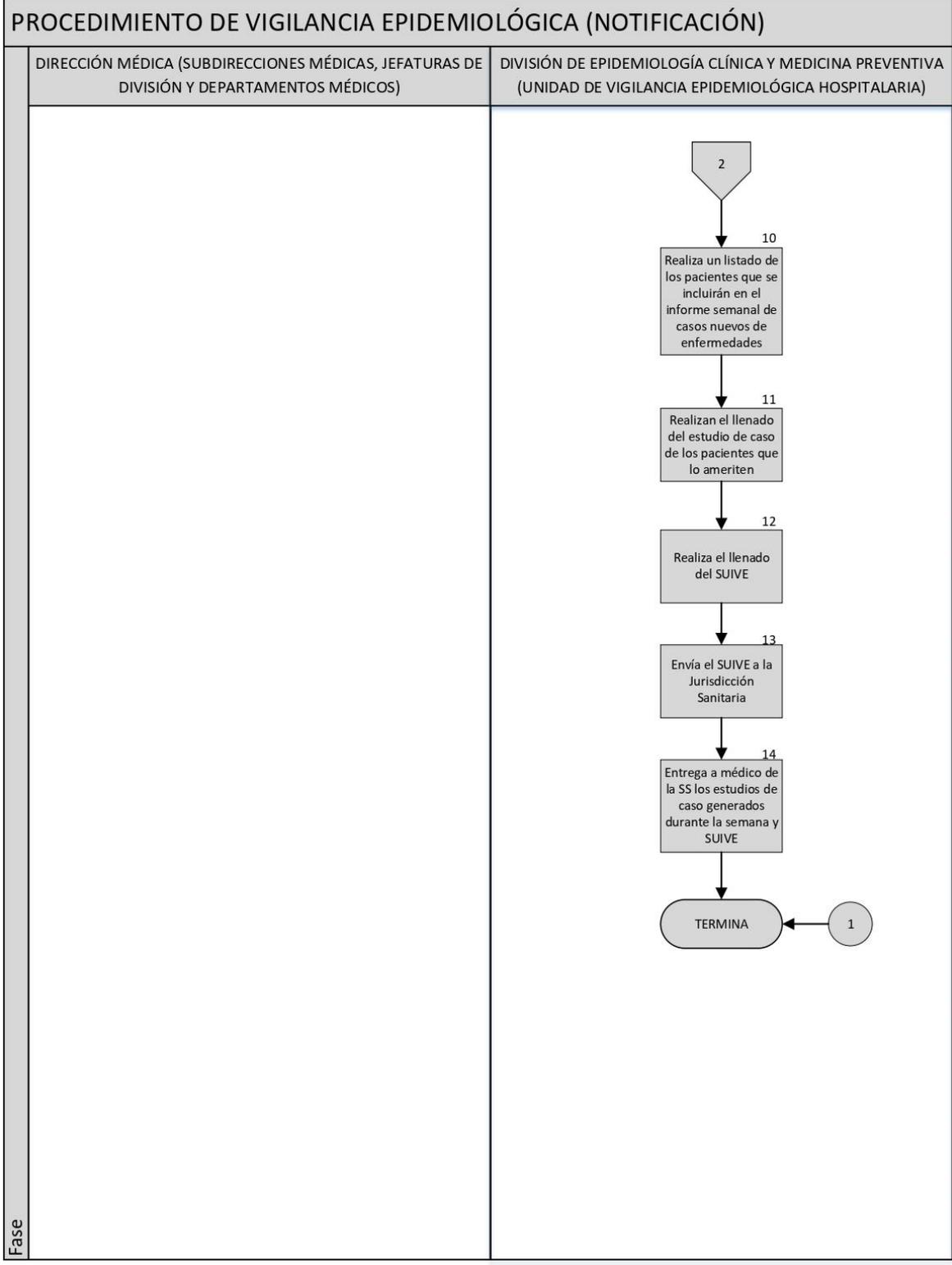
PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (DETECCIÓN DE BROTE)

DIRECCIÓN MÉDICA (SUBDIRECCIONES MÉDICAS, JEFATURAS DE DIVISIÓN Y DEPARTAMENTOS MÉDICOS)

DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA (UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA)







 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Epidemiología e Infectología		
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 13 de 18

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Norma oficial mexicana NOM 045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales	No aplica
Norma oficial mexicana NOM 017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de valoración inicial	5 años	Subdirección de Urgencias y Medicina (División de Urgencias Valoración y Consulta)	Nombre/Fecha
7.2 Formato de vigilancia epidemiológica hospitalaria	5 años	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Nombre/Fecha
7.3 Formato de vigilancia epidemiológica de las IAAS, RHOVE	5 años	Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	Nombre/Fecha

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1.1 Alerta epidemiológica, al comunicado de un evento epidemiológico que representa un daño inminente a la salud de la población y/o de trascendencias social, frente al cual es necesario ejecutar acciones de salud inmediatas y eficaces, a fin de minimizar o contener su ocurrencia.
- 8.1.2 Asociación Epidemiológica, a la situación en que dos o más casos comparten características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona.
- 8.1.3 Autoridad sanitaria, para los fines de esta Norma es la Secretaría de Salud, representada a través de la Dirección General de Epidemiología.
- 8.1.4 Brote, a la ocurrencia de dos o más casos asociados epidemiológicamente entre sí. La existencia de un caso único bajo vigilancia especial en un área donde no existía el padecimiento se considera también como brote.
- 8.1.5 Caso, al individuo en quien se sospecha, presume o confirma que padece una enfermedad o evento de interés epidemiológico.
- 8.1.6 Caso confirmado, al caso cuyo diagnóstico se corrobora por medio de estudios auxiliares, o aquel que no requiere estudios auxiliares, pero presenta signos o síntomas propios del padecimiento o evento bajo vigilancia, o aquel que presente evidencia de asociación epidemiológica con algún caso confirmado por laboratorio.
- 8.1.7 Caso nuevo, al enfermo en quien se establece un diagnóstico por primera vez.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Epidemiología e Infectología		
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 14 de 18

- 8.1.8 Caso probable, a la persona que presenta signos o síntomas sugerentes de la enfermedad bajo vigilancia.
- 8.1.9 Caso sospechoso, al individuo susceptible que presenta algunos síntomas o signos compatibles con el padecimiento o evento bajo vigilancia.
- 8.1.10 Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE), órgano colegiado a nivel estatal responsable de la aplicación y verificación de las acciones de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones del sector salud en el estado.
- 8.1.11 Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), órgano colegiado a nivel federal interdisciplinario responsable de las políticas de vigilancia epidemiológica en el que participan las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.
- 8.1.12 Consejo de Salubridad General, Órgano Colegiado dependiente directamente del Presidente de la República con carácter de autoridad sanitaria, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país.
- 8.1.13 Control, a la aplicación de medidas para la disminución de la incidencia y de la mortalidad, en casos de enfermedad.
- 8.1.14 Emergencia epidemiológica, al evento de nueva aparición o reaparición, cuya presencia pone en riesgo la salud de la población, y que por su magnitud requiere de acciones inmediatas.
- 8.1.15 Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), significa un evento extraordinario que, de conformidad con el presente Reglamento Sanitario, se ha determinado que constituye un riesgo para la salud pública de otros estados a causa de la propagación internacional de una enfermedad, y podría exigir una respuesta internacional coordinada.
- 8.1.16 Estudio de brote, a la investigación sistemática de los determinantes epidemiológicos de un brote.
- 8.1.17 Estudio epidemiológico de caso, a la investigación sistemática de las características de un caso y del contexto epidemiológico en el que éste ocurre.
- 8.1.18 Evento, al suceso de cierta duración asociado a un riesgo para la salud.
- 8.1.19 Marco analítico de laboratorio, al listado de estudios o determinaciones vigentes a las que se someten las muestras biológicas, con respaldo normativo y académico, nacional e internacionales vigentes.
- 8.1.20 Monitoreo, es el proceso sistemático de vigilancia para la evaluación y análisis de riesgos.
- 8.1.21 Morbilidad, es el número de personas enfermas o, el número de casos de una enfermedad con relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
- 8.1.22 Mortalidad, al número de defunciones ocurridas por una enfermedad determinada en relación con la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado. Se expresa generalmente a través de tasas.
- 8.1.23 Niveles técnico-administrativos del Sistema Nacional de Salud:
- 8.1.24 Nivel local, todo establecimiento de los sectores público, social o privado, en el que se presta atención médica o servicios para la salud y en donde se instrumentan acciones preventivas para el autocuidado
- 8.1.25 Nivel delegacional, a la instancia o nivel técnico-administrativo que, en las instituciones de Seguridad Social, tiene competencia jerárquica sobre los servicios de salud y la organización de una región geográfica determinada.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	Subdirección de Epidemiología e Infectología		
	PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA		Hoja: 15 de 18

- 8.1.26 Nivel zonal, al nivel técnico-administrativo con un área geográfica definida que en ciertas instituciones tiene competencia jerárquica sobre los servicios de salud. En este nivel se desarrollan acciones de vigilancia epidemiológica.
- 8.1.27 Nivel jurisdiccional, a la estructura orgánica, funcional y técnica-administrativa de carácter regional dentro de las entidades federativas que tiene como responsabilidad coordinar los programas institucionales de salud, las acciones intersectoriales y la participación social dentro de su ámbito de competencia.
- 8.1.28 Nivel estatal, a la estructura orgánica y funcional responsable de la rectoría y operación de los servicios de salud.
- 8.1.29 Nivel federal, a la instancia o nivel técnico-administrativo que establece y conduce la política nacional en materia de salud.
- 8.1.30 Notificación, a la acción de informar al nivel inmediato superior acerca de la presencia de padecimientos o eventos de interés epidemiológicos.
- 8.1.31 Unidad de vigilancia epidemiológica, a todas las dependencias y grupos de trabajo que, con base en sus atribuciones institucionales, coordinan y realizan sistemáticamente actividades de vigilancia epidemiológica.
- 8.1.32 Urgencia epidemiológica, al evento que, por su magnitud o trascendencia, requiere la inmediata instrumentación de acciones.
- 8.1.33 Vigilancia convencional, a la información numérica obtenida a través del Sistema Único automatizado para la Vigilancia Epidemiológica.
- 8.1.34 Vigilancia epidemiológica especial, a la que se realiza en padecimientos y riesgos potenciales a la salud que por su magnitud, trascendencia o vulnerabilidad requieren de información adicional, así como de la aplicación de mecanismos específicos para la disponibilidad de información integral en apoyo a las acciones de prevención y control.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato de vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
- 10.2 Formato de vigilancia epidemiológica de las IAAS, Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE)
- 10.3 Formato de patrón de resistencia antimicrobiana

10.1 FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA

FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA

SERVICIO:
Fecha:

CAMA		EDAD:													SEXO:			DX	F. INGR.			F. AISL.		INSUMOS							
NOMBRE:		ANTIBIÓTICO	P. QX	VM	TRA	NEB/O2	CDP	CVC	CP	SNG	SGT	CU:									TEMP	DREN PENR/BI	ESTO/FIST	PLEURO	ESTUDIO	LARGA ESTANCIA	TIPO AISL.	Papel rollo	Sanitas	Jabón	Sol. Alcohol
												1	2	3	4	5	6	7	8	9											
		%	CVC	1	2	3	4	VM:									ISQ				REGISTRO:										
		%	CP	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	glob	M	E	I	1	2	3	4					
OBSERVACIONES:																															
CAMA		EDAD:													SEXO:			DX	F. INGR.			F. AISL.		INSUMOS							
NOMBRE:		ANTIBIÓTICO	P. QX	VM	TRA	NEB/O2	CDP	CVC	CP	SNG	SGT	CU:									TEMP	DREN PENR/BI	ESTO/FIST	PLEURO	ESTUDIO	LARGA ESTANCIA	TIPO AISL.	Papel rollo	Sanitas	Jabón	Sol. Alcohol
												1	2	3	4	5	6	7	8	9											
		%	CVC	1	2	3	4	VM:									ISQ				REGISTRO:										
		%	CP	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	glob	M	E	I	1	2	3	4					
OBSERVACIONES:																															
CAMA		EDAD:													SEXO:			DX	F. INGR.			F. AISL.		INSUMOS							
NOMBRE:		ANTIBIÓTICO	P. QX	VM	TRA	NEB/O2	CDP	CVC	CP	SNG	SGT	CU:									TEMP	DREN PENR/BI	ESTO/FIST	PLEURO	ESTUDIO	LARGA ESTANCIA	TIPO AISL.	Papel rollo	Sanitas	Jabón	Sol. Alcohol
												1	2	3	4	5	6	7	8	9											
		%	CVC	1	2	3	4	VM:									ISQ				REGISTRO:										
		%	CP	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	glob	M	E	I	1	2	3	4					
OBSERVACIONES:																															

10.2 FORMATO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS, RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)

**VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS
RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)**

FOLIO RHOVE

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EXPEDIENTE _____

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Materno Nombre(s)

DATOS DEL NACIMIENTO

F. NACIMIENTO: ___/___/___ ESTADO: _____ JURISDICCIÓN: _____
MUNICIPIO: _____ EDAD: AÑOS _____ SEXO: (M) (F) (?)

*Solo para neonatos

PESO AL NACER: _____ grs SEMANAS DE GESTACIÓN: _____

RESIDENCIA ACTUAL (En caso de no contar con esta información anotar la dirección del hospital)

CALLE Y NO: _____ COLONIA: _____ ESTADO _____
JURISDICCIÓN: _____ MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD _____

DATOS DE LA INFECCIÓN

SERVICIO: _____ SUBSERVICIO: _____ CAMA: _____

TIPO DE INGRESO: () PRIMERA VEZ () REINGRESO F. INGRESO: ___/___/___
Día / Mes / Año

F. INGRESO AL SERVICIO: ___/___/___ F. DETECCIÓN: ___/___/___ F. INICIO: ___/___/___
Día / Mes / Año

RESOLUCION: ___/___/___ F. EGRESO: ___/___/___
Día / Mes / Año

F. REINGRESO: ___/___/___ F. REEGRESO: ___/___/___
Día / Mes / Año

SITIO DE INFECCION: _____

MOTIVO PRINCIPAL DE INGRESO _____

DIAGNÓSTICO 1 _____
DIAGNÓSTICO 2 _____
DIAGNÓSTICO 3 _____

DESCENLACE

() VIVO F. DEFUNCION: ___/___/___
() DEFUNCIÓN Día / Mes / Año
() SE IGNORA

CAUSA DE LA MUERTE () ASOCIADO A INFECCIÓN () NO ASOCIADO A INFECCIÓN

MOTIVO DE EGRESO

() CURACIÓN () MEJORÍA () ALTA VOLUNTARIA () PASE A OTRO HOSPITAL
() DEFUNCIÓN () OTRO () ABANDONO NO AUTORIZADO () NO HA EGRESADO

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

¿ALGUNA CIRUGÍA ESTUVO RELACIONADA CON LA INFECCIÓN? () SI () NO

NUMERO DE CIRUGÍA	FECHA <small>Día / Mes / Año</small>	TIPO*	CONTAMINACIÓN*
1	/ /		
2	/ /		
3	/ /		
4	/ /		

*TIPO: ELECTIVA, URGENCIA
*CONTAMINACIÓN: LIMPIA, LIMPIA-CONTAMINADA, CONTAMINADA, SUCIA, LIMPIA CON IMPLANTE

FACTORES DE RIESGO (En relación con el tipo de infección y en orden de importancia)

NO.	FACTOR DE RIESGO	DIAS
1		
2		
3		
4		
5		

10.3 FORMATO DE PATRÓN DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

PATRÓN DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

¿SE TOMO MUESTRA PARA CULTIVO? () SI () NO

Nº DE CULTIVO	CULTIVO 1	CULTIVO 2	CULTIVO 3
Sitio de cultivo			
Fecha de toma	/ /	/ /	/ /
Fecha resultado	/ /	/ /	/ /
Germen aislado			
Resistencia 1			
Resistencia 2			
Resistencia 3			
Resistencia 4			
Resistencia 5			
Sensibilidad 1			
Sensibilidad 2			
Sensibilidad 3			
Sensibilidad 4			
Sensibilidad 5			

TÉCNICA UTILIZADA () DIFUSIÓN EN AGAR () TÉCNICA DE DILUCIÓN () CMIMP* () AUTOMATIZADO

TRATAMIENTO (Instaurado para la infección)

Medicamento	INICIO Día / Mes / Año	FINAL Día / Mes / Año	DIAS DE TRATAMIENTO	CODIGO
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		

CAUSAS DE DEFUNCIÓN (Llenar solo en caso de que la infección haya sido detectada mediante revisión de Certificado de defunción)

Nº	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	AUTOPSIA
1		
2		
3		
4		
5		

RESPONSABLE DE LA DETECCIÓN: _____

RESPONSABLE DE LA CAPTURA: _____

RESPONSABLE DE LA UEVH: _____

MECANISMO DE CAPTACIÓN: (RS) (VS) (RL) (CD)

*RS=REPORTE DEL SERVICIO, VS=VISITA A SERVICIOS, RL=REPORTES DE LABORATORIO, CD=CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 1 de 27

2. PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		
			Hoja: 2 de 27

1. PROPÓSITO

Establecer los lineamientos en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en materia de la prevención y control de infecciones para disminuir las infecciones asociadas a la atención de la salud.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a las Subdirecciones médicas responsables de seguir la normatividad vigente en materia de prevención y control de infecciones, la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsables de seguir los lineamientos establecidos en la atención de enfermería para la prevención y control de infecciones y la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva responsable de normar y establecer los lineamientos para la prevención y control de infecciones.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Jurisdicción Sanitaria responsables de conjuntar toda la información epidemiológica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica es responsable de utilizar como herramienta de trabajo el estudio de la distribución y determinantes del proceso salud-enfermedad en la población que acude al hospital; para las mediciones que se realizan por medio de cédulas y formatos para el seguimiento de factores de riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud.
- 3.2 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de capacitar cada 6 meses para el control de infecciones conforme a:
 1. Identificación, descripción de las infecciones;
 2. Métodos de prevención y control
 3. Lavado e higiene de manos
 4. Sistemas de aislamiento.
 5. Uso correcto de equipo de protección personal;
 6. Definición y distinción de riesgos para Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en servicios críticos (Terapias adultos y neonatos) Hospitalización y otras áreas de riesgo;
 7. Elaboración de recomendaciones para prevención y control de focos de infección intrahospitalaria requeridas;
 8. Elaboración del informe de infecciones a través del Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales (CODECIN);
 9. Análisis de las relaciones entre factores de riesgo e infecciones intrahospitalarias estudiados, a través de informes y acciones;
 10. Preparación de los panoramas epidemiológicos de riesgo y de infecciones que describan: los grupos de alto riesgo, los principales factores de riesgo, así como la distribución del riesgo en el hospital en general o por servicio.
 11. Preparación y difusión del reporte mensual ordinario o extraordinario de infecciones, de forma tal que pueda ser utilizado para el diseño de estrategias de intervención de prevención y control de

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 3 de 27

dichas infecciones por parte de las autoridades correspondientes o involucradas en el evento nosocomial.

- 3.3 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de visitar dos veces por semana al Laboratorio (microbiología) para buscar resultados de cultivos positivos a gérmenes causales de una o varias infecciones intrahospitalarias.
- 3.4 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de realizar el registro en el formato SNS-RHOVE-1, debiendo completar el estudio epidemiológico.
- 3.5 Las Subdirecciones médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de notificar a Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria los casos probables de infecciones asociadas a la atención de la salud en forma verbal y/o por escrito.
- 3.6 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de confirmar o descartar el caso, notificándolo a través de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE) por medio electrónico.
- 3.7 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable que la notificación inmediata de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud realizadas por las supervisoras y jefes deben estar de acuerdo a las enfermedades que por su magnitud y trascendencia epidemiológica así lo requieren de acuerdo a la NOM 017-SSA2- 2012, para la vigilancia epidemiológica y la NOM 045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales.
- 3.8 Las Subdirecciones médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento, así como La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria son responsables de reportar un Brote dentro de las primeras 24 horas a la Dirección Médica de la Institución y a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan.
- 3.9 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de verificar el cumplimiento del personal de enfermería para seguir los protocolos de limpieza y desinfección de dispositivos médicos y superficies.
- 3.10 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de verificar los procesos en la esterilización de material y equipo médico a través de indicadores biológicos.
- 3.11 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable que se cumplan con los protocolos para el aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles y su práctica constante.
- 3.12 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de verificar que se cumplan los trámites administrativos para la solicitud de insumos necesarios para operación de la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones asociadas a la atención de la salud.
- 3.13 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de supervisar las recomendaciones por el CODECIN.
- 3.14 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de la evaluación de la detección y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 4 de 27

- 3.15 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de contar con registro completos y oportunos en materia de la normatividad vigente en las actividades del personal de enfermería y médicos a través de visitas a los servicios.
- 3.16 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de realizar estudios de prevalencia de infecciones asociadas a la atención de la salud para comparar las ocurridas con las registradas.
- 3.17 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de realizar la capacitación sobre prevención, detección, control y supervisión de infecciones asociadas a la atención de la salud, de acuerdo a las necesidades detectadas durante las supervisiones.
- 3.18 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de determinar las precauciones basadas en la transmisión con base a la identificación de riesgo infectocontagioso de todo paciente que se encuentre hospitalizado, referido o trasladado.
- 3.19 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de establecer las siguientes barreras de protección para los pacientes, familiares y personal de salud:
- A. Limitar el número de personas que ingresan al hospital a través de la puerta de acceso a pacientes de traslado.
 - B. Colocar tarjeta de precauciones basadas en la transmisión (contacto, gotas, vía aérea).
 - C. Higiene de manos antes de entrar y después de salir de la puerta designada para la transferencia o referencia de pacientes.
 - D. Uso correcto de equipo de protección personal según tarjeta de precauciones basadas en la transmisión.
 - E. Limpieza y desinfección del equipo biomédico del paciente (silla, camilla, tripie, otro equipo) antes de entrar al hospital y después de salir del hospital con alcohol isopropílico al 70%. (con atomizador).
- 3.20 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de vigilar a todo personal de salud responsable del manejo de fármacos multidosis para el tratamiento de paciente en áreas clínicas y quirúrgicas en materia de prevención y control de infecciones.
- 3.21 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de capacitar a los trabajadores de salud cada 6 meses para la vigilancia, prevención y control de infecciones en pacientes de riesgo asociado al hospital en obras.
- 3.22 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de aplicar y dar continuidad a las medidas para la prevención y el control de infecciones durante la realización de obras, antes, durante y después de renovaciones físicas.
- 3.23 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de que, en toda obra, remodelación y/o renovación física hospitalaria que implique contacto con polvo y agua deberá ir precedido de una revisión y aprobación de planos de construcción para verificar que se cumplan con las normas de reducción de la incidencia de infecciones asociadas a la atención de la salud al mínimo, antes del comienzo, durante la ejecución y al finalizar la obra.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 5 de 27

- 3.24 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de controlar el volumen del tránsito de personas y maquinaria será restringido al máximo posible para reducir al mínimo la exposición de pacientes de alto riesgo, personal de salud y facilitar el transporte de pacientes.
- 3.25 La Subdirección de Servicios Generales a través del servicio de Intendencia es responsable de llevar a cabo los lineamientos establecidos y supervisar el cumplimiento de limpieza de los servicios expuestos a obra.
- 3.26 La Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Mantenimiento es responsable de proporcionar un mantenimiento correctivo y preventivo de las habitaciones de los servicios críticos o expuestos a las construcciones y hacer cumplir los señalamientos correspondientes.
- 3.27 La Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Mantenimiento es responsable de realizar la inspección, mantenimiento y limpieza regular de los despachadores de agua, torres de enfriamiento y humedecedores para prevenir infecciones.
- 3.28 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de apegarse a la normativa vigente con las Precauciones por contacto, por vía aérea por gotas, establecidas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria y están descritas en las Tarjetas de Aislamiento.
- 3.29 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de concentrar, integrar, validar, analizar y difundir la información epidemiológica referente al manejo de la ropa proveniente de los cuartos de aislamiento.
- 3.30 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica es responsable de retirar la ropa de cuartos de aislamiento, haciendo dobleces y evitar sacudirla.
- 3.31 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, así como la Subdirección de Servicios Generales a través del Servicio de Lavandería son responsables de colocar la ropa sucia de cuartos de aislamiento, en una bolsa color anaranjado debidamente rotulada como contaminada, cerrarla herméticamente y antes de sacarla de la habitación colocarla en una doble bolsa.
- 3.32 La Subdirección de Servicios Generales a través del Servicio de Lavandería son responsables de acudir a los diferentes servicios portando bata cerrada, cubrebocas y trasladar las bolsas que contiene ropa sucia contaminada hacia los contenedores cuidando no exceder la capacidad.
- 3.33 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento, así como La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de seguir durante la atención médica brindada en los diferentes servicios del hospital, los lineamientos establecidos en el Manual de Políticas y Procedimientos para lavado de manos universal.
- 3.34 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable del Subcomité de Higiene de manos el cual implementa campañas que concienticen al personal en la importancia de estas prácticas.
- 3.35 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria, así como Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento y la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de supervisar al personal que labora directamente en la atención de pacientes mantenga siempre sus manos sin joyas (anillos, pulseras), así mismo que sus uñas sean cortas y sin esmalte para la práctica diaria en los distintos servicios (pediatría, ortopedia, terapia intensiva, medicina interna, cirugía hospitalización, ginecología, neonatos, labor y quirófanos), como parte fundamental del lavado de manos (Universal).
- 3.36 La Subdirección de Servicios Generales a través del servicio de Intendencia son responsables de retirar todo el mobiliario del área a limpiar y lavar profundamente con agua y jabón, friccionando las superficies verticales y horizontales con un cepillo de cerdas suaves.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 6 de 27

- 3.37 La Subdirección de Servicios Generales a través del servicio de Intendencia son responsables de preparar una solución de dicloroisocianurato de sodio (hipoclorito de sodio) e impregnar las paredes usando un lienzo, iniciando con el techo y la parte superior de las paredes, continuando con la parte media de las mismas, terminando con los pisos.
- 3.38 La Subdirección de Servicios Generales a través del servicio de Intendencia son responsables de secar las superficies previamente impregnadas y cepilladas con un nuevo lienzo, exprimido en una nueva solución con CLORO al 6% de concentración o bien de 1 tableta de dicloroisocianurato de sodio de 5 g. o equivalente (PRESET).
- 3.39 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de reportar la información de infecciones de la herida quirúrgica a los miembros del equipo quirúrgico, con la finalidad de que juntos encuentren la forma de reducirlas. La frecuencia óptima y el formato del informe suministrado deben determinarse de acuerdo a la cantidad de casos expuestos y a los objetivos propios de cada Institución. Además, deberán apegarse a los paquetes preventivos de infección de sitio quirúrgico.
- 3.40 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de reportar la información de Infecciones del torrente sanguíneo en sus distintas presentaciones a las Subdirecciones Médicas, con la finalidad de que, en trabajo conjunto, se reduzcan estas infecciones asociadas a la atención de la salud. Además, deberán apegarse a los paquetes preventivos de infección del torrente sanguíneo.
- 3.41 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de reportar la información de Infecciones de vías urinarias asociadas a catéter urinario en sus distintas presentaciones a las Subdirecciones Médicas, con la finalidad de que, en trabajo conjunto, se reduzcan estas infecciones asociadas a la atención de la salud. Además, deberán apegarse a los paquetes preventivos de infección de vías urinarias.
- 3.42 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de reportar la información de Neumonía asociada al ventilador en sus distintas presentaciones a las Subdirecciones Médicas, con la finalidad de que, en trabajo conjunto, se reduzcan estas infecciones asociadas a la atención de la salud. Además, deberán apegarse a los paquetes preventivos de Neumonía asociada al ventilador.
- 3.43 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de realizar limpieza y desinfección a todo dispositivo semicrítico en los cuatro pasos fundamentales: Prelimpieza, Prueba de Fugas/Limpieza y Desinfección contemplando el enjuague exhaustivo entre limpieza y desinfección y al término de la redesinfección, así como el secado y almacenamiento adecuados.
- 3.44 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de realizar limpieza y desinfección a todo dispositivo crítico para garantizar el proceso de esterilización conforme a la normativa vigente.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

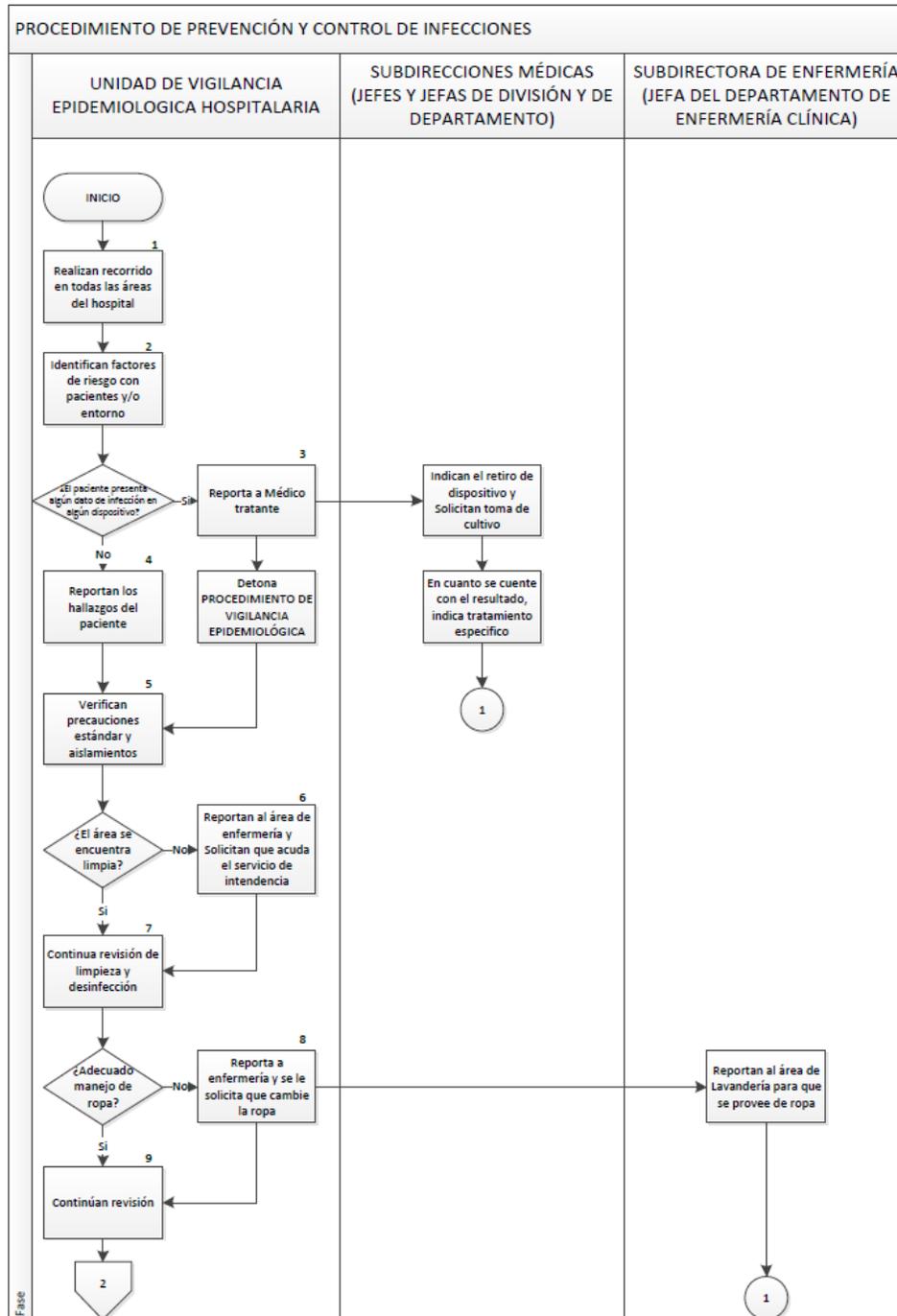
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

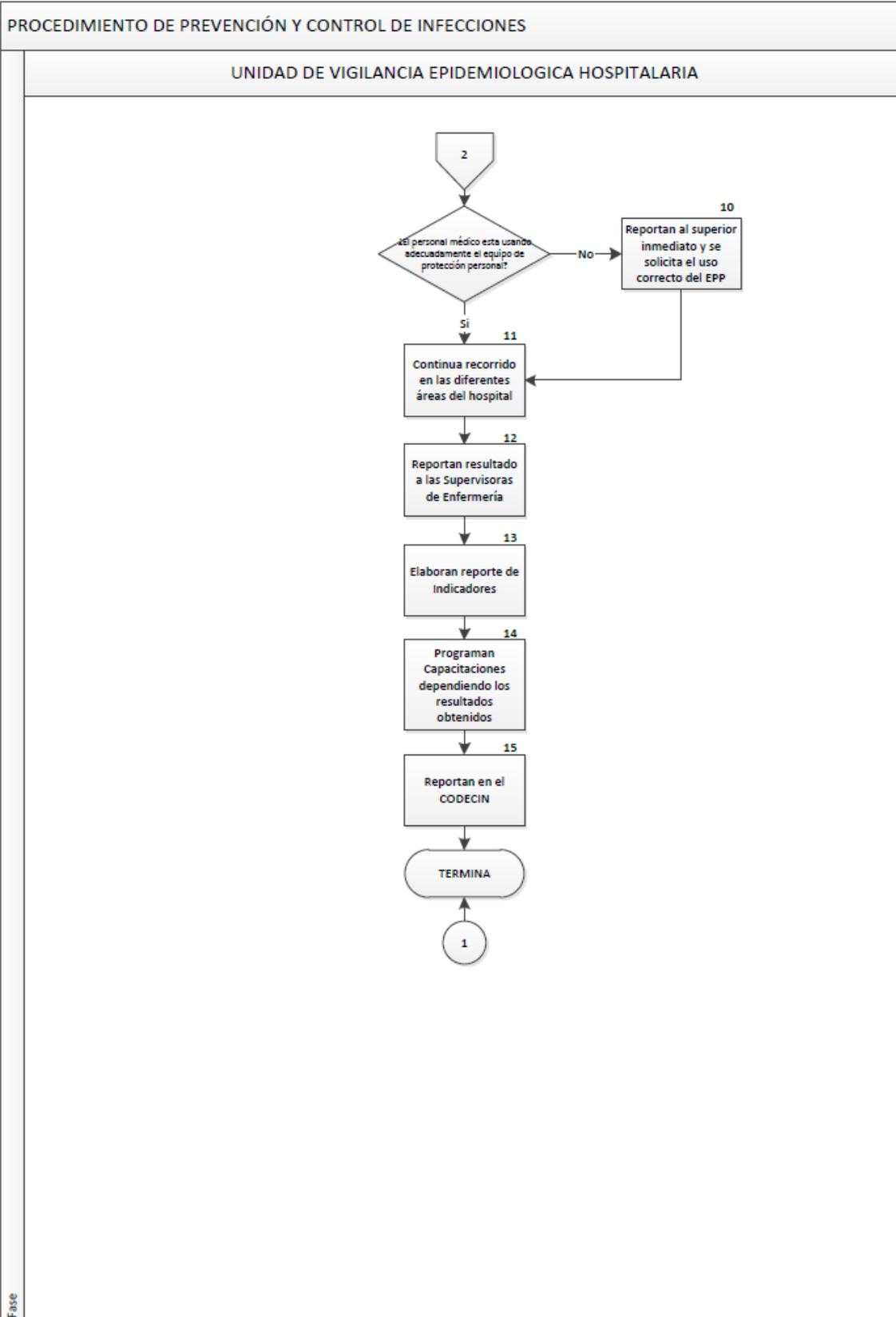
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	1	Realizan recorrido en todas las áreas del hospital	
	2	Identifican factores de riesgo con pacientes y/o entorno ¿El paciente presenta algún dato de infección en algún dispositivo?	
	3	Si: Reportan a médico tratante	
Subdirecciones Médicas (Jefes y Jefas de División y de Departamento)		Indican el retiro de dispositivo y solicitan toma de cultivo En cuanto se cuente con el resultado, indica tratamiento específico, termina procedimiento.	
Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria		Detona PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	
	4	No: Reportan los hallazgos del paciente	
	5	Verifican precauciones estándar y aislamiento ¿El área se encuentra limpia?	
	6	No: Reportan al área de enfermería y solicitan que acuda al servicio de intendencia, continua actividad 7.	
	7	Si: Continua revisión de limpieza y desinfección ¿Adecuado manejo de ropa?	
	8	No: Reporta a enfermería y se solicita que cambie la ropa	
Subdirección de Enfermería (Jefa de Departamento de Enfermería Clínica)		Reportan al área de lavandería para que se provee de ropa	

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	9	Continúa revisión ¿El personal médico está usando adecuadamente el equipo de protección personal (EPP)?	
	10	No: Reportan al superior inmediato y se solicita el uso correcto del EPP, continúa recorrido en las diferentes áreas del hospital	
	11	Si: Continúa recorrido en las diferentes áreas del hospital	
	12	Reportan resultado a las supervisoras de enfermería	
	13	Elaboran reporte de indicadores	
	14	Programan capacitaciones dependiendo los resultados obtenidos	
	15	Reportan en el CODECIN	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 11 de 27

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Política Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.	No aplica
Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). Prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de la salud – recomendaciones básicas. https://www3.paho.org	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia epidemiológica.	No aplica
Red Hospitalaria de Vigilancia epidemiológica. (2016). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHoVE.pdf	No aplica
Política y procedimiento de lavado e higiene de manos.	No aplica
Organización Mundial de la Salud, WHO Patient Safety & Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010) . Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://apps.who.int/iris/handle/10665/102536	No aplica
Política de Vigilancia Prevención y control de Infecciones por heridas quirúrgicas.	No aplica
World Health Organization. (2016). Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. https://solucionesdesinfeccion.com/2016/12/15/guia-global-de-la-oms-para-la-prevencion-de-la-infeccion-de-herida-quirurgica/	No aplica
Cédula única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.	No aplica
Política de vigilancia de instalación y manejo de infusión intravenosa.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que sustituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión de los Estados Unidos Mexicanos.	No aplica
Política Vigilancia de Neumonías en Pacientes de Riesgo.	No aplica
Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las Infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.	No aplica
Política Uso de Tarjetas de Precauciones Basadas en la Transmisión.	No aplica

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 12 de 27

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Política Detección , Investigación y Control de Brotes Epidémicos de Infecciones Nosocomiales.	No aplica
Política Prevención de Infecciones de Vías Respiratorias Bajas en Pacientes Hospitalizados con Procedimientos de Inhaloterapia.	No aplica
Política Medidas para la Prevención de Infecciones de las Vías Urinarias Asociadas a Catéter Urinario.	No aplica
Política Medidas Preventivas para Infecciones en Áreas Quirúrgicas.	No aplica
Política Manejo de Contingencias con Punzo-Cortantes, Sangre y/o Líquidos Orgánicos.	No aplica
Política Vigilancia del Manejo de Alimentos.	No aplica
Política Aspiración de Secreciones de Vías Respiratorias.	No aplica
Política Control de Infecciones en el Uso de Endoscopios y Broncoscopios.	No aplica
Política Selección Clasificación y Uso de Máscaras Protectoras.	No aplica
Política Vigilancia y Manejo de Soluciones Desinfectantes.	No aplica
Política Vigilancia y Control de Esterilización y Desinfección de Alto Nivel.	No aplica
Política Limpieza Exhaustiva Previa al Inicio de Operación de Áreas Quirúrgicas.	No aplica
Política Limpieza y Desinfección de Equipos de Inhaloterapia.	No aplica
Política Limpieza de Habitaciones con Precauciones Basadas en la Transmisión.	No aplica
Política Limpieza Diaria de una Habitación con Aislamiento Protector.	No aplica
Secretaría de Salud. (2019). Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda_vesical.pdf	No aplica
ISO 17664-1. (2021). Procesamiento de Productos para el cuidado de la salud-información que debe proporcionar el fabricante de dispositivos médicos para el procesamiento de dispositivos médicos.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL- SSA1-2002, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos – infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.	No aplica

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 13 de 27

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Cédula de Higiene en los Cinco Momentos.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Cédula de Supervisión de Quirófano.	3 años	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Tarjetas de Precauciones Basadas en la Transmisión.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Abordaje Multidisciplinario para los Eventos Asociados a Ventilación Adultos.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Abordaje Multidisciplinario para los Eventos Asociados a Ventilación Pediatría.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Hoja de Reporte General de Seguimiento Para La Prevención de las IAAS Relacionadas a Sonda Vesical.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Clasificación de Spaulding.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Monitoreo y Consumo de Antisépticos para Lavado e Higiene de Manos.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Política Vigilancia y Manejo de Soluciones Desinfectantes.	3 años	Subdirección de Epidemiología e Infectología	No aplica
Bitácora de Desinfección Hospitalaria.	3 años	Subdirección de Epidemiología e Infectología	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 14 de 27

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Diagnóstico Sindromático: procedimiento médico a través del cual se toman en cuenta, y de forma general los síntomas y rasgos de una determinada situación, condición o padecimiento.
- 8.2 Hoja de Atención médica de urgencias: Criterios para evaluar la sintomatología que presenta el paciente y los datos arrojados tras la exploración física; la correlación con los hallazgos, así como el plan inmediato y posterior a seguir.
- 8.3 Servicio de urgencias: conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.
- 8.4 Urgencia: a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.
- 8.5 Valoración Inicial: Valoración rápida para determinar si es urgencia real o sentida.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	NO APLICA	• NO APLICA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 15 de 27

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria
- 10.2 Cédula de higiene de manos en los cinco momentos.
- 10.3 Cédula de Supervisión de Quirófano
- 10.4 Tarjetas de Precauciones Basadas en la Transmisión
- 10.5 Abordaje Multidisciplinario para los Eventos Asociados a Ventilación.
- 10.6 Hoja de Reporte General de Seguimiento Para La Prevención de las IAAS Relacionadas a Sonda Vesical.
- 10.7 Indicador de Prevención de Infecciones de Vías Urinarias en Pacientes con Sonda Vesical Instalada.
- 10.8 Clasificación de Spaulding
- 10.9 Monitoreo y Consumo de Antisépticos para Lavado e Higiene de Manos.
- 10.10 Política Vigilancia y Manejo de Soluciones Desinfectantes.
- 10.11 Bitácora de Desinfección Hospitalaria.

10.3 CÉDULA DE SUPERVISIÓN DE QUIRÓFANO

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ		
SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA		
CEDULA DE SUPERVISIÓN DE:		
TRANSFER PERSONAL DE SALUD	SI	NO
Acceso controlado de personal de salud con trampa de botas		
Insumos desechables disponibles: gorros, cubreboca y botas quirúrgicas		
Lavabo con agua corriente y jabón para lavado de manos		
Dispensador de gel para higiene de manos		
Se realiza higiene de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza lavado de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
UNIFORME QUIRÚRGICO: Pijama quirúrgica, gorro, cubreboca, botas	SI	NO
El personal médico porta adecuadamente el uniforme quirúrgico		
El personal de enfermería porta adecuadamente el uniforme quirúrgico		
El personal técnico porta adecuadamente el uniforme quirúrgico		
El personal de intendencia porta adecuadamente el uniforme quirúrgico		
Manos limpias uñas cortas, sin esmalte, anillos, pulseras		
ÁREA GRIS	SI	NO
Sala de recuperación		
Uso de gorro, cubreboca y botas quirúrgicas		
Se realiza lavado de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza higiene de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza un correcto manejo de RPBI (disposición correcta, capacidad máxima 80%)		
Lavabo con agua corriente y jabón para lavado de manos		
Dispensador de gel para higiene de manos		
Área de lavado de materiales		
Uso de gorro, cubreboca y botas quirúrgicas		
Se realiza lavado de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza higiene de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza un correcto manejo de RPBI (disposición correcta, capacidad máxima 80%)		
Lavabo con agua corriente y jabón para lavado de manos		
Dispensador de gel para higiene de manos		
Cuarto séptico		
Correcta almacenamiento y disposición de los líquidos para limpieza (recipientes específicos para almacenarse, tapados, en un área específica)		
Cuarto físico con sustancias químicas para desinfección de alto nivel con fecha de caducidad		
Otros		
Puerta de comunicación a salas qx con apertura hacia un solo lado y cerrada		
ÁREA BLANCA	SI	NO
Pasillo o circulación blanca con tarja y jabón para asepsia prequirúrgica		
Pasillo o circulación blanca con pasillo libre de mobiliario médico		
Salas qx con puertas cerradas durante cirugía		
Salas qx con el personal mínimo indispensable durante cirugía		
Materiales sumergidos en CIDEX o Alkacime en recipientes tapados y rotulados con el nombre del producto, fecha de preparación y caducidad. Bitácora.		
Uso de gorro, cubreboca y botas quirúrgicas		
Se realiza lavado de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza higiene de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza un correcto manejo de RPBI (disposición correcta, capacidad máxima 80%)		
Lavabo con agua corriente y jabón para lavado de manos		
Dispensador de gel para higiene de manos		
CEYE	SI	NO
Comunicación por ventanilla a pasillo o circulación blanca		
Comunicación a circulación negra para recepción de material		
Cajas de suturas y suturas correspondientes a lote y fecha de caducidad		
Bisturios con lote y fecha de caducidad		
Bitácora de marcadores biológicos y bultos estériles		
Uso de gorro, cubreboca y botas quirúrgicas		
Se realiza lavado de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza higiene de manos al entrar y salir (Observar a 3 personas)		
Se realiza un correcto manejo de RPBI (disposición correcta, capacidad máxima 80%)		
Lavabo con agua corriente y jabón para lavado de manos		
Dispensador de gel para higiene de manos		
RPBI	SI	NO
Cuarto de RPBI con puerta cerrada		
Botes de RPBI cerrados		
Botes de RPBI a menos del 80% de su capacidad		
Observaciones:		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 19 de 27

10.4 TARJETAS DE PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **gea hospital**

PRECAUCIONES ESTÁNDAR
Utilizar en todos los pacientes

Medidas a realizar:

- Lavado o higiene de manos**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- Uso de guantes**
(Al realizar procedimientos invasivos o antes del contacto con secreciones corporales)
- Uso de mascarilla quirúrgica**
(En pacientes con síntomas respiratorios)
- Uso de bata y lentes**
(Únicamente en salpicaduras)
- Manejo adecuado del RPBI**
(Incluidos punzocortantes)
- Limpieza y desinfección**
(Diaria, en las superficies de alto contacto)

(Gracias por cuidar esta tarjeta)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **gea hospital**

PRECAUCIONES POR GOTAS PLUS
Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes con infecciones por:

SARS-CoV-2

- Lavado de manos con agua y jabón**
(De acuerdo a los 5 momentos OMS)
- Uso de bata**
(cuando se ingrese a la habitación y solo en salpicaduras)
- Uso de respirador N95**
(antes de realizar procedimientos con riesgo de aerosoles).
- Uso de mascarilla quirúrgica obligatoria**
(Fuera del ambiente del paciente)
- Uso de protección ocular**
- Uso de guantes**
(Únicamente en contacto con fluidos del paciente)
- El personal debe estar Vacunado contra COVID-19**

(Cuida esta tarjeta!)

Segundos que Salvan Vidas ¡Lava tus manos!

Nombre: _____
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **gea hospital**

PRECAUCIONES POR CONTACTO
Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes que cursan con infecciones por bacterias multidrogorresistentes, diarrea por *C. difficile*, Pediculosis, Zóster, Absceso abierto mayor y Úlceras por presión infectadas.

Medidas a realizar:

- Lavado de manos con agua y jabón obligatorio**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- Uso de guantes**
(Al contacto con el paciente y/o su entorno)
- Uso de bata obligatorio**
- Desechar guantes**
(En la bolsa roja dentro de la habitación)
- Mantener puerta cerrada**

Nombre: _____ Cuarto aislado
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____ *(Gracias por cuidar esta tarjeta)*

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **gea hospital**

PRECAUCIONES PARA VIA AÉREA
Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes que cursan con infecciones por: Tuberculosis pulmonar, Varicela zóster o Sarampión

Medidas a realizar:

- Lavado o higiene de manos**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- Uso de respirador N95 obligatorio**
- Uso de bata**
(Únicamente en salpicaduras)
- Mantener puerta cerrada**

Nombre: _____ Cuarto aislado
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____ *(Gracias por cuidar esta tarjeta)*

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **gea hospital**

PRECAUCIONES POR GOTAS
Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes que cursan con infecciones por: Influenza, Tosferina, Escarlatina, Rubéola, Parotiditis, *N. meningitidis*.

Medidas a realizar:

- Lavado o higiene de manos**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- Uso de mascarilla quirúrgica obligatorio**
(Antes de entrar a la habitación).
- Uso de bata y lentes**
(Únicamente en salpicaduras)
- Mantener puerta cerrada**

Nombre: _____ Cuarto aislado
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____ *(Gracias por cuidar esta tarjeta)*

10.6 HOJA DE REPORTE GENERAL DE SEGUIMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS IAAS RELACIONADAS A SONDA VESICAL.

 HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE LAS VIAS URINARIAS ASOCIADAS A CATETER URINARIO														
Período (MES) _____											Total de pacientes: _____			
No.	Nombre	EDAD /		FECHA DE INSTALACION	ASEO DE GENTIALES		ASEPSIA DE GENTIALES		USO DE EQUIPO		DERIVACION URINARIA			Persona que instala Médico / Enfermera
		SEXO			Jabón neutro	Clorhexidina 0.12%	ESTÉRIL		TRANSURE TRAL	CISTOSTO MIA	NEFROS TOMIA			
		M	F				S	N				S	N	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
JEFE DE SERVICIO: _____														

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES		Hoja: 23 de 27

10.7 INDICADOR DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES CON SONDA VESICAL INSTALADA.

INDICADOR DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES CON SONDA VESICAL									
1. ¿La bolsa colectora se mantiene por debajo del nivel de la vejiga?	2. La sonda vesical está fija de acuerdo a la edad y género del paciente.	3. La sonda se encuentra con membrete de identificación con datos completos.	4. El sistema de drenaje se mantiene permanentemente conectado, sin desconexiones en ningún momento.	5. Registro de los datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje. No sedimento.	6. Registro de los días de instalación de la sonda.	7. Reporte de la ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencien infección de vías urinarias.	8. Realiza y registra medidas higiénicas al paciente. Higiene de genitales con agua y jabón.	9. Anota las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar.	

10.8 CLASIFICACIÓN DE SPAULDING.

Mobiliario y equipo NO CRÍTICO

Contacto con piel íntegra o forma parte del entorno del paciente.

- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Mesa pasteur, termómetro
- Bomba de infusión
- Infusores
- Incubadora
- Bacímetros
- Monitor cardíaco
- Tomas de oxígeno, oxímetro
- Barandales de la cama
- Desfibrilador
- Cunas, ventilador mecánico

Los procesos de desinfección deben estar a cargo de Enfermeras (as), médicos (as), inhaloterapeutas, nutriólogos, técnicos en radiología y Rehabilitadores.

Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.

- Utilizar el equipo de protección personal para su manipulación.
- Asegurar la existencia de alcohol al 70% en el servicio.

1. Imprimir gasas no estériles con alcohol al 70%.
2. Realizar la desinfección de las superficies siguiendo los principios de asepsia.
3. Dejar secar el excedente de alcohol y repetir el procedimiento cuantas veces sea necesario durante el turno.



Imagen de ejemplo HGDMMG/ UVEH GEA 2017

PROCESO DE DESCONTAMINACIÓN-DESINFECCIÓN
1 de 4

Instrumental y equipo SEMI-CRÍTICO

Contacto con piel no íntegra o con mucosas:

- Aparatos de endoscopia rígidos que penetran en cavidades
- no estériles, endoscopios flexibles,
- Otoscopio, sismoscopio, equipos de terapia respiratoria
- Hojas de laringoscopio, espejo vaginal, termómetro rectal

Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.

1. Utilizar el equipo de protección personal completo para su manipulación, guantes de goma, gafas, cubrebocas, bata o mandil.
2. Preparación e inmersión del instrumental en detergente monoenzimático (1 sobre por 4ltts de agua por 20 minutos).
3. El detergente monoenzimático se utilizará por evento únicamente.
4. Enjuagar el instrumental con agua corriente y retirar restos de materia orgánica (cepillado)
5. Una vez libre de materia orgánica deberá utilizar Glutaraldehído al 10.5% utilizado durante un tiempo de contacto e inmersión prolongada (60ml por litro por 60 minutos)
6. Enjuagar el instrumental con agua inyectable y secar de manera cuidadosa y exhaustiva con compresa estéril.
7. Empacar y almacenar por 8 días máximo.
8. El Glutaraldehído al 10.5% deberá durar máximo 7 días una vez hecha la mezcla (debe rotular fecha de preparación)



Imagen de muestra HGDMMG/ UVEH GEA 2017

PROCESO DE DESCONTAMINACIÓN-DESINFECCIÓN
3 de 4

Instrumental y equipo CRÍTICO

Contacto con cavidades y tejidos estériles o el sistema vascular:

- Instrumentos quirúrgicos y agujas
- Catéteres cardíacos y urinarios.
- Implantes, prótesis, etc.

Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.

1. Utilizar el equipo de protección personal completo para su manipulación (guantes de goma, gafas, cubrebocas, bata o mandil).
2. Preparación e inmersión del instrumental en detergente monoenzimático (1 sobre por 4 litros de agua por 20 minutos).
3. El detergente monoenzimático se utilizará por evento únicamente.
4. Enjuagar el instrumental con agua corriente y retirar restos de materia orgánica (cepillado)
5. Podrá utilizar Glutaraldehído al 10.5% durante un tiempo de contacto e inmersión NO prolongada (20ml por litro por 20 minutos).
6. Secado cuidadoso y exhaustivo del instrumental.
7. ENVÍO A CEE PARA ESTERILIZACIÓN CORRESPONDIENTE.



Imagen de ejemplo HGDMMG/ UVEH GEA 2017

PROCESO DE DESCONTAMINACIÓN-DESINFECCIÓN

10.10 POLÍTICA VIGILANCIA Y MANEJO DE SOLUCIONES DESINFECTANTES.

ANTISÉPTICOS

Clorhexidina al 1% y alcohol etílico al 61% o 70%

Antiséptico de manos para lavado quirúrgico y del personal de la salud.

- Aplicar directamente sin diluir sobre la piel
- Realizar higiene de manos
- No secar ni retirar la solución del área.

Alcohol etílico al 70% y emolientes.

Antiséptico Instantáneo para Manos

- Aplicar directamente sin diluir sobre la piel
- Realizar higiene de manos
- No secar ni retirar la solución del área.

Agua hiperoxigenada, cloro libre, ácido hipocloroso.

Indicado como coadyuvante para la limpieza y curación heridas crónicas y/o profundas.

- Presentación multidosis
- Limpie cuidadosamente la herida con agua y jabón, y seque.
- Aplique la solución directamente sobre toda la herida y dejarlo actuar hasta que el producto seque completamente.

P. S. S. E. DIANA FLORES VILLAMIL

ANTISÉPTICOS

Gluconato de Clorhexidina al 2%.

Jabón antiséptico de amplio espectro, con alta consistencia espumosa para el lavado de manos y piel.

- Humedecer las manos
- Aplicar sobre la piel
- Realizar higiene de manos
- Enjuagar
- Secar.

Jabón neutro

- Jabón hipoaalérgico
- pH cercano al de la piel
- Indicado únicamente para aseo de genitales.

Clorhexidina 0.12% para aseo bucal

Indicado para el aseo bucal, cada 12 horas. Importante valorar su uso (sangrado, lesiones, aftas, abscesos).

El kit contiene:

1. Cepillo de dientes de succión
2. Hisopo oral
3. Botella de 15 ml de CHG.

DESINFECTANTES

Glutaraldehído al 8.5 % y 10.5%

Desinfección de Alto nivel por inmersión. Para el material semicrítico:

- Diluir una dosis de 60 ml en 1 litro de agua.
- Sumerja los dispositivos en la solución y deje actuar durante 60 minutos

Amonio Cuaternario 5ta generación

- Se utiliza en dispositivos médicos y equipos biomédicos que no se puedan sumergir o desinfectar por medios tradicionales.
- No requiere enjuague.

Amonio Cuaternario

- Vierta la cantidad necesaria de Sani-Zag, proceda a limpiar el área u objeto y deje reposar por 15 minutos.
- No es necesario enjuagar.

DESINFECTANTES

Detergente enzimático

Limpieza de instrumentos endoscópicos antes de la desinfección a alto nivel o de esterilización del equipo.

- Diluir una dosis de 8 ml por 1 litro de agua
- Sumerja los dispositivos en la solución y deje actuar durante 1-5 minutos

Detergente enzimático

- Diluir un sobre por cada 4 litros de agua y mezclar hasta obtener una solución homogénea.
- Sumerja completamente los dispositivos en la solución y deje actuar durante 15-20 minutos.

Cloro 6%

Solución desinfectante a base de Hipoclorito de sodio. Adecuado para la desinfección de áreas, superficies inertes

- Aplique la cantidad necesaria de cloro al 6%
- Proceda a limpiar el área u objeto
- No es necesario enjuagar.

DESINFECTANTES DE ALTO NIVEL

Peróxido de hidrógeno estabilizado y plata

- Se utiliza el método de nebulización
- Indicado para su uso en superficies duras, previamente limpiadas, no porosas y no alimentarias.
- Aprobada para la desinfección de habitaciones.
- Este sistema de desinfección llega a superficies donde los aerosoles y toallitas no pueden; no solo las superficies primarias o de "alto contacto", sino también todas las superficies expuestas dentro de una habitación, lo que reduce el riesgo de contaminación cruzada.

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS		Hoja: 1 de 15

3. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS		
			Hoja: 2 de 15

1. PROPÓSITO

Establecer el protocolo para el manejo de contingencia por punzocortantes, salpicaduras y heridas en el personal de salud para minimizar el riesgo de seroconversión a enfermedades infectocontagiosas ocupacionales.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a las Subdirecciones médicas responsables de reportar cualquier herida, lesión o salpicadura del personal a su cargo, la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsables de reportar cualquier herida, lesión o salpicadura del personal a su cargo y la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva responsable recibir al personal de salud y protocolizar su atención.
- 2.2 A nivel externo aplica a las siguientes Unidades de Referencia, Clínica Condensa, IMSS o ISSSTE

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 Todo personal de salud es responsable de acudir a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria para reportar y dar seguimiento de cualquier evento adverso en materia de lesión, herida y salpicadura con material infectocontagioso.
- 3.2 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de la atención y seguimiento (3, 6 y 12 meses) de todo personal de salud que haya sufrido un evento adverso por lesión, herida o salpicadura con material infectocontagioso.
- 3.3 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de evaluar el riesgo de seroconversión de todo personal de salud por una lesión, herida o salpicadura con material infectocontagioso.
- 3.4 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de iniciar tratamiento profiláctico en caso de alto riesgo de VIH.
- 3.4 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de referir al personal de salud a su Unidad de derechohabencia en caso de tener un riesgo elevado de seroconversión o un resultado positivo en las pruebas de enfermedad infectocontagiosa.
- 3.5 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de la toma de muestra del personal de salud, así como del paciente del que proviene el material infectocontagioso y enviarlas al Departamento de Laboratorio Clínico con una solicitud de laboratorio donde se indica Evento Adverso.
- 3.6 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de solo solicitar al Departamento de Laboratorio Clínico la Prueba VIH, Hepatitis b y Hepatitis C.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS		
			Hoja: 3 de 15

- 3.7 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio Clínico es responsable de procesar las muestras enviadas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria de todo Evento adverso en materia de lesión, herida o salpicadura con material infectocontagioso.
- 3.8 Las Subdirecciones Medicas a través de las Divisiones y Departamento son responsables de solicitar interconsulta para los pacientes donde se reporte alguna enfermedad infectocontagiosa a la División de Infectología.
- 3.9 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de integrar el informe de capacitación prevención y control de infecciones para el CODECIN donde se reportará el número de eventos adversos en el mes.
- 3.10 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de reportar de manera mensual los eventos adversos a la Dirección Médica, Subdirección de Enseñanza y al Departamento de Docencia e Investigación en Enfermería.

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DÍA DEL ACCIDENTE			
SUBDIRECCIONES MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIÓN Y DEPARTAMENTO) SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA) SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES (JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INTENDENCIA Y SERVICIO DE LAVANDERÍA) DIRECCIÓN DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL (JEFA DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO, JEFA DE DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA)	1	Sufre lesión o herida por material punzocortante o salpicadura de material infectocontagioso	
	2	Realizan lavado de la lesión o de la salpicadura y si es necesario realizan curación	
	3	Reportan a jefe inmediato el evento adverso	
	4	Acuden a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	
UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA	5	Reciben al personal de salud y valoran el riesgo según el Registro de Accidentes en trabajadores de la salud ¿Tiene riesgo elevado para enfermedad infectocontagiosa?	
	6	Si: Inicia Esquema profiláctico	
		Refiere al personal de salud a Clínica Condesa o Institución de Derechohabiencia	
	7	No: Da seguimiento al personal de salud	
	8	Toman muestra del personal de salud afectado y al paciente del que proviene el material infectocontagioso	
	9	Envían las muestras al Departamento de Laboratorio de la Institución	

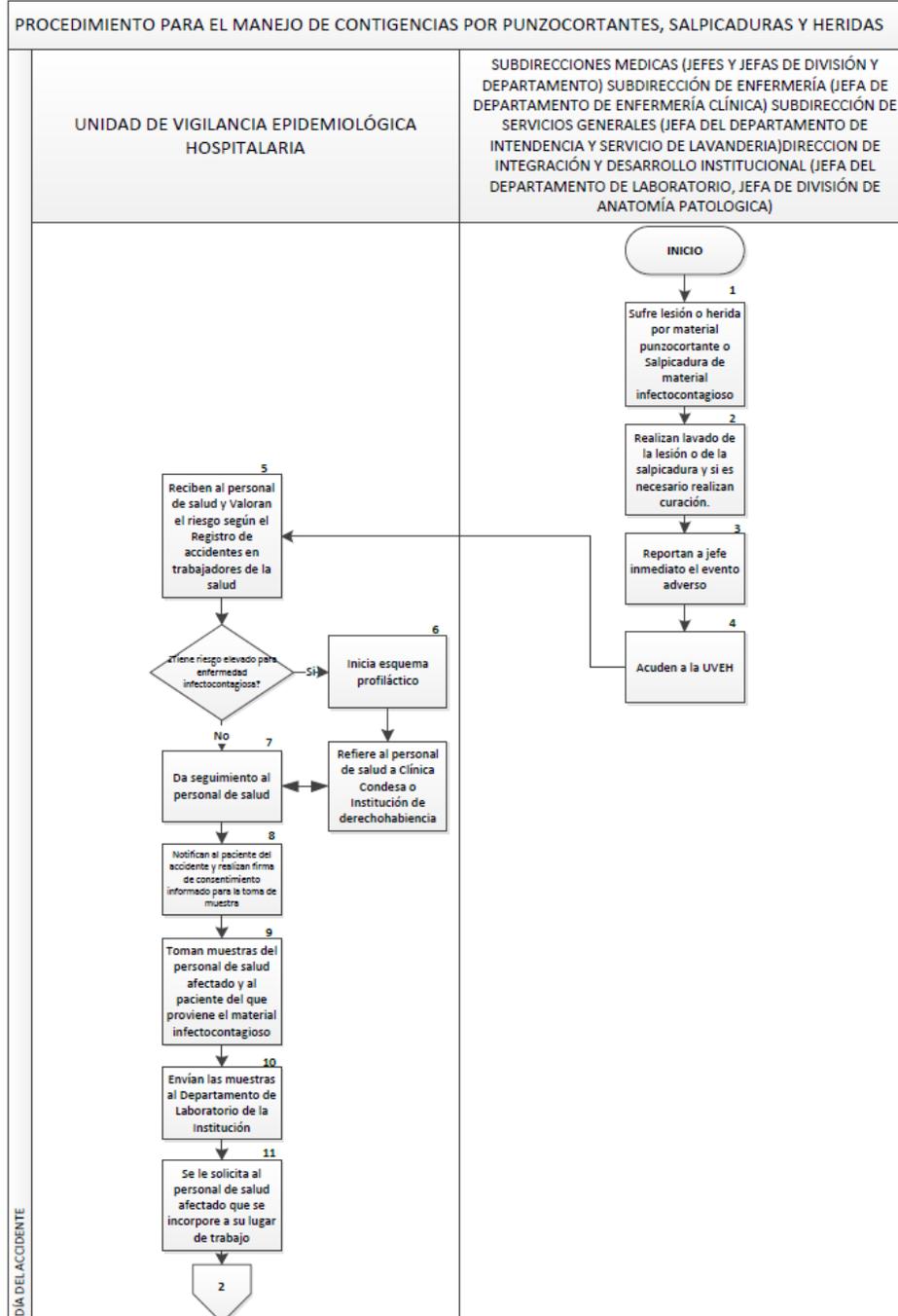
 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS

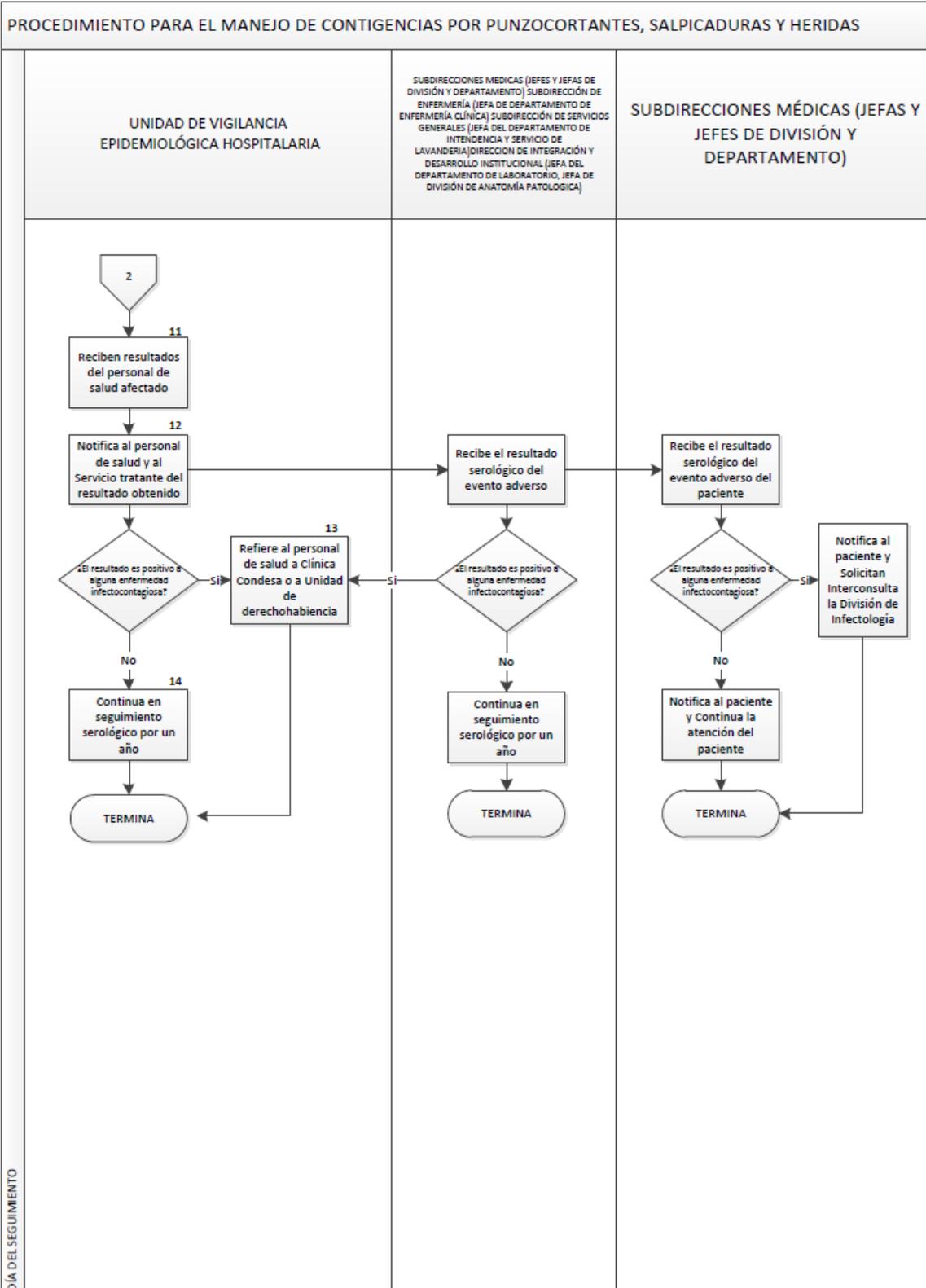
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
	11	Se le solicita al personal de salud afectado que se incorpore a su lugar de trabajo	
DÍA DEL SEGUIMIENTO			
UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA	12	Reciben resultados del personal de salud afectado Notifica al personal de salud y al servicio tratante del resultado obtenido	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS (JEFES Y JEFAS DE DIVISIÓN Y DEPARTAMENTO) SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA (JEFA DE DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA CLÍNICA) SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES (JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INTENDENCIA Y SERVICIO DE LAVANDERIA) DIRECCION DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO INSTITUCIONAL (JEFA DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO, JEFA DE DIVISIÓN DE ANATOMÍA PATOLÓGICA)		Recibe el resultado serológico del evento adverso. ¿El resultado es positivo a alguna enfermedad infectocontagiosa? Si: Refiere al personal de salud a Clínica Condensa o a Unidad de Derechohabiencia. TERMINA PROCEDIMIENTO No: Continúa en seguimiento serológico por un año. TERMINA PROCEDIMIENTO	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS (JEFAS Y JEFES DE DIVISIÓN Y DEPARTAMENTO)		Recibe el resultado serológico del evento adverso del paciente. ¿El resultado es positivo a alguna enfermedad infectocontagiosa? Si: Notifican al paciente y Solicitan Interconsulta a la División de Infectología. TERMINA PROCEDIMIENTO. No: Notifican al paciente y Continúa atención del paciente. TERMINA PROCEDIMIENTO	

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALARIA	13	<p>¿El resultado es positivo a alguna enfermedad infectocontagiosa?</p> <p>Si: Refiere al personal de salud a Clínica Condensa o a Unidad de derechohabencia. TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	
	14	<p>No: Continua en seguimiento serológico por un año.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>	

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS		Hoja: 9 de 15

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Política Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.	No aplica
Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). Prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de la salud – recomendaciones básicas. https://www3.paho.org	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia epidemiológica.	No aplica
Red Hospitalaria de Vigilancia epidemiológica. (2016). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHoVE.pdf	No aplica
Política y procedimiento de lavado e higiene de manos.	No aplica
Organización Mundial de la Salud, WHO Patient Safety & Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010) . Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://apps.who.int/iris/handle/10665/102536	No aplica
World Health Organization. (2016). Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. https://solucionesdesinfeccion.com/2016/12/15/guia-global-de-la-oms-para-la-prevencion-de-la-infeccion-de-herida-quirurgica/	No aplica
Cédula única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que sustituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión de los Estados Unidos Mexicanos.	No aplica
Política Uso de Tarjetas de Precauciones Basadas en la Transmisión.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Política Medidas para la Prevención de Infecciones de las Vías Urinarias Asociadas a Catéter Urinario.	No aplica
Política Medidas Preventivas para Infecciones en Áreas Quirúrgicas.	No aplica
Política Manejo de Contingencias con Punzo-Cortantes, Sangre y/o Líquidos Orgánicos.	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS		Hoja: 10 de 15

<p>Organización Panamericana de la salud-Organización Mundial de la Salud. (2017). La exposición ocupacional a patógenos transmitidos por la sangre entre los trabajadores. ile:///C:/Users/central.enfermeria/Downloads/Exposicion-ocupacional-a-patogenos-transmitidos-por-la-sangre.pdf</p>	No aplica
<p>Organización Internacional del trabajo (2019). Guía para trabajadores, Informar, registrar y notificar los accidentes y enfermedades de trabajo en México: Guía para los trabajadores. https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_346717/lang--es/index.htm</p>	No aplica
<p>Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México. (2019) Manual para Manejo Postexposición de Lesiones con Punzocortantes Contaminados.</p>	No aplica
<p>Ministerio de Salud. (2011) "Manual de Implementación del Programa de Prevención de Accidentes con Materiales Punzocortantes en Servicios de Salud". http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2920.pdf</p>	No aplica
<p>ISO 17664-1. (2021). Procesamiento de Productos para el cuidado de la salud-información que debe proporcionar el fabricante de dispositivos médicos para el procesamiento de dispositivos médicos.</p>	No aplica
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL- SSA1-2002, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos – infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.</p>	No aplica

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS		Hoja: 11 de 15

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de Accidentes en Trabajadores de la Salud.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Formato de registro de toma de muestras	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Formato de Laboratorio Clínico solicitud de estudios	3 años	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Diagnóstico Sindromático: procedimiento médico a través del cual se toman en cuenta, y de forma general los síntomas y rasgos de una determinada situación, condición o padecimiento.
- 8.2 Hoja de Atención médica de urgencias: Criterios para evaluar la sintomatología que presenta el paciente y los datos arrojados tras la exploración física; la correlación con los hallazgos, así como el plan inmediato y posterior a seguir.
- 8.3 Servicio de urgencias: conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.
- 8.4 Urgencia: a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.
- 8.5 Valoración Inicial: Valoración rápida para determinar si es urgencia real o sentida.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	NO APLICA	• NO APLICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS POR PUNZOCORTANTES, SALPICADURAS Y HERIDAS		Hoja: 12 de 15

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Formato de Accidentes en trabajadores de la salud
- 10.2 Registro de toma de muestra de eventos adversos
- 10.3 Solicitud de Laboratorio

10.3 SOLICITUD DE LABORATORIO



HOSPITAL GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
LABORATORIO CLÍNICO
SOLICITUD DE ESTUDIOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 No. DE REGISTRO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: F. ____ M. ____
 NOMBRE DEL MÉDICO: _____ TURNO: M. ____ V. ____ N. ____
 SERVICIO SOLICITANTE: _____
 DIAGNÓSTICO: _____ C. EXTERNA: _____ HOSPITALIZACIÓN: _____ URGENCIAS: _____ CAMA: _____

NO UTILIZAR PAPEL CARBÓN EN LA ELABORACIÓN DE ESTA SOLICITUD. GRACIAS.	
<p>HEMATOLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> 1569 BIOMETRÍA HEMÁTICA</p> <p><input type="checkbox"/> 1604 RECuento DE RETICULOCITOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1583 ESTUDIO DE PLASMOCLON</p> <p><input type="checkbox"/> 1635 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR</p> <p><input type="checkbox"/> 1535 EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1783 PROCALCITONINA</p> <p>HEMOSTASIA</p> <p><input type="checkbox"/> 1607 TIEMPO DE PROTROMBINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1609 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1608 TIEMPO DE TROMBINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1516 ANTITROMBINA II</p> <p><input type="checkbox"/> 1684 FIBRINOGENO</p> <p><input type="checkbox"/> 1532 DÍMERO D</p> <p><input type="checkbox"/> 1682 PROTEÍNAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1681 PROTEÍNA C GLOT</p> <p><input type="checkbox"/> 1660 ANTICoAGULANTE LÚPICO TAMIZAJE</p> <p><input type="checkbox"/> 1681 ANTICoAGULANTE LÚPICO CONFIRMATORIO</p> <p><input type="checkbox"/> 1677 FACTOR DE VON WILLEBRAND</p> <p><input type="checkbox"/> 1670 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VII</p> <p><input type="checkbox"/> 1671 CUANTIFICACIÓN DE FACTOR VIII</p> <p>BIOQUÍMICA</p> <p><input type="checkbox"/> 1588 GLUCOSA</p> <p><input type="checkbox"/> 1600 BUN</p> <p><input type="checkbox"/> 1572 CREATININA</p> <p><input type="checkbox"/> 1636 ÁCIDO ÚRICO</p> <p><input type="checkbox"/> 1635 SODIO</p> <p><input type="checkbox"/> 1546 POTASIO</p> <p><input type="checkbox"/> 1570 CLORURO</p> <p><input type="checkbox"/> 1566 CALCIO</p> <p><input type="checkbox"/> 1588 FÓSFORO</p> <p><input type="checkbox"/> 1598 MAGNESIO</p> <p><input type="checkbox"/> 1571 COLESTEROL TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1524 COLESTEROL HDL</p> <p><input type="checkbox"/> 1630 TRIGLICÉRIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1517 APOLIPOPROTEÍNA</p> <p><input type="checkbox"/> 1518 APOLIPOPROTEÍNA B</p> <p><input type="checkbox"/> 1594 HEMOGLOBINA GLICOSILADA</p> <p><input type="checkbox"/> 1545 GLUCOSA POSPRANDIAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1791 CURVA DE TOLERANCIA LA GLUCOSA 2 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1603 CURVA DE TOLERANCIA LA GLUCOSA 3 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1646 CURVA DE TOLERANCIA LA GLUCOSA 5 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1793 TAMIZ METABÓLICO</p> <p><input type="checkbox"/> 1550 INSULINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1525 CREATININA EN ORINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1526 CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS</p>	<p><input type="checkbox"/> 1529 DEPURACIÓN DE CREATININA ORINA 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1760 CISTATINA C</p> <p><input type="checkbox"/> 1500 ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1519 BUN EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1534 ELECTROLITOS EN ORINA 24 HORAS (Na, K, Cl)</p> <p><input type="checkbox"/> 1731 CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1543 FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1730 MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1505 AMLASA EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1502 ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1616 MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1563 BILIRRUBINA TOTAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1564 BILIRRUBINA DIRECTA</p> <p><input type="checkbox"/> 1602 PROTEÍNAS TOTALES</p> <p><input type="checkbox"/> 1503 ALBUMINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1503 ALT</p> <p><input type="checkbox"/> 1504 AST</p> <p><input type="checkbox"/> 1544 GGT</p> <p><input type="checkbox"/> 1585 FOSFATASA ALCALINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1576 LDH</p> <p><input type="checkbox"/> 1552 AMLASA</p> <p><input type="checkbox"/> 1615 LIPASA</p> <p><input type="checkbox"/> 1609 AMONIO</p> <p><input type="checkbox"/> 1573 CK</p> <p><input type="checkbox"/> 1574 CK MB</p> <p><input type="checkbox"/> 1617 MIOGLOBINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1631 TROPONINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1502 CINÉTICA DE HIERRO</p> <p><input type="checkbox"/> 1541 FERRITINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1611 TRANSFERRINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1590 HAPTÓGLOBINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1542 FOLATOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1634 VITAMINA B12</p> <p><input type="checkbox"/> 1643 PRISALBUMINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1581 EXAMEN GENERAL DE ORINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1765 PÉPTIDO NATRIURÉTICO TIPO B (BNP)</p> <p><input type="checkbox"/> 1601 PROTEÍNA C REACTIVA</p>

ZONA PARA EL SELLO DE PAGADO
FAVOR DE NO OBSTRUIR PETICION DE ESTUDIOS. GRACIAS

LICENCIA SANITARIA: 1014004

<p><input type="checkbox"/> 1555 ANTISTREPTOLISINAS</p> <p><input type="checkbox"/> 1583 FACTOR REUMATOIDE</p> <p><input type="checkbox"/> 1501 NIVELES DE ÁCIDO VALPROÍCO</p> <p><input type="checkbox"/> 1621 NIVELES DE CARBAMACEPINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1521 NIVELES DE DIOXINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1539 NIVELES DE FENTONIA</p> <p><input type="checkbox"/> 1540 NIVELES DE FENOBARBITAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1627 NIVELES DE TEOFILINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1582 ESTUDIO CITOQUÍMICO DE LIQ. BIOLÓGICOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1586 COMPLEMENTO 3</p> <p><input type="checkbox"/> 1567 COMPLEMENTO 4</p> <p><input type="checkbox"/> 1595 INMUNOGLOBULINA A</p> <p><input type="checkbox"/> 1596 INMUNOGLOBULINA G</p> <p><input type="checkbox"/> 1597 INMUNOGLOBULINA M</p> <p>INMUNOLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> 1549 INMUNOCLOBULINA E</p> <p><input type="checkbox"/> 1761 ACS. ANTIPEPTIDOGLICOCITRILINADO (ANTI-GCP)</p> <p><input type="checkbox"/> 1506 ACS. ANTI DNA</p> <p><input type="checkbox"/> 1507 ACS. ANTINUCLEARES</p> <p><input type="checkbox"/> 1508 ACS. ANTI RNP</p> <p><input type="checkbox"/> 1509 ACS. ANTI Sm</p> <p><input type="checkbox"/> 1510 ACS. ANTI SSA</p> <p><input type="checkbox"/> 1511 ACS. ANTI SSB</p> <p><input type="checkbox"/> 1515 ACS. ANTI MITOCONDRIA</p> <p><input type="checkbox"/> 1737 ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS G</p> <p><input type="checkbox"/> 1738 ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINAS M</p> <p><input type="checkbox"/> 1641 ACS. IgG ANTI MPD</p> <p><input type="checkbox"/> 1544 ACS. IgG ANTI PR3</p> <p><input type="checkbox"/> 1506 ACS. IgG ANTI CITOMEGALOVIRUS</p> <p><input type="checkbox"/> 1557 ACS. IgM ANTI CITOMEGALOVIRUS</p> <p><input type="checkbox"/> 1758 ACS. IgG 1 ANTI HERPES SIMPLE</p> <p><input type="checkbox"/> 1759 ACS. IgG 2 ANTI HERPES SIMPLE</p> <p><input type="checkbox"/> 1512 ACS. IgM ANTI RUBÉOLA</p> <p><input type="checkbox"/> 1559 ACS. IgG ANTI RUBÉOLA</p> <p><input type="checkbox"/> 1560 ACS. IgM ANTI RUBÉOLA</p> <p><input type="checkbox"/> 1561 ACS. IgM ANTI TOXOPLASMA</p> <p><input type="checkbox"/> 1562 ACS. IgM ANTI TOXOPLASMA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1613 ACS. V.I.H</p> <p><input type="checkbox"/> 1540 ACS. IgM ANTI HEPATITIS A</p> <p><input type="checkbox"/> 1513 ACS. ANTI ANTIGENO CORE DE LA HEPATITIS B</p> <p><input type="checkbox"/> 1647 ACS. IgM ANTI ANTIGENO CORE DE LA HEPATITIS B</p> <p><input type="checkbox"/> 1591 ACS. ANTI ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1514 ANTIGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B</p> <p><input type="checkbox"/> 1504 ACS. ANTI ANTIGENO e DE LA HEPATITIS B</p> <p><input type="checkbox"/> 1528 ANTIGENO e DE LA HEPATITIS B</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1562 ACS. ANTI HEPATITIS C</p> <p><input type="checkbox"/> 1612 ACS. ANTI Triponema pallidum</p> <p><input type="checkbox"/> 1622 REACCIONES FEBRILES</p> <p><input type="checkbox"/> 1717 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)</p> <p><input type="checkbox"/> 1720 HORMONA TRIODOTIRONINA (T 3)</p> <p><input type="checkbox"/> 1726 HORMONA TRIODOTIRONINA LIBRE (FT3)</p> <p><input type="checkbox"/> 1721 HORMONA TIROXINA (T4)</p> <p><input type="checkbox"/> 1722 HORMONA TIROXINA LIBRE (FT4)</p> <p><input type="checkbox"/> 1728 HORMONA TIROGLOBULINA (TG)</p> <p><input type="checkbox"/> 1705 ACS. ANTI PEROXIDASA</p> <p><input type="checkbox"/> 1787 ACS. ANTI PEROXIDASA</p> <p><input type="checkbox"/> 1784 PARATIRONINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1714 HORMONA ESTRADIOL (E2)</p>	<p>INMUNOLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> 1718 HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)</p> <p><input type="checkbox"/> 1719 HORMONA LUTEINIZANTE (LH)</p> <p><input type="checkbox"/> 1724 HORMONA PROGESTERONA</p> <p><input type="checkbox"/> 1725 HORMONA PROLACTINA (PRL)</p> <p><input type="checkbox"/> 1715 HORMONA SOMATOTROFICA GORIONICA HUMANA B</p> <p><input type="checkbox"/> 1727 HORMONA TESTOSTERONA</p> <p><input type="checkbox"/> 1716 HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANO (GH)</p> <p><input type="checkbox"/> 1712 CORTISOL</p> <p><input type="checkbox"/> 1713 DEHIDROANDROSTERONA SULFATADA (DHEA-S)</p> <p><input type="checkbox"/> 1708 ANTIGENO CARCINOEMBRIÓNARIO</p> <p><input type="checkbox"/> 1723 OSTASA FOSFATASA ALCALINA ÓSEA (SAP)</p> <p><input type="checkbox"/> 1708 ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL (PSA)</p> <p><input type="checkbox"/> 1710 ANTIGENO PROSTATICO ESP. FRACC. LIBRE (FPSA)</p> <p><input type="checkbox"/> 1704 ALFA FETO PROTEINA (AFP)</p> <p><input type="checkbox"/> 1706 ANTIGENO CA-125</p> <p><input type="checkbox"/> 1707 ANTIGENO CA-15-3</p> <p><input type="checkbox"/> 1711 ANTIGENO CA-19-9</p> <p>MICROBIOLOGÍA</p> <p><input type="checkbox"/> 1560 CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO</p> <p><input type="checkbox"/> 1536 CULTIVO DE NASAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1537 CULTIVO DE EXUDADO URETRAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1538 CULTIVO EXUDADO VAGINAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1620 CULTIVO DE MFCOPLASMA</p> <p><input type="checkbox"/> 1632 CULTIVO DE UREAPLASMA</p> <p><input type="checkbox"/> 1575 CHLAMYDIA</p> <p><input type="checkbox"/> 1691 CULTIVO DE EXUDADO VULVAR (Toma de muestra solo VULVA)</p> <p><input type="checkbox"/> 1693 CULTIVO DE HERIDAS O ABSCESOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1533 CULTIVO DE ESPERMA (ESPERMO CULTIVO)</p> <p><input type="checkbox"/> 1548 CULTIVO DE SANGRE (BEMOCULTIVO)</p> <p><input type="checkbox"/> 1619 CULTIVO DE MEDULA ÓSEA (MELOCULTIVO)</p> <p><input type="checkbox"/> 1633 CULTIVO DE ORINA (URO CULTIVO)</p> <p><input type="checkbox"/> 1692 CULTIVO DE HECES (FECALES) (CORPOCULTIVO)</p> <p><input type="checkbox"/> 1689 CULTIVO DE EXPECTORACION</p> <p><input type="checkbox"/> 1696 CULTIVO DE SECRECIÓN BRONQUIAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1696 CULTIVO DE LÍQUIDO CEFALORRAGÍDICO</p> <p><input type="checkbox"/> 1697 CULTIVO DE LÍQUIDOS BIOLÓGICOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1688 CULTIVO DE CATÉTER</p> <p><input type="checkbox"/> 1627 CULTIVO DE ANAEROBIOS</p> <p><input type="checkbox"/> 1685 CULTIVO AMBIENTAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1523 COAGULACIÓN DE LCR</p> <p><input type="checkbox"/> 1624 ROTAVIRUS</p> <p><input type="checkbox"/> 1629 TINTA CHINA</p> <p><input type="checkbox"/> 1657 BAAR EN EXPECTORACIÓN (TRES MUESTRAS)</p> <p><input type="checkbox"/> 1655 BAAR EN CONTENIDO GÁSTRICO</p> <p><input type="checkbox"/> 1656 BAAR EN LCR</p> <p><input type="checkbox"/> 1679 EXAMEN COPROPARASITOSCÓPICO (3 MUESTRAS)</p> <p><input type="checkbox"/> 1551 AMBA EN FRESCO</p> <p><input type="checkbox"/> 1606 TÉCNICA DE GRAMM (BARRIOS)</p> <p><input type="checkbox"/> 1598 LEUCOCITOS EN MOCO FECAL</p> <p><input type="checkbox"/> 1625 SANGRE OCULTA EN HECES</p> <p><input type="checkbox"/> 1577 ESPERMATOBIOSCOPIA DIRECTA</p> <p>CLAVES PARA PAGO DE ESTUDIOS DEL SERVICIO DE MEDICINA TRANSFUSIONAL</p> <p><input type="checkbox"/> 2603 GPO Rn</p> <p><input type="checkbox"/> 2607 COOMBS DIRECTO</p> <p><input type="checkbox"/> 2608 COOMBS INDIRECTO</p>
---	--

LICENCIA SANITARIA: 1014004

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 1 de 12

4. PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 2 de 12

1. PROPÓSITO

Planear el Programa de Capacitación en materia de Residuos Peligrosos Biológicos Infecciosos a todo personal de salud, y de esta forma disminuir el riesgo biológico, tanto para el personal de salud como para todo usuario del Hospital General Dr. Manuel Gea González.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a las Subdirecciones médicas responsables de seguir la normatividad vigente en materia del manejo de RPBI, la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsables de seguir los lineamientos establecidos en el manejo de RPBI, el Departamento de Docencia e Investigación en enfermería y la Subdirección de Enseñanza a través de la División Médica Continua responsables de participar en la programación de las capacitaciones, la Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Intendencia (Servicio de RPBI) responsable de ejecutar el Programa de Capacitación en servicio y la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva responsable vigilar el apego a la normativa en materia de residuos peligrosos biológicos infecciosos.
- 2.2 A nivel externo aplica a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de apoyar en la programación para la capacitación de todo personal de salud en materia de Residuos Peligrosos Infecciosos.
- 3.2 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de integrar el informe de capacitación prevención y control de infecciones (RPBI) para el CODECIN.
- 3.3 Las Subdirecciones Medicas a través de sus Jefaturas de División y Departamento son responsables de acudir a toda capacitación en materia de residuos peligrosos biológicos infecciosos.
- 3.4 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de acudir a toda capacitación en materia de residuos peligrosos biológicos infecciosos.
- 3.5 La Dirección de Integración y Desarrollo Institucional a través del Departamento de Laboratorio y la División de Radiología e Imagen son responsables de acudir a toda capacitación en materia de residuos peligrosos biológicos infecciosos.
- 3.6 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Docencia e Investigación en enfermería es responsable de participar en la programación para la capacitación de todo personal de salud en materia de Residuos Peligrosos Infecciosos.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 3 de 12

- 3.7 La Subdirección de Servicios Generales a través del Departamento de Intendencia (Servicio de RPBI) es responsable de participar en la programación para la capacitación de todo personal de salud en materia de Residuos Peligrosos Infecciosos.
- 3.8 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria es responsable de enviar el informe mensual de Capacitación en Prevención y Control de infecciones (PCI) a la División Médica Continua.
- 3.9 La Subdirección de Enseñanza en conjunto con la División de Educación Médica Continua es responsable de enviar trimestralmente a la Subdirección de Planeación el Informe de Evaluación de cumplimiento de Metas para la CCINSHAE.

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

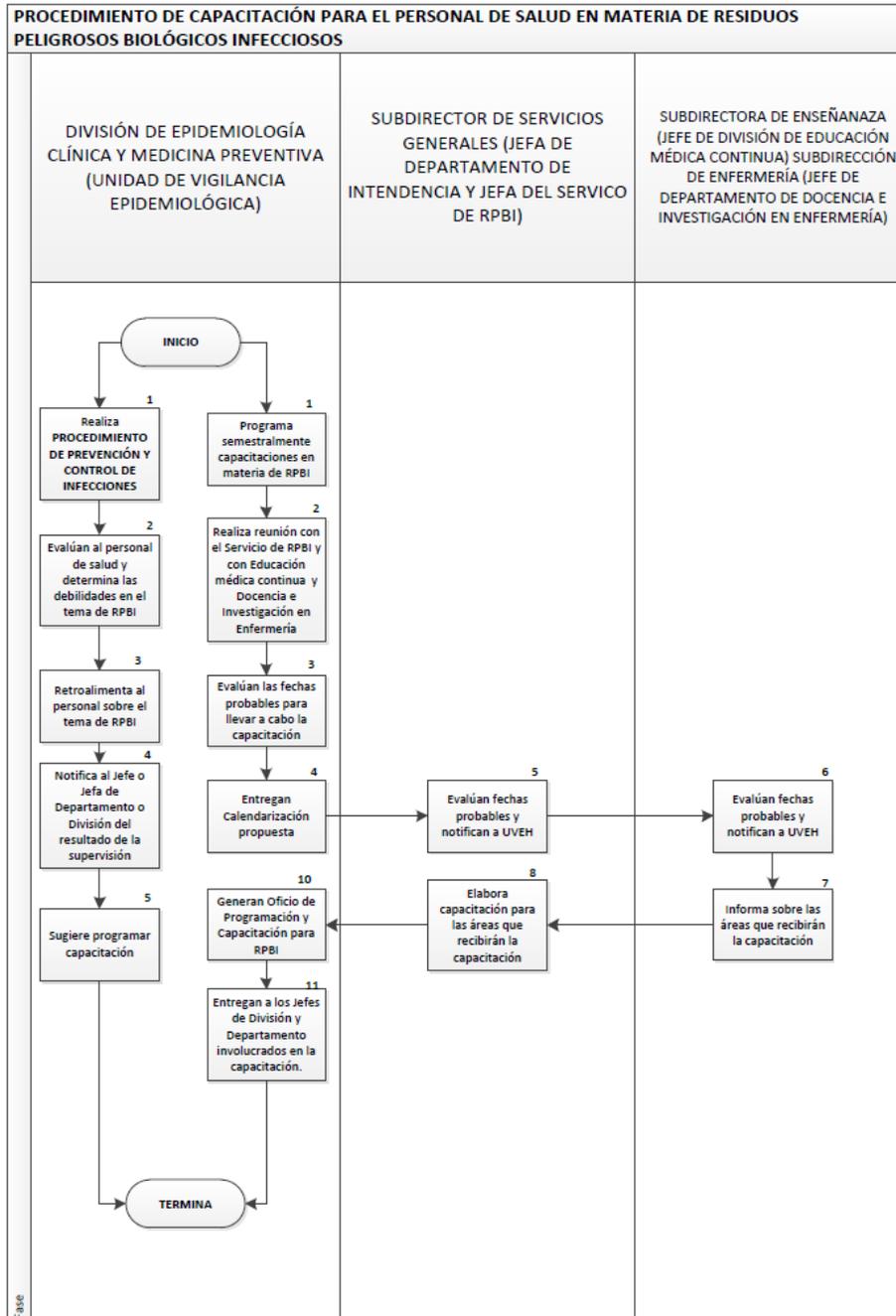
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA (UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA)	1	Realiza PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES	
	2	Evalúan al personal de salud y determina las debilidades en el tema de RPBI	
	3	Retroalimenta al personal sobre el tema de RPBI	
	4	Notifica al Jefe o Jefa de Departamento o División del resultado de la supervisión	
	5	Sugiere programar capacitación	
		TERMINA PROCEDIMIENTO	

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA (UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA)	1	Programa semestralmente capacitaciones en materia de RPBI	
	2	Realiza reunión con el servicio de RPBI y con Educación Médica continua y Docencia e Investigación en Enfermería	
	3	Evalúan las fechas probables para llevar a cabo la capacitación	
	4	Entregan calendarización propuesta	
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS GENERALES (JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INTENDENCIA Y JEFA DEL SERVICIO DE RPBI)	5	Evalúan fechas probables y notifican a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.	

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o Anexo
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA (JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA) SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA (JEFE DE DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA)	6	Evalúan fechas probables y Notifican a Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria	
	7	Informa sobre las áreas que recibirán la capacitación	
SUBDIRECTOR DE SERVICIOS GENERALES (JEFA DEL DEPARTAMENTO DE INTENDENCIA Y JEFA DEL SERVICIO DE RPBI)	8	Elabora capacitación para las áreas que recibirán capacitación	
DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA (UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA)	9	Generan Oficio de Programación y Capacitación para las áreas que recibirán capacitación	
	10	Entregan a los Jefes de División y Departamento involucrados en la capacitación	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5. DIAGRAMA DE FLUJO



 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGIA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 7 de 12

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Política Vigilancia Epidemiológica	No aplica
Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). Prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de la salud – recomendaciones básicas. https://www3.paho.org	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia epidemiológica.	No aplica
Red Hospitalaria de Vigilancia epidemiológica. (2016). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHoVE.pdf	No aplica
Organización Mundial de la Salud, WHO Patient Safety & Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010) . Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://apps.who.int/iris/handle/10665/102536	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que sustituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión de los Estados Unidos Mexicanos.	No aplica
Política Uso de Tarjetas de Precauciones Basadas en la Transmisión.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Política Manejo de Contingencias con Punzo-Cortantes, Sangre y/o Líquidos Orgánicos.	No aplica
Secretaría de Salud. (2019). Manual para la Implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/protocolo_sonda_vesical.pdf	No aplica

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 8 de 12

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Registro de Asistentes a Pláticas de Capacitación, Talleres y Ponencias.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica.
Tarjetas de Precauciones Basadas en la Transmisión.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica.
Formato de Educación, orientación y capacitación a pacientes y familiares.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica.

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 Diagnóstico Sindromático: procedimiento médico a través del cual se toman en cuenta, y de forma general los síntomas y rasgos de una determinada situación, condición o padecimiento.
- 8.2 Hoja de Atención médica de urgencias: Criterios para evaluar la sintomatología que presenta el paciente y los datos arrojados tras la exploración física; la correlación con los hallazgos, así como el plan inmediato y posterior a seguir.
- 8.3 Servicio de urgencias: conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.
- 8.4 Urgencia: a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.
- 8.5 Valoración Inicial: Valoración rápida para determinar si es urgencia real o sentida.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	NO APLICA	• NO APLICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 9 de 12

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

- 10.1 Registro de Asistentes a pláticas de Capacitación, talleres y Ponencias
- 10.2 Tarjetas de Precauciones basadas en la transmisión
- 10.3 Formato de Educación, orientación y capacitación a pacientes y familiares

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 10 de 12

10.1 REGISTRO DE ASISTENTES A PLÁTICAS DE CAPACITACIÓN, TALLERES Y PONENCIAS. (ANVERSO Y REVERSO)

 HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA REGISTRO DE ASISTENTES A PLÁTICAS DE CAPACITACIÓN, TALLERES Y PONENCIAS								
Tema:								Fecha:
No.	NOMBRE	EDAD		CARGO	NUM. EMPLEADO	SERVICIO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
		M	F					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Calle de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México
Tel. 4000-3000 extensiões 6301 y 6275
www.hospitalgea.salud.gob.mx


 Hospital General Dr. Manuel Gea González
 Subdirección de Enfermería
 Departamento de Docencia e Investigación en Enfermería

FORMATO PARA EL CONTROL DE PONENCIAS, TALLERES Y DEMOSTRACIONES

FECHA: _____ HORARIO: _____

TURNO: _____ LUGAR: _____

PONENCIA: _____

DEMOSTRACIÓN: _____

TALLER: _____

PONENTE: _____

REFERENCIA: _____

OBJETIVO: _____

PERSONAL DE ENFERMERÍA ASISTENTES:

JEFE DE SERVICIO: _____ AUXILIAR DE ENFERMERÍA: _____

ENF. ESPECIALISTA: _____ PASANTES DE ENFERMERÍA: _____

ENF GENERAL: _____ CAMILLEROS: _____

OTRO PERSONAL ASISTENTE (especificar): _____ TOTAL: _____

OBSERVACIONES: _____

COORDINÓ: _____

Calle de Tlalpan 4800, Col. Sección XVI, Alcaldía de Tlalpan, C.P. 14080, Ciudad de México
Tel. 151 4000 3000, ext. 3002 y 3000, www.gob.mx/salud/hospitalgea



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS BIOLÓGICOS INFECCIOSOS		Hoja: 11 de 12

10.2 TARJETAS DE PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **PRECAUCIONES ESTÁNDAR** **gea hospital**

Utilizar en todos los pacientes

Medidas a realizar:

- 1 Lavado o higiene de manos**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- 2 Uso de guantes**
(Al realizar procedimientos invasivos o antes del contacto con secreciones corporales)
- 3 Uso de mascarilla quirúrgica**
(En pacientes con síntomas respiratorios)
- 4 Uso de bata y lentes**
(Únicamente en salpicaduras)
- 5 Manejo adecuado del RPBI**
(Incluidos punzocortantes)
- 6 Limpieza y desinfección**
(Diaria, en las superficies de alto contacto)

(Gracias por cuidar esta tarjeta)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **PRECAUCIONES POR GOTAS PLUS** **gea hospital**

Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes con infecciones por:

SARS-CoV-2

- 1 Lavado de manos con agua y jabón**
(De acuerdo a los 5 momentos OMS)
- 2 Uso de bata**
(cuando se ingrese a la habitación y solo en salpicaduras)
- 3 Uso de respirador N95**
(antes de realizar procedimientos con riesgo de aerosoles).
- 4 Uso de mascarilla quirúrgica obligatoria**
(Fuera del ambiente del paciente)
- 5 Uso de protección ocular**
- 6 Uso de guantes**
(Únicamente en contacto con fluidos del paciente)
- 7 El personal debe estar Vacunado contra COVID-19**

(Cuida esta tarjeta!)

Seguimos que Salvan Vidas ¡Lava tus manos!

Nombre: _____
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **PRECAUCIONES POR CONTACTO** **gea hospital**

Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes que cursan con infecciones por bacterias multirresistentes, diarrea por *C. difficile*, Pediculosis, Zóster, Absceso abierto mayor y Úlceras por presión infectadas.

Medidas a realizar:

- 1 Lavado de manos con agua y jabón obligatorio**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- 2 Uso de guantes**
(Al contacto con el paciente y/o su entorno)
- 3 Uso de bata obligatorio**
- 4 Desechar guantes**
(En la bolsa roja dentro de la habitación)
- 5 Mantener puerta cerrada**

Nombre: _____ Cuarto aislado
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____ *(Gracias por cuidar esta tarjeta)*

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **PRECAUCIONES PARA VIA AÉREA** **gea hospital**

Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes que cursan con infecciones por: Tuberculosis pulmonar, Varicela zóster o Sarampión

Medidas a realizar:

- 1 Lavado o higiene de manos**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- 2 Uso de respirador N95 obligatorio**
- 3 Uso de bata**
(Únicamente en salpicaduras)
- 4 Mantener puerta cerrada**

Nombre: _____ Cuarto aislado
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____ *(Gracias por cuidar esta tarjeta)*

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **PRECAUCIONES POR GOTAS** **gea hospital**

Utilizar junto con precauciones estándar

Aplicar en pacientes que cursan con infecciones por: Influenza, Tosferina, Escarlatina, Rubéola, Parotiditis, *N. meningitidis*.

Medidas a realizar:

- 1 Lavado o higiene de manos**
(De acuerdo a los 5 momentos)
- 2 Uso de mascarilla quirúrgica obligatorio**
(Antes de entrar a la habitación).
- 3 Uso de bata y lentes**
(Únicamente en salpicaduras)
- 4 Mantener puerta cerrada**

Nombre: _____ Cuarto aislado
FN: ___/___/___ Cama: ___ FA: ___/___/___
Motivo: _____ *(Gracias por cuidar esta tarjeta)*

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 1 de 14

5. PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 2 de 14

1. PROPÓSITO

Establecer el protocolo para los procesos de aplicación, manejo y conservación de biológicos en la unidad hospitalaria.

2. ALCANCE

- 2.1 A nivel interno el procedimiento aplica a las Subdirecciones médicas responsables de seguir la normatividad vigente en materia de medicina preventiva, la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica responsables de seguir los lineamientos establecidos en la atención de enfermería para la aplicación, manejo y conservación del biológico, la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva responsable de normar y establecer los lineamientos para la aplicación, manejo y conservación del biológico.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y la Jurisdicción Sanitaria responsables de conjuntar toda la información epidemiológica.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva es responsable de realizar la programación anual / mensual, ante las instituciones correspondientes para la dotación del biológico a nuestra unidad hospitalaria.
- 3.2 Las Subdirecciones médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento, así como La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria son responsables de reportar un Evento Supuestamente Atribuible a Vacunación dentro de las primeras 24 horas a la Dirección Médica de la Institución y a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan.
- 3.3 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina preventiva, en coordinación con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria es responsable de verificar el cumplimiento del personal de enfermería para seguir los protocolos de limpieza y desinfección del proceso de aplicación de biológico en el personal de salud.
- 3.4 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva es responsable de verificar que se cumplan los trámites administrativos para la solicitud de insumos necesarios ante las instancias correspondientes para la disponibilidad de biológicos en nuestra unidad hospitalaria.
- 3.5 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina preventiva es responsable de contar con registro completos y oportunos en materia de la normatividad vigente en las actividades del personal de enfermería y médicos durante el proceso de aplicación de biológico (vacunación) según corresponda.
- 3.6 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento son responsables de apegarse a la normativa vigente para la aplicación, manejo y conservación de biológicos, establecidas por la División de Epidemiología Clínica y Medicina preventiva en concordancia con la normatividad federal vigente.
- 3.7 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva es responsable de concentrar, integrar, validar, analizar, difundir, realizar reportes

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 3 de 14

correspondientes referentes a la aplicación, manejo y conservación de biológicos en nuestra unidad hospitalaria a las instancias establecidas por la normatividad vigente.

- 3.8 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica en coordinación con la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva es responsable de designar al personal vacunador para la aplicación, manejo y conservación del biológico en la unidad hospitalaria.
- 3.9 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, así como la Subdirección de Servicios Generales a través del Servicio de RPBI son responsables de dar una adecuada disposición y manejo a los materiales infectocontagiosos conforme a la normatividad y políticas establecidas.
- 3.10 Las Subdirecciones Médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento, así como La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica son responsables de seguir durante la atención medica brindada en el servicio de Medicina Preventiva del hospital, los lineamientos establecidos en el Manual de Políticas y Procedimientos para lavado de manos universal.
- 3.11 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina preventiva es responsable de implementar campañas que concienticen al personal en la importancia de la aplicación del biológico.
- 3.12 Las Subdirecciones médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento, así como La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva son responsables de dar cumplimiento a la agenda programada para la aplicación de biológico establecida en la apertura programática anual correspondiente.
- 3.14 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina preventiva es responsable de establecer los lineamientos generales para la aplicación, manejo y conservación de productos biológicos en la unidad hospitalaria.
- 3.15 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Hospitalaria y Medicina Preventiva en coordinación con la Subdirección de Enseñanza y Capacitación Continua es responsable de capacitar a los trabajadores de salud vacunadores cada 6 meses para la aplicación, manejo y conservación del biológico basada en la evidencia científica y la normativa vigente.
- 3.16 La Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería Clínica, así como la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina preventiva son responsables de garantizar la conservación y manejo de la red de frío a los biológicos disponibles en la unidad hospitalaria.
- 3.17 Las Subdirecciones médicas a través de las Jefaturas de División y Departamento, son responsables de dar aviso a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica en caso de eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización, así como es responsabilidad de la Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Clínica y Medicina Preventiva dar notificación a la Jurisdicción Sanitaria de éstos eventos.
- 3.18 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Hospitalaria y Medicina Preventiva es responsable de difundir y notificar al Comité de Infecciones Asociadas a la atención de la salud (CODECIN) las actividades conforme a la normatividad vigente.
- 3.19 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Hospitalaria y Medicina Preventiva es responsable de realizar la programación del biológico de manera anual, mesual, semanal o como corresponda ante las instancias que doten el biológico.
- 3.20 La Subdirección de Epidemiología e Infectología a través de la División de Epidemiología Hospitalaria y Medicina Preventiva es responsable de recibir los biológicos conforme a normativa de red de frío, así mismo,

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 4 de 14

en coordinación con la Subdirección de Enfermería a través del Departamento de Enfermería clínica son responsables de la aplicación, manejo y conservación del biológico apegándose a la normatividad vigente.

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

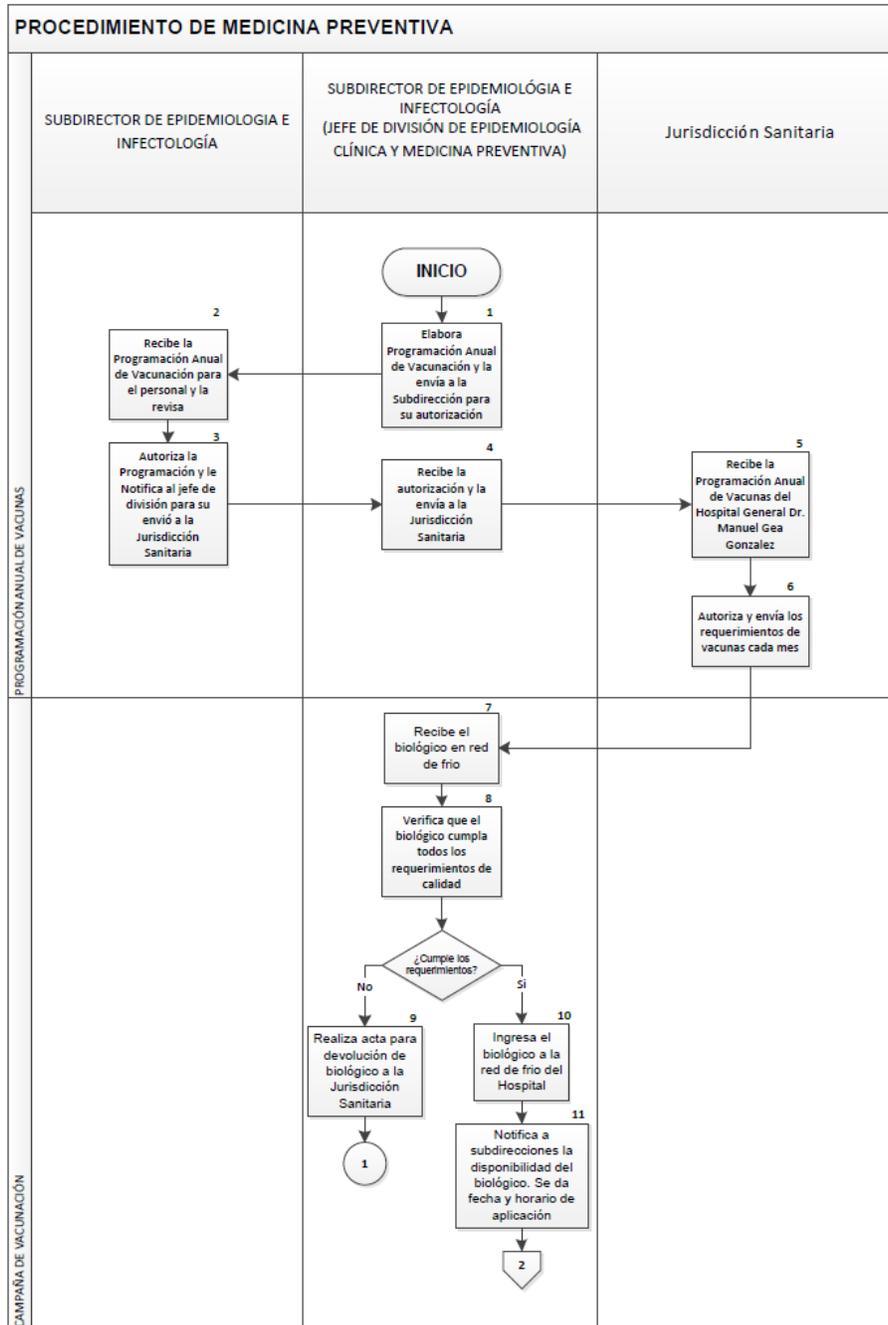
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

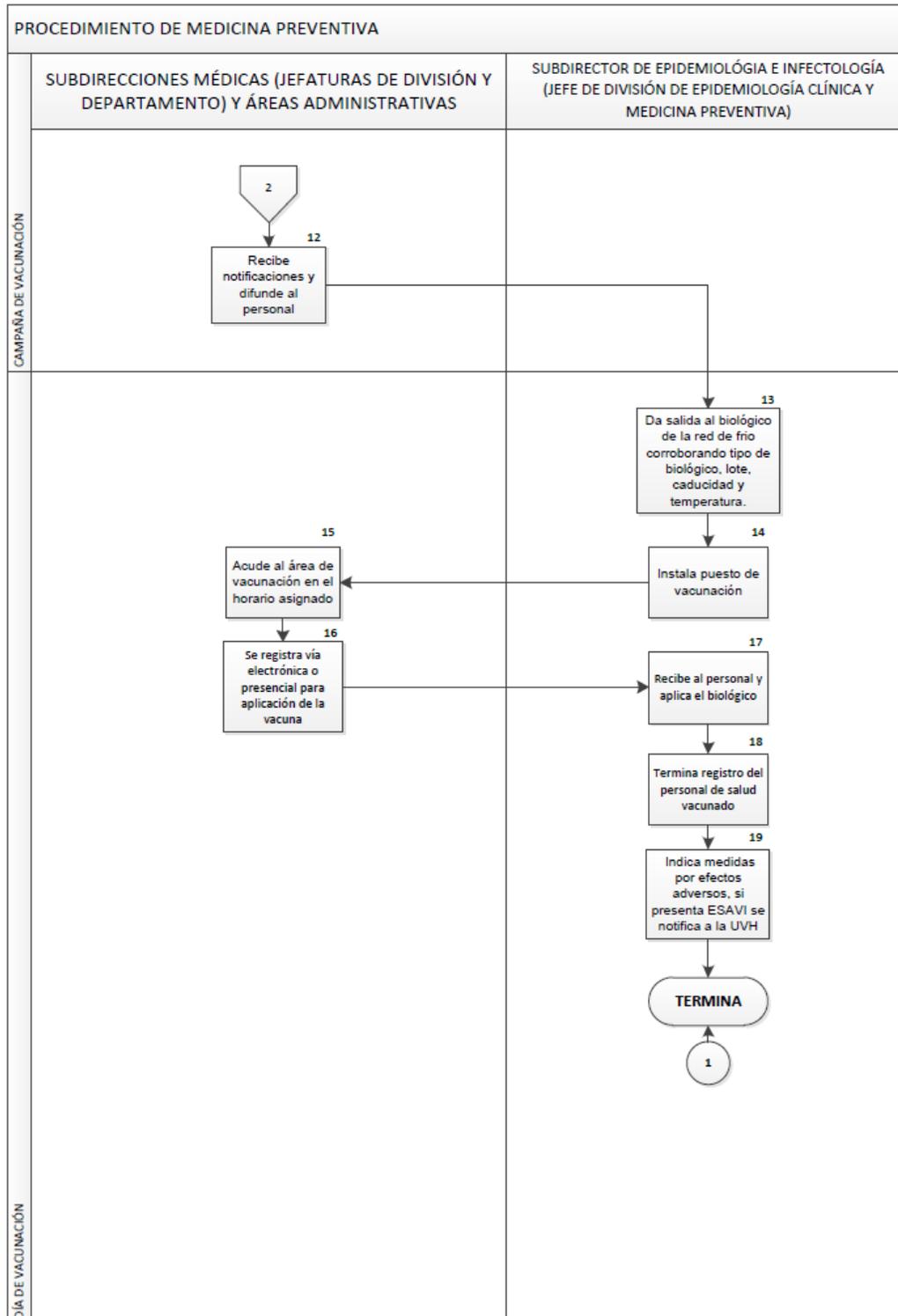
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
PROGRAMACIÓN ANUAL DE VACUNACIÓN			
SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA (JEFE DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA)	1	Elabora Programación anual de vacunación y la envía a la Subdirección para su autorización	
SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA	2	Recibe la Programación Anual de Vacunación para el personal y la revisa	
	3	Autoriza la Programación y le notifica al Jefe de la División para su envío a la Jurisdicción Sanitaria	
SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA (JEFE DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA)	4	Recibe la autorización y envía a la Jurisdicción Sanitaria	
JURISDICCIÓN SANITARIA	5	Recibe la Programación anual de Vacunas del Hospital General Dr. Manuel Gea González	
	6	Autoriza y envía los requerimientos de vacuna cada mes	
CAMPAÑA DE VACUNACIÓN			
SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA (JEFE DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA)	7	Recibe el biológico en red de frío	Expediente clínico
	8	Verifica que el biológico cumpla todos los requerimientos de calidad ¿Cumple los requerimientos?	
	9	No: Realiza acta para devolución de biológico a la Jurisdicción Sanitaria. TERMINA PROCEDIMIENTO	

	PROCEDIMIENTO
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento o anexo
	10	Si: Ingresa el biológico a la red de frio del Hospital	
	11	Notifica a las subdirecciones la disponibilidad del biológico. Se da fecha y horario de aplicación	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS (JEFATURAS DE DIVISIÓN Y DEPARTAMENTO Y ÁREAS ADMINISTRATIVAS)	12	Recibe notificaciones y difunde al personal	
DÍA DE VACUNACIÓN			
SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA (JEFE DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA)	13	Da salida al biológico de la red de frio corroborando tipo de biológico, lote, caducidad y temperatura.	
	14	Instala puesto de vacunación en la unidad de vacunación intrahospitalaria	
SUBDIRECCIONES MÉDICAS (JEFATURAS DE DIVISIÓN Y DEPARTAMENTO Y ÁREAS ADMINISTRATIVAS)	15	Acude al área de vacunación en el horario asignado	
	16	Se registra vía electrónica o presencial para aplicación de la vacuna	
SUBDIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA E INFECTOLOGÍA (JEFE DE DIVISIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y MEDICINA PREVENTIVA)	17	Recibe al personal y aplica el biológico	
	18	Termina registro del personal de salud vacunado	
	19	Indica medidas por efectos adversos, si presenta ESAVI se notifica a la UVEH.	
TERMINA PROCEDIMIENTO			

5. DIAGRAMA DE FLUJO





 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 9 de 14

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Política Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.	No aplica
Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2018). Prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención de la salud – recomendaciones básicas. https://www3.paho.org	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia epidemiológica.	No aplica
Red Hospitalaria de Vigilancia epidemiológica. (2016). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/28_Manual_RHoVE.pdf	No aplica
Política y procedimiento de lavado e higiene de manos.	No aplica
Organización Mundial de la Salud, WHO Patient Safety & Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010) . Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://apps.who.int/iris/handle/10665/102536	No aplica
World Health Organization. (2016). Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. https://solucionesdesinfeccion.com/2016/12/15/guia-global-de-la-oms-para-la-prevencion-de-la-infeccion-de-herida-quirurgica/	No aplica
Cédula única de Gestión de los Paquetes de Acciones Preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que sustituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión de los Estados Unidos Mexicanos.	No aplica
Política Uso de Tarjetas de Precauciones Basadas en la Transmisión.	No aplica
Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones.	No aplica
Política Medidas para la Prevención de Infecciones de las Vías Urinarias Asociadas a Catéter Urinario.	No aplica
Política Medidas Preventivas para Infecciones en Áreas Quirúrgicas.	No aplica
Política Manejo de Contingencias con Punzo-Cortantes, Sangre y/o Líquidos Orgánicos.	No aplica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 10 de 14

<p>Organización Panamericana de la salud-Organización Mundial de la Salud. (2017). La exposición ocupacional a patógenos transmitidos por la sangre entre los trabajadores. ile:///C:/Users/central.enfermeria/Downloads/Exposicion-ocupacional-a-patogenos-transmitidos-por-la-sangre.pdf</p>	No aplica
<p>Organización Internacional del trabajo (2019). Guía para trabajadores, Informar, registrar y notificar los accidentes y enfermedades de trabajo en México: Guía para los trabajadores. https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_346717/lang--es/index.htm</p>	No aplica
<p>Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México. (2019) Manual para Manejo Postexposición de Lesiones con Punzocortantes Contaminados.</p>	No aplica
<p>Ministerio de Salud. (2011) “Manual de Implementación del Programa de Prevención de Accidentes con Materiales Punzocortantes en Servicios de Salud”. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2920.pdf</p>	
<p>ISO 17664-1. (2021). Procesamiento de Productos para el cuidado de la salud-información que debe proporcionar el fabricante de dispositivos médicos para el procesamiento de dispositivos médicos.</p>	No aplica
<p>Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL- SSA1-2002, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos – infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.</p>	No aplica
<p>Manual de Vacunación 2021. Centro Nacional para la Salud de la infancia y la Adolescencia. Secretaría de Salud</p>	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato de Accidentes en Trabajadores de la Salud.	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Formato de registro de toma de muestras	3 años.	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica
Formato de Laboratorio Clínico solicitud de estudios	3 años	Subdirección de Epidemiología e Infectología.	No aplica

 SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 11 de 14

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

- 8.1 **Insumos para la vacunación:** Recursos materiales desechables, que se utilizan para la aplicación de biológicos, incluyendo estos mismos, así como torundas, alcohol, jeringas y agujas.
- 8.2 **Cartilla Nacional de Salud:** Documento gratuito, único e individual, expedido por la autoridad sanitaria para su uso en toda la República Mexicana, que se utiliza para el registro y control de las acciones en salud, así como, los tipos y dosis de vacunas aplicadas al titular según los diferentes grupos de edad y etapas de la vida.
- 8.3 **Censo nominal:** es la fuente primaria del Sistema de Información de las actividades de Vacunación Universal, donde se registran el nombre, edad, domicilio, esquema de vacunación y otras acciones que realizan las instituciones del sistema nacional de salud en beneficio de la población.
- 8.4 **Esquema completo de vacunación:** al tipo, número de vacunas, dosis y refuerzos establecidos que debe recibir la población de acuerdo con su edad.
- 8.5 **Evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI):** Manifestación clínica o evento médico que ocurre después de la vacunación y es supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización. La temporalidad dependerá de cada una de las vacunas.
- 8.6 **Programa de Vacunación Universal:** Política sanitaria del Gobierno Federal que tiene como objetivo lograr la protección de la población, mediante la aplicación del esquema completo de vacunación. Establece los criterios y procedimientos para lograr el control, eliminación o erradicación de enfermedades prevenibles por vacunación, así como la población blanco a quienes se aplicará para cada uno de los biológicos incluidos en el programa.
- 8.7 **Red o cadena de frío:** sistema logístico que comprende personal, infraestructura, equipo y procedimientos para almacenar, transportar y mantener los biológicos en condiciones adecuadas a temperatura, desde su fabricación hasta su aplicación.
- 8.8 **Residuo peligroso biológico-infeccioso (RPBI):** el que contiene bacterias, virus y otros microorganismos, que se generan en establecimientos de atención médica, con capacidad de causar infección, o el que contienen o puede contener toxinas, producidas por microorganismos, que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente.
- 8.9 **Vacuna:** preparación biológica destinada a generar inmunidad contra una enfermedad mediante la producción de anticuerpos, para eliminar, prevenir o controlar estados patológicos.
- 8.10 **Vacunación:** aplicación de un producto inmunizante a un organismo con objeto de protegerlo contra el riesgo de una enfermedad determinada, esta acción no necesariamente produce inmunización, ya que la respuesta inmune varía de un individuo a otro.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
0	NO APLICA	• NO APLICA

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		Rev. 0
	SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGIA E INFECTOLOGÍA		
	PROCEDIMIENTO DE MEDICINA PREVENTIVA		Hoja: 12 de 14

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Censo Nominal de aplicación del biológico.

