

SECRETARIA DE SALUD

RESPUESTAS a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicado el 7 de agosto de 2006.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

RESPUESTAS A LOS COMENTARIOS RECIBIDOS RESPECTO DEL PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-045-SSA2-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL 7 DE AGOSTO DE 2006.

OSCAR VELAZQUEZ MONROY, Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 30. fracción XVII, I3, Apartado A), fracción I, 133 fracción I, y 141 de la Ley General de Salud; 47 fracción III, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y 2, literal C, fracción VII, 36, 38 fracciones V y XXII, y 45 fracciones I y VII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, ordena la publicación de las respuestas a los comentarios recibidos respecto del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de agosto de 2006.

Como resultado del análisis que realizó el Subcomité de Vigilancia Epidemiológica de los comentarios recibidos por los diferentes promoventes, se ha considerado dar respuesta a los mismos en los siguientes términos:

PROMOVENTE	COMENTARIO	RESPUESTA
PISA FARMACEUTICA MEXICANA		
	3.1.5 Brote epidemiológico de infección nosocomial: ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida <i>por el paciente o por el personal de salud</i> en la unidad hospitalaria...	Se acepta la propuesta de cambio. La redacción sería la siguiente: 3.1.5 Brote epidemiológico de infección nosocomial: ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida <i>por el paciente o por el personal de salud</i> en la unidad hospitalaria...
	3.1.7 Caso de infección nosocomial: a la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en período de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital. y a la condición resultante de un accidente laboral causado por agujas tales como jeringas hipodérmicas, agujas para extracción de sangre, sondas intravenosas y agujas utilizadas para conectar partes del sistema de goteo intravenoso.	Se acepta parcialmente. La redacción sería la siguiente: 3.1.7 Caso de infección nosocomial: a la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en período de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital. Se consideran casos de infección nosocomial a los que adquiera el personal de salud y que ocurran al sufrir accidentes con objetos punzocortantes o por otro mecanismo de transmisión
	3.1.9 Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales: al organismo conformado por epidemiólogos, microbiólogos, farmacéuticos, enfermeras y/o infectólogos, en su caso, clínicos y administradores de servicios en salud <i>Se deben hacer monitoreos Microbiológicos periódicos de las instalaciones y equipo en áreas críticas.</i>	Se acepta la propuesta de incluir a otro personal y no se acepta la de realizar monitoreos microbiológicos periódicos La redacción sería la siguiente 3.1.9 Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales: al organismo conformado por epidemiólogos, enfermeras y/o infectólogos, en su caso, clínicos, administradores de servicios en salud y de otras áreas pertinentes como microbiología, farmacia, etc., que coordinan las actividades de.....

	3.1.9.1 <i>Personal de salud: incluye a los médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y personal odontológico, proveedores de cuidado prehospitalario, y encargados de limpieza, lavandería y mantenimiento.</i>	No se acepta la propuesta de cambio.
	3.1.10 Contacto de infección nosocomial: a la persona ya sea <i>paciente y/o personal de salud</i> cuya asociación con uno o más casos de infección nosocomial, la sitúe en riesgo de contraer el o los agentes infectantes.	Se acepta. La redacción sería la siguiente: 3.1.10 Contacto de infección nosocomial: a la persona, <i>paciente o personal de salud</i> , cuya asociación con uno o más casos de infección nosocomial, la sitúe en riesgo de contraer el o los agentes infectantes.
	3.1.11 Control de infección nosocomial: a las acciones y <i>utilización de recursos y/o equipos</i> encaminadas a limitar la ocurrencia de casos y evitar su propagación <i>en el hospital utilizando por ejemplo dispositivos libres del uso de agujas.</i>	No se acepta la propuesta.
	3.1.18 Factores de riesgo de infección nosocomial: condiciones que se asocian con la probabilidad de ocurrencia de infección nosocomial, dentro de las que se encuentran procedimientos diagnósticos y terapéuticos, <i>conjunto de elementos que intervienen en la infusión de una solución intravenosa al paciente, múltiples manipulaciones durante la terapia de infusión,</i>	No se acepta la propuesta..
	3.1.21 Infección nosocomial: <i>Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.</i>	Se acepta parcialmente. La redacción sería la siguiente: 3.1.21 Infección nosocomial: a la multiplicación de un patógeno <i>en el paciente o en el trabajador de la salud</i> , que puede o no dar sintomatología, y que fue adquirido <i>dentro del hospital o unidad médica.</i>
	3.1.25 Prevención de infección nosocomial: a la aplicación de medidas para evitar o disminuir las infecciones nosocomiales y evitar el uso de dispositivos con agujas cuando existan alternativas seguras y efectivas que previenen pinchazos accidentales en el personal de salud que pueden traer como consecuencia la adquisición de infecciones graves que pueden ser mortales, tales como virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C o virus de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).	Se acepta parcialmente la propuesta y la redacción sería la siguiente: 3.1.25 Prevención de infección nosocomial: a la aplicación de medidas para evitar o disminuir <i>el riesgo de adquirir y/o diseminar</i> las infecciones nosocomiales.

	3.1.28 Sistema integral en terapia de infusión: Se define como... ...extensiones en Y <i>dispositivos libres de agujas</i> y otros. Se seleccionarán y emplearán sólo aquellos elementos cuyas características de diseño y desarrollo tecnológico, aceptados por la autoridad <i>competente</i>, promuevan la reducción de riesgos de contaminación y/o accidentes	Se acepta la corrección relativa a la autoridad. La redacción sería la siguiente: 3.1.28 Sistema integral en terapia de infusión: Se define como el conjunto de elementos que....Se seleccionarán y emplearán sólo.... elementos cuyas características de diseño y desarrollo tecnológico, aceptados por la autoridad <i>competente</i>
	El promovente sugiere agregar estos 3 incisos: <i>f.- Notificación inmediata de accidente laboral ocasionado por algún dispositivo con aguja y otros elementos filosos.</i> <i>g.- Notificación inmediata de infecciones transmitidas por la sangre vinculadas al uso de dispositivos con aguja.</i> <i>h.- Asegurarse que el personal de salud reciba la debida instrucción acerca del uso y eliminación seguro de los dispositivos con aguja y otros elementos filosos</i>	No se acepta la propuesta. En el inciso c, se hace la siguiente corrección: c. Notificación mensual de casos y defunciones <i>por IN</i>.
	6.9.1 El diagnóstico se establece en un paciente con fiebre, hipotermia o distermia con hemocultivo positivo. Este diagnóstico también puede darse aun en pacientes con menos de 48 horas de estancia hospitalaria si se les realizan procedimientos de diagnósticos invasivos o reciben terapia intravascular a través de componentes del sistema integral de terapia intravenosa.	No se acepta la propuesta.
	6.9.3 Bacteremia secundaria. Es la que se presenta con síntomas de infección localizados a cualquier nivel, con hemocultivo positivo. Se incluyen aquí las candidemias y las bacteremias secundarias a procedimientos invasivos tales como la angiografía coronaria, colecistectomías, hemodiálisis, cistoscopias, colangiografías y terapia intravascular a través de los catéteres venosos centrales o periféricos...	No se acepta la propuesta.

	7.2.6 La UVEH coordinará, supervisará y evaluará las acciones operativas dentro de su ámbito de competencia; asimismo realizará acciones dirigidas a mejorar la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones Nosocomiales y apoyará al Subcomité de Control de Uso de antimicrobianos en la evaluación del uso de los antimicrobianos en el hospital y la vigilancia de la evolución de la resistencia antimicrobiana. <i>Así como en la evaluación del uso de dispositivos seguros libres de aguja que disminuyan el riesgo de infección nosocomial en el personal de salud.</i>	No se acepta la propuesta.
	7.2.14 El CODECIN será el órgano consultor técnico del hospital en los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales así como de la evaluación del uso de antibióticos y la resistencia antimicrobiana en el hospital y <i>la evaluación del uso de recursos para la protección del personal de salud que disminuyan el riesgo de adquirir una infección nosocomial.</i>	No se acepta la propuesta de cambio.
	9.7 El laboratorio del hospital deberá contar con todos los insumos necesarios para la obtención <i>segura</i> de las muestras y para su análisis e interpretación <i>del personal que lo maneje.</i>	Se acepta parcialmente la propuesta. La redacción sería la siguiente: 9.7 El laboratorio del hospital deberá contar con todos los insumos necesarios para la obtención <i>segura</i> de las muestras y para su análisis e interpretación.
	10.6.3 <i>Medidas para prevenir infecciones asociadas a la Instalación, manejo y cuidado del Sistema integral de terapia intravenosa.</i> En el caso de pacientes con alto riesgo de infección se aplicará el sistema mediante la técnica de Barrera Máxima y <i>de ser posible utilizar insumos y/o dispositivos que disminuyan el riesgo de infección nosocomial.</i> Para mantener la esterilidad y apirogenicidad de las soluciones intravenosas....	No se acepta la propuesta.

	10.6.3.2 Cada vez que se aplique un medicamento en el sitio de inyección o tapón de goma de la línea de infusión, deberá realizarse asepsia con alcohol etílico o isopropílico al 70% dejándolo secar. <i>En caso de tapón de goma se utilizará una jeringa y aguja estériles para cada punción y se utilizará jeringa en caso de sitios de inyección libres de uso de aguja.</i>	Se acepta parcialmente la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.3.2 Cada vez que se aplique un medicamento en el sitio de inyección o tapón de goma de la línea de infusión, deberá realizarse asepsia con alcohol etílico o isopropílico al 70% dejándolo secar. <i>En caso de tapón de goma se utilizará una jeringa y aguja estériles para cada punción y se utilizará jeringa estéril en caso de tratarse de dispositivos libres de uso de aguja.</i>
	10.6.3.3 La infusión de líquidos intravenosos deberá realizarse mediante el uso de sistemas cerrados. Se utilizarán soluciones intravenosas envasadas en contenedores libres de Cloruro de Polivinilo (PVC) o manufacturados con Etil Vinil Acetato (EVA), y en frascos de vidrio, para la administración de Nitroglicerina, Nitroprusiato de Sodio,..... y otros medicamentos que muestren interacción con los contenedores fabricados con materiales plásticos (PVC), según determine..... En caso de utilizar llaves de tres vías y/o dispositivos libres de uso de aguja se deberá asegurar que se manejen de acuerdo a la técnica estéril.	Se acepta parcialmente la propuesta en lo referente a las llaves de tres vías. La redacción sería la siguiente 10.6.3.3.-....."En caso de utilizar llaves de tres vías <i>con o sin</i> dispositivos libres de uso de aguja se deberá asegurar que se manejen de acuerdo a la técnica estéril."
	10.6.3.5 La preparación de medicamentos <i>se debe realizar utilizando material estéril (jeringa, gasas y dispositivos para extraer el medicamento de su contenedor)</i> para cada medicamento y de forma exclusiva para cada paciente y por cada ocasión.	Se acepta la propuesta,. La redacción sería la siguiente: 10.6.3.5 La preparación de medicamentos, <i>previo lavado de manos y uso de cubrebocas</i>, se debe realizar con <i>técnica</i> y material estéril (jeringa, gasas y dispositivos <i>seguros y adecuados</i> para extraer e <i>inyectar</i> el medicamento) para cada medicamento y de forma exclusiva para cada paciente y por cada ocasión.
	10.6.3.13 La infusión de la nutrición parenteral será exclusivamente a través de un catéter venoso central. La línea por donde se administre será para uso exclusivo. La línea del catéter será manipulada con técnica estéril sólo para el cambio de las bolsas o equipos dedicados a la nutrición parenteral. <i>La preparación de la nutrición parenteral deberá ser individualizada de acuerdo a los requerimientos específicos de cada paciente según su patología.</i> Queda prohibido aplicar nutrición parenteral a través de una cánula periférica.	No se acepta la propuesta.

	10.6.3.14 La nutrición parenteral deberá prepararse con técnica de barrera máxima en una campana de flujo laminar horizontal ya sea propia o subrogada, o en un centro de mezclas por personal calificado en procesos asépticos y preparación de medicamentos, se debe garantizar además de la esterilidad y apirogenicidad de la Nutrición parenteral, la estabilidad de los componentes que se están mezclando, con el objeto de reducir los riesgos de infección, errores de medicación, así como complicaciones clínicas derivadas de la elaboración de la Mezcla de Nutrición. Las instalaciones y equipo de preparación deben ser monitoreadas microbiológicamente y debe ser verificado periódicamente su funcionamiento de acuerdo a especificaciones..	Se acepta parcialmente la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.3.14 La nutrición parenteral deberá prepararse con técnica de barrera máxima en una campana de flujo laminar horizontal ya sea propia o subrogada por personal exclusivo y capacitado, idealmente en un centro de mezclas....
	10.6.6.4 Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso. Los germicidas utilizados deben ser validados en equipo y en las instalaciones que se utilicen mediante pruebas de control microbiológico documentando en el protocolo concentración a la que debe ser utilizado así como el tiempo de exposición, dependiendo del equipo o instalación. Cada Hospital debe contar con una "Guía o Manual para el uso de antimicrobianos" que incluya las políticas de prescripción y administración de los antimicrobianos con el fin de usar racionalmente estos medicamentos y evitar resistencia bacteriana.	Se acepta parcialmente la propuesta. La redacción sería la siguiente para los numerales correspondientes 3.1.9 Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales: al organismo conformado por epidemiólogos, enfermeras y/o infectólogos, en su caso, clínicos, administradores de servicios en salud y de otras áreas pertinentes como microbiología, farmacia, etc., que coordinan las actividades de..... Dentro de este Comité deberá integrarse el Subcomité de Control de Uso de antimicrobianos, esta instancia trabajará en coordinación con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria y será el responsable de evaluar y regular el uso de antimicrobianos, elaborar guías o manuales para su uso racional, así como evaluar su repercusión en la resistencia antimicrobiana. 10.6.6.4 Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso. No deben utilizarse productos de bajo nivel (por ejemplo, cloruro de benzalconio) en la búsqueda de desinfección de nivel alto e intermedio. Cuando se utilice glutaraldehído, debe validarse su efectividad mediante tiras reactivas. Los germicidas utilizados deben ser validados por la UVEH y por el CODECIN mediante pruebas de control microbiológico y de la calidad del producto, documentadas con una adecuada metodología.

DRA. RITA DIAZ DE LA COORDINACION DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD DEL IMSS		
	3.1.12.1 Desinfección de Alto Nivel: se refiere a los procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de todos los microorganismos (incluyendo formas vegetativas, virus y esporas micóticas) <i>de cualquier objeto inanimado</i> utilizado en el hospital	Se acepta la propuesta y la redacción del numeral sería la siguiente: 3.1.12.1 Desinfección de Alto Nivel: se refiere a los procesos de eliminación dirigidos a la destrucción de todos los microorganismos (incluyendo formas vegetativas, virus y esporas micóticas) <i>en cualquier objeto inanimado</i> utilizado en el hospital.
	3.1.14 Equipo de terapia intravenosa: <i>Grupo de enfermeras</i> con conocimientos especializados en el cuidado, instalación, limpieza del sitio de inserción de los dispositivos intravasculares, así como en la toma de muestras sanguíneas a través del catéter, <i>el proceso de preparación de medicamentos e infusiones endovenosas</i> , detección de complicaciones inherentes a su uso y <i>el registro de la información que permita la evaluación de la funcionalidad de este proceso.</i>	Se acepta la propuesta y la redacción del numeral sería la siguiente: 3.1.15 Equipo de terapia intravenosa: <i>Grupo de enfermeras</i> con conocimientos <i>especializados</i> en el cuidado, instalación y limpieza del sitio de inserción de los dispositivos intravasculares, <i>la</i> toma de muestras <i>sanguíneas</i> a través del catéter, <i>el proceso de preparación de medicamentos y de infusiones endovenosas</i> , la detección oportuna de complicaciones inherentes a su uso (<i>v.gr: infección del sitio de entrada, bacteriemia, ruptura o fractura del catéter, trombosis</i>), <i>así como el registro de la información que permita la evaluación de su funcionalidad.</i>
	3.1.4 Barrera Máxima: Conjunto de procedimientos que incluye el lavado de manos con jabón antiséptico, uso de gorro, cubrebocas, bata y guantes, <i>la</i> aplicación de antiséptico para la piel del paciente y <i>la colocación de un campo para limitar el área donde se realizará el procedimiento</i> ; todo el material de uso debe estar estéril.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 3.1.4 Barrera Máxima: Conjunto de procedimientos que incluye el lavado de manos con jabón antiséptico, uso de gorro, cubrebocas, bata y guantes, la aplicación de antiséptico para la piel del paciente y <i>la colocación de un campo estéril para limitar el área donde se realizará el procedimiento; con excepción del gorro y cubrebocas</i> , todo el material de uso debe estar estéril.
	3.1.19 Fuente de infección: a la persona, vector o vehículo que alberga al microorganismo o agente causal, y desde el cual éste puede ser adquirido, transmitido o difundido a la población.	Se acepta la propuesta.

	8.4 En caso de sospecha de brote la capacitación a todo el personal de salud de las áreas involucradas deberá efectuarse de inmediato hasta el control o desaparición del problema sobre aspectos básicos de prevención y control y de acuerdo a la hipótesis de cómo se generó el problema. Los responsables de estas actividades de capacitación serán los integrantes del CODECIN.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 8.4 En caso de presencia o sospecha de brote deberá efectuarse de inmediato la capacitación a todo el personal de salud de las áreas involucradas hasta que el brote haya sido controlado o descartado; estas actividades se dirigirán a los aspectos básicos de prevención y control, de acuerdo a las hipótesis de cómo se generó y se desarrolló el problema. Los responsables de las actividades de capacitación serán los integrantes del CODECIN.
	9.8 La obtención de las muestras será responsabilidad del laboratorio hospitalario. En caso de realizar cultivos o pruebas de laboratorio a un paciente, éstos deberán ser autorizados por el médico tratante, así como sustentados por el mismo.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 9.8 La obtención de las muestras será responsabilidad del laboratorio hospitalario. En caso de realizar cultivos o pruebas de laboratorio a un paciente, éstos deberán ser autorizados por el médico tratante y sustentados por el mismo en el expediente clínico. El personal médico y de enfermería será responsable de la obtención de, entre otros, hemocultivos, orina por punción suprapúbica y los siguientes líquidos: LCR, pleural, peritoneal, sinovial, pericárdico, etc. así como de aquellas muestras que por sus características técnicas no pueden ser competencia del personal del laboratorio.
	9.9 El laboratorio deberá realizar de acuerdo con los recursos de cada institución, las pruebas de resistencia y susceptibilidad en la mayoría de los cultivos, emitir la información en forma oportuna en cada caso, establecer comunicación con los clínicos tratantes y encargados de la vigilancia epidemiológica y realizar el análisis de la frecuencia de microorganismos identificados con su perfil de resistencia en forma mensual y ser evaluados en forma semestral.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 9.9 De acuerdo con los recursos de cada hospital el laboratorio deberá realizar las pruebas de resistencia y susceptibilidad en la mayoría de los cultivos; emitirá oportunamente la información en cada caso y la comunicará a los clínicos tratantes y a los responsables de la vigilancia epidemiológica. Así mismo deberá presentar mensualmente la frecuencia de los microorganismos aislados y su perfil de resistencia antibacteriana. Adicionalmente evaluará periódicamente (de acuerdo a los recursos del hospital y a la situación epidemiológica que prive en los servicios prioritarios) la resistencia de la flora bacteriana a los antibióticos que se emplean comúnmente en la unidad.

	10.6.1.1 Todo el personal de salud al entrar en contacto con el ambiente hospitalario debe lavarse las manos con agua corriente y jabón, y secarse con toallas desechables o <i>descontaminarse las manos con productos con base de alcohol con una concentración entre 65% y 80% y con glicerina a una concentración entre 3% y 5%</i>	Se mantiene la redacción del numeral 10.6.1.1 pero se añaden dos nuevos numerales (10.6.1.2 y 10.6.1.3)- La redacción de dichos numerales sería la siguiente: 10.6.1.2 En las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la UVEH considere prioritarios, se deberá usar jabón antiséptico líquido, agua corriente y toallas desechables. La descontaminación de las manos puede hacerse también con productos con base de alcohol con una concentración entre 65% y 80% y con emolientes (glicerina a una concentración entre 2% y 3%). 10.6.1.3 En procedimientos donde no hay contaminación con sangre o líquidos corporales, la limpieza de las manos puede realizarse con alcohol con glicerina o agua y jabón.
	10.6.1.2 En las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la unidad considere de importancia, se debe utilizar jabón líquido, agua corriente y toallas desechables, además de <i>productos con base en alcohol y glicerina.</i>	Se acepta parcialmente esta propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.1.2 En las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la UVEH considere prioritarios, se deberá usar jabón antiséptico líquido, agua corriente y toallas desechables. La descontaminación de las manos puede hacerse también con productos con base de alcohol con una concentración entre 65% y 80% y con emolientes (glicerina a una concentración entre 2% y 3%)
	La promovente sugiere cambiar el texto correspondiente al numeral 10.6.1.4 al precedente y viceversa.	Se acepta la propuesta de cambio de orden. La redacción sería la siguiente: 10.6.1.3 En procedimientos donde no hay contaminación con sangre o líquidos corporales, la limpieza de las manos puede realizarse con alcohol con glicerina o agua y jabón. La nueva redacción del numeral 10.6.1.4 sería la siguiente: 10.6.1.4 El abasto de material y equipo necesario, así como su mantenimiento, será responsabilidad de cada establecimiento.
	10.6.3.5 La preparación de medicamentos de manera individual en las áreas de hospitalización se hará utilizando una aguja y jeringa estériles para cada medicamento y de forma exclusiva para cada paciente y por cada ocasión, <i>haciendo uso de las precauciones estándar como son lavado de manos y uso de cubrebocas.</i>	La redacción de este numeral sería la siguiente: 10.6.3.5 La preparación de medicamentos, <i>previo lavado de manos y uso de cubrebocas</i>, se debe realizar con <i>técnica</i> y material estéril (jeringa, gasas y dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar el medicamento) para cada medicamento y de forma exclusiva para cada paciente y por cada ocasión.

	La promovente sugiere evaluar si deben incluirse los inspirómetros.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: <i>10.6.4.2 Los circuitos para ventilación e inhaloterapia, las bolsas de reanimación respiratoria y sensores de oxígeno utilizados en cualquier servicio o área del hospital que no sean desechables, deberán ser lavados y esterilizados o someterlos a desinfección de alto nivel antes de volver a ser usados en otro enfermo.</i>
	La promovente recomienda el aseo previo del instrumental antes de los procedimientos de desinfección de alto nivel o de esterilización.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: <i>10.6.6.1 Los objetos que se usen en procedimientos invasivos deben someterse a un proceso de limpieza de acuerdo al tipo de instrumento para posteriormente realizar la esterilización o desinfección de alto nivel. En procedimientos quirúrgicos siempre deberá realizarse esterilización.</i>
	<i>10.6.6.2 El material y equipo destinado a esterilización debe ser empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica para garantizar el proceso de esterilización, rotulado con fecha de esterilización y nombre de la persona responsable del proceso.</i>	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente <i>10.6.6.2 El material y equipo destinado a esterilización debe ser empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica; debe ser rotulado con fecha de esterilización y nombre de la persona responsable del proceso.</i>
	<i>10.6.6.4 Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso. No deben utilizarse productos de bajo nivel (por ejemplo, cloruro de benzalconio) en la búsqueda de desinfección de nivel alto e intermedio. Cuando se utiliza glutaraldehído, debe validarse su efectividad mediante tiras reactivas.</i>	La redacción de este numeral sería la siguiente: <i>10.6.6.4 Los recipientes que contengan desinfectante deben permanecer tapados y rotulados con el nombre del producto, la fecha de preparación y caducidad, se debe contar con una bitácora de uso. No deben utilizarse productos de bajo nivel (por ejemplo, cloruro de benzalconio) en la búsqueda de desinfección de nivel alto e intermedio. Cuando se utilice glutaraldehído, debe validarse su efectividad mediante tiras reactivas. Los germicidas utilizados deben ser validados por la UVEH y por el CODECIN mediante pruebas de control microbiológico y de la calidad del producto, documentadas con una adecuada metodología.</i>

	10.6.6.5 Los esterilizadores de vapor, cámaras de gas, equipos de plasma y calor seco, deben contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como de controles de vigilancia de su funcionamiento. La calidad de la función deberá vigilarse con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento.	Se modifica el numeral y la redacción sería la siguiente: 10.6.6.5 Los esterilizadores de vapor (v. gr. autoclaves), cámaras de gas, equipos de plasma y calor seco, deben contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como de controles de vigilancia de su funcionamiento. La calidad de la función deberá vigilarse con controles físicos, químicos y biológicos apropiados a cada procedimiento.
	10.6.7.8 Cuando en el establecimiento hospitalario exista un área específica para atención de quemados, deberá contar con filtro de aislamiento o área de transferencia, con lavabo, jabón líquido y toallas desechables. Dentro del área de atención, el sistema de ventilación deberá ser independiente al resto del hospital, y deberá contar cuando menos con un lavabo, jabón líquido, toallas desechables y alcohol con glicerina. Contará además.....	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.7.8 Cuando en el establecimiento hospitalario exista un área específica para atención de quemados, esta deberá contar con filtro de aislamiento o área de transferencia, con lavabo, jabón líquido y toallas desechables. Dentro del área de atención, el sistema de ventilación deberá ser independiente al del resto del hospital. Dicha área deberá contar cuando menos con un lavabo, jabón líquido, toallas desechables y alcohol con glicerina. Contará además.....
	La promovente sugiere agregar la siguiente bibliografía: 1.- Kampf G, Kramer A. Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. Clin Microbiol Rev 2004; 17:863-893. 2.- Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR 2002; 51:1-56. 3.- Guideline for prevention of surgical site infection. AJIC 1999; 27:97-132. 4.- Executive summary: Global antimicrobial resistance alerts and implications. CID 2005; 41 (suppl 4): S221-S223.	Se aceptan las propuestas.
EL DR. SERAFIN ZAMORA CASTORENA, MEDICO ESPECIALISTA DE LA DGE		
	El promovente sugiere cambiar el término a <i>bacteriemia</i> y su correspondiente plural	Se acepta la propuesta

DR. JOSE DE JESUS H. SARDIÑAS HERNANDEZ, DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS Y URGENCIAS DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL		
	El promovente sugiere agregar la <i>NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud</i> En el numeral 2.4	Se acepta la propuesta. Se añade el numeral 2.8. La redacción sería la siguiente: <i>2.8.- NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud.</i>
	3.1.2 Areas de alto riesgo: a los sectores, salas o servicios del hospital o <i>unidad médica</i> en donde se concentran pacientes graves o con enfermedades crónicas subyacentes o <i>nergizantes</i> (sic) y aquellas que así defina el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales	Se acepta la propuesta relativa a añadir el texto "unidad médica". La redacción sería la siguiente: 3.1.2 Areas de alto riesgo: a los sectores, salas o servicios del hospital o <i>unidad médica</i> en donde se concentran pacientes graves o con enfermedades crónicas subyacentes o anergizantes y aquellas que así defina el Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales
	3.1.5 Brote epidemiológico de infección nosocomial: ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida por el paciente o por el personal de salud en la <i>unidad médica</i> en los que existe asociación epidemiológica. En hospitales donde la ocurrencia de determinados padecimientos sea nula, la presencia de un solo caso se definirá como brote epidemiológico de infección nosocomial, ejemplo: meningitis por meningococo.	Sólo se acepta la sugerencia de cambiar el término "unidad hospitalaria" al de "unidad médica". La redacción sería la siguiente: 3.1.5 Brote epidemiológico de infección nosocomial: ocurrencia de dos o más casos de infección adquirida por el paciente o por el personal de salud en la <i>unidad médica</i> representando una incidencia mayor de la esperada y en los que existe asociación epidemiológica. En hospitales.....
	3.1.9 Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales: al organismo conformado por epidemiólogos, enfermeras y/o infectólogos, en su caso, clínicos, <i>directivos</i> y administradores de servicios en salud y de otras áreas pertinentes como.....	No se acepta la propuesta.
	El promovente sugiere que se tome la definición de egreso hospitalario que contiene la NORMA Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud. Dicha definición reza: <i>3.28 Egreso hospitalario: al evento de salida del paciente del servicio de hospitalización que implica la desocupación de una cama censable. Incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad hospitalaria, defunción, alta voluntaria o fuga. Excluye movimientos intraservicios.</i>	No se acepta la propuesta

	3.1.16 Estudio de brote de infecciones nosocomiales: al estudio epidemiológico de las características de los casos catalogados como pertenecientes a un brote de infección nosocomial con el objeto de identificar los factores de riesgo y así establecer las medidas de prevención y control correspondientes. <i>Incluye la notificación inmediata, el informe inicial, el informe de seguimiento y el informe de cierre del brote de infección nosocomial</i>	No se acepta la propuesta
	3.1.20 Hospital o nosocomio: al establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación o de <i>personas sanas que se internen para cirugías o tratamientos invasivos estéticos.</i>	Se acepta parcialmente la sugerencia. La redacción sería la siguiente: 3.1.20 Hospital o nosocomio: al establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de <i>pacientes</i> que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
	3.1.26 Riesgo de infección <i>intrahospitalaria</i> : a la probabilidad de ocurrencia de una infección nosocomial.	Se acepta parcialmente la propuesta. La redacción final sería la siguiente: 3.1.26 Riesgo de infección <i>nosocomial</i> : a la probabilidad de ocurrencia de una infección <i>intrahospitalaria</i> .
	3.1.27 Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica: al componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que <i>está integrado por hospitales de diversas instituciones y privados que con base en recursos, normas y procedimientos estandarizados realizan las actividades de vigilancia epidemiológica hospitalaria, incluyendo la de las infecciones nosocomiales</i>	No se acepta la sugerencia:
	3.1.33 Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales: a la observación y análisis sistemáticos, continuos y activos de la ocurrencia y distribución <i>de las infecciones nosocomiales</i> y los factores de riesgo <i>que influyen en su causalidad.</i>	Se acepta la sugerencia. La redacción sería la siguiente: 3.1.33 Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales: a la observación y análisis sistemáticos, continuos y activos de la ocurrencia y distribución <i>de las infecciones nosocomiales, así como de los factores de riesgo asociados a aquellas</i>
	SSA Secretaría de Salud	Se acepta la sugerencia.

	4.1 La vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales deberá realizarse <i>en toda unidad médica en la que se realicen procedimientos invasivos, o aquellos que generen riesgo de infección, se deberá de establecer un sistema que unifique criterios estandarizados para la recopilación dinámica, sistemática y continua de la...</i>	No se acepta la sugerencia
	4.4 La información epidemiológica de las infecciones nosocomiales <i>deberá ser registrada</i> en los formularios establecidos por el nivel normativo tanto de la SSA como de sus equivalentes en otras instituciones del SNS.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 4.4 La información epidemiológica de las infecciones nosocomiales <i>deberá ser registrada</i> en los formularios establecidos por el nivel normativo tanto de la SSA como de sus equivalentes en otras instituciones del SNS.
	4.5 La RHOVE aportará la información necesaria para que se establezcan los indicadores para la evaluación y seguimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las <i>infecciones adquiridas</i> en el hospital, <i>así como de su comportamiento epidemiológico</i> , según se establece en la normatividad para la certificación de hospitales.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 4.5 La RHOVE aportará la información necesaria para que se establezcan los indicadores para la evaluación y seguimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de las <i>infecciones adquiridas</i> en el hospital, <i>así como de su comportamiento epidemiológico</i> , según se establece en la normatividad para la certificación de hospitales
	5.6.1 Las autoridades del hospital deberán establecer lo necesario para garantizar el acceso, la disponibilidad y la conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las infecciones nosocomiales <i>con respeto a la confidencialidad del paciente,</i>	No se acepta la propuesta.
	El promovente sugiere cambiar el término a <i>bacteriemia</i> y su correspondiente plural	Se acepta la propuesta
	El promovente sugiere que se describa el concepto de <i>Viremias (demostradas y no demostradas)</i>	El promovente no envió ninguna propuesta
	6.20 Tuberculosis Se considerará infección nosocomial, en aquellos casos en que exista el antecedente de infección en el hospital, <i>o de manejo de material infectante en el laboratorio.</i>	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 6.20 Tuberculosis Se considerará infección nosocomial, en aquellos casos en que exista el antecedente de infección en el hospital, <i>o de manejo de material infectante en el laboratorio</i> Se añadirá la siguiente bibliografía que apoya el cambio

		1.- Biosafety Recommendations for the Contained Use of Mycobacterium tuberculosis Complex Isolates in Industrialized Countries. Philippe Herman, Maryse Fauville-Dufaux, Didier Breyer, Bernadette Van Vaerenbergh, Katia Pauwels, Chuong Dai Do Thi, M. Sneyers, Maryse Wanlin, René Snacken & William Moens. Division of Biosafety and Biotechnology. Scientific Institute of Public Health. Belgium. April 2006
	6.22 Vigilancia de infección por quemaduras CIE-10 (T20-T32) <i>El diagnóstico definitivo de la infección de la lesión se basa fundamentalmente en el estudio histopatológico por medio de cultivo biopsia que permite distinguir entre la colonización y la infección verdadera, ésta última se caracteriza por la presencia de microorganismos en tejido no quemado, lo que indica infección invasiva.</i> <i>Cuando la cuenta de bacterias en la herida es $>10^5$ microorganismos por gramo de tejido, deberá de considerarse diagnóstico de infección invasiva, por el contrario, cuando la cuenta es menor a dicha cifra deberá de considerarse como colonización de la herida.</i> <i>Desde el punto de vista clínico se reconocen actualmente cuatro tipos de infección localizada:</i> 1.- Impétigo de la quemadura o infección superficial con pérdida de epitelio, de una superficie cutánea previamente epitelizada, sin relación a traumatismo local. 2.- Infección de la herida quirúrgica relacionada a la quemadura, definida como infección de una herida creada en forma quirúrgica, que aún no ha epitelizado, incluye la pérdida de un apósito biológico o del injerto subyacente 3.- Celulitis de la quemadura, cuando se presenta infección de la piel no quemada alrededor de la quemadura, con signos de infección local que progresa más allá de lo esperado por la inflamación relacionada a la quemadura.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 6.21 Vigilancia de infección por quemaduras CIE-10 (T20-T32) <i>El diagnóstico definitivo de la infección de la lesión se basa fundamentalmente en el estudio histopatológico por medio de cultivo biopsia que permite distinguir entre la colonización y la infección verdadera, ésta última se caracteriza por la presencia de microorganismos en tejido no quemado, lo que indica infección invasiva.</i> <i>Cuando la cuenta de bacterias en la herida es $>10^5$ microorganismos por gramo de tejido, deberá de considerarse diagnóstico de infección invasiva, por el contrario, cuando la cuenta es menor a dicha cifra deberá de considerarse como colonización de la herida.</i> <i>Desde el punto de vista clínico se reconocen actualmente cuatro tipos de infección localizada:</i> 1.- Impétigo de la quemadura o infección superficial con pérdida de epitelio, de una superficie cutánea previamente epitelizada, sin relación a traumatismo local. 2.- Infección de la herida quirúrgica relacionada a la quemadura, definida como infección de una herida creada en forma quirúrgica, que aún no ha epitelizado, incluye la pérdida de un apósito biológico o del injerto subyacente 3.- Celulitis de la quemadura, cuando se presenta infección de la piel no quemada alrededor de la quemadura, con signos de infección local que progresa más allá de lo esperado por la inflamación relacionada a la quemadura.

	4.- <i>Infección invasiva de la quemadura, ocurre en una quemadura no escindida y que invade tejido viable por debajo de la quemadura, el diagnóstico como se mencionó debe estar sustentado en el examen histológico del tejido.</i> <i>Criterios relacionados a infección localizada:</i> 6.22.1 Presencia de secreción purulenta 6.22.2 Fétido 6.22.3 Sangrado anormal 6.22.4 Profundización de quemaduras. <i>Criterios relacionados a infección generalizada:</i> 6.22.5 Fiebre persistente >38°C 6.22.6 Hipotermia <36 °C 6.22.7 Taquicardia o bradicardia 6.22.8 Polipnea o bradipnea 6.22.9 Leucocitosis o leucopenia >12,000 ó <4,000, ó más de 10% de bandas. 6.22.10 Hemocultivo positivo	4.- <i>Infección invasiva de la quemadura, ocurre en una quemadura no escindida y que invade tejido viable por debajo de la quemadura, el diagnóstico como se mencionó debe estar sustentado en el examen histológico del tejido.</i> <i>Criterios relacionados a infección localizada:</i> 6.21.1 Presencia de secreción purulenta 6.21.2 Fétido 6.21.3 Sangrado anormal 6.21.4 Profundización de quemaduras. <i>Criterios relacionados a infección generalizada:</i> 6.21.5 Fiebre persistente >38°C 6.21.6 Hipotermia <36 °C 6.21.7 Taquicardia o bradicardia 6.21.8 Polipnea o bradipnea 6.21.9 Leucocitosis o leucopenia >12,000 ó <4,000, ó más de 10% de bandas. 6.21.10 Hemocultivo positivo 6.22 Otras infecciones <i>Cualquier infección que pueda ser adquirida en forma intrahospitalaria, que cumpla con los requisitos mencionados en la definición de caso de IN y que no haya sido mencionada en esta NOM</i>
	7.2.10 La UVEH deberá contar por lo menos con una enfermera en salud pública por cada 100 camas del hospital, para que las visitas a los servicios e identificación de pacientes en riesgo y <i>pacientes con sospecha de infección nosocomial así como el seguimiento de los mismos</i>, puedan realizarse con la periodicidad adecuada. A este <i>personal no se le deberá de asignar actividades que no estén relacionadas con la vigilancia epidemiológica, prevención, detección y control de las infecciones nosocomiales.</i>	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 7.2.10 La UVEH deberá contar por lo menos con una enfermera en salud pública por cada 100 camas del hospital para que puedan realizarse con la periodicidad adecuada las visitas a los servicios, la identificación de pacientes en riesgo, así como la vigilancia y seguimiento de pacientes con infección nosocomial o <i>sospecha de la misma</i>. A este <i>personal no se le deberán asignar actividades que no estén relacionadas con estas actividades.</i>
	7.5 El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, a través de la Dirección General Adjunta de Epidemiología como....	7.5 El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, a través de la Dirección General Adjunta de Epidemiología como...
	10.6.4.9 Se <i>deberá de promover la aplicación de vacuna antineumocócica a pacientes con apoyo ventilatorio en unidades de terapia intensiva</i>	No se acepta la propuesta

XSCHL DE MEXICO		
	Agregar al numeral 3. Definiciones, símbolos y abreviaturas: <i>Limpieza para posterior desinfección de alto nivel y esterilización. Se refiere al proceso de limpieza con detergente multi-enzimático para eliminar toda la materia orgánica del instrumento quirúrgico, y que esta misma no interfiera con la acción química de la desinfección y proceso de esterilización.</i>	No se acepta la propuesta.
	10.6.6.1 Los objetos que se usen en procedimientos invasivos deben someterse a un <i>proceso previo de limpieza con detergente multi-enzimático y posteriormente de desinfección de alto nivel o esterilización.</i>	No procede ya que la redacción actual es mucho más completa que la sugerencia hecha.
	10.6.7.3 Los circuitos para ventilación de los equipos de anestesia que no sean desechables, deberán ser lavados <i>con detergente multi-enzimático y esterilizados antes de volver a ser usados en otro enfermo</i>	No se acepta la propuesta.
	10.6.7.5 Las áreas de terapia intensiva....deberán contar con protocolos de limpieza a base de detergente enzimático <i>en líquido</i> y con desinfección de alto nivel. Es indispensable el registro detallado del proceso en bitácoras.	No se acepta la propuesta.
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "DR. SALVADOR ZUBIRAN"		
	3.1.4 Barrera Máxima: Conjunto de procedimientos que incluye el lavado de manos con jabón antiséptico, uso de gorro, cubrebocas, bata y guantes, la aplicación de antiséptico <i>de nivel intermedio</i> para la piel del paciente y la colocación de un campo para limitar el área donde se realizará el procedimiento; con excepción del gorro y cubrebocas, todo el material de uso debe estar estéril	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente 3.1.4 Barrera Máxima: Conjunto de procedimientos que incluye el lavado de manos con jabón antiséptico, uso de gorro, cubrebocas, bata y guantes, <i>la aplicación de antiséptico de nivel intermedio</i> para la piel del paciente y la colocación de un campo para limitar el área donde se realizará el procedimiento; con excepción del gorro y cubrebocas, todo el material de uso debe estar estéril.
	3.1.28 Sistema integral en terapia de infusión: Se define como el..... El sistema está constituido por.....extensiones, sitios de extensiones en Y, <i>conectores sin aguja</i> y otros. Se seleccionarán y emplearán sólo aquellos elementos cuyas características de diseño y desarrollo tecnológico, aceptados por la autoridad competente, promuevan la reducción de riesgos de contaminación y/o accidentes para.....	No se acepta la propuesta.

	6.1.2.1.3 Espudo purulento o drenaje purulento a través de cánula endotraqueal que al examen microscópico en seco débil muestra <10 células epiteliales.	No se acepta la propuesta.
	6.4 Diarrea. CIE-10 (A01-A09). Diarrea nosocomial. Aumento en el número de evacuaciones con consistencia disminuida durante la estancia hospitalaria sin presencia previa de estas evacuaciones y de inicio 48 a 72 horas después del mismo por dos o más días con o sin detección de un patógeno a través de un cultivo; siendo necesario descartar causas secundarias como derivaciones intestinales, uso de laxantes o lactulosa, antiácidos catárticos, hiperalimentación enteral entre otras, además de <i>los casos de diarrea crónica instalados antes de la hospitalización.</i>	Se acepta la recomendación. La redacción sería la siguiente: 6.4 Diarrea. CIE-10 (A01-A09). Diarrea nosocomial. Aumento en el número de evacuaciones con consistencia disminuida durante la estancia hospitalaria <i>sin presencia previa de estas evacuaciones antes del internamiento y de inicio 48 a 72 horas</i> después del mismo por dos o más días con o sin detección de un patógeno a través de un cultivo; siendo necesario descartar causas secundarias como derivaciones intestinales, uso de laxantes o lactulosa, antiácidos catárticos o hiperalimentación enteral entre otras, además de <i>los casos de diarrea crónica instalados antes de la hospitalización.</i>
	Sección 6.5.2 Asintomáticas. El hecho de que se presente bacteriuria no quiere decir que presente infección de vías urinarias. No estamos de acuerdo en que se considere como portadores de infección urinaria a las personas asintomáticas. Por definición la infección urinaria debe incluir la presencia de síntomas.	No se acepta la propuesta.
	Sección 6.5.2.1 Chorro medio: muestra obtenida con asepsia previa mayor de 50,000 UFC/ml (una muestra). La cuenta de 50,000 no debe ser absoluta, sugerimos que se indique <i>cuenta mayor de 10,000 para gram positivos (género enterococo y estafilococo) y para gram negativos considerar mayor de 100,000</i>	
	El promovente no está de acuerdo con el requerimiento de tomar urocultivo al momento de instalación, retiro y cada 5 días. Adicionalmente señala que el informe de bacteriuras asintomáticas en pacientes con sonda fomentará el uso innecesario de antibióticos y el desarrollo de mayores resistencias.	Se acepta parcialmente la propuesta y se modifica en texto: 6.5.3 En caso de sonda de Foley: Cuando se decide instalar una sonda de Foley, <i>la UVEH deberá evaluar la necesidad de obtener</i> urocultivo al momento de la instalación, cada cinco días durante su permanencia y al momento del retiro; en estas condiciones se considerará IVU relacionada a sonda de Foley con urocultivo inicial negativo. <i>La vigilancia de la etiología microbiológica descrita tendrá prioridad en pacientes graves, con enfermedades anergizantes e internados en áreas críticas.</i>

	El promovente sugiere: 6.6.3.5 Microorganismo identificado en la tinción de Gram de LCR, <i>compatible con un patógeno potencial</i> .	No se acepta la propuesta.
	El promovente sugiere: 6.6.3.6 Microorganismo identificado en cultivo de LCR, <i>compatible con un patógeno potencial</i>	No se acepta la propuesta.
	El promovente sugiere: 10.6.1.2 En las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la unidad considere de importancia, se debe utilizar jabón líquido <i>con antiséptico</i> , agua corriente y toallas desechables. <i>Debe promoverse también el uso de productos a base de alcohol para antisepsia rápida de las manos.</i>	Se acepta parcialmente la propuesta, y queda como estaba: 10.6.1.2 En las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la UVEH considere <i>prioritarios</i> , se debe utilizar jabón <i>antiséptico</i> líquido, agua corriente y toallas desechables. La descontaminación de las manos <i>puede</i> hacerse <i>también</i> con productos con base de alcohol con una concentración entre 65% y 80% y con emolientes (v.gr. glicerina a una concentración entre 2% y 3%).
	10.6.2.1 Es obligación de la unidad hospitalaria contar con material y equipo para la instalación del catéter urinario <i>previa aplicación de antiséptico de nivel intermedio</i> y garantizar la técnica estéril.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.2.1 Es obligación de la unidad hospitalaria contar con material y equipo para la instalación del catéter urinario, <i>incluyendo el uso de antiséptico de nivel intermedio</i> así como garantizar la técnica estéril.
	10.6.2.4 Una vez instalada la sonda y conectada al sistema de drenaje no se debe desconectar hasta su retiro. Debe de rotularse la fecha de instalación. <i>Evaluar cotidianamente la posibilidad de retirarla.</i>	Se acepta parcialmente la propuesta pero se añade al numeral 10.2. La redacción sería la siguiente: 10.2 La unidad hospitalaria deberá realizar acciones específicas de prevención y control de infecciones nosocomiales, para lo cual deberá contar con programas de capacitación y educación continua para el personal y la población usuaria, enfocados específicamente a disminuir los riesgos en los procedimientos realizados con mayor frecuencia. <i>La instalación y permanencia de cualquier dispositivo o medio invasivo en el paciente deberá ser evaluado por los médicos tratantes y en su caso por la UVEH, diariamente, limitando su permanencia sólo al tiempo indispensable.</i>

	10.6.3 Instalación, manejo y cuidado del Sistema integral de terapia intravenosa. La instalación y manejo del equipo del Sistema integral de terapia intravenosa deberá hacerse con las medidas asépticas adecuadas para los diferentes niveles de riesgo. <i>Cuando se apliquen catéteres centrales deberá utilizarse la técnica de barrera máxima.</i> Para mantener.....	Se acepta parcialmente la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.3 Instalación, manejo y cuidado del Sistema integral de terapia intravenosa. La instalación y manejo del equipo del Sistema integral de terapia intravenosa deberá hacerse con las medidas asépticas adecuadas para los diferentes niveles de riesgo. <i>Cuando se instalen catéteres centrales o en el caso de tratarse de pacientes con alto riesgo de infección, deberá utilizarse la técnica de barrera máxima.</i> Para mantener.....
	10.6.3.2 Cada vez que se aplique un medicamento en el sitio de inyección o tapón de goma de la línea de infusión, deberá realizarse asepsia con alcohol etílico o isopropílico al 70% dejándolo secar. Se utilizará una jeringa y aguja estériles para cada punción. <i>Cuando existan conectores sin aguja la asepsia con alcohol deberá hacerse antes y después de aplicar el medicamento.</i> El promovente señala que el uso inapropiado de sistemas de conexión sin aguja se ha asociado a epidemias en hospitales.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.3.2 Cada vez que se aplique un medicamento en el sitio de inyección o tapón de goma de la línea de infusión, deberá realizarse asepsia con alcohol etílico o isopropílico al 70% dejándolo secar. <i>En el caso de tapón de goma se utilizará una jeringa y aguja nuevas y estériles para cada punción; en el caso de los dispositivos libres de uso de aguja se utilizará jeringa nueva y estéril. Cualquiera que sea el tipo de conector la asepsia con alcohol deberá hacerse antes y después de aplicar el medicamento.</i>
	10.6.3.5 La preparación de medicamentos de manera individual se hará utilizando una aguja y jeringa estériles y diluyente para cada medicamento y de forma exclusiva para cada paciente y por cada ocasión.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.3.5 La preparación de medicamentos, <i>previo lavado de manos y uso de cubrebocas</i>, se debe realizar con <i>técnica</i> y material estéril (jeringa, gasas y <i>dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar</i> el medicamento) para cada medicamento y de forma exclusiva para cada paciente y por cada ocasión
	10.6.3.11 Las ampollitas de vidrio o plástico deberán <i>poder abrirse sin contaminación</i>, utilizando el líquido inmediatamente y desechando remanentes. El promovente apunta que en años recientes se han recibido ampollitas de plástico de muy mala calidad que se vuelven "chiclosas" durante su manejo.	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.3.11 Las ampollitas de vidrio o plástico deberán utilizarse exclusivamente al momento de abrirse y se desechará el remanente. <i>Deberá garantizarse la esterilidad del contenido durante la apertura.</i>

	10.6.4.4 Los humidificadores y equipos de apoyo respiratorio no invasivo deben ser esterilizados o sometidos a desinfección de alto nivel. El agua que se utilice en estos dispositivos debe ser estéril y deberá cambiarse por turno; deben registrarse la fecha y hora de cada cambio en la bitácora del servicio correspondiente. El promovente sugiere quitar la frase: <i>"El cambio de este equipo deberá hacerse máximo cada semana, a menos que exista contaminación documentada"</i>, debido a que no existen evidencias de que el cambio de estos equipos reduzca las tasas de neumonía. Comenta que de hecho la manipulación pudiera favorecer la colonización y ulterior infección.	No se acepta la propuesta.
	10.6.4.6 En la aspiración de secreciones debe utilizarse material y técnica estéril, <i>para cada episodio de aspiración.</i>	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.4.6 En <i>cada episodio de aspiración de secreciones</i>, debe utilizarse material y técnica estéril.
	10.6.5.1 Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas del establecimiento de atención médica, debe cumplirse <i>con las precauciones estándar</i> y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para precauciones específicas de acuerdo con los siguientes criterios:	Se acepta la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.5.1 Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas del establecimiento de atención médica, debe cumplirse <i>con las precauciones estándar</i> y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para precauciones específicas de acuerdo con los siguientes criterios:
	EL promovente solicita que se especifiquen cuales son las precauciones estándar y las por contacto ya que en los numerales 10.6.5.1.3 y 10.6.5.1.4 se especifican las precauciones para gotas y para la vía aérea.	No se acepta la propuesta.
	Agregar un rubro para la vigilancia periódica de la calidad de la red del agua corriente hospitalaria, sugiriendo que se mantenga un nivel de cloro libre mínimo de 0. 2 mg/dl	Se acepta la sugerencia. La redacción sería la siguiente: Se propone escribir un nuevo numeral: el 10.6.7.10 La redacción sería la siguiente: 10.6.7.10 Vigilancia de la calidad de la red de agua corriente hospitalaria. La UVEH, en coordinación con las áreas de mantenimiento del Hospital, realizará cada dos días el monitoreo permanente del cloro residual en cada uno de los servicios. Se vigilará que los niveles se mantengan dentro de los límites permisibles (0.2 –1.0 mg/l)

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"		
	El promovente solicita incluir al Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" dentro de los participantes en la elaboración de la Norma.	Se acepta la sugerencia
	3.1.29 Sistema Abierto: Es un conjunto de elementos que se emplean para la administración de terapia intravenosas de acuerdo al concepto de sistema integral que una vez conectado a un acceso vascular permite la entrada de <i>aire filtrado (0.22μ)</i> en <i>alguno</i> de sus componentes.	No se acepta la propuesta
	3.1.30 Sistema Cerrado: Es un conjunto de elementos que se emplean para administración de terapia intravenosa de acuerdo al concepto de sistema integral que una vez conectado a un acceso vascular <i>no permite la entrada de aire en ninguno</i> de sus componentes, <i>por lo que el contenedor debe ser colapsable</i> .	No se acepta la propuesta
	10.6.3 Instalación, manejo y cuidado del Sistema integral de terapia intravenosa. La instalación y manejo del equipo del Sistema integral de terapia intravenosa deberá hacerse con las medidas asépticas adecuadas, <i>a todos los pacientes que requieren catéter venoso central éste deberá instalarse con técnicas de barrera máxima</i> . Para mantener la esterilidad y apirogenicidad de las soluciones intravenosas, el personal de salud se asegurará que una vez instalado el sistema, <i>éste continúe siendo un sistema cerrado y no se viole en ninguno de sus componentes</i> .	Se acepta parcialmente la propuesta. La redacción sería la siguiente: 10.6.3 Instalación, manejo y cuidado del Sistema integral de terapia intravenosa. La instalación y manejo del equipo del Sistema integral de terapia intravenosa deberá hacerse con las medidas asépticas adecuadas <i>para</i> los diferentes niveles de riesgo. <i>Cuando se instalen catéteres centrales o en el caso de tratarse de</i> pacientes con alto riesgo de infección, <i>deberá utilizarse la técnica de barrera máxima</i> . Para mantener la esterilidad y apirogenicidad de las soluciones intravenosas, el personal de salud se asegurará que una vez instalado el sistema, <i>éste continúe siendo un sistema cerrado y no se viole en ninguno de sus componentes</i> .