



COLIMA
Gobierno del Estado

Servicios de Salud

Panorama Epidemiológico

de la Red Hospitalaria de Vigilancia
Epidemiológica en Colima



DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

IAAS, agosto 2026

Panorama No. 8

Panorama Epidemiológico de las IAAS
Agosto 2026
Panorama Epidemiológico No 8.
Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica Colima

Secretaría de Salud

Dirección de Servicios de Salud

Subdirección de Epidemiología
Av. Liceo de Varones Esq. Dr. Rubén Argüero,
Col. La Esperanza, CP 28085, Colima, Col.
Teléfonos: (312) 31 62000.

Colima, agosto 2026

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

C.P. Víctor Manuel Torrero Enríquez

Secretario de Salud y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud del Estado de Colima

DCM. Martha Irazema Cárdenas Rojas

Directora de Servicios de Salud

Dr. José Ángel Lázaro Barreras

Subdirector de Epidemiología

D. en C. Miriam De la Cruz Ruiz

Coordinadora Estatal de la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica Colima

ELABORÓ

SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Editor

Dr. José Ángel Lázaro Barreras

Subdirector de Epidemiología

Coeditores

D. en C. Miriam De la Cruz Ruiz

Coordinadora Estatal de la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica Colima

Ing. Hugo Bernardo Dueñas Tentori

Apoyo Administrativo

La elaboración del presente boletín epidemiológico del panorama de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud se realiza en estricto cumplimiento de la NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, los lineamientos de la Dirección General de Epidemiología y el Plan Anual de Trabajo 2026 (PAT), elaborado por la Coordinación Nacional de la RHOVE, cuyo objetivo primordial es el de optimizar la vigilancia epidemiológica y funcionamiento operativo de la vigilancia epidemiológica de las IAAS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
METODOLOGÍA	10
BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO: PANORAMA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD, AGOSTO 2026	10
INDICADORES DE PROCESO DE JULIO DE 2026	12
INDICADORES DE RESULTADOS DE JULIO DE 2026	20
RECOMENDACIONES DE MEJORA HACIA LAS INSTITUCIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	29

INTRODUCCIÓN.

Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) son definidas como una condición local o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente, ni en periodo de incubación al momento del ingreso del paciente a la unidad para la atención médica, o antes de recibir atención a la salud y que puede manifestarse incluso después de su egreso.

Las IAAS son un problema de salud pública importante en México debido a su frecuencia, la morbilidad y mortalidad que provocan, así como la carga significativa que imponen a los pacientes, el personal sanitario y los sistemas de salud. Estas infecciones surgen durante el proceso de atención médica, representando uno de los eventos adversos más frecuentes, afectando tanto a países industrializados como en vías de desarrollo.

De acuerdo con datos de la OMS en países de altos ingresos, 7 de cada 100 pacientes que ingresan a un hospital de cuidados intensivos contraerán al menos una IAAS durante su estancia, dato que puede ascender a 15 de cada 100 pacientes en los países de ingreso bajo o mediano.

Las IAAS contribuyen notablemente a la carga de enfermedades con alto impacto económico a los sistemas de salud, por ejemplo, en América del Norte generan una pérdida financiera anual directa de entre 6,000 y 7,000 millones de dólares, así mismo, las IAAS están asociadas con más de 140,000 muertes en todo el mundo cada año.

Según encuestas recientes de prevalencia de las IAAS y datos de los programas de seguimiento de la bacteriemia hospitalaria de varios países europeos, se estima que estas infecciones afectan, en promedio, a 1 de cada 20 pacientes hospitalizados, lo que corresponde a un total anual de 4.1 millones de pacientes. De estos, se calcula que unos 37,000 pacientes fallecen cada año en la Unión Europea. Con frecuencia, las IAAS son difíciles de tratar debido a que son causadas por microorganismos resistentes a los antibióticos. Además, las IAAS repercuten significativamente en los costos asistenciales.

Este problema se agrava por la presencia de patógenos resistentes a múltiples fármacos y el incremento de pacientes vulnerables, lo que representa un desafío creciente para los sistemas de salud. Además, las IAAS prolongan las estancias en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y en el hospital, aumentan el consumo de antibióticos e inflan los costos de la atención.

La aparición de las IAAS es el resultado de una compleja interacción de factores patógenos (virulencia, resistencia a los antibióticos), factores del huésped (comorbilidad, enfermedades agudas), factores de tratamiento (dispositivos invasivos, presión para la selección de antibióticos), procesos de atención médica (personal, medidas de prevención) e incluso condiciones climatológicas. Aunque los microorganismos etiológicos pueden adquirirse de fuentes humanas o ambientales durante el curso de la atención también pueden ser microorganismos de origen endógeno.

Los esfuerzos continuos para prevenir infecciones han llevado a una disminución significativa de las IAAS asociadas a dispositivos, sin embargo, se espera que la carga de estas infecciones aumente en los próximos años, debido a la intensificación de la atención médica, el envejecimiento de la población, la creciente prevalencia de enfermedades graves en pacientes de la UCI y la propagación actual de organismos

multirresistentes tanto en los hospitales como en la comunidad.

Es por lo que, actualmente a nivel mundial, se reconoce la necesidad de contar con Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS, que permitan identificar las tendencias de morbilidad y mortalidad, con el objetivo de orientar la toma de decisiones en materia de salud pública.

Desde 1997, México cuenta con un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Centinela a nivel nacional, la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE), la cual genera información epidemiológica, estadística, clínica y de las IAAS, sus factores de riesgo y principales agentes etiológicos.

El conocimiento sobre la epidemiología y la dinámica de las infecciones es esencial para identificar rápidamente a los pacientes de alto riesgo y las situaciones potencialmente peligrosas. Debido a las graves consecuencias, tanto individuales como colectivas, de las infecciones y la resistencia antimicrobiana, es necesario mantener un alto nivel de vigilancia y cumplir rigurosamente con las medidas preventivas por parte de todo el equipo de salud.

La resistencia a los antimicrobianos un problema de salud pública.

La resistencia antimicrobiana (RAM) ocurre cuando los microorganismos cambian al exponerse a antimicrobianos, volviendo a estos medicamentos ineficaces. Resultando en infecciones persistentes de difícil tratamiento, aumenta el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas y prolonga su duración y letalidad. Esto conlleva a la necesidad de pruebas adicionales y el uso de medicamentos más costosos, incrementando los costos de atención médica. La RAM es una amenaza global para la salud pública que pone en riesgo la capacidad de tratar enfermedades infecciosas comunes y graves, lo que puede llevar a un aumento en la discapacidad y la mortalidad.

En México se publica en noviembre de 2022 el “ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia a los Antimicrobianos, publicado el 5 de junio de 2018”, dicha estrategia se basa en la colaboración intersectorial con cinco objetivos en pro de la lucha contra la RAM.

El objetivo 2 de la Estrategia Nacional de Acción contra la Resistencia a los Antimicrobianos (ENARAM) busca reforzar los conocimientos y la evidencia sobre la resistencia a los antimicrobianos, a través de la vigilancia y la investigación, tanto en salud humana como en salud animal. Esto incluye la vigilancia epidemiológica, sanitaria y del uso de antimicrobianos. Una línea de acción dentro de este objetivo es establecer catálogos de microorganismos para la vigilancia epidemiológica de la RAM en el ámbito hospitalario (IAAS).

Por ello, con base en los principales agentes etiológicos de las IAAS a nivel nacional y en documentos internacionales sobre los microorganismos prioritarios para la vigilancia de la RAM, se ha creado un listado de antibióticos relevantes para la vigilancia epidemiológica de la RAM, exclusivo para las IAAS, mediante un consenso de expertos infectólogos, epidemiólogos y químicos de diversas instituciones. Este listado está integrado en el Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (SEVEIAAS) (Tabla 1).

Tabla 1
Antibióticos de relevancia para la vigilancia epidemiológica de la RAM en IAAS

AMIKACINA	CEFOTAXIMA	CLINDAMICINA	ITRACONZAOL	POSACONAZOL
AMPICILINA	CEFOTETAN	COLISTINA	LEVOFLOXACINO	RIFAMPICINA
AMPICILINA-SULBACTAM	CEFOXITINA	DAPTOMICINA	LINEZOLID	TETRACICLINA
ANFOTERICINA B	CEFTAROLINA	ERITROMICINA	MEROPENEM	TIGECICLINA
ANIDULAFUNGINA	CEFTAZIDIMA	ERTAPENEM	MICAFUNGINA	TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL
AZTREONAM	CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM	FLUCONAZOL	NITROFURANTOINA	VANCOMICINA
CASPOFUNGINA	CEFTOLOZANE-TAZOBACTAM	FOSFOMICINA	OXACILINA	VORICONAZOL
CEFAZOLINA	CEFTRIAXONA	GENTAMICINA	PENICILINA	
CEFEPIME	CIPROFLOXACINO	IMIPENEM	PIPERACILINA-TAZOBACTAM	

La actualización de los procesos de vigilancia epidemiológica, así como de la plataforma digital del SEVEIAAS, actualmente permite el monitoreo de las IAAS, sus factores de riesgo, principales agentes etiológicos, así como de antibióticos específicos para cada agente, utilizando catálogos previamente cargados en la plataforma digital que aseguran la consideración de solo los patrones de resistencia de relevancia para la vigilancia epidemiológica por agente etiológico.

Como parte del monitoreo sistematizado de la RAM en IAAS, se han establecido 16 indicadores de resistencia antimicrobiana: 6 para cocos Gram positivos y 10 para bacilos Gram negativos. De este modo la actualización de la plataforma digital de las IAAS fortalece la vigilancia epidemiológica de las IAAS y de la RAM en este tipo de infecciones.

METODOLOGÍA

Con base en la información registrada por las Unidades Centinela RHOVE (UCR) activas del estado de Colima y notificantes en el Sistema Especial para la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS (SEVEIAAS), con corte al 04 de agosto de 2026, se realizó el análisis de las bases de datos de casos, egresos y factores de riesgo, estratificadas para el mes de julio. La información es de carácter preliminar y está sujeta a modificaciones derivadas de los procesos continuos de validación.

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO: PANORAMA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD, AGOSTO 2026.

Realizar análisis estadísticos de las IAAS es crucial para diseñar estrategias de control y políticas de salud pública eficaces y ayudan a comprender la magnitud del problema, identificar áreas de mejora y asegurar una respuesta coordinada para reducir la incidencia de las IAAS.

En 2023 se implementó en México una nueva plataforma digital para la vigilancia epidemiológica de las IAAS, cuya primera etapa comenzó el 1º de septiembre de 2023 con el despliegue en 7 entidades.

Con datos del Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de tipo Centinela de la IAAS, conformados por la RHOVE, contando en Colima con 5 unidades de este tipo, se presenta el panorama epidemiológico del mes de agosto de 2026.

El estado de Colima cuenta con cinco unidades centinela RHOVE (UCR) activas y notificantes, de las cuales una unidad pertenece al régimen IMSS Ordinario (IMSS OR) y cuatro unidades pertenecen a IMSS-BIENESTAR (IMSS OPD), las cuales alimentan de manera regular el Sistema Especial para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (SEVEIAAS) (Tabla2).

Tabla 2

Total de Unidades Centinela RHOVE (UCR) del estado de Colima

DIF	IMSS OR	IMSS OPD	ISSSTE	PEMEX	PRIVADOS	DEFENSA	SERV. ESTATALES	SSA	UNIV
-	1	4	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

El total de IAAS notificadas entre enero y julio de 2026 fue de 465 casos. La institución IMSS OR registró un acumulado de 247 casos, distribuidos mensualmente en 35 en enero, 31 en febrero, 41 en marzo, 38 en abril, 31 en mayo, 41 en junio y 30 en julio. Por su parte, la institución IMSS OPD acumuló 218 casos, reportando 21 en enero, 33 en febrero, 48 en marzo, 23 en abril, 33 en mayo, 27 en junio y 33 en julio. Al sumar ambas

instituciones, el reporte de casos por mes se dividió en 56 casos para enero, 64 para febrero, 89 para marzo, 61 para abril, 64 para mayo, 68 para junio y 63 para julio, de acuerdo con las bases de datos del SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026 (Tabla 3).

Tabla 3

Total de IAAS notificadas por institución, enero- julio de 2026

Institución	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	TOTAL
IMSS OR	35	31	41	38	31	41	30	247
IMSS OPD	21	33	48	23	33	27	33	218
TOTAL	56	64	89	61	64	68	63	465

Fuente: Bases de datos SEVEIAAS. Evaluación de capturas activas con corte al 04 de agosto de 2026.

INDICADORES DE PROCESO ENERO- JULIO 2026

En el presente periodo se logra el 100% de cobertura toda vez que todos los hospitales reportaron al menos un caso de IAAS, alcanzando un total de 465 casos en la red (Tabla 4 y 5).

Tabla 4

Indicador de cobertura de notificación de las UCR por institución de enero a julio 2026

INSTITUCIÓN	Total Unidades	% Cobertura Red
IMSS OPD	4	80%
IMSS OR	1	20%
Total Red UCR	5	100%

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

Tabla 5

Indicador de cobertura por hospital de enero a julio 2026

INSTITUCIÓN	HOSPITAL	CASOS REPORTADOS	% NOTIFICACIÓN
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	247	20%
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS GUZMÁN	12	20%
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	77	20%
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	26	20%
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	103	20%

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

En el indicador de oportunidad de notificación, las UCR de Colima obtuvieron una evaluación del mes de julio de 94.55% y una evaluación acumulada de 95.91% en el periodo enero-julio 2026. Respecto a la toma de muestra de los casos de IAAS del mes de julio, el 56.36% de los casos contó con toma de muestra para identificación microbiológica. En el acumulado, de las 465 IAAS notificadas, al 52.26% (243 casos) se le realizó toma de muestra para identificación bacteriológica (Tabla 6).

Tabla 6

Indicador de notificación oportuna y toma de muestra de enero a julio de 2026

IAAS NOTIFICADAS (FEC_CAP)	IAAS NOTIFICADAS OPORTUNAMENTE	CON TOMA DE MUESTRA
465	95.91%	52.26%

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

Por institución, IMSS OR obtuvo un acumulado de 97.98% de notificación oportuna, manteniendo un 100.00% en enero, febrero, marzo, abril y junio, 92.31% en mayo y 93.10% en julio. IMSS OPD acumuló un promedio general de 93.58%, con un comportamiento mensual de 89.29% en enero, 86.05% en febrero, 97.14% en marzo, 100.00% en abril, 96.55% en mayo, 92.59% en junio y 96.15% en julio. El desempeño estatal mensual se estableció en 95.38% (ene), 91.89% (feb), 98.73% (mar), 100.00% (abr), 94.12% (may), 96.49% (jun) y 94.55% (jul), promediando 95.91% global (Tabla 7).

Tabla 7

Notificación oportuna por institución de enero a julio de 2026

INSTITUCIÓN	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OR	100.00	100.00	100.00	100.00	92.31	100.00	93.10	97.98
IMSS OPD	89.29	86.05	97.14	100.00	96.55	92.59	96.15	93.58
TOTAL	95.38	91.89	98.73	100.00	94.12	96.49	94.55	95.91

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

Del total de 465 IAAS reportadas en las UCR, 378 casos (81.3%) fueron adquiridos en los propios establecimientos (adquiridas en las UCR) y 87 casos (18.7%) fueron importados de otros establecimientos de salud (Tabla 8).

Tabla 8

IAAS de acuerdo con procedencia, enero- julio 2026

TOTAL DE IAAS (FIS)	ADQUIRIDAS EN LAS UCR	IMPORTADAS
465	378	87

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

Sobre el universo de 465 casos de IAAS, se observa un predominio del sexo masculino con el 56.56% (263 casos), frente a un 43.44% (202 casos) en mujeres (Tabla 9).

Tabla 9

Porcentaje de notificaciones de IAAS estratificadas por sexo de enero a julio 2026

HOMBRES	MUJERES
56.56%	43.44%

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

La distribución por grupos etarios revela una mayor concentración de infecciones en los extremos de la vida: adultos de 65 años y más lideran con 96 casos, seguidos por menores de 1 año con 75 casos, adultos de 55 a 64 años con 68 casos, y adultos de 45 a 54 años con 64 casos (Tabla 10).

Tabla 10

IAAS por grupo de edad de enero a julio de 2026

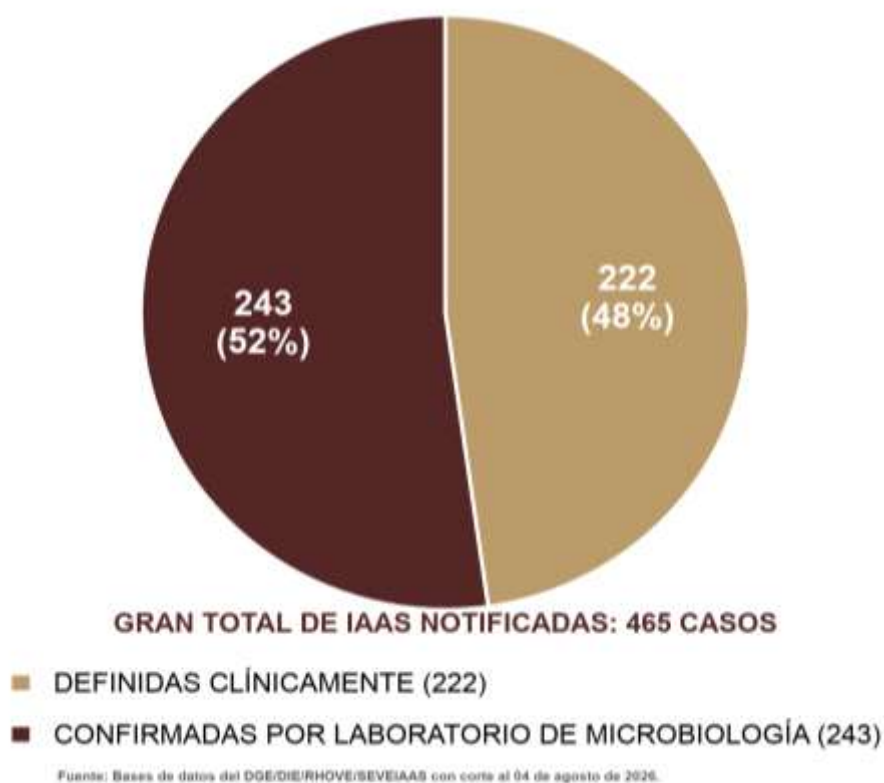
GRUPO DE EDAD	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Menores de 1 año	38	37	75
1 a 4 años	3	2	5
5 a 14 años	5	3	8
15 a 24 años	22	21	43
25 a 34 años	25	26	51
35 a 44 años	38	17	55
45 a 54 años	40	24	64
55 a 64 años	40	28	68
65 años y más	52	44	96
TOTAL	263	202	465

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

Del total de IAAS notificadas (n=465) entre enero y julio de 2026, 243 casos (52%) corresponden a infecciones confirmadas por laboratorio de microbiología (con identificación de agente etiológico), mientras que 222 casos (48%) se clasificaron como definidas clínicamente (Figura 1).

Figura 1

Notificaciones de IAAS de enero a julio, estratificadas por confirmación clínica o por laboratorio de microbiología.



Durante el periodo evaluado, Colima registró un total de 465 casos, de los cuales, 243 diagnósticos fueron definidos clínicamente y 222 tuvieron identificación de agente etiológico identificado. La mayor carga de morbilidad institucional estuvo concentrada en las afecciones respiratorias y de sitio quirúrgico, lideradas por la Neumonía Asociada a Ventilador (NAV) con 77 casos totales, seguida de la Infección Incisional Profunda con 62 casos, y Otras ITS-AAS con 57 reportes. Asimismo, se observó una alta capacidad de aislamiento microbiológico en la NAAS No Relacionada a Procedimiento (NAAS-NRP), que acumuló 46 de sus 54 casos mediante la identificación del agente causal, en contraste con eventos de fuerte dependencia diagnóstica

clínica como la ITS Relacionada a Catéter Central (ITS-CC), que documentó 37 de sus 42 casos bajo criterios estrictamente clínicos (Tabla 11).

Tabla 11

Todas las causas de IAAS por diagnóstico y toma de cultivo de enero a julio de 2026

TIPO DE IAAS	DEFINIDAS CLINICAMENTE	C/ ID AGENTE ETIOLOGICO	TOTAL
NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR (NAV)	36	41	77
INFECCION INCISIONAL PROFUNDA	39	23	62
OTRAS ITS-AAS	20	37	57
NAAS NO RELACIONADA A PROCEDIMIENTO (NAAS - NRP)	8	46	54
ITS RELACIONADA A CATETER CENTRAL (ITS - CC)	37	5	42
INFECCION DE VIAS URINARIAS ASOCIADA A CATETER URINARIO IVU-CU	21	10	31
ITS RELACIONADA A PROCEDIMIENTO (ITS-RP)	22	6	28
INFECCION EN PIEL Y TEJIDOS BLANDOS	16	9	25
INFECCION DE ORGANOS Y ESPACIOS	14	9	23
INFECCION INCISIONAL SUPERFICIAL	6	16	22
INFECCION DE VIAS URINARIAS NO ASOCIADA A CATETER URINARIO	9	0	9
CONJUNTIVITIS	0	7	7
NAAS RELACIONADA A PROCEDIMIENTO (NAAS - RP)	3	2	5
INFECCION PERIPROTESICA (POSARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA)	2	2	4
ENDOMETRITIS	0	3	3
PERITONITIS ASOCIADA A LA INSTALACION DE CATETER DE DIALISIS PERITONEAL	1	2	3
INFECCIONES DEL SITIO DE INSERCIÓN DEL CATETER, TUNEL O PUERTO SUBCUTANEO	1	2	3
INFECCION EN PIEL Y TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES CON QUEMADURAS	2	0	2
GASTROENTERITIS	0	1	1

EMPIEMA SECUNDARIO A PROCEDIMIENTO	1	0	1
ENDOCARDITIS	1	0	1
OSTEOMIELITIS	1	0	1
INFECCION INTRACRANEAL	1	0	1
PERITONITIS ASOCIADA A DIALISIS	0	1	1
INFECCION POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE (ICD)	1	0	1
ITS SECUNDARIO A DANO DE LA BARRERA MUCOSA (ITS - DBM)	1	0	1
TOTAL	243	222	465

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

Respecto a la distribución de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) adquiridas por servicio médico durante el periodo de enero a julio de 2026, ordenadas de mayor a menor incidencia. El área de Medicina Interna encabeza el reporte con 168 casos, seguida por Cirugía General con 68, Traumatología con 49 y Pediatría con 40 casos. En la parte media se ubican Terapia Intensiva Neonatal con 24 casos, Hemodiálisis con 18 y Ginecología y Obstetricia con 17, mientras que los servicios con menor incidencia reportada dentro del top 10 son Cunero Patológico con 15, Neurocirugía con 13 y Terapia Intensiva Adulto con 10 casos (Tabla 12).

Tabla 12

Servicios en donde se adquirió la IAAS de enero a julio de 2026

SERVICIO	TOTAL
MEDICINA INTERNA	168
CIRUGIA GENERAL	68
TRAUMATOLOGIA	49
PEDIATRIA	40
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	24
HEMODIALISIS	18
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	17
CUNERO PATOLOGICO	15
NEUROCIRUGIA	13
TERAPIA INTENSIVA ADULTO	10

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

Los principales microorganismos aislados durante el periodo de enero a julio de 2026, ordenados de manera descendente según su frecuencia total de aparición. La lista está encabezada por *Escherichia coli* con 31 casos, seguida por *Staphylococcus aureus* con 26, mientras que *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae* registran 23 aislamientos cada una. En la parte media del reporte se ubican *Enterobacter cloacae* con 17 casos, *Klebsiella pneumoniae* subs. *pneumoniae* con 16, *Acinetobacter baumannii* complex con 14, *Staphylococcus epidermidis* con 13, *Acinetobacter baumannii* con 11 y *Enterococcus faecalis* con 10 reportes (Tabla 13).

Tabla 13

Principales microorganismos aislados de enero a julio de 2026

MICROORGANISMO	TOTAL
ESCHERICHIA COLI	31
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	26
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	23
KLEBSIELLA PNEUMONIAE	23
ENTEROBACTER CLOACAE	17
KLEBSIELLA PNEUMONIAE SUBS. PNEUMONIAE	16
ACINETOBACTER BAUMANNII COMPLEX	14
STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS	13
ACINETOBACTER BAUMANNII	11
ENTEROCOCCUS FAECALIS	10

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

INDICADORES DE RESULTADOS ENERO-JULIO 2026

Respecto al indicador de tasa de incidencia de IAAS por cada 100 egresos hospitalarios entre enero y julio de 2026, la tasa global acumulada para el estado fue de 3.04 (frente a una tasa de referencia nacional de 2.11). El Hospital General de Manzanillo registra la tasa total acumulada más alta con 4.96, seguido por el Hospital Regional Universitario con 3.43, el Hospital General de Zona No. 1 con 3.29, el Hospital Materno Infantil con 2.00 y el Hospital General Tecomán con 0.64. Cabe destacar que en julio las capturas activas muestran tasas en proceso de cierre (0.00 en varios centros), pero el consolidado acumulado ubica a Manzanillo en nivel Muy Alto, a HRU, HGZ 1 en nivel Alto, Materno Infantil en Moderado y Tecomán en Bajo (Tabla 14).

Tabla 14

Tasa de incidencia global de IAAS por cada 100 egresos de enero a julio de 2026

INSTITUCION	HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	5.17	5.14	3.66	3.52	4.67	3.32	0.00	4.96
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	2.41	2.09	3.32	2.68	2.28	0.00	0.00	3.29
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS	0.00	1.29	0.34	1.27	0.00	0.37	0.00	0.64
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	1.53	1.67	1.57	0.56	0.00	0.00	0.00	2.00
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	1.63	4.40	3.46	2.60	3.19	3.18	0.00	3.43
	TOTAL GLOBAL	2.23	2.61	2.77	2.30	2.58	5.39	0.00	3.04
	MEDIANA NAL.	2.11	2.11	2.11	2.11	2.11	2.11	2.11	

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026 y archivo de EGRESOS.

En cuanto a la tasa de incidencia de IAAS por cada 1,000 días de estancia de enero a julio de 2026, la tasa acumulada global del estado se situó en 8.48 (frente a la mediana de referencia de 5.55). El Hospital Materno Infantil encabeza la tasa acumulada más alta con 13.56, seguido de cerca por el Hospital General de Manzanillo con 13.24, el Hospital General de Zona No. 1 con 9.06 y el Hospital Regional Universitario con 6.78, mientras que el Hospital General Tecomán registra la menor tasa con 2.24 (Tabla 15).

Tabla 15
Tasa de incidencia de IAAS por cada 1,000 días estancia de enero a julio de 2026

INSTITUCION	HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	13.39	12.82	10.71	10.23	12.05	8.57	0.00	13.24
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	6.19	5.51	10.00	7.35	6.43	0.00	0.00	9.06
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS	0.00	4.16	1.10	3.93	0.00	1.24	0.00	2.24
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	6.42	12.92	12.27	4.78	0.00	0.00	0.00	13.56
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	3.21	10.24	6.98	5.01	6.43	5.42	0.00	6.78
	TOTAL	5.97	7.48	8.45	6.63	7.01	12.13	0.00	8.48
	MEDIANA NAL.	5.55	5.55	5.55	5.55	5.55	5.55	5.55	

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026 y archivo de FACTORES.

Respecto a la Neumonía Asociada a Ventilador (NAV) por cada 1,000 días de ventilación mecánica, la tasa acumulada global de las UCR alcanzó 20.85 (mediana de referencia 15.48). Por unidad, el Hospital General de Zona No. 1 encabeza la tasa más elevada con 43.11, seguido por Hospital General Tecomán con 25.64, Hospital Regional Universitario con 12.61 y Hospital General de Manzanillo con 10.73, manteniéndose el Hospital Materno Infantil sin casos (0.00). Cabe destacar un incremento puntual en el indicador global en julio (363.64) influido por ajustes en la proporción de días ventilador de dicho mes (Tabla 16).

Tabla 16

Tasa de NAV por cada 1,000 días de ventilación mecánica de enero a julio de 2026

INSTITUCION	HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	12.20	0.00	16.00	0.00	0.00	25.00	0.00	10.73
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	27.78	25.13	62.50	40.46	13.45	0.00	0.00	43.11
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS	0.00	52.63	0.00	166.67	0.00	0.00	45.45	25.64
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	10.81	12.90	30.08	10.53	9.09	0.00	0.00	12.61
	TOTAL	16.67	14.18	33.01	17.30	9.51	28.34	363.64	20.85
	MEDIANA NAL.	15.48	15.48	15.48	15.48	15.48	15.48	15.48	

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026 y archivo de FACTORES.

En la tasa de Infección del Torrente Sanguíneo (ITS) asociada a catéter central por 1,000 días catéter, el total global acumulado estatal se situó en 3.89, igualando exactamente la mediana de referencia (3.89). El Hospital Materno Infantil presenta el promedio acumulado más alto con 23.36 (con picos al inicio del año), seguido por el Hospital Regional Universitario con 3.73, HGZ No. 1 con 1.45 y Hospital General de Manzanillo con 0.84, mientras que el Hospital General Tecomán se mantiene en 0.00 (Tabla 17).

Tabla 17

Tasa de ITS asociada a catéter central por 1,000 días catéter de enero a julio de 2026

INSTITUCION	HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.24	0.00	0.84
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	1.85	1.10	1.00	0.97	0.00	0.00	0.00	1.45
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	16.95	25.48	33.78	2.67	0.00	0.00	0.00	23.36
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	3.12	0.00	0.00	5.29	0.00	8.79	0.00	3.73
	TOTAL	3.38	2.89	3.45	1.94	1.99	13.47	133.33	3.89
	MEDIANA NAL.	3.89	3.89	3.89	3.89	3.89	3.89	3.89	

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026 y archivo de FACTORES.

En relación a las Infecciones de Vías Urinarias Asociadas a Catéter Urinario (IVU-CU) por cada 1,000 días catéter, el promedio global semestral/acumulado fue de 2.35 (frente a la mediana estatal/nacional de 4.35). El Hospital General de Manzanillo registra la tasa más elevada con 3.97, seguido por el Hospital General de Zona No. 1 con 3.90 y el Hospital Regional Universitario con 0.72, manteniéndose Tecomán y Materno Infantil en 0.00 (Tabla 18).

Tabla 18

Tasa de IVU-CU por cada 1,000 días de catéter urinario de enero a julio de 2026

INSTITUCION	HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	5.15	3.95	3.60	0.00	8.73	3.57	0.00	3.97
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	2.86	2.71	2.87	5.04	2.12	0.00	0.00	3.90
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	0.00	1.70	1.74	1.74	0.00	0.00	0.00	0.72
	TOTAL GLOBAL	1.61	2.23	2.34	3.14	1.82	1.74	17.86	2.35
	MEDIANA NAL.	4.35	4.35	4.35	4.35	4.35	4.35	4.35	

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026 y archivo de FACTORES.

En la tasa de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) por cada 100 cirugías de enero a julio de 2026, el promedio acumulado global del estado fue de 1.08 (muy cercano a la mediana de 0.95). El Hospital General de Manzanillo mantiene la tasa más elevada con 3.15 (ubicado en clasificación de incidencia muy alta), seguido por el Hospital Regional Universitario con 1.01, Hospital General de Zona No. 1 con 0.77, Hospital Materno Infantil con 0.67 y Hospital General Tecomán con 0.51 (Tabla 19).

Tabla 19

Tasa de infección de sitio quirúrgico por cada 100 cirugías de enero a julio de 2026

INSTITUCION	HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	4.00	3.40	2.92	2.55	3.31	0.53	0.00	3.15
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	0.73	0.30	0.66	0.53	0.74	0.00	0.00	0.77
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS GUZMÁN	0.00	0.72	0.00	0.81	0.00	0.85	0.00	0.51
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	0.87	0.00	0.00	0.67	0.00	0.00	0.00	0.67
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	0.77	1.08	1.50	0.22	0.78	0.82	0.00	1.01
	TOTAL GLOBAL	1.19	0.79	0.95	0.66	0.92	1.63	0.00	1.08
	MEDIANA NAL.	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	0.95	

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026 y archivo de FACTORES.

Al realizar el análisis de la Tasa de Letalidad por IAAS (%) en las cinco UCR de enero a julio de 2026, el promedio acumulado global del estado se estableció en 4.30%. El Hospital Regional Universitario presenta la tasa acumulada más alta con 13.59% (pico de 26.09% en febrero), seguido por el Hospital General de Manzanillo con 6.49% y el Hospital Materno Infantil con 3.85%, mientras que el Hospital General de Zona No. 1 y el Hospital General Tecomán no registraron defunciones atribuidas a IAAS en sus reportes (0.00%) (Tabla 20).

Tabla 20

Tasa de letalidad por IAAS (%) de enero a julio de 2026

INSTITUCION	HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	TOTAL
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL DE MANZANILLO	6.25	16.67	0.00	22.22	0.00	0.00	0.00	6.49
IMSS OR	HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
IMSS OPD	HOSPITAL GENERAL TECOMÁN DR. JOSÉ F. RIVAS GUZMÁN	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
IMSS OPD	HOSPITAL MATERNO INFANTIL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	3.85
IMSS OPD	HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO	0.00	26.09	15.79	13.33	13.33	6.67	0.00	13.59
	TOTAL GLOBAL	1.54	10.81	3.80	5.97	2.94	3.51	0.00	4.30

Fuente: Bases de datos del DGE/DIE/RHOVE/SEVEIAAS con corte al 04 de agosto de 2026.

RECOMENDACIONES DE MEJORA HACIA LAS INSTITUCIONES

De la evaluación realizada respecto al indicador de cobertura, en el mes de julio el estado de Colima logró el 100% de la notificación de casos de IAAS toda vez que todos los hospitales reportaron al menos un caso de IAAS, alcanzando un acumulado de 465 casos en la red.

Respecto al desempeño del indicador de oportunidad de la notificación, el estado de Colima obtuvo una evaluación del 94.55%, con una evaluación acumulada de 95.91% en el periodo enero-julio 2026. Respecto a la toma de muestra de los casos de IAAS del mes de julio, el 56.36% de los casos contó con toma de muestra para identificación microbiológica. En el acumulado de enero a julio, de las 465 IAAS notificadas, al 52.26% (243 casos) se le realizó toma de muestra para identificación bacteriológica. Se hace la recomendación a todo el sector para que se aumente la toma de muestra para contar con la identificación del microorganismo causante de las infecciones así, como la sensibilidad y resistencia a fármacos que son indispensables para la toma de decisiones clínicas.

De acuerdo a la edad de presentación de las IAAS, se hace énfasis para que las UCR del sector mantengan la búsqueda activa en la presentación mayor de casos en los extremos de la vida, en las categorías de 65 años y más; así como, del grupo de menores de 1 año.

Respecto a tipo IAAS y la confirmación microbiológica, se hace del conocimiento al sector para mantener la búsqueda activa y la implementación de medidas de prevención y control. Durante el periodo evaluado, Colima registró un total de 465 casos, de los cuales, 243 diagnósticos fueron definidos clínicamente y 222 tuvieron identificación de agente etiológico identificado. La mayor carga de morbilidad institucional estuvo concentrada en las afecciones respiratorias y de sitio quirúrgico, lideradas por la Neumonía Asociada a Ventilador (NAV) con 77 casos totales, seguida de la Infección Incisional Profunda con 62 casos, y Otras ITS-AAS con 57 reportes. Asimismo, se observó una alta capacidad de aislamiento microbiológico en la NAAS No Relacionada a Procedimiento (NAAS-NRP), que acumuló 46 de sus 54 casos mediante la identificación del agente causal, en contraste con eventos de fuerte dependencia diagnóstica clínica como la ITS Relacionada a Catéter Central (ITS-CC), que documentó 37 de sus 42 casos bajo criterios estrictamente clínicos.

Respecto al indicador de tasa de incidencia de IAAS por cada 100 egresos hospitalarios entre enero y julio de 2026, la tasa global acumulada para el estado fue de 3.04 (frente a una de referencia nacional de 2.11). El Hospital General de Manzanillo registra la tasa total acumulada más alta con 4.96, seguido por el Hospital Regional Universitario con 3.43, el Hospital General de Zona No. 1 con 3.29, el Hospital Materno Infantil con 2.00 y el Hospital General Tecomán con 0.64. Cabe destacar que en julio las capturas activas muestran tasas en proceso de cierre (0.00 en varios centros), pero el consolidado acumulado ubica a Manzanillo en nivel Muy Alto, a HRU, HGZ 1 en nivel Alto, Materno Infantil en Moderado y Tecomán en Bajo. Lo anterior indica que las instituciones donde se ubican estos establecimientos deben implementar acciones de prevención y control específicos de acuerdo al patrón de presentación de las IAAS. En cuanto a los cierres de información pendiente, se recuerda al sector que la captura de información debe estar sujeta a las fechas de corte que correspondan para contar con los datos del mes inmediato anterior en el que se genera el reporte y análisis del

panorama estatal de las IAAS. Se exhorta a implementar los procesos administrativos en las diversas áreas involucradas para el envío de dichos denominadores a la UVEH (los egresos hospitalarios desagregados por servicio y grupo de edad, días dispositivo invasivo -catéter central, catéter urinario y ventilador mecánico-, días estancia y las cirugías totales realizadas en el periodo de estudio desagregadas por tipo de herida) y su posterior captura oportuna en la plataforma SEVEIAAS (Tabla 21).

Tabla 21

Calendario Envío Boletín Mensual Estatal y fecha límite para captura de denominadores de las UCR.

enero	febrero	marzo	abril
D L M M J V S	D L M M J V S	D L M M J V S	D L M M J V S
1 2 3	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4
4 5 6 7 8 9 10	8 9 10 11 12 13 14	8 9 10 11 12 13 14	5 6 7 8 9 10 11
11 12 13 14 15 16 17	15 16 17 18 19 20 21	15 16 17 18 19 20 21	12 13 14 15 16 17 18
18 19 20 21 22 23 24	22 23 24 25 26 27 28	22 23 24 25 26 27 28	19 20 21 22 23 24 25
25 26 27 28 29 30 31		29 30 31	26 27 28 29 30
mayo	junio	julio	agosto
D L M M J V S	D L M M J V S	D L M M J V S	D L M M J V S
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4	1
3 4 5 6 7 8 9	7 8 9 10 11 12 13	5 6 7 8 9 10 11	2 3 4 5 6 7 8
10 11 12 13 14 15 16	14 15 16 17 18 19 20	12 13 14 15 16 17 18	9 10 11 12 13 14 15
17 18 19 20 21 22 23	21 22 23 24 25 26 27	19 20 21 22 23 24 25	16 17 18 19 20 21 22
24 25 26 27 28 29 30	28 29 30	26 27 28 29 30 31	23 24 25 26 27 28 29
31			30 31
septiembre	octubre	noviembre	diciembre
D L M M J V S	D L M M J V S	D L M M J V S	D L M M J V S
1 2 3 4 5	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5
6 7 8 9 10 11 12	4 5 6 7 8 9 10	8 9 10 11 12 13 14	6 7 8 9 10 11 12
13 14 15 16 17 18 19	11 12 13 14 15 16 17	15 16 17 18 19 20 21	13 14 15 16 17 18 19
20 21 22 23 24 25 26	18 19 20 21 22 23 24	22 23 24 25 26 27 28	20 21 22 23 24 25 26
27 28 29 30	25 26 27 28 29 30 31	29 30	27 28 29 30 31

Días inhábiles oficiales

Fecha límite para el envío de Boletín mensual a la RHOVE

Fecha límite para captura de denominadores de las UCR

Cabe recordar a todo el sector que las acciones que se implementen en los establecimientos deben quedar consensadas y documentas al interior del CODECIAAS.

BIBLIOGRAFÍA

Dirección General de Epidemiología. (2026, 20 de julio). Estandarización de boletines epidemiológicos de las IAAS. Secretaría de Salud. Gobierno de México; Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica.

Dirección General de Epidemiología. (2026). Plan Anual de Trabajo 2026; Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE). Secretaría de Salud.

Dirección General de Epidemiología. (2026). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS; Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE). Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2009, 20 de noviembre). NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Diario Oficial de la Federación, 20 de noviembre de 2009.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009&print=true

Secretaría de Salud (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero de 2013.
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013#gsc.tab=0