



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Callao, 18 de AGOSTO de 2017

Visto, el Informe N° 0233-2017-GRC/DIRESA/DESP/DAIS, de fecha 03 de Agosto de 2017, emitido por el Director Ejecutivo de Salud de las Personas, de la Dirección Regional de Salud del Callao, quien solicita la aprobación del **"Plan de Prevención y Control de Infecciones de Tuberculosis -2017 de las Redes de Salud Bonilla La Punta, BEPECA, y Ventanilla, de la Dirección Regional de Salud del Callao"**; y,

CONSIDERANDO:



R. LAMA M.

Que, los artículos I, II y III del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen: La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable;

Que, asimismo, el artículo 105° de la Ley N° 26842-Ley General de Salud, señala que corresponde a la Autoridad de Salud competente, dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas derivados de elementos, factores y agentes ambientales;



C. ORDOÑEZ T.

Que, el artículo 2° y 4° del Decreto Legislativo N° 1161- Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que, el Ministerio de Salud es un Organismo del Poder Ejecutivo, con personería jurídica de derecho público y constituye un pliego presupuestal. Asimismo, el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en la presente Ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectiva;



C. ORDOÑEZ T.

Que, asimismo el artículo 5° de la citada Ley, establece que, el Ministerio de Salud diseña y norma las funciones rectoras correspondientes, a formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno. Igualmente, como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción, y ejecución coactiva en las materias de su competencia. De esta manera, realiza el seguimiento y evaluación respecto del desempeño y obtención de resultados alcanzados de las políticas, planes y programas en materia de su competencia, en los niveles nacionales, regionales y locales, así como a otros actores del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud en todo el territorio nacional y adoptar las acciones que se requieran, de acuerdo a Ley;

Que, el Artículo 4° de la Ley N° 27867 – Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales señala: Los Gobiernos Regionales tienen por finalidad esencial fomentar el desarrollo regional integral sostenible, promoviendo la inversión pública y privada y el empleo y garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades de sus habitantes, de acuerdo con los planes y programas nacionales, regionales y locales de desarrollo; y el artículo 5° de la acotada Ley en relación a la misión del Gobierno Regional establece que la misión de los gobiernos regionales es organizar y conducir la gestión pública regional de acuerdo a sus competencias exclusivas, compartidas y delegadas, en el marco de las políticas nacionales y sectoriales, para contribuir al desarrollo integral y sostenible de la región; asimismo, el inciso g) del artículo 9° de la citada Ley, en cuanto a las competencias constitucionales dispone que los gobiernos regionales son competentes para promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud, entre otros;

Que, de acuerdo al artículo 49° incisos a), b) y c) de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales en materia de salud estipula: Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las Políticas Nacionales y los Planes Regionales; formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud; y, coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional;

Que, el Plan de Control de Infecciones en Tuberculosis en los ambientes de los Centros y Puestos de Salud de la Dirección Regional de Salud del Callao, tiene como objetivo general implementar y fortalecer las medidas de prevención y control de la transmisión de Tuberculosis, según el plan de medidas para disminuir el riesgo de transmisión de la tuberculosis;

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 104-MINSA/DGSP V.01, para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, en donde señala que, a nivel Regional la Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de Tuberculosis es la encargada de supervisar, monitorear y evaluar el cumplimiento de los planes de control de infecciones de la tuberculosis;

Que, el Gobierno Regional del Callao, tiene como visión ser un centro estratégico de interconexión del Perú, lograr un desarrollo humano armónico y equilibrado con identidad regional y conciencia ambiental, brindar servicios públicos y privados eficientes que cubran a toda la población. Ser territorialmente ordenada, segura, saludable y ha reducido los niveles de riesgo y vulnerabilidad;

Que, la Dirección Regional de Salud del Callao es una Institución que diseña, propone, ejecuta y evalúa las políticas de atención integral de salud en la Provincia Constitucional del Callao, con eficiencia y calidad, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de la población, así mismo, tiene como objetivo fortalecer el acceso a una atención integral de calidad priorizando a la población vulnerable y promoviendo la participación de la comunidad organizada y de otros sectores en el ámbito del Gobierno Regional del Callao;

Que, su misión es la de diseñar, proponer, ejecutar y evaluar las políticas de atención integral de salud en la Provincia Constitucional del Callao, con eficiencia y calidad, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de la población. Asimismo, tiene como visión que, nuestra población alcance un adecuado nivel de salud con equidad, accesibilidad y universalidad; contando con una organización exitosa y competitiva, con personal comprometido y altamente calificado;



R. LAMA M.



C. CUMANCHE M.



L. ORDÓÑEZ T.



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Callao, 18 de AGOSTO de 2017

Estando a lo propuesto por el Director Ejecutivo de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao;

Con la Visación del Director Ejecutivo de Salud de las Personas y la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director Regional de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante la Resolución Ejecutiva Regional N° 000255-2017, precisada en la Resolución Ejecutiva Regional N° 000276-2017;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APRUÉBESE el “**PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS-2017 DE LAS REDES DE SALUD BONILLA-LA PUNTA, BEPECA Y VENTANILLA DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO**”, documento que consta de (07) Siete secciones, (01) Un anexo, el cual forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Encárguese a la Oficina de Informática, Telecomunicaciones, y Estadística, la publicación de la presente resolución en el portal de internet, de la Dirección Regional de Salud del Callao.

ARTÍCULO TERCERO.- Notifíquese la presente Resolución Directoral a los estamentos administrativos correspondientes para su conocimiento y fines pertinentes.



C. QUINONEZ M.

Regístrese, comuníquese.



C. ORDÓÑEZ T.

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director Regional
EMP. 12555

RALM/CAOT



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BONILLA - LA PUNTA



“Año del buen servicio al ciudadano”

**ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCION Y CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS**

**PLAN DE PREVENCION Y CONTROL DE
INFECCION DE TUBERCULOSIS**

RED DE SALUD BONILLA – LA PUNTA

Dr. FREDY VERA PAIPAS

Director ejecutivo Red de Salud Bonilla La Punta

Lic. Enf. MARIA RODRIGUEZ YACHACHIN

Coordinadora de la ESPCT Red de Salud Bonilla La Punta

CALLAO – PERU

2017



INDICE

	Pág.
I. Introducción.....	2
II. Justificación.....	3
III. Antecedentes.....	4
En la Región Callao.....	9
En la Red Bonilla La Punta.....	10
IV. Diagnostico situacional de la Red.....	11
V. Medidas para el control de infecciones de la TB.....	17
VI. Hallazgos durante las supervisiones a los EE.SS.....	18
VII. Marco Lógico del Plan.....	19
1. Objetivo general.....	19
2. Objetivos específicos.....	19
3. Estrategias.....	19
4. Metas.....	19
5. Actividades a desarrollar.....	19
6. Responsables.....	21
7. Cronograma de actividades.....	21
Anexos: ficha de recolección de datos.....	25



PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN DE TUBERCULOSIS RED BONILLA LA PUNTA 2017

I. INTRODUCCION:

La Tuberculosis Pulmonar constituye un problema de salud pública. La creciente carga epidemiológica tanto de la TB sensible como la MDR hace necesario incorporar una estrategia integral. Por ello se busca implementar el Plan de Control de Infección de Tuberculosis (PCITB) para asegurar una adecuada capacidad resolutoria del Control de Tuberculosis entre sus trabajadores, a través de medidas de control basadas en un sistema normativa que deben ser aplicadas en la práctica diaria y que permitirán una disminución de la transmisión de la tuberculosis intrahospitalaria.

El PCITB en los establecimientos de salud debe considerar tres medidas esenciales: medidas de control administrativa, medidas de control ambiental y medidas de control personales, las cuales deben aplicarse de manera conjunta para asegurar su eficacia.

En base a tales medidas, los objetivos están centrados en la realización de talleres de control de infección TB y despistaje anual de infección tuberculosa, la implementación de áreas con sistemas de ventilación apropiados, y el uso y abastecimiento de respiradores N95.

El Perú es un país en transición o convivencia epidemiológica, en que aún persiste sin resolver, la elevada carga de morbilidad por enfermedades transmisibles, mientras se incrementa progresivamente el desafío de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Nuestro país tiene una de las mayores cargas de TB en la Región de las Américas y desde los años 90 vive una creciente epidemia de TB Multidrogoresistente (TBC MDR) y TB Extensamente resistente (XDR) la forma más peligrosa de la enfermedad, situación que en particular se da también en la región del Callao que contribuye en estas cifras alarmantes.

Nosotros como personal de salud sabemos que la TB es un problema de magnitud no solo en el Callao sino a nivel nacional debido a la aparición de cepas multidrogoresistentes (MDR), incrementado ello por las recaídas y abandono al tratamiento antituberculoso, siendo una dificultad para el control de la enfermedad, causado por el bajo nivel de adherencia al tratamiento de las personas afectadas por TB. Encontrando en nuestro centro de salud callao que el 25% del total de los pacientes padecen de algún tipo de drogoresistencia, siendo el 15 % MDR en esquemas de retratamiento, notificándose solo un caso de abandono en este año a comparación del año previo que llego a tres casos de abandono de tratamiento.

Por ello existe el riesgo de transmisión de la tuberculosis al interior de nuestro establecimiento de salud, siendo evidente que la mejor medida para disminuir este riesgo es la detección precoz y tratamiento oportuno de los casos de Tuberculosis pulmonar, de ahí la importancia de evaluar el riesgo de infección de tuberculosis en el establecimiento de salud y planificar acciones concretas y aplicar estas medidas altamente costo efectivas.



II. JUSTIFICACION:

El Perú es el 2do país con más carga de TB, el 2013 notifico 31.000 casos que representa el 12% de la carga total para las Américas y el 5to lugar en incidencia más alta(106 por 100.000 hab.) después de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana. El porcentaje de detección en relación al estimado fue del 100% para el mismo periodo.

Sabemos también que la tuberculosis es considerada como una enfermedad con muchos estigmas, que afecta a las personas independientemente de su raza, color o situación económica y que presenta factores condicionantes para el contagio. La severidad del cuadro clínico es producida por el hacinamiento, la pobreza, la falta de buenos hábitos de higiene, problemas de saneamiento, la malnutrición y ciertas conductas inadecuadas que promueven la propagación de esta enfermedad.

En tal sentido el programa de TBC no está exento ante tal magnitud del problema de salud pública y el alto riesgo de contagio de la enfermedad dentro de nuestros establecimientos de salud de la Red de Salud Bonilla la Punta por la contagiosidad del bacilo, generando la oportunidad de elaborar el Plan de Prevención y Control de Infecciones.

Por ello que el presente Plan tiene como objetivo lograr en los establecimientos correspondientes de la Red una adecuada capacidad resolutive del Control de Infección de Tuberculosis en su Personal de Salud y usuarios.

El Plan de Control de Infección de Tuberculosis (PCITB), busca que el personal de salud sea administrativos o asistenciales, además de recibir una formación en las medidas de control, estén capacitados para aplicarlas y las interiorice dentro de su práctica diaria, que disponga de un apoyo normativo, a través de un sistema específicamente diseñado para este fin facilitándole así la protección adecuada y optimizando los recursos necesarios para protegerse de la transmisión de la Tuberculosis.

Para la elaboración del Plan se ha utilizado la herramienta del Marco Lógico, por lo que en el desarrollo del Plan, este se sostendrá en una constante comunicación entre todo el personal de salud, buscando como objetivo principal la disminución de la transmisión de tuberculosis, para bienestar no solo del trabajador sino de los pacientes y familiares que acuden a nuestros centros de salud, y por ende a nuestra sociedad en general.

Este Plan, considera una evaluación permanente de sus actividades y resultados esperados a fin de afinar lo pretendido por el Ministerio de Salud y el Fondo Global promotores del cumplimiento de las actividades enmarcadas en el Objetivo II de la V Ronda del Fondo Global en la Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, cuyos objetivos son que este tipo de planes se conviertan en el motor impulsor del continuo desarrollo de nuestra Institución.



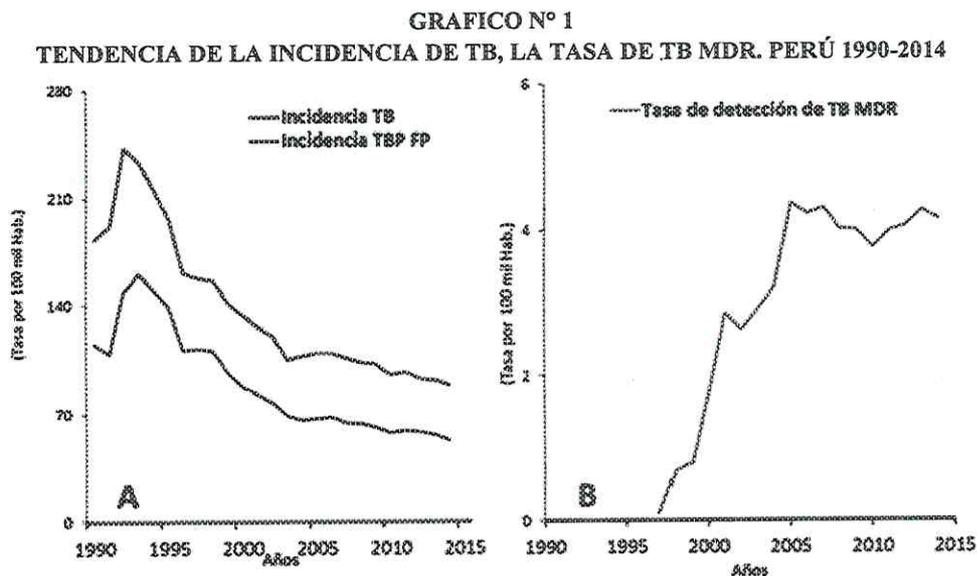
III. ANTECEDENTES:

La tuberculosis hoy en día continúa siendo un problema de la salud pública a nivel mundial. Cada año se registran más de 200 mil casos en la región de las Américas y mueren cerca de 50 mil personas a consecuencia de esta enfermedad. El Perú reporta aproximadamente el 25% de todos los casos de TB en América Latina a pesar de un gran esfuerzo conseguido desde el año 1991 al implementar la estrategia DOTs (tratamiento directamente observado con esquemas de tratamiento acortado).

Incidencia y morbilidad

El acceso a diagnóstico y tratamiento gratuito permitió detectar por lo menos al 70% de los casos, curar al 85% de los casos de TB sensible y reducir la mortalidad significativamente, con lo que el Perú salió de la lista de los 23 países con mayor prevalencia de TB en el mundo. Sin embargo, a mediados de la década de los 90 también se detectaron los primeros casos de TB multidrogoresistente (TB MDR) en el país, llegando a ser el país con la mayor carga de TB MDR en la región de las Américas.

Como se muestra en la figura se puede apreciar que hay una disminución en la incidencia de TB siendo en esta última época la tendencia se mantiene casi estacionaria, observándose una disminución promedio anual de 2%. A esto se suma el incremento acelerado de la resistencia a los fármacos antituberculosis (la tasa de TB MDR en nuestro país está en incremento).



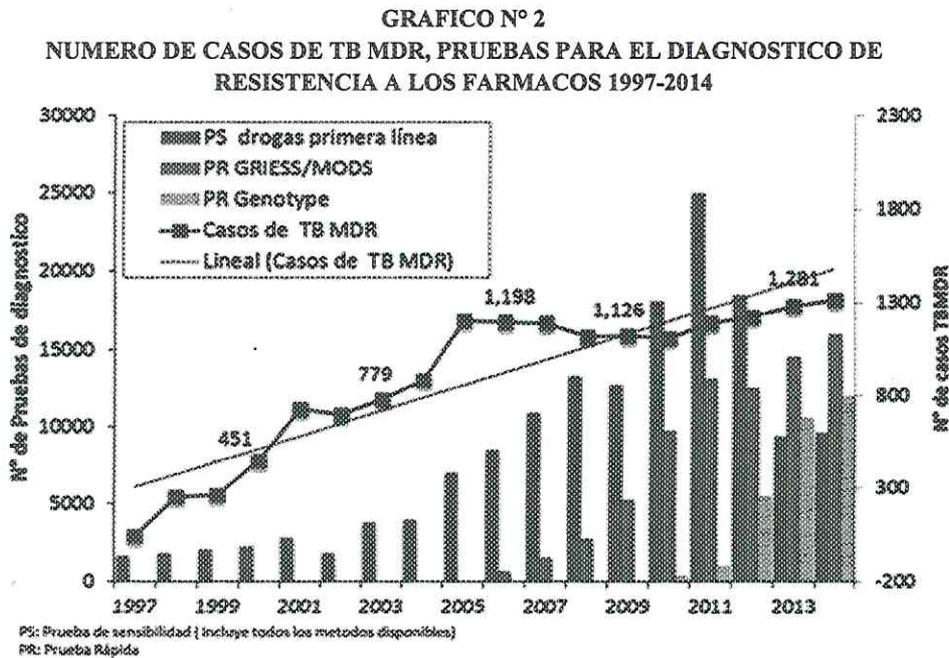
TB Multidrogoresistente (MDR)

Desde el año 1997 hasta el año 2014 se han detectado en nuestro país, más de 15 mil casos de TB MDR, la curva en el tiempo, muestra una tendencia al incremento de casos. En el periodo anterior al 2005, se observó un incremento mucho más acelerado (desde menos de 300 casos por año antes del año 2000, a más de mil casos por año para el 2005). Sin embargo el mayor número de casos de TB MDR se han reportado en los últimos 10 años (del 2005 en



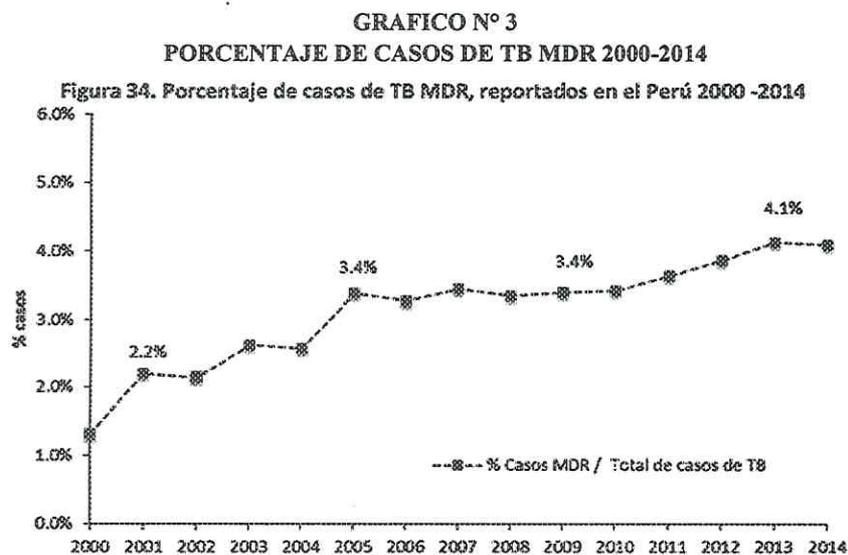
adelante) donde, el promedio reportado por año supero los 1100 casos de TB MDR, con una tendencia creciente en los últimos 4 años.

Estos cambios en la tendencia han estado relacionados con el incremento de la cobertura y disponibilidad de las pruebas para el diagnóstico de la resistencia a drogas de primera línea en nuestro país; como se muestra en el siguiente gráfico.



Elaborado por Equipo técnico DGE. Fuente: ESNPCT-DGSP/MiNSA – Laboratorio de mycobacterias INS. Perú

La tendencia de la TB MDR muestra un patrón creciente, la proporción de casos de TB MDR entre los casos de TB reportados en el país, para el año 2013 y 2014 fue de 4%, mayor a lo reportado en años anteriores (menos del 3.4% o menos antes del año 2010) y relacionado con el incremento del número de los casos TB MDR y la disminución de la incidencia de TB en el País.



Elaborada por Equipo técnico DGE. Fuente: ESNPCT-DGSP/MiNSA, a partir del 2013 se incluyó datos de la vigilancia-DGE/MiNSA.

% casos MDR = número de casos de TB MDR, sobre el total de casos de TB reportados.



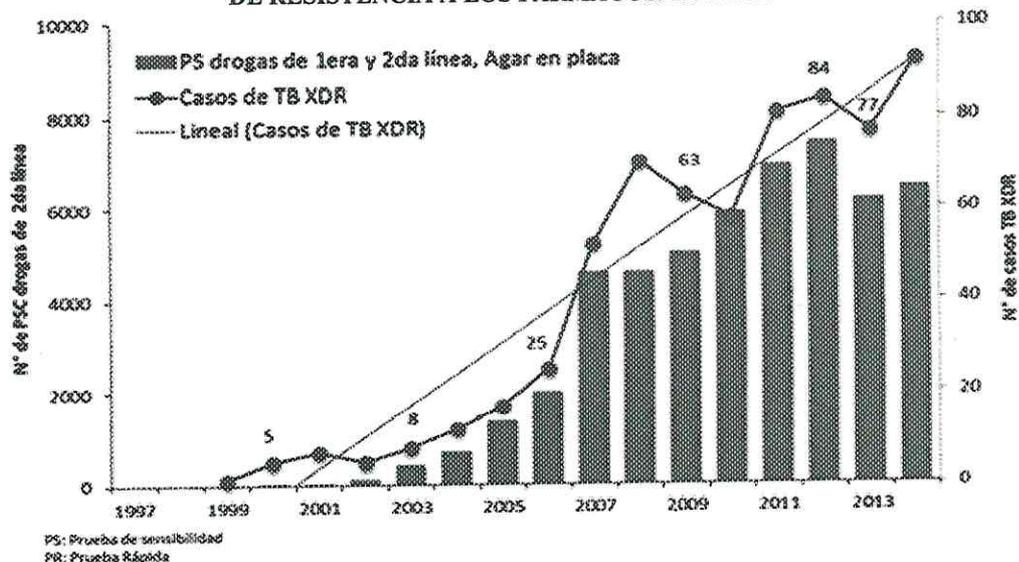
La TB Extensamente resistente (XDR)

La TB XDR es resistente a los medicamentos más poderosos para el tratamiento de esa enfermedad, los pacientes solo cuentan con opciones de tratamiento que son mucho menos eficaces y a menudo estos presentan resultados poco favorables.

En nuestro país desde la detección del primer caso con TB XDR (1999) hasta el año 2014, se han diagnosticado más de 600 casos de TB XDR, con una tendencia creciente años tras año. En los últimos 7 años (2008-2014) se han detectado el 80% de los casos de TB XDR. Esta tendencia ha ido relacionada con el incremento y la ampliación de la cobertura de las pruebas para el diagnóstico de la TB XDR, pero también es producto del incremento de la transmisión de esta cepa en la comunidad, ya que probablemente en años anteriores el diagnóstico pudo estar subestimado

Según los Subsectores del Ministerio de Salud, encontramos que los establecimientos de salud del MINSA tienen una mayor sobrecarga de atención de pacientes con TB ascendiendo a 24 200 (77.9%) casos a nivel anual en el año 2013 a comparación de otros sectores.

GRAFICO N° 4
NUMERO DE CASOS TB XDR, PRUEBAS PARA EL DIAGNOSTICO DE RESISTENCIA A LOS FARMACOS. 1997-2014



Elaborado por Equipo técnico DGE.

Fuente: ESNPCT-DGSP/MINSA a partir del 2013 se incluyó datos de la vigilancia-DGE/MINSA – Laboratorio de mycobacterias INS.

La proporción de los casos de TB XDR entre los casos de MDR, se ha incrementado mucho más rápido que la proporción de MDR. De menos de 2 casos de TB XDR por cada 100 casos de TB MDR antes del 2005, a 6 casos de XDR por cada 100 MDR para el 2014.

El mayor porcentaje de las personas afectadas por TB XDR fueron hombres, el promedio de la edad fue 33 años.



La TB Infantil

La tuberculosis infantil es un reto en el control de la tuberculosis, recién en la última década se ha priorizado dentro de los planes de control, la necesidad de fortalecer el registro de información sobre casos de tuberculosis infantil y la notificación de los resultados terapéuticos en los programas nacionales.

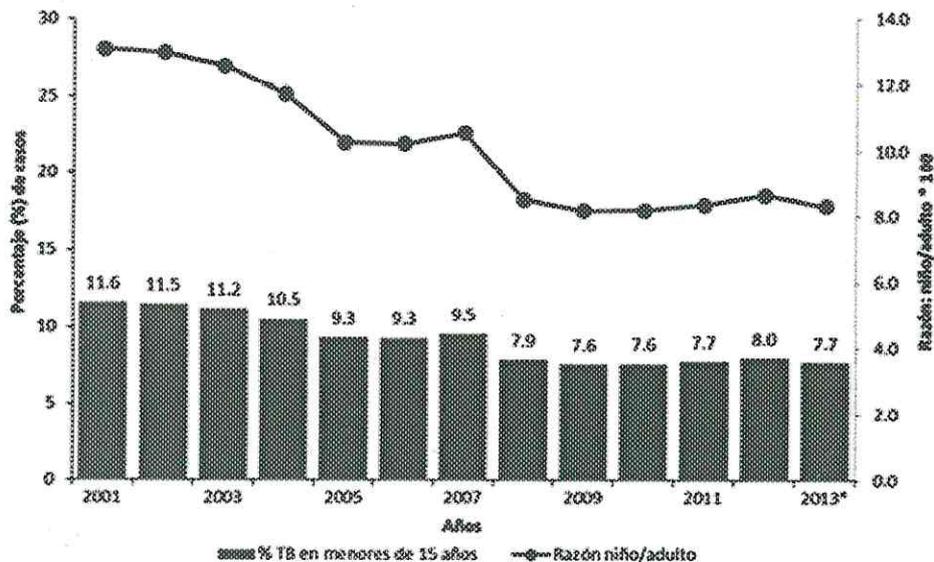
La TB infantil siempre ha sido de difícil diagnóstico, porque los niños no producen suficiente muestra para examen de baciloscopia y, sus síntomas son inespecíficos.

Los niños tienen un riesgo significativo de malos resultados, sobre todo si hay retrasos en el diagnóstico. Otros factores como la edad y el estado inmunológico en niños, influyen en la progresión a la enfermedad.

Se ha descrito que los niños menores de 2 años tienen un mayor riesgo de progresar a enfermedad y desarrollar complicaciones, debido principalmente a la inmadurez inmunológica innata y adaptativa. El seguimiento de los contactos también podría prevenir la presentación de enfermedad avanzada en los niños.

En nuestro país en los años 2013 y 2014 del total de casos notificados, un 7.7% fueron menores de 15 años, valores similares a la carga estimada a nivel mundial para el año 2014 (6%) y en la región de las Américas en el año 2012 (5.1%). La incidencia de TB en los menores de 15 años en el Perú, se ha mantenido estacionaria en los últimos 5 años con un promedio de 30 niños afectados por TB por cada 100 mil niños menores de 15 años. A diferencia de los adultos, en los niños no se observaron diferencias significativas respecto al género, la incidencia de TB fue similar tanto en varones como en mujeres.

GRAFICO N° 5
PORCENTAJE DE TB EN MENORES DE 15 AÑOS, RAZON DE CASO NIÑO ADULTO. PERU. 2001-2013



* menores de 17 años

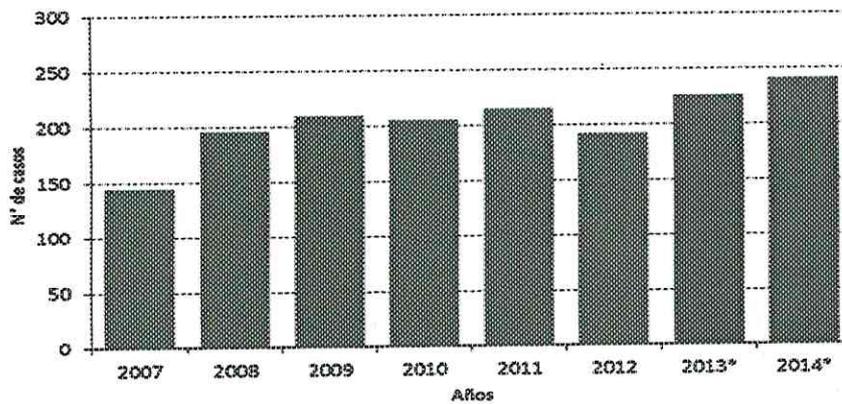
Elaborado por Equipo técnico DGE. Fuente: Informes operacionales ESNPCT-DGSP/MINSA



Morbilidad por tuberculosis en trabajadores de Salud.

Según los reportes de la ESNPCT-MINSA, en nuestro país entre el 2007 y 2012 se reportaron más de mil casos de TB en trabajadores de salud, con un promedio de 200 casos por año. Desde el año 2013, se implementa en el país el sistema de vigilancia de tuberculosis, que incluye la notificación obligatoria de los casos de TB en trabajadores de Salud, para el año 2013 se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica, 226 casos de TB en trabajadores de salud, y 241 casos para el año 2014.

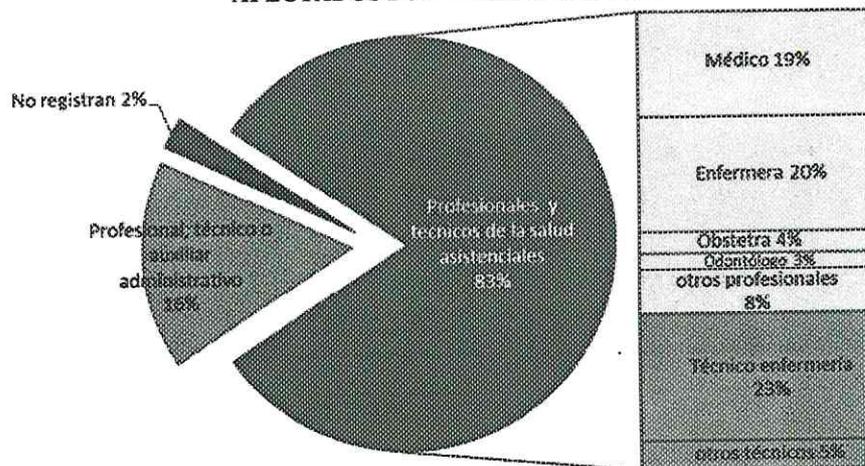
GRAFICO N° 6
NOTIFICACION DE CASOS DE TB EN TRABAJADORES DE SALUD
PERU 2004- 2014



Fuente: 2004-2012: ESNPCT-DGSP / 2013- 2014: Vigilancia epidemiológica de TB- DGE/MINSA

Podemos observar que la incidencia de TB en los grupos ocupacionales más afectados (médicos, enfermeras y técnicos en enfermería) superara casi al doble de lo observado en población general. Además la incidencia de la enfermedad en el grupo de profesionales o técnicos de la salud asistenciales es mucho mayor que el grupo de profesionales, técnicos administrativos (que representan el 16% de los casos reportados y una incidencia de 62 casos por 100 mil).

GRAFICO N° 7
OCUPACION Y/O PROFESION DE TRABAJADORES DE SALUD
AFECTADOS POR TB PERU 2013-2014



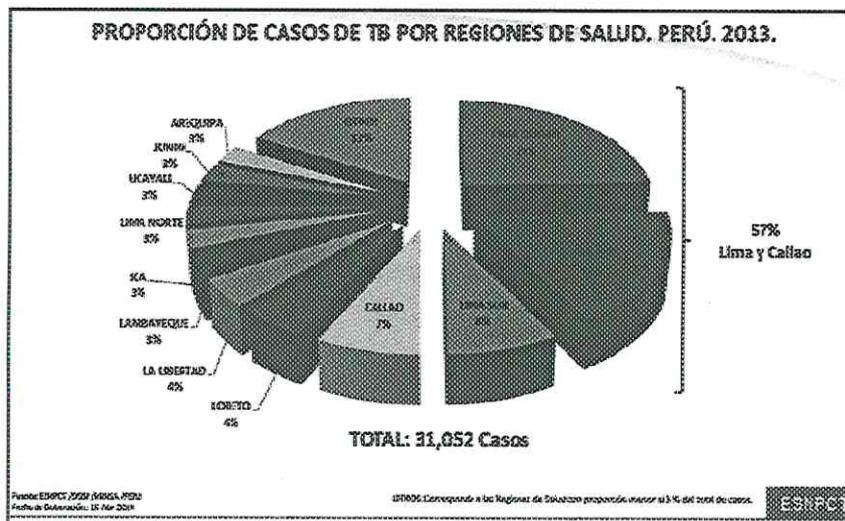
Fuente: Vigilancia epidemiológica de TB-MINSA/DGE



En la Región Callao:

Las mayores cargas de casos de TB se concentran en Lima y Callao con un 57% de un total de 31 052 casos a nivel nacional en el año 2013, lo que también se puede observar que a nivel de la región del Callao asciende al 7 %.

GRAFICO N° 8



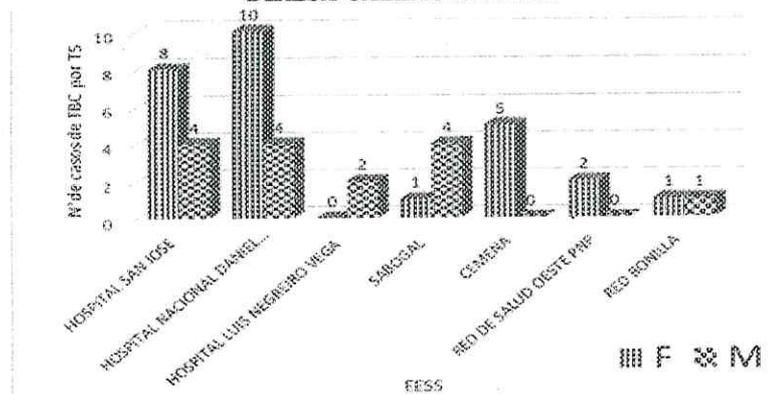
En la Región Callao encontramos las siguientes tasas que superan los del nivel nacional, como son:

- La tasa de incidencia de TB en el año 2015:
 - Callao: 204 por 100 000 habitantes
 - Perú: 90 por 100 000 habitantes
- La tasa de morbilidad de TB en el año 2015:
 - Callao: 233 por 100 000 habitantes
 - Perú: 102 por 100 000 habitantes
- La tasa de incidencia FP de TB en el año 2015:
 - Callao: 131 por 100 000 habitantes
 - Perú: 55 por 100 000 habitantes
- TBC – MDR: Lima y Callao concentran el 80% de casos del país.
- TBC – XDR: Lima y Callao concentran el 90% de casos del país.

Así también se han reportado casos de TB en trabajadores de salud en la Región del Callao como se aprecia en los siguientes gráficos y entre ellos se identifica a la Red con el aporte de un personal más a la lista de afectados por esta enfermedad.



GRAFICO N° 9
CASOS DE TB EN TRABAJADORES DE SALUD
DIRESA CALLAO 2010-2015



En la Red Bonilla La Punta:

Según la evaluación de los años 2013 al 2016 se puede detallar que nuestra tasa de morbilidad ha disminuido a comparación de años anteriores llegando a 145 casos por 100 mil habitantes para el año 2016 y una ligera disminución en la tasa de incidencia y casos Frotis positivo a nivel de la Red de Salud en estos últimos años., que a comparación de las tasas a nivel nacional superamos los valores, encontrándonos en zonas de Callao con zonas de alto riesgo de transmisión de la TB, identificándose a la jurisdicción de Acapulco seguido de Néstor Gambeta a comparación de otras microredes.

TABLA N° 1
TASA DE MORBILIDAD REPORTADA Y CASOS DE TBP FP POR MICROREDES
RED BLP 2014-2016

Microred	Tasa de morbilidad			Tasa de TBP FP		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Bonilla	165	177	131	84	104	74
Santa Fe	134	143	133	86	94	78
José Olaya	119	127	129	75	86	92
Néstor Gambeta	167	211	157	93	101	70
Acapulco	142	130	221	94	91	145
Total de Red	150	162	145	86	98	85

Informe operacional anual, RBL.

Y de igual forma que a nivel nacional, aquí en los establecimientos de salud de la Red los casos de TB MDR han ido en aumento debido a múltiples factores por un acceso a alguna prueba de sensibilidad, los problemas psicosociales inherentes a la zona, pobreza y otros; así también los casos de comorbilidad VIH y diabetes mellitus se han mantenido las mismas tasas elevadas, identificándose otra vez a la jurisdicción de Acapulco como una zona de alto riesgo de contagio de TB MDR, así como el incremento de comorbilidad de VIH en la zona en mención.



TABLA N° 2
NUMERO DE CASOS REPORTADOS MDR, COMORBILIDAD VIH Y DM
POR MICRORES. RBL 2014-2016

Microred	TB MDR			TB VIH			TB DIABETES		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Bonilla	36	47	21	20	22	09	12	19	06
Santa Fe	5	10	7	7	8	5	5	7	5
José Olaya	3	6	3	0	4	1	2	2	5
Néstor Gambeta	8	12	10	6	5	7	2	5	4
Acapulco	6	10	15	0	4	8	2	2	3
Total de Red	58	85	56	33	43	30	23	35	23

Informe operacional anual, RBL.

IV. DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA TB EN LA RED BONILLA LA PUNTA

- Componentes Demográficos:** Para la Red Bonilla La Punta la población estimada es de 241 070 habitantes, según se aprecia en el siguiente cuadro.

TABLA N°3
POBLACION POR ETAPAS DE VIDA ASIGNADAS A LA RED BLP - 2017

POBLACION TOTAL	0 – 11 años NIÑOS	12 – 17 años ADOLESCENTES	18 – 29 años ADULTO JOVEN	30 – 59 años ADULTO	≥ 60 años ADULTO MAYOR
244 428	38 839	21 416	49 288	101 429	33 456
100%	15.9%	8.8%	20.3%	41.5%	13.7%

Fuente: DIRESA-Oficina de Estadística-OITE

Nuestra Red de Salud Bonilla La Punta está conformada por 5 microredes que son Manuel Bonilla, Nestor Gambeta, José Olaya, Santa Fe y Acapulco y un total de 15 establecimientos de salud.

Del total de la población que representa el 100% se observa que el grupo etáreo de 30 a 59 años es el más representativo con un 41.5% concluyendo que la población es eminentemente adulta y económicamente activa; seguida de la población adulta y adulta mayor con un 43.6%

Para fines de estratificación de incidencia por establecimientos de salud se ha considerado una distribución poblacional, como se muestra en el siguiente cuadro.



TABLA N° 4
POBLACION POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RBLP 2017

N°	ZONAS	N° HABITANTES	%
	MICRORED 1	100219	41.0
01	C.S. Manuel Bonilla	33068	13.5
02	C.S. Barton	29971	12.3
03	C.S. Puerto Nuevo	7 357	3.0
04	C.S. La Punta	8 453	3.5
05	C.S. San Juan Bosco	21 370	8.7
	MICRORED 2	53 327	21.8
06	C.S. Santa Fe	17 777	7.3
07	C.S. Jose Boterin	11 825	4.8
08	C.S. Callao	23 725	9.7
	MICRORED 3	29 827	12.2
09	C.S. José Olaya	17 096	7.0
10	C.S. Miguel Grau	4 009	1.6
11	C.S. Santa Rosa	8 723	3.6
	MICRORED 4	31 702	13.0
12	C.S. Néstor Gambeta	21 286	8.7
13	C.S. Ramón Castilla	10 416	4.3
	MICRORED 5	29 353	12.0
14	C.S. Acapulco	22 324	9.1
15	C.S. Juan Pablo II	7 028	2.9
	TOTAL	244428	100%





2. Componente Social

En la jurisdicción de los establecimientos de salud se ha podido observar la existencia de pandillas, compartiendo vicios como delincuencia y drogadicción. Estas pandillas se reúnen por las tardes a partir de las 4 de la tarde asaltando a los transeúntes en las zonas menos transitables, además en algunas ocasiones infringen daño físico a sus víctimas (heridas punzo cortantes) todo esto bajo el efecto de las drogas, aprovechando la deficiencia de vigilancia policial. Esto limita las actividades de seguimiento domiciliario de los diferentes componentes y estrategias sanitarias aunado al tiempo de desplazamiento a zonas alejadas.

Hoy en día ya no contamos con suficientes promotoras de salud que nos apoyen con la administración de tratamiento a pacientes con dosis fraccionadas como son los que reciben los pacientes afectados por TB MDR.

3. Componente de Salud

Se presenta a continuación cuadros comparativos de la estrategia sanitaria de PCT por microredes de salud a partir del año 2013 al año 2016.

En la Red de Salud Bonilla en la última evaluación anual comparativa 2014-2015, los responsables de la ESPCT de sus establecimientos de salud presentaron los indicadores de evaluación, lo que se evidencia una alarmante disminución en la captación de sintomáticos respiratorios reflejada en el indicador trazador que se encuentra para el año 2015 en 1.7% que para el año previo fue de 2.2%, con un incremento del 18 % en las atenciones de mayores de 15 años, aunque para el último año 2016 hubo un ligero incremento de 2.4%, no llegando a la meta del 5% en la captación de SR.

TABLA N° 5
SR IDENTIFICADOS POR ATENCIONES EN >15 AÑOS
ANUAL 2013-2016

Indicador	2013		2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
S. R. Identificados x 100	6826	2.2%	6959	2.3%	6167	1.7%	8741	2.4%
Atenciones > 15 años	312499		316373		372585		360062	

Microred	Captación de SR		
	2014	2015	2016
Bonilla	1.9	1.3	1.8
Santa Fe	2.9	2.1	3.5
José Olaya	2.4	1.8	2.9
Néstor Gambeta	2.5	2.1	2.4
Acapulco	1.6	1.2	1.5
Total de Red	2.3	1.7	2.4



Persiste el incremento en el número de los casos de TB en casi la mayoría de los establecimientos de la Red, con un diagnóstico tardío del 50 % de los casos consignados para el año 2015, siendo los establecimientos de salud centros receptores de casos con TB pulmonar Frotis positivo diagnosticados por hospitales.

Tenemos la mayor parte de caso de TB MDR y XDR a comparación con las otras Redes de Salud. Además, aun mantenemos TPI en % en contactos menores de 5 años. También tenemos altos porcentajes de abandonos de esquemas de retratamiento que pueden deberse a múltiples factores psicosociales, que por lo general se encuentra en la población económicamente activa.

En la siguiente tabla podemos evidenciar los diferentes indicadores de mayor relevancia para el análisis de lo que estamos haciendo por la estrategia.



INDICADORES OPERACIONALES ANUAL 2013 - 2016

N°	Indicadores Operacionales	2013		2014		2015		2016	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	N° de S.R. Examinado BK (+) x 100	198	84%	187	91%	182	78%	127	78%
		236		206		232		202	
2	N° de S.R. Examinados x 100	6723	98%	6942	100%	6151	100%	8654	99%
		6826		6959		6167		8741	
3	N° de S.R. Examinados BK (+) x 100	198	3%	187	2.7%	182	3.0%	127	1.5%
		6723		6942		6151		8654	
4	N° Casos con TB Pulmonar	337	87%	326	91%	350	91%	313	89.4%
		386		360		386		350	
5	N° Casos con TB Pulmonar BK(+) x 100	236	70%	206	63%	232	66%	202	65.3%
		337		326		350		313	
9	N° casos con TB MDR x 100	91	24%	58	16%	85	22%	56	16%
		386		360		386		350	
10	N° Caso con TB-VIH x 100	31	8%	33	9%	43	11%	30	9%
		386		360		386		350	
11	N° Contactos Examinados x 100	1078	78%	1206	82%	1240	85%	1102	82%
		1382		1469		1455		1336	
12	N° Contactos con TPI en <5 años	52	45%	48	49%	41	46%	70	64%
		115		97		90		109	
13	Abandono de Tratamiento (Total)	52		58		56		34	
14	Notificación de Pacientes Fallecidos	25		24		15		25	



TABLA N° 7
INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS RED BONILLA LA PUNTA 2012 – 2016

TASA	FORMULA	2012		2013		2014		2015		2016	
		N°	%								
TASA DE MORBILIDAD	$\frac{\text{Total de casos de TB} \times 100\,000}{\text{Población}}$	$\frac{371}{253\,942}$	146	$\frac{386}{243\,592}$	158	$\frac{360}{239\,984}$	150	$\frac{386}{23\,7756}$	162	$\frac{350}{241\,070}$	145
TASA DE MORTALIDAD	$\frac{\text{Casos TB fallecidos} \times 100\,000}{\text{Población}}$	$\frac{22}{253\,942}$	9	$\frac{15}{243\,592}$	6	$\frac{24}{239\,984}$	10	$\frac{15}{23\,7756}$	6	$\frac{25}{241\,070}$	10
PORPORCION DE LETALIDAD	$\frac{\text{Casos TB fallecidos} \times 100}{\text{Casos de TB}}$	$\frac{22}{371}$	6	$\frac{15}{386}$	4	$\frac{24}{360}$	7	$\frac{15}{386}$	4	$\frac{25}{350}$	7

En el cuadro N° 7 de indicadores epidemiológicos se observa un DESCENSO de la tasa de morbilidad de 386 A 350 por 100 000 habitantes en estos tres últimos años.

En relación a la tasa de mortalidad ha AUMENTADO en estos dos últimos años a 10 por cada 100 000 hab, siendo la causa más común el compromiso pulmonar del paciente que conlleva a una insuficiencia respiratoria y otras comorbilidades que comprometieron su estado como son la diabetes mellitus, cáncer, inmunosupresión, insuficiencia renal, entre otros.





V. MEDIDAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES DE LA TB EN LOS EE.SS.

Las medidas de control de infecciones de tuberculosis que deben ser implementadas, de acuerdo al Módulo de Capacitación. Control de Infecciones de Tuberculosis en Establecimientos de Salud (Ministerio de Salud. Lima, 2005) son:

a. Medidas de control administrativo

Las medidas de control administrativo deben permitir:

- Búsqueda activa y evaluación inmediata de los SR en todos los servicios del establecimiento, ampliar horarios de atención del laboratorio de tuberculosis, acortar los tiempos de emisión de resultados, optimizar los sistemas de reporte e identificación de los casos.
- Atención ambulatoria de pacientes con TB confirmada: Atención en horarios diferenciados en consultorios, laboratorio y salas de procedimientos y radiología. Hospitalización en ambientes con adecuado recambio de aire para los casos que lo requieran en las UNETS.
- Priorizar que los resultados de la baciloscopía de muestras que proceden de los servicios de emergencia y hospitalización se entreguen dentro de las dos horas siguientes de recibidas en el laboratorio.
- Inicio inmediato del tratamiento anti-TB en todos los casos diagnosticados.
- Atención del paciente con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo TBP FP por otras especialidades en horarios preferentes, bajo medidas de control de infecciones.
- Capacitación permanente al personal de salud, pacientes y familiares sobre transmisión y prevención de la TB.
- Evaluación del riesgo de transmisión en los diferentes servicios del establecimiento y vigilancia activa de los casos de TB en trabajadores de salud.

b. Medidas de control ambiental

Las medidas de control ambiental deben maximizar la ventilación natural y/o instalar sistemas de ventilación mecánica.

- Priorizar la ventilación natural, garantizando que las puertas y ventanas permanezcan abiertas, libres de cortinas u otro mobiliario.
- Ubicar las áreas de espera de pacientes ambulatorios en espacios abiertos y bien ventilados.
- En salas de hospitalización para el aislamiento de pacientes con TB MDR/XDR, debe maximizarse la ventilación natural o implementar la ventilación mecánica para garantizar un mínimo de 12 recambios de aire por hora.

c. Medidas de protección respiratoria

Las medidas de protección respiratoria deben incluir:

- Asegurar la disponibilidad de respiradores N95 para uso de los trabajadores de salud en cantidad y calidad adecuadas en las áreas críticas y de mayor riesgo: sala de internamiento de neumología o medicina, emergencia, UCI, laboratorio, sala de procedimientos invasivos, entre otros.
- Capacitar a los trabajadores de salud en el uso y conservación adecuados del respirador N95.



- Adquisición de respiradores N95 de diferentes tallas (S, M, L).
- Todo paciente con TB pulmonar o con sospecha de TB que se encuentre en un EESS, o durante su traslado en ambulancia u otro medio de transporte debe usar mascarilla simple.

VI. HALLAZGOS DURANTE LAS SUPERVISIONES A LOS EE.SS.

En la evaluación de riesgo de infección de TB intra institucional se ha encontrado deficiencias en las medidas de prevención y control, esta situación ha motivado la planificación de actividades para solucionar los problemas encontrados.

TIPO DE MEDIDA DE CONTROL	HALLAZGOS
MEDIDA DE CONTROL ADMINISTRATIVA	<ul style="list-style-type: none">• Progresiva disminución de incidencia de TBP Frotis positivo, TB MDR y un ligero incremento de casos de comorbilidad de TB- VIH, así como una baja del indicador trazador por poca captación de sintomáticos respiratorios (SR) a nivel intramural, ya que la captación es generalmente a costa de la ESPCT.• Elevado riesgo de exposición de TB por deficiencias en el flujograma de atención al paciente enfermo con TB y al tosedor sospechoso de TB en áreas comunes (área de riesgo).• Pacientes sospechosos de TB con prácticas inadecuadas al momento de toser.• Incumplimiento en el control periódico sanitario de la mayoría del personal de salud.• Las condiciones de transmisión de la TB fuera del establecimiento no han favorecido la presencia de un mayor riesgo de transmisión en la población general.• Existe compromiso de parte de los directivos para enfrentar la propagación de la TB.
MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL	<ul style="list-style-type: none">• Deficiencias humanas en el empleo de la ventilación natural, así como la infraestructura inadecuada para la atención médica.
MEDIDAS DE PROTECCION RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none">• Personal de salud expuesto a infección TB relacionado a prácticas inadecuadas del paciente tosedor (pacientes que utilizan mascarillas durante la etapa de contagio)



VII. MARCO LOGICO DEL PLAN:

1. OBJETIVO GENERAL:

Prevenir y controlar la transmisión de tuberculosis en los establecimientos de salud de la Red Bonilla – La Punta.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Controlar adecuadamente la transmisión de la TB en los EE.SS. de la Red de Salud
- Reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas en áreas de elevado riesgo de transmisión de la TB.
- Proteger al personal de salud en áreas donde la concentración de núcleos de gotitas infecciosas no puede ser reducida adecuadamente.
- Implementar medidas administrativas y ambientales para el control de la TB.

3. ESTRATEGIAS:

- Actualización del personal de salud en medidas de prevención y control de infecciones.
- Supervisión y monitoreo de la aplicación de las tres medidas de prevención de infecciones en los establecimientos de salud.
- Evaluación trimestral de los indicadores epidemiológicos de cada establecimiento de salud.

4. METAS:

- Disminuir el riesgo de exposición de Tuberculosis pulmonar en el ámbito laboral de los trabajadores de salud del establecimiento en un 80% para fines del año 2016.
- Disminuir la tasa de incidencia de TB BK positiva entre trabajadores de salud en un 0 % para fines del año 2016.
- Establecer e implementar políticas sobre el uso de protección respiratoria en los establecimientos de salud de la Red de Salud.

5. ACTIVIDADES A DESARROLLAR:

a) Desarrollo de normas locales relacionadas con:

- *Medidas de control administrativo:*
 - Conformación del equipo para el control de infección TB
 - Elaboración del plan de prevención y control de la infección de TB e incluirlo en el plan operativo local.
 - Evaluación del riesgo de TB en el establecimiento de forma periódica.
 - Sensibilizar y motivar a todo personal sobre importancia de captación de sintomáticos respiratorios.



- Informar periódicamente al personal sobre áreas de riesgo y plantear alternativas de solución que serán debatidas para su aplicación: adecuación de mobiliario, mejorar flujo de aire y recambio constante del mismo, y uso de respiradores para el personal y de ser necesario uso de mascarillas para el paciente tosedor.
 - Establecer horarios diferenciados de atención a pacientes TB P FP y TB MDR positivos en servicios de odontología, obstetricia y psicología.
 - Elaborar cronograma de charlas informativas y capacitación para el personal y pacientes sobre prácticas adecuadas de prevención y control de TB, reforzar con la publicación de afiches y trípticos para los tosedores.
 - Vigilar el cumplimiento de la evaluación sanitaria del personal de salud referente a TB, mínimo 1 vez por año.
 - Elaborar y monitorear el cumplimiento de las normas de bioseguridad en TB en los EE.SS.
 - Evaluar periódicamente los resultados de la aplicación de medidas administrativas.
 - Incorporar el plan de prevención y control de infecciones de la TB en el Plan de Trabajo de la Red Bonilla 2016
 - Todos los pacientes diagnosticados con TBP Frotis positivo inician tratamiento en menos de 48 horas desde su ingreso a la estrategia.
 - Incrementar el indicador de control de contactos censados.
 - Establecer un fluxograma de atención de los pacientes con diagnóstico de TB.
 - Seguimiento de los pacientes en tratamiento, garantizar el DOTs y disminución de abandonos de tratamientos.
 - Implementación del sistema de monitoreo de las actividades señaladas en el plan.
 - Despistaje a los trabajadores de los establecimientos de salud.
 - Realizar actividades de educación al paciente y familia en las salas de espera de los EE.SS. sobre prevención de la TB.
 - Actualización en bioseguridad para el control de la transmisión de la tuberculosis.
- *Medidas de control ambiental:*
- Intensificar las acciones para disminuir la concentración de gotitas infecciosas de la TB.
 - Maximizar la ventilación natural en los ambientes de atención de los pacientes.
 - o Apertura de las ventanas en los consultorios de atención.
 - o Uso de ventiladores en consultorios ubicados detrás del personal.
 - Reevaluar periódicamente la direccionalidad del flujo de aire en los servicios y por turno de atención.
- *Medidas de protección respiratoria.*
- Gestionar para la distribución de respiradores N95 y mascarillas simples a cada EE.SS de la Red de Salud.
 - Supervisión de uso de protección respiratoria tanto del personal de salud como de los pacientes de las estrategias de TB.
 - Verificar el uso adecuado de respiradores en los trabajadores de salud, previa información al paciente para mantener la relación de respeto mutuo e igualitario.
 - Verificar la dotación de respiradores y mascarillas en cantidad suficiente.



b) Desarrollo de actividades de capacitación:

- Realización de reuniones técnicas sobre medidas de prevención y control de la TB en establecimientos de salud, dirigidas a personal médico, de enfermería, obstetricia y técnico. Las reuniones de capacitación podrán realizarse según grupo profesional o conjuntamente, dependiendo de las características de cada establecimiento de salud.
- Reuniones de análisis crítico sobre la TB en establecimientos de salud. En estas reuniones el grupo de personas que trabajan en dicho servicio, con apoyo de los miembros del comité de control de infecciones y el equipo de control de la tuberculosis, analizarán los diferentes problemas identificados en el proceso de atención de los pacientes que podrían contribuir a una mayor incidencia de TB en el establecimiento de salud.
- Elaboración de material de información sobre medidas efectivas de prevención de la TB en establecimientos de salud.

c) Supervisión de prácticas de atención:

- Elaboración de pautas de supervisión;
- Aplicación de las pautas de supervisión;
- Análisis de la supervisión;
- Presentación de los resultados de la supervisión de prácticas de atención cada tres meses al personal del servicio.

6. RESPONSABLES

- Comité de control de infecciones;
- Equipo de control de tuberculosis del establecimiento; • coordinadores de cada estrategia de los EE.SS.

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Con la finalidad de resumir las actividades, el cronograma y los responsables de la ejecución del plan de control de infecciones en el establecimiento de salud, se presenta el siguiente cuadro.



AREA	ACTIVIDADES	TRIMESTRE				RESPONSABLE
		I	II	III	IV	
ASPECTOS NORMATIVOS LOCALES	Conformación comité de control de infección de TB	X				DIRECTOR EFECTIVO DE RED
	Diseño de guía de evaluación de riesgo de TB	X				CITB
	Evaluación semestral de riesgo de TB	X		X		CITB
	Elaboración del plan de prevención y control de TB	X				CITB
	Establecer cronograma de evaluación anual a personal de salud de la Red de Salud		X			
ASPECTOS DE CAPACITACIÓN, INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN	Capacitación al personal de salud sobre medidas de prevención y control de TB		X			CITB
	Sensibilización del plan de trabajo a médicos jefes, coordinadores de ESPCT de cada EE.SS.		X			
	Reuniones de información y análisis de la aplicación de medidas propuestas con los trabajadores de salud.		X	X	X	CITB
	Informar y sensibilizar a los pacientes sobre prácticas adecuadas de prevención y control de TB basados en el respeto mutuo personal y paciente.		X	X	X	CITB
	Elaboración y publicación de afiches para los SR		X			CITB
SUPERVISION	Elaboración continua de guías de evaluación de riesgo adaptada al establecimiento.			X		CITB
	Supervisiones con equipos técnicos de microredes		X		X	





ANEXO

FICHA PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL M. TUBERCULOSIS DENTRO DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Se recomienda utilizar esta ficha cuando se realice una evaluación de riesgo en un establecimiento de salud.
Los establecimientos de salud con más de un tipo de área o servicio tendrán que utilizar esta ficha en cada área o unidad.

Datos sobre la TB en la comunidad y dentro del establecimiento	
<p>•¿Cuál es la incidencia de TB pulmonar (TBP) en su distrito o provincia? Comparar esa tasa con la tasa de la Dirección de Salud, Área, Gerencia o Departamento local y del país. (Incidencia es el número de casos nuevos del año pasado dividido por la población total de la Dirección de Salud, Área, etc.). Se debe calcular las tasas por 100,000 personas.</p> <p>•¿Cuál es la incidencia de TBP en trabajadores del establecimiento de salud? Comparar esa tasa con la tasa de incidencia de TB pulmonar del Departamento local en general.</p>	<p>Tasa del distrito: <input type="text"/></p> <p>Tasa del Departamento: <input type="text"/></p> <p>Tasa nacional: <input type="text"/></p> <p>Tasa en el establecimiento (trabajadores): <input type="text"/></p>
<p>•¿Cuántos trabajadores de salud se han enfermado con TB durante el último año? •¿En cuáles áreas o servicios trabajan o trabajaban? •¿Qué forma de contrato tienen con el establecimiento de salud?</p>	
<p>•¿Cuántos pacientes con sospecha de TB o con TB confirmada se atendieron en su establecimiento por año (consultorio externo y hospitalización) en los dos últimos años? Revise datos del laboratorio, registros de control de infección y bases de datos con diagnósticos finales o dada de alta de pacientes.</p>	<p>Año: <input type="text"/></p> <p>En consulta externa: <input type="text"/></p> <p>En hospitalización: <input type="text"/></p> <p>Año: <input type="text"/></p> <p>En consulta externa: <input type="text"/></p> <p>En hospitalización: <input type="text"/></p>
<p>•¿Cuántos pacientes con TB MDR se atendieron en su establecimiento por año?</p>	<p>Año: <input type="text"/></p> <p>En consulta externa: <input type="text"/></p> <p>En hospitalización: <input type="text"/></p>
<p>•¿Se realiza triaje de sintomáticos respiratorios regularmente en su establecimiento?</p>	<p>Si <input type="text"/> No <input type="text"/></p>
<p>•Actualmente, ¿existe en su establecimiento un grupo de pacientes con sospecha de TB o con TB confirmada, con posible transmisión dentro del establecimiento (Incluya servicios de consultorio externos y hospitalización)?</p>	<p>Si <input type="text"/> No <input type="text"/></p>



Evaluación de Riesgo General (Consulta externa)	
Para una consulta externa	
<ul style="list-style-type: none">•¿Cuántos pacientes de consulta externa reciben tratamiento para TB sensible a medicamentos por año?•¿Cuántos pacientes de consulta externa reciben tratamiento para TB MDR por año?•Revise los datos de laboratorio, registros de control de infección y bases de datos con diagnósticos finales o dadas de alta de pacientes.	
•¿El establecimiento de salud brinda servicios médicos a pacientes con TB MDR?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
•¿Existe una prevalencia relativamente más elevada en el establecimiento de salud que en la comunidad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
•¿Existe evidencia de transmisión de persona a persona dentro del establecimiento de salud (por ejemplo, de paciente a paciente, paciente a trabajador de salud, trabajador de salud a paciente o trabajador de salud a trabajador de salud)? Use información de reportes de casos, resultados de PPD en trabajadores de salud, etc.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
•¿Existe una alta prevalencia de pacientes o trabajadores de salud inmunocomprometidos en el establecimiento de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
•¿Cuándo fue la primera vez que se realizó una calificación de riesgo para el establecimiento?	



Tasas de conversión para pruebas de infección con M. tuberculosis
(el se usa PPD o otra prueba en el establecimiento de salud)

<p>¿El establecimiento tiene un programa de PPD?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿El establecimiento realiza una búsqueda activa de síntomas respiratorios entre trabajadores de salud?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿El establecimiento de salud analiza las radiografías de tórax para detectar pacientes con TB?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Si el establecimiento de salud tiene un programa de PPD, cuántos entre el personal de salud participa en dicho programa? (Marque todos los que correspondan.)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Personal de limpieza <input type="checkbox"/> Promotores <input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Nutricionistas <input type="checkbox"/> Recepcionistas <input type="checkbox"/> Personal en formación (estudiantes) <input type="checkbox"/> Voluntarios <input type="checkbox"/> Otros </p>
<p>¿Se hacen líneas de base con las pruebas de PPD, realizando dos pruebas por cada trabajador de salud?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Se realizan pruebas periódicas de PPD entre el personal de salud?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿con qué frecuencia se administran las pruebas de PPD a los trabajadores de salud?</p>	
<p>¿Si se hacen pruebas periódicas de infección de TB, cuál es la tasa de conversión en años pasados? Esta se calcula dividiendo el número de conversiones de trabajadores de salud por el número de trabajadores que se sometieron a la prueba.</p>	
<p>¿Jestar las tasas de prevalencia e incidencia de TB en el personal de salud durante los últimos 5 años.</p>	<p>Hace 2 años <input type="checkbox"/> Hace 3 años <input type="checkbox"/> Hace 4 años <input type="checkbox"/> Hace 5 años <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Tasas incrementado, disminuido o permanecido estables las tasas de incidencia y prevalencia de TB entre el personal de salud en los últimos 5 años?</p>	<p>Incrementado <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Sin cambio <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Hay áreas o grupos dentro del establecimiento (por ejemplo, emergencias, salas de espera, clínicas, terapias respiratorias, personal que asiste en bronoscopias) con un riesgo alto de enfermedad TB o conversión de PPD?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es afirmativa, liste. </p>





Programa de control de infecciones de TB	
• ¿El establecimiento cuenta con un plan escrito para control de infecciones de TB?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
• ¿Cuándo se escribió el primer plan de control de infecciones de TB?	
• ¿Cuándo fue la última vez que se actualizó el plan de control de infecciones de TB?	
• ¿Existe un comité de control de infecciones de TB en el establecimiento de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles grupos tienen representación en dicho comité? (Marque todos los que corresponden.)	<input type="checkbox"/> o Médicos <input type="checkbox"/> o Enfermeras <input type="checkbox"/> o Epidemiólogos <input type="checkbox"/> o Ingenieros <input type="checkbox"/> o Personal del laboratorio <input type="checkbox"/> o Personal de salud ocupacional <input type="checkbox"/> o Administradores <input type="checkbox"/> o Evaluación de riesgos <input type="checkbox"/> o Calidad <input type="checkbox"/> o Otro (especifique) <input type="text"/>
• Si no existe un comité de control de infecciones de TB, ¿qué comité se responsabiliza por el control de infecciones en el establecimiento de salud?	



Tiempos requeridos para realizar diferentes actividades	
• Revisando una muestra de las historias clínicas de pacientes con TB, ¿cuál es el tiempo promedio en días, entre las siguientes actividades:	
Número de días entre:	Días
• Hospitalización y diagnóstico clínico	A <input type="text"/>
• Admisión y solicitud de prueba de BK en esputo	B <input type="text"/>
• Solicitud de BK y envío de la muestra al laboratorio	C <input type="text"/>
• Llegada de la muestra al laboratorio y reporte de resultados de BK en esputo	D <input type="text"/>
• Diagnóstico de TBP BK positivo e iniciación del tratamiento	E <input type="text"/>
• Hospitalización y tratamiento	F <input type="text"/>
• Hospitalización y confirmación diagnóstica por laboratorio	G <input type="text"/>
• Hospitalización y aislamiento	H <input type="text"/>
• Diagnóstico e iniciación de aislamiento respiratorio	I <input type="text"/>
	J <input type="text"/>



Implementación del plan de control de infecciones de tuberculosis (basado en una revisión por el comité de control de infección)																	
* ¿Existe alguien responsable del control de infecciones de TB en el establecimiento?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																
* ¿Existe alguien responsable de la implementación del plan de control de infecciones de TB en el establecimiento de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																
* Basado en una revisión de una muestra de las historias clínicas de pacientes con TB, ¿el plan de control de infecciones de TB permite: La detección oportuna? El aislamiento o separación de pacientes infecciosos? El tratamiento oportuno de pacientes con TB infecciosa? La discontinuación del aislamiento?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td><td><input type="checkbox"/></td> <td>No</td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>														
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>														
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>														
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>														
* ¿Qué mecanismos (por ejemplo, revisión de tasas de conversión, incidencia y prevalencia, historias clínicas de pacientes, análisis de tiempos) existen para detectar fallas en el control de infecciones de TB?																	
* ¿Qué mecanismos existen para corregir las fallas en el control de infecciones de TB?																	
* Según las mediciones que se han tomado en ejercicios rutinarios de control de calidad, ¿se está implementando correctamente el plan de control de infecciones de TB?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																
* ¿Se capacita periódicamente al personal de salud sobre las prácticas para el control de infecciones de TB? ¿Sobre qué temas capacitan?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																
* ¿Se capacita periódicamente a los pacientes y a sus familiares sobre las prácticas de control de infección de TB? ¿Sobre qué temas capacitan?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>																

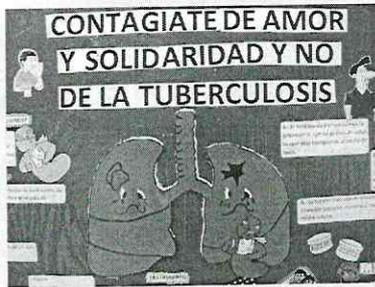


ESTRATEGIA SANITARIA LOCAL DE TUBERCULOSIS

PLAN DE PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES EN TUBERCULOSIS AÑO 2017



RED DE SALUD VENTANILLA CALLAO – VENTANILLA





Dr. Roberto Espinoza Atoche

Director de la Red de Salud de Ventanilla

Dra. Janet Picoy Salgado

Responsable de la Estrategia Salnitaria Local de
Prevención y Control de Tuberculosis



Dr. Ronal Silva Barzola

Lic. Enf. Janet Ochoa Palomino

Equipo de la Estrategia Salnitaria Local de Prevención y
Control de Tuberculosis





INDICE

- I. Introducción
- II. Finalidad
- III. Objetivos
- IV. Metas y actividades
- V. Ámbito de aplicación
- VI. Actividades a realizar
- VII. Responsabilidades
- VIII. Monitoreo, supervisión y evaluación del plan
- IX. Anexos





PLAN DE CONTROL DE INFECCIONES EN TUBERCULOSIS

I. INTRODUCCION

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Según la OMS en el año 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que en 2015 desarrollaron tuberculosis multirresistente (TB-MDR) unas 480 000 personas a nivel mundial

La incidencia de la tuberculosis ha disminuido por término medio un 1,5% anual desde 2000. Para alcanzar los objetivos establecidos en la estrategia *Alto a la Tuberculosis* para 2020, es preciso incrementar ese porcentaje a un 4%-5% anual.

Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el Perú anualmente se notifican alrededor de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y 17 mil casos nuevos de tuberculosis pulmonar frotis positivo, somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas. Por otro lado, la emergencia de cepas resistentes han complicado las actividades de prevención y control, en los últimos 2 años en el país se han reportado más de 1500 pacientes con tuberculosis multidrogo resistente (MDR) por año y alrededor de 100 casos de tuberculosis extensamente resistente (XDR) por año.

Durante el año 2016, en la Red de salud Ventanilla ha registrado 472 casos de todas las formas de tuberculosis, TB sensible (85.8%), TB Drogo resistente (14.1%), no teniendo casos de TB en personal de salud y TB XDR. En la jurisdicción del C.S Mi Peru, Villa los Reyes y Ciudad Pachacutec es donde se encuentra la mayor cantidad de casos con tuberculosis con tratamiento de 1ra línea y en el C.S Bahía Blanca, Marquez y Mi Peru es donde se encuentra la mayor cantidad de casos con tratamiento de 2da línea.

Para dar respuesta a este problema se ha realizado el Plan de Control y Prevención de Infecciones de la tuberculosis, que busca disminuir el riesgo de transmisión de tuberculosis en el personal, pacientes y familiares, para ello es necesario que el personal de todos los establecimientos de salud, deben de recibir una adecuada formación en las medidas de control, las aplique y las interiorice dentro de su práctica diaria; previamente es imprescindible disponer de apoyo normativo, a través de un sistema específicamente diseñado para este fin, que le facilite la protección adecuada optimizando los recursos necesarios. Para ello se requiere contar con medidas de control de transmisión de la TB basados en los tres tipos de medidas esenciales: medidas de control administrativo, medidas de control ambiental y medidas de protección personal, aplicados a cada nivel actúa en un punto distinto en el proceso de transmisión del *Mycobacterium tuberculosis*. A razón de lo mencionado se realiza el **“PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS, RED DE SALUD VENTANILLA, AÑO 2017”**.





II. ANTECEDENTES

La Red de Salud de Ventanilla cuenta con 15 establecimientos de salud, el cual reporto para el año 2016 un total de 472 casos de tuberculosis en todas sus formas. Para el año 2016 se tiene registrada una tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas de 10.41 por 10,000 habitantes.

El número total de casos con tuberculosis drogoresistente (TB-MDR) bajo tratamiento con fármacos de segunda línea en el Programa de Tuberculosis en la Red Ventanilla es de 67 pacientes afectados.

Actualmente en la Red Ventanilla no hay casos de tuberculosis en el personal de salud asistencial y administrativo.

Asimismo, se han identificados grupos de riesgo para enfermar por tuberculosis, como es el caso de personas que viven con VIH o afectadas por diabetes mellitus o privadas de su libertad, entre otros.

Por lo anterior, se considera a la tuberculosis como un serio problema de salud pública y un gran reto para la asistencia social en el país. Se ha demostrado que una persona con tuberculosis puede infectar de 10 a 15 personas por año, afectando principalmente a la población económicamente activa.

La supervisión estricta del tratamiento acordado estrictamente supervisado (DOTS-TAES) es la mejor estrategia costo-efectiva que se conoce para garantizar la curación de los enfermos hasta de 100%, cortando la cadena de transmisión de manera oportuna. Es importante destacar que el riesgo de no garantizar la adherencia terapéutica genera fármacorresistencia. La transmisión de esta enfermedad en los establecimientos de salud depende de factores tales como la concentración de personas con tuberculosis en las distintas áreas, en la comunidad, la poca sospecha diagnóstica para tuberculosis en los establecimientos de salud, la prevalencia de VIH o diabetes mellitus como grupos de riesgo, la capacidad instalada e infraestructura de los establecimientos y el conocimiento sobre las medidas de prevención en tuberculosis por parte de la población y el personal de salud (médico, enfermera, personal administrativo, etc).

Actualmente se realizan actividades programáticas que promueven la prevención y control de la transmisión del *Mycobacterium tuberculosis*; por ello es necesario planificar e implementar medidas de prevención y control de manera universal dentro de los establecimientos de salud y otros lugares de congregación de personas.





III. OBJETIVOS

Prevenir, detectar y controlar la transmisión de tuberculosis en el personal que labora en los 15 centros de salud de la Red Ventanilla, durante el año 2017.

IV. OBJETIVOS, METAS Y ACTIVIDADES

OBJETIVO ESPECIFICO 1

- Disponer de medidas administrativas que contribuyan a prevenir, detectar y controlar la exposición y transmisión de tuberculosis en el personal de salud y usuarios de los establecimientos de salud de la Red Ventanilla.

METAS

1.1 Plan de prevención y control de la transmisión de tuberculosis.

Actividades

- Identificar y diagnosticar oportunamente los sintomáticos respiratorios en los diversos servicios del establecimiento de salud.
- Minimizar el tiempo de permanencia de los pacientes de tuberculosis en los diversos servicios del establecimiento de salud.
- Actualización del diagnóstico situacional y evaluación del riesgo de transmisión.
- Reducir el tiempo de entrega de resultados de las baciloscopias y cultivos.
- Iniciar inmediatamente el tratamiento a los casos de TB.
- Elaboración y aprobación del Plan de Prevención y Control de Infecciones de la Tuberculosis – año 2017.
- Incorporación del Plan de Prevención y Control de Infecciones de la Tuberculosis en el Plan de Trabajo de la Red Ventanilla.
- 100% de pacientes con TBP-FP inicien tratamiento en menos de 48 horas desde el ingreso a la estrategia.
- Monitoreo diario de captación de sintomáticos respiratorios al 5% en relación a las atenciones en > 15 años.
- 100% de contactos examinados.
- Determinar un adecuado organigrama y distribución de procesos que permitan una rápida captación del sintomático respiratorio, identificación baciloscópica, evaluación del riesgo de resistencia del Mycobacterium en el paciente, implementando de manera inmediata el tratamiento supervisado, el adecuado seguimiento y control de contactos.
- Visitas domiciliarias de seguimiento a los pacientes que no asisten a la toma de su tratamiento.

1.2 Sistema de monitoreo implementado

Actividades

- Implementación del sistema de monitoreo (observación in situ) de las actividades señaladas en el plan.
- Evaluación trimestral del Plan de Prevención y Control y elaboración de propuestas de mejora.
- Es recomendable asimismo que entre los trabajadores de la salud que atiende personas con tuberculosis se realicen evaluaciones y monitoreo de la enfermedad de manera periódica a través de PPD, baciloscopia o cultivo de ser necesario.





1.3 Plan de capacitación en prevención de la transmisión de tuberculosis elaborado e implementado.

Actividades

- Realizar actividades de prevención contra la tuberculosis a pacientes y familias en salas de espera del establecimiento de salud.
- Elaboración de Plan de capacitación al personal de salud sobre el control de la transmisión de la tuberculosis.
- Encuestas sobre conocimiento de las actividades de control de la transmisión realizada al personal profesional y no profesional.
- Actualización en bioseguridad para el control de la transmisión de la tuberculosis al personal de salud.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

- Reducir la concentración de las partículas infecciosas de Mycobacterium tuberculosis en los ambientes del establecimiento de salud.

METAS

2.1 El personal de salud intensificará las medidas de control ambiental para disminuir la concentración de gotitas infecciosas de tuberculosis.

Actividades

- Maximizar la ventilación natural de los diversos consultorios para evitar al máximo la concentración de partículas infectantes.
- Asegurar la ventilación cruzada que ofrecen puertas y ventanas, evitando colocar objetos (archiveros, escritorios, cortinas) que dificulten el flujo natural del aire.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

- Fortalecer el uso adecuado de medidas de protección personal para el personal de salud y pacientes: así reducir el número de núcleos de gotitas inhaladas en las diversas áreas del establecimiento de salud.

METAS

3.1 El personal de salud usa adecuadamente los equipos de protección personal (EPP) y los pacientes usan adecuadamente sus mascarillas.

Actividades

- Incorporación en el plan de trabajo anual la cantidad de respiradores N95 y mascarillas simples necesarias para satisfacer las necesidades de los trabajadores de los establecimientos de salud y pacientes.
- Ejecutar acciones de supervisión y monitoreo para el uso adecuado de Equipo de Protección Personal (EPP).
- Grado de cumplimiento mayor al 80% de medidas de protección personal implementadas al personal de salud.
- Fortalecer las precauciones estándar, como es el lavado de manos.
- Sensibilizar a los pacientes el uso de las mascarilla.





V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan es de cumplimiento obligatorio por todo el personal de salud que labora en los 15 establecimientos de salud de la Red Ventanilla.

VI. ACTIVIDADES A REALIZAR

- Medidas de control administrativa a fin de prevenir la generación de las gotitas infecciosas. Estas medidas incluyen capacitación del personal de salud, educación de pacientes, recolección precoz de muestras de esputo y evaluación temprana de sintomáticos respiratorios en salas de espera.
- Medidas de control ambiental, cuyo objetivo es reducir la concentración de gotitas en el aire. Esto se logra a través de la ventilación natural (abrir ventanas, reubicación de mobiliario o remodelación de ambientes).
- Medidas de protección personal, el cual busca proteger al personal de salud (profesional y no profesional, personal administrativo y de seguridad) que tiene contacto con pacientes o sus familiares.

VII. MONITOREO Y EVALUACION

El cumplimiento de las medidas de Prevención y Control de Infecciones de TB se realizara a través del monitoreo permanente del desarrollo de las actividades diarias y de las actividades programadas dentro del Plan.

VIII. RESPONSABILIDADES

El trabajo multidisciplinario de prevención y control de infecciones está a cargo del Director de la Red Ventanilla, Responsable de la Estrategia Sanitaria Local de Tuberculosis y Vigilancia epidemiológica en lo siguiente:

- Implementar y ejecutar las medidas administrativas en el Plan.
- Cumplir y hacer cumplir las medidas de control ambiental según su nivel de riesgo para cada área del establecimiento de salud.
- Cumplir y hacer cumplir las medidas de protección respiratoria personal por parte del personal de salud.
- Cumplir y hacer cumplir las medidas de protección respiratoria personal por parte de los pacientes.
- Evaluación y mejoramiento del plan
- Difusión del plan
- Evaluación final



IX. MONITOREO, SUPERVISION Y EVALUACION DEL PLAN

El monitoreo será una actividad permanente que asegurara el cumplimiento del plan. A través de la recolección de información periódica se evaluara el progreso y se detectara problemas de manera oportuna en el desarrollo de las actividades. Se utilizaran indicadores creados específicamente para la medición de los objetivos del plan.

La supervisión se realizara a través de la observación, discusión y guía. Esta labor estará a cargo de un equipo multidisciplinario (Responsable de Vigilancia epidemiológica, Salud ambiental, Estrategia de Tuberculosis y Laboratorio), la cual se realizara con una periodicidad mínima de dos veces por año.

La evaluación del plan se desarrollara trimestralmente con la participación del equipo multidisciplinario de la estrategia de tuberculosis, teniendo como base los indicadores señalados.



ANEXO 01: PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE LA TUBERCULOSIS
PLAN DE ACCIÓN 2017 - RED DE SALUD VENTANILLA

OBJETIVOS	METAS	TRIMESTRE				INDICADOR	RESULTADOS ESPERADOS	MEDIO DE VERIFICACION	RESPONSABLE
		I	II	III	IV				
Disponer de medidas administrativas que contribuyan a prevenir, detectar y controlar la exposición y transmisión de tuberculosis en el personal de salud y usuarios de los 15 establecimientos de salud de la Red Ventanilla.	Plan de prevención y control de la transmisión de tuberculosis.	1	1			Plan realizado	01 plan aprobado por el director de la Red Ventanilla.	Envío de Plan y visto bueno de la Dirección de la Red Ventanilla	Responsable de Vigilancia epidemiológica
	Diffundir e implementar el PLAN DE CONTROL INFECCIONES EN TUBERCULOSIS en los 15 establecimientos de la Red Ventanilla.	1	1	1		Reuniones para la difusión del plan.	Los médicos jefes y responsable de la ESLPYCTB conocen el plan.	Libro de actas de la difusión del PCI en los 15 establecimientos de salud de la Red Ventanilla.	Responsable de la ESLPYCTB
	Monitorear y supervisar las actividades programadas en el plan.	4	1	1	1	Sistema implementado	04 sistema implementado	Informe de monitoreo	Equipo multidisciplinario de TB
	Plan de capacitación en prevención de la transmisión de tuberculosis elaborado e implementado.	1	1			Plan realizado	Plan aprobado por la Dirección de la Red Ventanilla	Envío de Plan a la Red Ventanilla	Responsable de la Estrategia de Tuberculosis
Reducir la concentración de las partículas infecciosas de Mycobacterium tuberculosis en los ambientes del establecimiento de salud.	El personal de salud intensificará las medidas de control ambiental para disminuir la concentración de gotitas infecciosas de tuberculosis.	4	1	1	1	Observación de los ambientes de riesgo para tuberculosis.	Los ambientes están adecuadamente ventilados	Informe de monitoreo	Responsable de la Estrategia de Tuberculosis
Fortalecer el uso adecuado de medidas de protección personal para el personal de salud y pacientes: así reducir el número de núcleos de gotitas inhaladas en las diversas áreas del establecimiento de salud.	El personal de salud usa adecuadamente los equipos de protección personal y los pacientes usan adecuadamente sus mascarillas	600	150	150	150	Observación del adecuado uso de protección respiratoria.	Todo personal, paciente y usuario usan dispositivos de protección.	Informe de monitoreo	Equipo multidisciplinario







Procesamiento en el laboratorio de muestras, pruebas y resultados para la TB
(Basado en una revisión del laboratorio)

De las siguientes pruebas, ¿cuáles se realizan dentro del establecimiento? Marcar con un aspa las que se realizan en el establecimiento.					
a) Baciloscopia					
b) Cultivos con medios líquidos (por ejemplo, Bactec, MB-BacT)					
c) Cultivos con medios sólidos					
d) Pruebas de sensibilidad					
¿Cuál es el promedio de tiempo requerido para transportar las muestras a un laboratorio referencial para las siguientes pruebas (si corresponde):					
a) Baciloscopia					
b) Cultivos con medios líquidos (por ejemplo, Bactec, MB-BacT)					
c) Cultivos con medios sólidos					
d) Pruebas de Sensibilidad					
e) Otras					
¿El laboratorio del establecimiento o el laboratorio referencial reporta los resultados de baciloscopias dentro de 24 horas después de su recolección (para todos los pacientes)?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si	No				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
En caso de realizar cultivos y/o pruebas de sensibilidad en el laboratorio, ¿usan cabinas de flujo laminar?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si	No				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿la cabina usada tiene certificación actualizada?	<table border="0"> <tr> <td>Si</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Si	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si	No				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				



Programa de protección respiratoria	
*¿Existe un programa de protección respiratoria personal?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*¿Cuáles trabajadores de salud están incluidos en el programa de protección respiratoria? Marque todos los que correspondan. o Médicos o Enfermeras o Técnicos o Administradores	o Personal de laboratorio o Personal de limpieza o Personal de mantenimiento o Ingenieros o Nutricionistas o Personal de ambulancias o Otros (especificar)
*¿Qué tipo de respiradores se usan en el establecimiento para el personal de salud que trabaja con pacientes con TB (incluya marca, modelo, y aplicación específica: modelo ABC 1234 para broncoscopio)? Marca _____ Modelo _____ Aplicación _____ _____ _____	
*¿Hay capacitaciones anuales para el personal de salud en protección respiratoria?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*¿Se hace la prueba de ajuste antes de que el personal de salud utilice los respiradores?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*¿Se hacen pruebas de ajuste para el personal de salud continuamente (periódicamente)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
*Si la respuesta es afirmativa, ¿cada cuánto tiempo y cómo se realizan?	
*¿Qué método usan para la prueba de ajuste? Describa: Cualitativo (Sacarina o Bitrex) o Cuantitativo _____ _____ _____	



Re-evaluación de riesgo de TB en el establecimiento	
• Con qué frecuencia se realiza una evaluación de riesgo o se actualiza la clasificación de riesgo en el establecimiento?	
• ¿Cuándo se realizó la última evaluación de riesgo en el establecimiento?	
• ¿Qué problemas fueron identificados durante la última evaluación de riesgo?	A. <input type="text"/> B. <input type="text"/> C. <input type="text"/> D. <input type="text"/> E. <input type="text"/> E. <input type="text"/>
• ¿Qué acción se tomó para controlar (o atenuar) los problemas?	A. <input type="text"/> B. <input type="text"/> C. <input type="text"/> D. <input type="text"/> E. <input type="text"/> E. <input type="text"/>



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



Respira Vida

Juntos contra la tuberculosis

PLAN ANUAL DE CONTROL DE INFECCIONES 2017

ESTRATEGIA SANITARIA DE TUBERCULOSIS

Dr. RONALD ESPIRITU AYALA MENDIVIL

Director Ejecutivo Red de Salud BEPECA

LIC. SONIA RUTH MATOS ALVARADO

Coordinadora de ESCTBC Red BEPECA





INDICE

I.- Introducción	3
II.- Antecedentes.....	3
III.- Control de Infecciones en Tuberculosis en el primer nivel de atención	8
IV.- Diagnóstico Situacional de la Red BEPECA	9
V.- Medidas para el control de la tuberculosis.....	11
VI.- Marco Lógico del plan: Objetivo General y específicos	14
VII.- Actividades específicas.....	15
VIII.- Recursos.....	16
IX.- Programación de Actividades	16
X.- Anexos : Ficha de Recolección de Datos.....	18





ESTRATEGIA SANITARIA DE TBC – RED DE SALUD BEPECA

PLAN CONTROL DE INFECCIONES 2017

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la Tuberculosis es considerada como uno de los problemas de salud pública más álgidos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que la Tuberculosis sigue siendo un problema grave de salud en la región de las Américas y especialmente en el Perú.

Desde el descubrimiento del bacilo de la Tuberculosis por Koch en 1882 se consolidó la idea de que la salud era, principalmente, producto de la influencia de factores de naturaleza netamente biológica y que, por tanto, con el control de estos factores se lograría obtener la salud de individuos y comunidad.

Sin embargo, durante los últimos años ha recobrado fuerza la idea, predominante hasta antes de 1882, según la cual la salud no es solo producto de determinantes biológicos sino, principalmente, producto de determinantes de naturaleza comportamental, socioeconómica, y ambiental.

En el mundo existe un estimado de 1,9 millones de muertes y 9 millones de casos nuevos al año, de los cuales, el 95% se encuentran ubicados en los grupos vulnerables de los países más pobres y más poblados, el 80% de todos los casos reportados están en 22 países que son los que tienen la más alta carga en el mundo y el 70% de los casos están en la edad económicamente productiva.

Es claro que la epidemia de la coinfección VIH TB permite dramático incremento de las notificaciones de casos de tuberculosis, sobre todo en áreas de pobreza y en aquellos lugares donde la transmisión de la TBC no es atendida con un criterio de estrategia sanitaria de control.

II. ANTECEDENTES:

La Tuberculosis es la enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad más afectados los comprendidos entre los 15 y 54 años, resaltando que los adolescentes y adultos mayores constituyen alrededor de la tercera parte del total de casos. En 1990 solo 25% de los servicios del Ministerio de Salud desarrollaban actividades de diagnóstico y tratamiento para Tuberculosis, para el año 2006 se garantizó el acceso al diagnóstico y tratamiento gratuito para todas las personas con TB y TB MDR. En la actualidad, aproximadamente el 60% de los casos se concentran en Lima y Callao y en el interior del país las regiones con mayor tasa de incidencia son: Madre de Dios, Ucayali, Tacna, Loreto e Ica.





**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"**



En el Perú, la TB MDR es una amenaza a la efectividad del DOTS, actualmente constituye el 3% del total de casos de TB diagnosticados y tratados en el país. Con la existencia de quimioterapia eficaz, el fortalecimiento de la red de laboratorios, las permanentes actividades de promoción y prevención y la experiencia adquirida en su manejo, se estima que la incidencia de TB MDR continúe la tendencia descendente tal como ha ocurrido en el año 2006.

Sin embargo ésta enfermedad continua siendo un serio problema de salud pública en el país, agravada por la presencia de la comorbilidad TB-VIH SIDA y la TB MDR. Cada hora de 3 a 4 personas enferman con TB, reportándose 81 casos cada día. En el 2016 Se han notificado 775 enfermos con TB-VIHSIDA. Cada día se reportan más de 3 muertes por TB, notificándose al año 907 muertes siendo la principal causa la comorbilidad TB-VIH

Morbilidad de casos de TB: **30,954**

- Casos nuevos de TB: 27,094
- Casos nuevos de TBP FP: **16,676**
- Casos TB-MDR: **1,381**
- Casos TB-XDR: 121

En El Callao:

- La tasa de Incidencia de TBC en el año 2015: 208 por 100,000.
- La Tasa de Morbilidad TBC en el año 2015: 239 por 100,000.
- TBC -MDR: Lima y Callao en el año 2016 concentran el 71% de casos del País.
- TBC- XDR: Lima y Callao en el año 2016 concentran el 74% de casos del País.

En La Red Bepeca:

Se realizó la evaluación de la Red Bepeca durante los años 2015 al 2016, con los siguientes resultados:

**CUADRO N°01
SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS VS ATENCIONES <15 AÑOS
ANUAL RED BEPECA 2015 - 2016**

INDICADOR $\frac{\text{N}^\circ \text{atenciones} > 15 \text{ años} \times 0.05}{100}$

DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA	2015			2016		
	ATENCIÓNES >15 AÑOS	SRI	IT	ATENCIÓNES >15 AÑOS	SRI	IT
C.S. FAUCETT	16104	380	2.36	20584	505	2.55
C.S. ZODMIBLAS	13723	377	2.75	19979	653	4.08
C.S. OQUEENDO	20527	360	1.75	19159	694	3.62
MICRO RED FAUCETT	50354	1.117	2.21	55722	1.872	3.35
C.S. SESQUICENTENARIO	36194	1.010	2.79	36304	1.230	3.37
C.S. PREVI	20363	955	4.69	22849	1.406	6.15
C.S. BOCANEGRA	30867	1.029	3.33	28444	2.235	7.85
C.S. EL AIAMO	18742	430	2.29	23232	703	3.02
MICRO RED SESQUICENT.	106166	3.424	3.23	110919	5.574	5.025
C.S. AEROPUERTO	15560	459	2.95	16028	674	4.20
C.S. PLAYA RIMAC	12032	424	3.52	11786	526	4.46
P.S. POLGÓNDO IV	13070	235	1.80	13181	450	3.41
MICRO RED AEROPUER.	40662	1.118	2.75	40995	1.650	4.02
C.S. PERÚ COREA	48350	1199	2.48	81668	1.275	2.06
C.S. ALTA MAR	26750	797	2.98	32801	1.072	3.26
C.S. CARMEN DE LA LEGUA	24844	544	2.19	26986	875	3.24
C.S. LA PERLA	18754	728	3.88	22422	1.116	4.97
C.S. VILLA SR. MIAGROS	19701	641	3.25	23368	926	3.96
C.S. VILLA BELLA VISTA	138409	3.909	2.82	167245	5.264	3.14
TOTAL RED BEPECA	335591	956.8	2.85	374881	143.60	3.83

Fuente: Informe Operacional ESTBC





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



Se observa que se eleva a 1 punto porcentual el indicador trazador el 2016(3.83) respecto al 2015(2.85) como Red y microredes, destacando notablemente su incremento las microredes Sesquicentenario y Aeropuerto.

CUADRO N°04
CONTROL DE CONTACTOS CENSADOS /EXAMINADOS
ANUAL 2015-2016 RED BEPECA

DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA	2015			2016		
	CONTACTO CENSADO	CONTACTO EXAMINADO	%	CONTACTO CENSADO	CONTACTO EXAMINADO	%
C.S FAUCETT	92	89	97	74	74	100
C.S 200 MILLAS	14	10	71	34	34	100
C.S OQUENDO	125	125	100	94	87	92
MICRORED FAUCETT	231	224	97	202	195	96
C.S SESQUICENTENARIO	140	124	89	81	81	100
C.S PREVI	35	35	100	23	23	100
C.S BOCANEGRA	156	154	99	81	54	66
C.S EL ALAMO	53	53	100	74	74	100
MICRORED SESQUICENTEN	384	366	95	259	232	89
C.S AEROPUERTO	48	48	100	97	79	81
C.S PLAYA RIMAC	51	48	94	47	45	95
C.S POLIGONO IV	45	28	62	72	44	61
MICRORED AEROPUERTO	144	124	86	216	168	77
C.S BELLAVISTA	221	125	57	182	98	53
C.S ALTA MAR	140	126	90	97	97	100
C.S CARMEN DE LA LEGUA	66	60	91	60	60	100
C.S VILLA S. MILAGROS	96	87	91	126	101	80
C.S LA PERLA	51	50	98	35	3	8
MICRORED BELLAVISTA	574	448	78	500	359	72
TOTAL RED BEPECA	1333	1162	87	1177	954	81

Fuente: Informe Operacional ESTBC

El censo y control de contactos es una estrategia importante para la detección oportuna de otros casos en el entorno de los casos índices, siendo lo óptimo examinar al 100 de los censados. Como Red vemos un descenso de 0.6% en el 2016 (81%, respecto al año anterior 2015(87%). Siendo la microred Faucett quienes lograr examinar casi el 100% de sus contactos, teniendo mucho que mejorar la microred Bellavista.





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



CUADRO N°05
CONTROL DE CONTACTOS CENSADOS / TPI < DE 5 AÑOS
ANUAL 2015-2016 RED BEPECA

DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA	2015			2016		
	CENSADO	TPI	%	CENSADOS	TPI	%
C.S FAUCETT	2	2	100	5	2	40
C.S 200 MILLAS	0	0	0	1	1	100
C.S OQUENDO	3	3	100	3	5	166
MICRORED FAUCETT	5	5	100	9	8	88
C.S SESQUICENTENARIO	5	4	80	1	1	100
C.S PREVI	3	0	0	0	0	-
C.S BOCANEGRA	14	10	71	20	5	25
C.S EL ALAMO	5	3	60	6	3	50
MICRORED SESQUICENTENARIO	27	17	63	27	9	33
C.S AEROPUERTO	4	3	75	5	3	60
C.S PLAYA RIMAC	3	1	33	0	2	-
C.S POLIGONO IV	0	0	0	3	4	133
MICRORED AEROPUERTO	7	4	57	8	9	112
C.S BELLAVISTA	13	5	38	3	3	100
C.S ALTA MAR	6	6	100	1	1	100
C.S CARMEN DE LA LEGUA	5	5	100	3	3	100
C.S VILLA S. MILAGROS	4	4	100	5	2	40
C.S LA PERLA	0	0	0	0	0	-
MICRORED BELLAVISTA	28	20	71	12	9	75
TOTAL RED BEPECA	67	46	69	56	35	62

Fuente: Informe Operacional ESTBC

En relación a la terapia preventiva con isoniazida TPI; también se observa preocupantemente un 62% para el año 2016, en disminución respecto al año anterior 69%, siendo lo ideal lograr el 100%.

CUADRO N° 04
NUMERO DE CASOS Y MORBILIDAD TB RESISTENTES (MDR/XDR) ANUAL RED BEPECA
2015 – 2016

DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA	2015			2016		
	Morbilidad TOTAL	TB MDR	TB XDR	CASOS TOTALES	TB MDR	TB XDR
C.S FAUCETT	24	0	0	19	0	0
C.S 200 MILLAS	10	0	0	7	0	0
C.S OQUENDO	38	0	0	29	0	0
MICRORED FAUCETT	72	0	0	55	0	0
C.S SESQUICENTENARIO	28	2	0	16	4	0
C.S PREVI	12	0	0	10	0	0
C.S BOCANEGRA	32	1	0	25	4	1
C.S EL ALAMO	24	3	0	23	2	0
MICRORED SESQUICENTENARIO	98	6	0	74	10	1
C.S AEROPUERTO	18	2	0	21	1	0
C.S PLAYA RIMAC	18	3	0	13	1	0
C.S POLIGONO IV	14	0	0	26	2	0
MICRORED AEROPUERTO	50	5	0	60	4	0
C.S BELLAVISTA	71	4	0	57	1	0
C.S ALTA MAR	36	1	0	27	0	0
C.S CARMEN DE LA LEGUA	15	1	0	16	0	0
C.S VILLA SR MILAGROS	26	0	0	32	0	0
C.S LA PERLA	21	1	0	14	2	0
MICRORED BELLAVISTA	169	7	0	146	3	0
TOTAL RED BEPECA	389	18	0	335	17	1

Fuente: Informe Operacional ESTBC

La morbilidad total el año 2016 es 335; 54 casos menos respecto al año anterior; siendo la única microred que incremento sus ingresos Aeropuerto.





III.- CONTROL DE INFECCIONES EN TUBERCULOSIS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La atención ambulatoria de pacientes en lugares de alta incidencia de TBC deberá ir acompañada de la evaluación, identificación, diagnóstico temprano y manejo adecuado de paciente con TBC.

Realizar el triaje de pacientes con alta sospecha de TBC; así por ejemplo, pacientes sintomáticos respiratorios (tos por más de 15 días), pacientes con otros síntomas sospechosos de TBC como hemoptisis, bajo de peso, etc., pacientes con riesgo elevado de TBC como por ejemplo los pacientes de VIH.

Recolección y entrega del esputo al laboratorio en forma oportuna. Además, es importante que el personal de los laboratorios locales emita los resultados dentro de las horas posteriores a la recolección de la muestra.

Las áreas de espera de pacientes ambulatorios deben ser abiertas y bien ventiladas evitando la presencia conjunta de paciente con TBC potencialmente infecciosos con otros pacientes sin tuberculosis, especialmente de aquellos con alto riesgo de enfermar, como por ejemplo, los pacientes inmunocomprometidos (desnutridos, con VIH, pacientes con tratamiento inmunosupresor y otros).

Se deberá realizar la evaluación del riesgo de transmisión del M. tuberculosis del establecimiento y en las áreas de atención de pacientes con TBC. Para ello es importante considerar algunos criterios como por ejemplo el número de pacientes que se atiende, el tiempo que los pacientes pasan en determinados servicios y los procedimientos de riesgo que se realicen como por ejemplo, la inducción de esputo.

Elaboración de un plan de control de infecciones en el establecimiento, este documento deberá detallar por escrito las medidas que se deben tomar en el establecimiento, siendo refrendado por el jefe del establecimiento.

Debe incluir la identificación de las áreas o servicios de riesgo, recomendaciones específicas sobre las diferentes medidas de control de infecciones, las actividades de capacitación del personal de salud en el control de infección por tuberculosis.

Educación de los pacientes. Se debe instruir a los pacientes con tos a cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo o con un papel con la finalidad de disminuir la posibilidad de diseminación de los núcleos de gotitas infecciosas.





IV.- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA TUBERCULOSIS EN LA RED DE SALUD BEPECA

- En la Red BEPECA, en la evaluación realizada el 1 de Marzo del 2017, los EESS que presentaron los indicadores de evaluación se evidencia un incremento captación de SR reflejada en el indicador trazador que se encuentra 2.85%, para el año 2015, a diferencia del 3.8% alcanzado en el año 2016, a pesar de un incremento del número de atenciones.
- Se debe resaltar el trabajo realizado por los establecimientos de salud : C.S Previ, C.S Bocanegra, Playa Rímac y La Perla 200 Millas, Aeropuerto que han mantenido su indicador por encima del 4%, lo que evidencia un compromiso e identificación sobre todo del personal Profesional de Enfermería , al cual felicitamos y agradecemos.
- El indicador trazador ha descendido sostenidamente desde el año 2012(4.1) punto máximo a 2015(2.4) punto mas bajo ,incrementándose el año 2016 (3.83)
- Persiste el incremento en el número de los casos de TBC en todos los EESS de la Red, con un diagnóstico de ingreso tardío (Bk +++), siendo los establecimientos de salud centros receptores de casos con TB Pulmonar FP (+) diagnosticados en los Hospitales, a pesar de contar en la Red con 5 laboratorios para diagnóstico baciloscópico, la mayor parte del año.
- En los datos obtenidos en el año 2015 con respecto a los casos de TB MDR por distritos el Callao se ubicó como el segundo distrito con mayor cantidad de casos después de San Juan de Lurigancho. Sin embargo el distrito de Bellavista se ubico como el 3er distrito con mayor cantidad de casos de XDR a nivel nacional con 9 casos reportados, y el distrito del Callao en 5 to lugar con 4 casos, sólo en el año 2012.
- Se evidencia una baja cobertura de TPI a nivel de la Red de salud BEPECA con 62% en los contactos menores de 5 años, aún cuando el indicador de evaluación de contactos examinados se encuentra en 81%.
- Los abandonos al tratamiento constituyen un factor que influencia en la salud de nuestra comunidad, es preocupante que el porcentaje de abandono en nuestra Red se encuentre en 9.5 % por encima del 7% que es el indicador nacional, y tengamos en el C.S Bellavista un porcentaje de abandono sólo para el 2016 de 17%, con un total de 9 casos de abandono de Esquema I y 4 casos de Abandonos en esquema de retratamiento de un total de casos ingresados en el año 2015 de 53

Fuente: Información Anual 2015-2016 RED BEPECA- INF. OPERACIONALES





V.- MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Medidas de control ambiental

Tiene como objetivo reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas. Existe una gran variedad de medidas de control ambiental entre ellas están la ventilación natural, la ventilación mecánica y los complementos a la ventilación como son la filtración de aire y la luz ultravioleta.

- Ventilación

Maximizar la ventilación natural

Es el método más sencillo y barato, el objetivo es eliminar y diluir el aire de las áreas de personas con tuberculosis lejos de personas sin TBC sobre todo en países de clima cálido. Esto se puede realizar mediante la apertura de las ventanas de áreas de espera, salas de examen y salas de hospitalización, en caso que no existan o sean insuficientes deberán instalarse ventanas u otras aberturas que se comuniquen con el exterior, cuando existan ventiladores de techo es importante que las ventanas queden abiertas para diluir e intercambiar el aire.

Una condición mínima aceptable comprende aberturas en extremo opuestos de una habitación (ventana – ventana, puerta – ventana).

- Ventilación mecánica

Esta se debe usar en AERTs y en donde la ventilación natural no es factible o es inadecuada. Entre estos figuran:

- Los ventiladores de ventana
- Sistemas de extracción mecánica y los sistemas cerrados de filtración y recirculación, en estos casos deben tenerse en cuenta algunas consideraciones como:

La potencia del equipo que asegure el ingreso de aire. La dirección del flujo de aire, debe ir desde un área "limpia" pasando por el personal de salud, el paciente y el exterior.

El área por donde ingresa el aire debe encontrarse lejos del área de extracción para evitar el retorno del aire contaminado.

Estos sistemas son costosos, requieren mantenimiento permanente y deben evaluarse regularmente para asegurar su adecuado funcionamiento, para ello se puede usar la prueba de humo.





Métodos complementarios

En general son métodos más complejos y costosos e incluyen:

- Luz ultravioleta

En países de escasos recursos solo se recomiendan en establecimientos referenciales y como radiación continua de la capa superior del aire, sin embargo esto requiere una mezcla eficaz del aire. En áreas de techos altos pueden limitar su factibilidad y utilidad. En general una lámpara puede durar entre 7 a 14 meses, luego la radiación disminuye rápidamente.

- Filtros HEPA

Generalmente son usados en ambientes pequeños y con un número limitado de pacientes, pueden ser fijas o portátiles además de requerir un monitoreo constante y cuidadoso.

Medidas de protección respiratoria

- Medidas de protección respiratoria personal

Tiene por objetivo proteger al personal de salud como un complemento de las medidas de control administrativas y control ambiental, y no sustituyen a dichas medidas. El respirador indicado es de tipo N 95 y que brinde protección específica contra microorganismos como M. tuberculosis.

- Uso de respiradores por el personal de salud

Los respiradores son un tipo especial de máscara que usualmente cuentan con una eficiencia de filtro de al menos 95% para partículas de 0.3 micras de diámetro. Son descartables pero pueden usarse varias veces si se conservan adecuadamente evitando la humedad, la tierra y el aplastamiento. Deben guardarse en un lugar limpio y seco y de preferencia envuelto en una tela delgada y en una bolsa de papel.

Dicho respiradores deben colocarse ajustadamente a la cara de la persona evitando fugas en los bordes. La presencia de vello a barba impide un adecuado uso de dichos dispositivos por lo tanto permiten la potencial entrada de partículas infecciosas. Por dicho motivo es importante realizar "una prueba de ajuste" del respirador.

En general los respiradores se usan restringidamente y su indicación es para áreas de alto riesgo como por ejemplo:

- Sala de aislamiento para personas con TBC – MDR.
- Durante procedimientos que producen tos (por ejemplo durante la inducción de esputo).
- Sala de broncoscopia





- Sala de autopsia
- Sala de espirometría
- Unidades de cuidados críticos

Es importante recordar lo siguiente "las mascarillas quirúrgicas no proporcionan protección a la persona que las llevan puestas, contra la inhalación de núcleos de gotitas infecciosas en el aire".

Estas mascarillas lo que hacen es evitar la propagación de los microorganismos de la persona que los lleva puesto a otros mediante la captura de las partículas húmedas grandes cerca de la nariz y la boca. Son de descarte diario y solo deben usarlas la personas con TBC pulmonar BK positivo o con sospecha, durante su traslado desde sala de aislamiento a otros servicios u otras instituciones

VI.- MARCO LÓGICO DEL PLAN: OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

OBJETIVOS

I. OBJETIVO GENERAL

1. Mejorar las competencias del personal de salud de la Estrategia Sanitaria de TBC, en la atención de pacientes con TBC, TBC MDR y XDR en sus diferentes niveles, transmitiendo conocimientos que se plasmen en la práctica y que contribuyan a elevar la calidad de atención.
2. Adoptar medidas administrativas y ambientales para el control de la tuberculosis en los establecimientos de salud
3. Implementar un plan de control de infecciones en las Microredes.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Reducir el riesgo de transmisión de la Tuberculosis en los EESS.
2. Reducir el riesgo de enfermar de TBC en los trabajadores de Salud.

4.-ESTRATEGIAS

1. Monitoreo, supervisión y evaluación permanente de los procesos de la E.S. TBC
2. Capacitación al personal de salud en medidas de prevención y atención de pacientes afectados con tuberculosis en todos los establecimientos de salud





3. Aplicar las medidas administrativas, que reduzcan la exposición de personal de salud a la enfermedad.
4. Aplicar las medidas de control ambiental para reducir la concentración de bacilos circulantes.
5. Supervisar del cumplimiento de las medidas de protección respiratoria en todo el personal de salud expuesto.
6. Análisis de los indicadores epidemiológicos de cada EESS.
7. Evaluación del Riesgo Basal de los EESS de la Red BEPECA: análisis de la información por EESS 2013.
8. Observación de Plan de Control de Infecciones en Personal de Salud

VII.- ACTIVIDADES ESPECÍFICAS 9*

1. Ficha de recolección de datos de EESS de la RED BEPECA.(ANEXO 1)
2. Identificación de la Circulación de pacientes y muestras de esputo dentro del establecimiento.
 - Graficar Flujograma de atención (SR y flujo de pacientes). Cada EESS.
 - Establecer sello rojo de identificación de SR y derivación inmediata a consulta externa.
 - Visitar diferentes servicios y ambientes de cada EESS y verificar según área o servicio, la circulación de los pacientes y las muestras de esputo, desde su ingreso o producción hasta su análisis.
 - Indicar la duración de cada proceso con el Sistema de Atención por citas desde el inicio hasta la identificación como SR y derivación a ESTBC y tiempo de resultado de baciloscopia e identificación de paciente con Tb y el inicio del tratamiento.
 - Señalar cada proceso: Lugar donde se realiza la recolección de esputo, lugar donde se entregan las muestras, lugar donde se procesan las muestras y si son enviados a un laboratorio referencial, y lugar donde se reportan los resultados.
 - Listado de Áreas de riesgo al interior del EESS.
3. Medidas de Control Ambiental
 - Ventilación Natural: Maximizar la ventilación natural en hospitalizaciones, consultorios u otros donde se puedan quedar las ventanas y puertas abiertas. Las áreas de recolección de muestras deben estar al aire libre. En los consultorios es necesario determinar la direccionalidad del flujo de aire, el personal de salud debe situarse de tal forma que el aire fluya del personal hacia el paciente.
 - Ventilación Mecánica: Si se cuenta con el recurso y se solicita el presupuesto por PPR, puede utilizar los ventiladores de ventana u extractores de aire. (lo cual se evaluará de acuerdo a análisis).
4. Evaluación de la Presión negativa y los recambios de aire en una habitación.
 - Se elegirá/n el/los servicio/s en donde realizar la evaluación si es posible.





- En primer lugar, se procederá a realizar la prueba de humos, que consiste en colocar un incienso prendido al lado de las ranuras de la puerta y/o ventanas para observar la direccionalidad del flujo de aire.
- Con la puerta cerrada y el sistema de ventilación funcionando como normalmente funciona, se prende el incienso para que se pueda ver hacia donde se dirige el humo. Si el humo va del pasillo a la sala, existe presión negativa en la sala con relación al pasillo.
- Medidas de Control Respiratoria
La protección respiratoria tiene por objetivo proteger al personal de salud en áreas donde la concentración de núcleos de gotitas de M. tuberculosis no puede ser reducida adecuadamente por medidas de control administrativo y ambiental.

VIII.- RECURSOS

A.- Comité de Control de Bioseguridad y Control de Infecciones: La conformación del Comité se realizó en reunión de trabajo el viernes 10 de Febrero 2017 en la Red BEPECA, a cargo del Director Ejecutivo de la Red Dr. Ronald Ayala Mendivil, quedando constituido de la siguiente forma:

- Presidente: Dr. Ronald Ayala Mendivil (Director. de la Red BEPECA).
- Secretaria: Lic. Sonia Matos Alvarado (Coordinador de ESTBC Red BEPECA).
- Vocal: Lic. Delia Tarazona Yactayo (Coordinador de VEA Red BEPECA).
- Vocal: Dr. Rolando Molina Del Río (Coordinador de Calidad Red BEPECA).
- Vocal: Dra. Etelvina Palacios Pintado (OITE Red BEPECA)





IX.-PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	J	JL	A	S	O	N	D	META	RESPONSABLE
REALIZACION DE PROPUESTA DE PLAN DE CONTROL DE INFECCIONES			X										1	LIC.SONIA MATOS ALVARADO COORD. ESTBC RED BEPECA
CONFORMACION DE COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL DE INFECCIONES RED			X										1	DR.RONALD AYALA DIRECTOR RED BEPECA
SENSIBILIZACION DEL PLAN DE TRABAJO A MEDICOS JEFES DE EESS, COORDINADORES DE ESTBC Y COORDINADORES DE VEA							X						1	DR.RONALD AYALA DIRECTOR RED BEPECA
APROBACION DE PLAN DE CONTROL DE INFECCIONES							X							COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL INFECCIONES RED
APLICACIÓN DE FICHAS DE RECOLECCION DE DATOS							X						15	COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL INFECCIONES RED
SUPERVISIONES CON EQUIPOS TECNICOS DE MICROREDES									X			X	2	COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL INFECCIONES RED
ESTABLECER CRONOGRAMA DE EVALUACION ANUAL A PERSONAL DE SALUD DE LOS EESS DE LA RED BEPECA POR EESS CON RX DE TORAX, BK EN ESPUTO Y PPD POR MICROREDES									X				1	COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL INFECCIONES RED
EVALUACION ANUAL A PERSONAL DE SALUD DE LA MICRO RED FAUCET POR EESS CON RX DE TORAX, BK EN ESPUTO Y PPD.										X			90	COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL INFECCIONES RED MEDICO JEFE MICRORED FAUCETT
EVALUACION ANUAL A PERSONAL DE SALUD DE LA RED DE SALUD BEPECA										X			13	COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL INFECCIONES RED
EVALUACION ANUAL A PERSONAL DE SALUD DE LA MICRO RED AEROPUERTO POR EESS CON RX DE TORAX, BK EN ESPUTO Y PPD										X			70	COMITÉ DE BIOSEGURIDAD Y CONTROL INFECCIONES RED MEDICO JEFE MICRORED AEROPUERTO





Radiografías Si () No () Dónde se realiza ?.....

Espirometría Si () No () Dónde se realiza ?.....

5. ¿Qué tipo de información sobre los indicadores epidemiológicos de la TBC, recogen su establecimiento salud?

.....

6. ¿Cuánto tiempo demora el resultado de baciloscopía en su establecimiento salud?

- De 1 a 2 días ()
- de 3 a 4 días ()
- Más de 4 días ()

Laboratorio que procesa la muestra:

7. ¿Cuánto tiempo demora un paciente en iniciar tratamiento anti- TBC en su establecimiento salud?

- De 1 a 2 días ()
- de 3 a 4 días ()
- Más de 4 días ()

Por qué.....

8. ¿Tiene el establecimiento de salud un plano para analizar cómo circulan los pacientes con TBC, paciente sospechoso de TBC y sus muestras de esputo?

Si ()

Lo aplican.....

No () Por qué.....

.....

DESARROLLO DE PLAN DE CONTROL

9. ¿Existe en el establecimiento salud una recolección, procesamiento y reporte oportuno de BK en esputo? (Verificar las muestras, revisar los libros de registros SR, revisar los libros de control bacteriológico).

Si () No ()

Por qué.....

10. ¿Promueven en su establecimiento salud el tratamiento gratuito antituberculoso?

(Verificar paneles publicados)

Si () No ()





11. ¿Se llevan a cabo la separación o aislamiento de los pacientes infectados con BK positivo, de los pacientes con Bk negativo y los pacientes en sala de espera?

Si () No ()

12. ¿El paciente diagnosticado con TB usa mascarilla de protección mientras se encuentra en el EESS?

Si () No ()

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN SOBRE TBC.

13. ¿Educa el establecimiento de salud a su personal multidisciplinario sobre TBC?

Si () No ()

Cada qué tiempo..... (Verificar Libro de actas)

14. ¿Reciben información, educación y comunicación los pacientes con TBC y familiares?

(Verificar historia clínica y tarjeta de tratamiento)

Si () No ()

MONITOREO DE LA ENFERMEDAD CON TBC EN EL PERSONAL

15. ¿Se está realizando búsqueda del sintomático respiratorio entre el personal de salud?

Si () No () Cada qué tiempo ?.....

II MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL

16. ¿Cuenta con áreas abiertas en el EESS?

Si () No ()

17. ¿Hay ubicación de ventanas o aberturas en todo consultorio de atención?

Si () No ()

18. ¿Toman en cuenta la ubicación de personas y muebles en todos los consultorios para el adecuado flujo de aire?

Si () No ()

19. ¿Cuenta con sala de espera para los pacientes?

Si () No ()

III MEDIDAS DE PROTECCIÓN RESPIRATORIA





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”



¿Uso de respirador N 95?

- Se usan en PCT ()
- Consultorios médico ()
- Consultorio dental ()
- Consultorio Obstetricia()
- Tópico ()
- UTM ()
- Durante procedimientos que producen tos ()
- En sala de espirometría ()

Posiblemente infecciosa. ()

- En ambulancia cuando se traslada a pacientes infecciosos Si () No ()
- ¿Quién realiza la desinfección de la ambulancia?.....
- ¿Cada cuánto tiempo se realiza la desinfección de la ambulancia?.....

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CRITERIOS DE MEDICION
		Medidas de Control Administrativo	Información, educación y comunicación sobre la TBC.	Nominal	Si se lleva a cabo la información, educación, comunicación del personal de salud. Si se lleva a cabo información, educación, comunicación de pacientes y familiares.
			Monitoreo de la enfermedad o infección de la TBC en el personal de salud.	Nominal	Si se llevan a cabo realizando la búsqueda del sintomático respiratorio entre el personal de salud y usuario.
		Medidas de Control Ambiental	Ventilación natural	Nominal	Si cuentan con aéreas abiertas
					Si hay ubicación de ventanas o aberturas.
		Ventilación mecánica	Nominal	Si toman en cuenta la ubicación de muebles y personas.	
				Si cuenta con sala de aislamiento.	
		Medidas de protección respiratoria	Uso de mascarilla N95	Nominal	Si cuenta con presión negativa.
					Si hay reducción de la concentración de núcleos de gotitas infecciosas.
					Como se lleva a cabo el aire expulsado.
					Si se usan en sala de aislamiento
Consultorios médicos dentales.					
Durante procedimientos que producen tos.					
En sala de broncoscopia					
En sala de autopsia					
En sala de espirometría					
Durante intervención quirúrgica en pacientes con TBC, posiblemente infecciosa.					
En ambulancia cuando se traslada a pacientes infecciosos					

