



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Callao, 04 de MAYO de 2018

Visto, el Informe N° 154-2018-GRC/DIRESA/DESP/DAIS de fecha 23.ABR.2018, emitido por el Director Ejecutivo de Salud de las Personas, presenta los "Planes de Prevención y Control de Infecciones de Tuberculosis 2018" de las Direcciones de 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 y II del Título Preliminar de la Ley 26842 – Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 105 de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, modificado por el Artículo 1 de la Ley 29712, señala que corresponde a la Autoridad de Salud competente, dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos de la salud de las personas derivados de elementos, factores y agentes ambientales;



C. QUIÑONES M.

Que, el artículo 2 de la Ley 27657 – Ley del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural;



W. ESPINOZA R.

Que, conforme al artículo 1 de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", establece que los actos de administración interna de las entidades destinados a organizar o hacer funcionar sus propias actividades o servicios, son regulados por cada entidad con sujeción a las disposiciones del Título Preliminar de dicha Ley y de aquellas normas que expresamente así lo establezcan;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA que aprobó la "NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 – "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis", que tiene por finalidad contribuir a disminuir la prevalencia de la tuberculosis a través de un enfoque de atención integral, en el marco del aseguramiento universal en salud;

Que, con Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprueba las "Normas de Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", entre sus objetivos específicos señala: que brinda a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de sus funciones normativas; así como, establecer los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes en el ciclo de producción normativa; asimismo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos;

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, con Informe N° 154-2018-GRC/DIRESA/DESP/DAIS de fecha 23.ABR.2018, el Director Ejecutivo de Salud de las Personas, remite los proyectos del "PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL

DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS - 2018", realizados por las Direcciones de Redes de Salud Bonilla – La Punta, BEPECA y Ventanilla de la Dirección Regional de Salud del Callao, para su aprobación y respectiva resolución;

Que, los proyectos del "PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS - 2018", realizados por las Direcciones de Redes de Salud Bonilla – La Punta, BEPECA y Ventanilla tienen como objetivo implementar medidas para disminuir el riesgo de exposición, así como la transmisión de tuberculosis en pacientes, familiares, visitantes y personal de salud que labora en el ámbito de los establecimientos de salud en el contexto del referido Plan de Prevención;

Que, con el propósito de proseguir con las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por la Unidad Técnica de Estrategias Sanitarias Regionales del Programa de TBC; por consiguiente, amerita ser aprobado los proyectos del "PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS - 2018", de las Direcciones de Redes de Salud Bonilla – La Punta, BEPECA y Ventanilla, mediante acto resolutivo;

De conformidad con la Ley 26842 – Ley General de Salud; Resolución Ministerial N° 715-2013/MINSA que aprobó la "NTS N° 104-MINSA/DGSP-V.01 – "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis" y la Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA se aprueba las "Normas de Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Estando a lo propuesto por el Director Ejecutivo (e) de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante documento de visto;

Con el visado del Director Ejecutivo (e) de Salud de las Personas y de la Directora de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección Regional de Salud del Callao; y,

En uso de las atribuciones y facultades conferidas del Director Regional de la Dirección Regional de Salud del Callao, mediante 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 - 2018" de la Dirección de Red de Salud Bonilla – La Punta de la Dirección Regional de Salud del Callao, documento que Consta de Ocho (08) Secciones y sus Anexos, el cual forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO: Apruébese el "PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS - 2018" de la Dirección de Red de Salud BEPECA de la Dirección Regional de Salud del Callao, documento que Consta de Diez (10) Secciones y sus Anexos, el cual forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO: Apruébese el "PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS - 2018" de la Dirección de Red de Salud Ventanilla de la Dirección Regional de Salud del Callao, documento que Consta de Nueve (09) Secciones y sus Anexos, el cual forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO CUARTO: Encárguese a la Unidad Técnica de Estrategias Sanitarias Regionales del Programa de TBC de la Dirección de Atención Integral en Salud de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud del Callao, realice la ejecución de las acciones correspondientes para la difusión, implementación, aplicación y supervisión de los mencionados Planes.



R. LAMA M.



C. QUIÑONES M.



W. ESPINOZA R.



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Callao, 04 de MAYO de 2018

ARTÍCULO QUINTO: Encárguese a la Oficina de Informática, Telecomunicaciones y Estadística la publicación de la Resolución del Plan en mención, en el Portal de internet de la Dirección Regional de Salud del Callao.-----

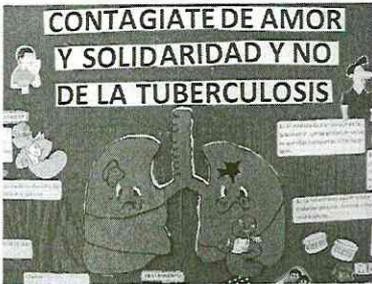
ARTÍCULO SEXTO: Notifíquese la presente Resolución Directoral a los estamentos administrativos correspondientes y a los interesados para los fines de Ley.-----

Regístrese y comuníquese.




GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

Dr. RICARDO ALDO LAMA MORALES
Director Regional
CMP. 12555



ESTRATEGIA SANITARIA DE CONTROL LOCAL DE CONTROL Y PREVENCION DE TUBERCULOSIS

PLAN ANUAL DE PREVENCION Y CONTROL DE INFECCIONES DE TUBERCULOSIS. AÑO 2018

RED DE SALUD VENTANILLA



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION - RED DE SALUD VENTANILLA

Dr. DARIO N. LINA DEL CARRIO
DIRECCION
C.M.P. 19744



Dr. Dario Luna del Carpio

Director de la Red de Salud de Ventanilla

Dra. Janet Picoy Salgado

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

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, 2018

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.

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 2018**”.



II. ANETCEDENTES

La Red de Salud de Ventanilla cuenta con 15 establecimientos de salud, el cual reporto para el año 2017 un total de 358 casos nuevos de tuberculosis en todas sus formas, de los cuales más de 83.8% son de localización pulmonar. Para el año 2017 se tiene registrada una tasa de incidencia de tuberculosis en todas sus formas de 78.99 por 100,000 habitantes y una tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 66.2 por 100,000. En el 2017 se registraron 17 defunciones por tuberculosis siendo la tasa de mortalidad de 3.8 por 100,000 habitantes.

El número total de casos con tuberculosis drogoresistente bajo tratamiento con fármacos de segunda línea y con registro en el Programa Nacional de Tuberculosis es de 45 casos. Actualmente hay registrados en la Red Ventanilla 01 afectado por tuberculosis con resistencia extendida (TB-XDR).

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 acortado 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. SITUACION DE LA TUBERCULOSIS

A nivel nacional,

Morbilidad de casos notificados de TB: 30,988

- Casos nuevos de TB en el año 2015: 27,299
- Casos TB-MDR en el año 2015: 1,366
- Casos TB-XDR en el año 2015: 104



En la Region Callao, año 2016:

Morbilidad de casos reportados de TB: 1123 casos

- Casos TB – DM2: 65 casos
- Casos de TB pulmonar: 795 casos
- Casos TB-MDR: 59 casos
- Casos TB-XDR: 01

En La Red Ventanilla:

 Tabla N°01. Sintomaticos respiratorios identificados VS atenciones < 15 años
 Red Ventanilla, 2016 – 2017

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

Establecimientos de salud	Año 2016			Año 2017		
	Atenciones > 15 años	SRI	%	Atenciones > 15 años	SRI	%
RED DE SALUD VENTANILLA	524174	18953	3.6	490826	17837	3.3
MicroRed Pachacutec	200151	7687	3.8	208563	7405	3.6
C.S Peru Korea	57985	2140	3.7	71969	2808	3.9
C. S. 3 DE Febrero	37127	2202	5.9	45586	1588	3.5
C. S. Bahía Blanca	40698	1164	2.9	40736	1134	2.8
C. S. Ciudad Pachacutec	36510	1246	3.4	21581	1170	5.4
C. S. Santa Rosa de Pachacutec	27831	935	3.4	28691	705	2.5
MicroRed Angamos	128860	4380	3.4	130419	4005	3.1
C.S Angamos	40047	917	2.3	37483	834	2.2
C. S. Hijos de Grau	16663	1360	8.2	11876	1215	10.2
C. S. Ventanilla Alta	39696	910	2.3	44456	983	2.2
C. S. Def. de la Patria	32454	1193	3.7	36604	973	2.7
MicroRed Villa los Reyes	121607	3634	3.0	91940	3688	2.7
C. S. Mi Perú	51311	1358	2.6	46929	1423	3.0
C.S. Luis Felipe de las Casas	31937	945	3.0	37845	747	2.0
C. S. Villa Los Reyes	38359	1331	3.5	54095	1518	2.8
MicroRed Márquez	73556	3252	4.4	59904	2739	4.6
C.S. Marquez	38844	1273	3.3	27023	1282	4.7
C. S. Ventanilla Este	22873	1121	4.9	21433	985	4.6
C. S. Ventanilla Baja	11839	858	7.2	11448	472	4.1

Fuente: Informe operacional de tuberculosis, año 2016 - 2017

Se observa en la tabla N° 01 que el indicador trazador disminuyó a 3.3% para el año 2017 en comparación al año 2016 que alcanzó un 3.6% a nivel de la Red Ventanilla. A nivel de establecimientos de salud se incrementó en el indicador de SR en los C.S. Marquez, Hijos de Grau y Ciudad Pachacutec. Ello se debe a la falta de personal en la estrategia de tuberculosis tanto profesional de enfermería y médico.



**Tabla N° 02. Contacto censado/ contacto evaluado/ contacto con terapia preventiva con isoniazida
Red Ventanilla, año 2017**

Establecimientos de salud	AÑO 2016				AÑO 2017			
	Cont acto cens ado	Conta cto exami nado	Contacto con terapia preventiv a (TPI)	% de Contact os que reciben TPI	Cont acto cens ado	Conta cto exami nado	Contacto con terapia preventiv a (TPI)	% de Contact os que reciben TPI
RED DE SALUD VENTANILLA	127	111	87	78	148	133	133	100
MicroRed Pachacutec	39	31	28	90.3	48	45	47	104.4
C.S Peru Korea	9	9	9	100	16	16	16	100
C. S. 3 DE Febrero	5	5	5	100.0	12	12	7	58.3
C. S. Bahía Blanca	11	5	5	100	8	7	7	100
C. S. Ciudad Pachacutec	6	4	2	50	6	4	10	250
C. S. Santa Rosa de Pachacutec	8	8	7	87.5	6	6	7	116.7
MicroRed Angamos	20	21	16	76.2	51	39	31	79.5
C.S Angamos	3	5	1	20.0	20	14	12	85.7
C. S. Hijos de Grau	4	4	4	100.0	8	8	9	112.5
C. S. Ventanilla Alta	5	5	4	80.0	10	9	8	88.9
C. S. Def. de la Patria	8	7	7	100.0	13	8	2	25.0
MicroRed Villa los Reyes	44	38	30	78.9	32	32	39	121.9
C. S. Mi Perú	6	0	0	100	0	0	3	100
C.S. Luis Felipe de las Casas	10	10	5	50.0	8	8	5	62.5
C. S. Villa Los Reyes	28	28	25	89.3	24	24	31	129.2
MicroRed Márquez	24	21	13	61.9	17	17	16	94.1
C.S. Marquez	14	14	11	79	14	14	14	100
C. S. Ventanilla Este	5	5	2	40.0	2	2	1	50.0
C. S. Ventanilla Baja	5	2	0	0	1	1	1	100

Fuente: Informe operacional de tuberculosis, año 2016 – 2017

Se observa en la tabla N° 02 que a nivel de la Red Ventanilla se ha llegado a dar TPI al 100% de los contactos menores de 5 años, pero en algunos establecimientos de salud la administración de TPI alcanzó un porcentaje menor al 75%, siendo estos centros: 03 de Febrero, Defensores de la Patria, Luis Felipe de las Casas y Ventanilla Este; esto se debió a que no se cuenta con la colaboración de los padres de familia y también por contraindicaciones médicas.



**Tabla N° 03 N° Casos de tuberculosis y tuberculosis drogoresistentes
Red de salud Ventanilla, Año 2016 – 2017**

Establecimientos de salud	AÑO 2016				AÑO 2017			
	Morbilidad TB Sensible	%	Morbilidad drogoresistente	%	Morbilidad TB Sensible	%	Morbilidad drogoresistente	%
RED DE SALUD VENTANILLA	405	100	67	100.0	423	100	45	100
MicroRed Pachacutec	146	36.0	27	40.3	132	31.2	16	36
C.S Peru Korea	30	7.4	2	3.0	31	7.3	2	4
C. S. 3 DE Febrero	31	7.7	5	7.5	27	6.4	7	16
C. S. Bahía Blanca	24	5.9	10	14.9	16	3.8	2	4
C. S. Ciudad Pachacutec	37	9.1	7	10.4	32	7.6	0	0
C. S. Santa Rosa de Pachacutec	24	5.9	3	4.5	26	6.1	5	11
MicroRed Angamos	103	25.4	11	16.4	118	27.9	14	31
C.S Angamos	16	4.0	3	4.5	33	7.8	4	9
C. S. Hijos de Grau	29	7.2	5	7.5	31	7.3	4	9
C. S. Ventanilla Alta	32	7.9	2	3.0	28	6.6	5	11
C. S. Def. de la Patria	26	6.4	1	1.5	26	6.1	1	2
MicroRed Villa los Reyes	117	28.9	19	28.4	128	30.3	11	24
C. S. Mi Perú	51	12.6	8	11.9	64	15.1	2	4
C.S. Luis Felipe de las Casas	29	7.2	7	10.4	26	6.1	7	16
C. S. Villa Los Reyes	37	9.1	4	6.0	38	9.0	2	4
MicroRed Márquez	39	9.6	10	14.9	45	10.6	4	9
C.S. Marquez	24	5.9	9	13.4	35	8.3	4	9
C. S. Ventanilla Este	10	2.5	1	1.5	7	1.7	0	0
C. S. Ventanilla Baja	5	1.2	0	0.0	3	0.7	0	0

Fuente: Informe operacional de tuberculosis, año 2016 – 2017

La morbilidad total para el año 2016 fue de 472 casos y para el año 2017 de 468 casos, habiendo disminuido para el año 2017 en un 0.8% respecto al año anterior; siendo los establecimientos de salud que incrementaron sus casos el C.S Peru Corea Pachacutec, Santa Rosa de Pachacutec, Angamos, Mi Peru y Marquez.



IV.-MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

4.1 Control administrativos

Es el primer nivel de jerarquía. Estas medidas benefician al mayor número de personas y tienen por objetivo reducir la exposición a la TB por parte del personal de salud y los pacientes. Sin la aplicación de las medidas administrativas, los otros controles no serán suficientes para proteger al personal de salud ni a otros pacientes. Las medidas de control administrativo son medidas de gestión que buscan reducir el riesgo de transmisión de la TB al disminuir la exposición del trabajador de salud y de las personas con TB a través del diagnóstico temprano, aislamiento o separación inmediata de pacientes con sospecha de TB y la implementación inmediata de un tratamiento antituberculosis adecuado.

Se debe de establecer y seguir las siguientes medidas:

- Detección oportuna de las personas con TB.
- Aislamiento o separación de la persona con sospecha de TB.
- Tratamiento oportuno y adecuado.
- Promoción del tratamiento ambulatorio de pacientes.
- Identificación de áreas de alto riesgo para la transmisión de la TB.
- Capacitación y educación del personal de salud.
- Educación a las personas con TB y sus familiares.
- Despistaje de TB para el personal de salud.

4.2 Medidas de control ambiental

Las medidas de control ambiental son la segunda línea de defensa para prevenir la transmisión del M. tuberculosis al personal de salud y a los pacientes. Las medidas de control ambiental tienen por objetivo reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas y controlar la dirección y el flujo del aire. Se basan en lo siguiente:

- a) La ventilación natural o mecánica
 - La ventilación natural : La técnica más sencilla y menos costosa es maximizar la ventilación natural mediante ventanas abiertas y asegurar una ventilación cruzada. La remodelación de ambientes y servicios grandes para maximizar la ventilación natural y permitir mayor separación de los pacientes puede ser una alternativa económicamente viable en comparación con la construcción de sistemas costosos para mejorar los flujos de aire. Siempre que sea posible, se debe hacer lo siguiente para mejorar la ventilación:
 - Areas abiertas: El riesgo de transmisión de TB es mayor en una habitación cerrada que contiene aire con núcleos de gotitas infecciosas suspendidas en él. Se deben “abrir” al medio ambiente áreas de espera, salas para la recolección de esputo, salas de examen y pabellones. Si es posible, el área para la recolección de esputo debe estar al aire libre. Cuando se utilizan ventiladores de mesa, las ventanas también deben quedar abiertas dado que el objetivo es diluir e intercambiar el aire más que sólo mezclarlo.
 - Ubicación de ventanas o aberturas: La ubicación de ventanas y aberturas es importante para maximizar la ventilación en la habitación. Una habitación con una abertura (ventana o puerta) intercambia el aire

sólo en esa zona; además, es baja la cantidad de aire que se intercambia. Por lo tanto, la condición ideal comprende aberturas en extremos opuestos de una habitación (ventana-ventana, puerta-ventana, etc.) para facilitar la ventilación cruzada. (Ver figura N° 01)

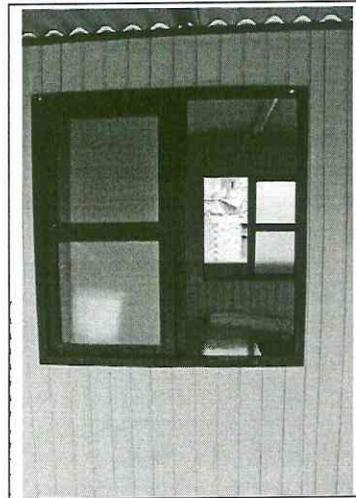


Figura N° 01

- Ubicación de muebles y personas:
En los consultorios y otras salas es necesario determinar la dirección del flujo de aire dentro del espacio, para acomodar o situar los muebles de manera tal que el personal de salud no respire aire contaminado. El personal de salud debe ubicarse de tal forma que el aire fluya del personal de salud hacia el paciente y luego hacia afuera. (Ver figura N° 02 Y 03).

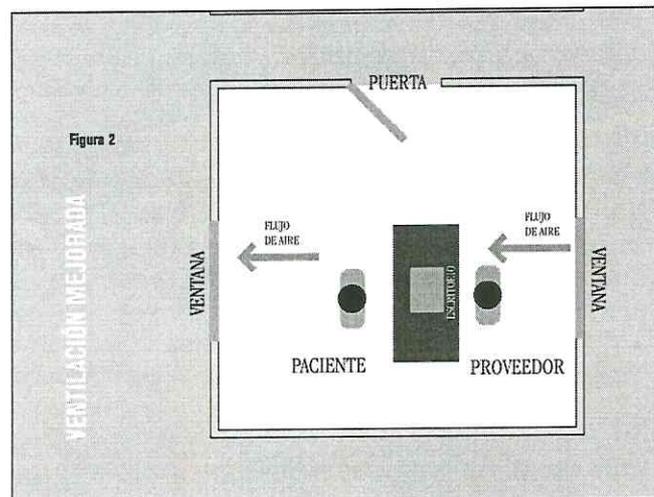
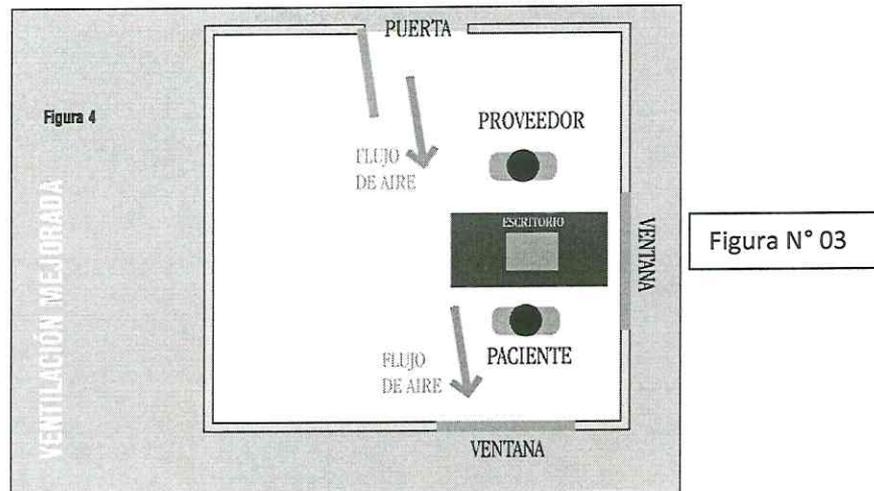


Figura N° 02



- **Ventilación mecánica**
El uso de la ventilación mecánica, como ventiladores de ventana o sistemas de ventilación por extracción en habitaciones de aislamiento o pabellones son métodos más complejos y costosos. Estos sistemas se usan en salas de aislamiento porque pueden producir presión negativa e impiden que el aire contaminado escape a pasillos y áreas circundantes.
- b) **Filtros**
Métodos adicionales que también son complejos y costosos incluyen la filtración de aire para extraer partículas infecciosas al recircular o expulsar el aire. Las unidades de filtración se usan en habitaciones pequeñas y cerradas con un número limitado de pacientes con TB o TB MDR, o en otras áreas como consultorios externos para atención de pacientes con TB o TB MDR o salas de operaciones.
- c) **Luz ultravioleta germicida (LUV):** puede dejar inactivo al *M. tuberculosis* y a otras bacterias y virus contenidos en los núcleos de gotitas. Sin embargo, la exposición a la luz ultravioleta puede ser dañina para la piel y los ojos de los humanos, por esta razón las lámparas deben ser instaladas en la parte superior de los cuartos o pasillos, o colocadas en los conductos de evacuación de aire.

4.3 Medidas de protección respiratoria

Es el tercer nivel de medidas cuyo objetivo es reducir el número de núcleos de gotitas inhaladas en esas áreas donde los otros controles no lo pueden reducir adecuadamente.

La protección respiratoria complementa y NO sustituye las medidas de control administrativo y control ambiental. Sin la implementación de los otros controles, la protección respiratoria no funcionará y puede dar un falso sentido de seguridad al personal de salud.

- **Lugares de alto riesgo:**
 - Cuartos de aislamiento para pacientes con TB.
 - Cuartos donde se han realizado procedimientos para inducir la tos.
 - Consultorios médicos y dentales, cuando trabajan con pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP FP) o con sospecha de TB.

- Ambulancias y otros vehículos que transportan pacientes con TBP FP.
- Los hogares de personas con TBP FP

➤ **Uso de respiradores**

Cada establecimiento debe tener políticas escritas que dispongan el uso de los respiradores en las diferentes áreas o servicios.

Es importante tener en cuenta que los respiradores deben ajustarse a la cara de la persona, evitando fugas en los bordes. Si hay fugas por los bordes será más fácil inhalar partículas infecciosas. La presencia de vello o barba impide el uso adecuado de los respiradores, permitiendo la potencial entrada de partículas infecciosas.

Los respiradores son desechables, pero un respirador bien cuidado es eficaz por varias semanas. Un mal mantenimiento puede causar costos elevados.

Los respiradores deben ser guardados en un lugar limpio y seco, de preferencia envolverse con una tela delgada, y colocarlas en una caja y no en una bolsa de plástico para evitar la humedad, los hongos y que se dañen en el futuro. No se recomienda guardar los respiradores colgándolos por su elástico porque éste se estira y gasta

➤ **Uso de las mascarillas**

Las mascarillas, también conocidas como cubrebocas quirúrgicas (de tela o papel).

NO han sido diseñadas para proteger a la persona que las lleva puestas contra la inhalación de núcleos de gotitas infecciosas en el aire, pues no tienen un filtro especial.

Las mascarillas evitan la propagación de microorganismos desde la persona que las lleva puesta hacia otros, mediante la captura de partículas húmedas grandes cerca de la nariz y la boca del usuario. Por lo tanto, las mascarillas deben ser utilizadas por personas infecciosas o con sospecha de TB cuando pueden contagiar a otras personas.

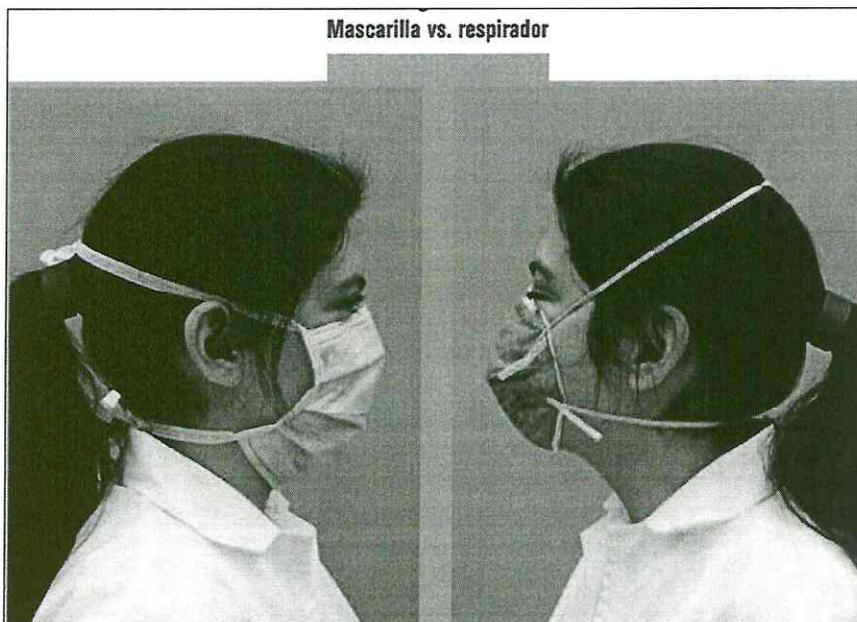


Figura N° 04

V. MARCO LOGICO DEL PLAN:

OBJETIVOS GENERAL

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 2018.

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.

VI. 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.

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 raves 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 y evaluación se realizara a través de la observación, discusión y guía. Esta labor estará a cargo de Comité de Bioseguridad y Control de Infecciones, la cual se realizara con una periodicidad mínima de dos veces por año.





**ANEXO 01: PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE LA TUBERCULOSIS
PLAN DE ACCIÓN 2018 - 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.	Conformación comité de control de infección de TB	1	1				01 comité conformado	documento de conformación de comité	Directos 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	
	Difundir 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	
	Aplicación, análisis y exposición de resultados de la guía elaborada/ fichas de recolección de datos.	1	1	1	1					
Reducir la concentración de las partículas infecciosas de Mycobacterium tuberculosis en los ambientes del establecimiento de salud.	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	
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 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	
	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	



Tabla N° 02. Contacto censado/ contacto evaluado/ contacto con terapia preventiva con isoniazida Red Ventanilla, año 2017

Establecimientos de salud	AÑO 2016				AÑO 2017			
	Contacto censado	Contacto examinado	Contacto con terapia preventiva (TPI)	% de Contactos que reciben TPI	Contacto censado	Contacto examinado	Contacto con terapia preventiva (TPI)	% de Contactos que reciben TPI
RED DE SALUD VENTANILLA	127	111	87	78	148	133	133	100
MicroRed Pachacutec	39	31	28	90.3	48	45	47	104.4
C.S Peru Korea	9	9	9	100	16	16	16	100
C. S. 3 DE Febrero	5	5	5	100.0	12	12	7	58.3
C. S. Bahía Blanca	11	5	5	100	8	7	7	100
C. S. Ciudad Pachacutec	6	4	2	50	6	4	10	250
C. S. Santa Rosa de Pachacutec	8	8	7	87.5	6	6	7	116.7
MicroRed Angamos	20	21	16	76.2	51	39	31	79.5
C.S Angamos	3	5	1	20.0	20	14	12	85.7
C. S. Hijos de Grau	4	4	4	100.0	8	8	9	112.5
C. S. Ventanilla Alta	5	5	4	80.0	10	9	8	88.9
C. S. Def. de la Patria	8	7	7	100.0	13	8	2	25.0
MicroRed Villa los Reyes	44	38	30	78.9	32	32	39	121.9
C. S. Mi Perú	6	0	0	100	0	0	3	100
C.S. Luis Felipe de las Casas	10	10	5	50.0	8	8	5	62.5
C. S. Villa Los Reyes	28	28	25	89.3	24	24	31	129.2
MicroRed Márquez	24	21	13	61.9	17	17	16	94.1
C.S. Marquez	14	14	11	79	14	14	14	100
C. S. Ventanilla Este	5	5	2	40.0	2	2	1	50.0
C. S. Ventanilla Baja	5	2	0	0	1	1	1	100

Fuente: Informe operacional de tuberculosis, año 2016 – 2017

Se observa en la tabla N° 02 que a nivel de la Red Ventanilla se ha llegado a dar TPI al 100% de los contactos menores de 5 años, pero en algunos establecimientos de salud la administración de TPI alcanzó un porcentaje menor al 75%, siendo estos centros: 03 de Febrero, Defensores de la Patria, Luis Felipe de las Casas y Ventanilla Este; esto se debió a que no se cuenta con la colaboración de los padres de familia y también por contraindicaciones médicas.



**Tabla N° 03 N° Casos de tuberculosis y tuberculosis drogoresistentes
Red de salud Ventanilla, Año 2016 – 2017**

Establecimientos de salud	AÑO 2016				AÑO 2017			
	Morbilidad d TB Sensible	%	Morbilidad drogoresistente	%	Morbilidad d TB Sensible	%	Morbilidad drogoresistente	%
RED DE SALUD VENTANILLA	405	100	67	100.0	423	100	45	100
MicroRed Pachacutec	146	36.0	27	40.3	132	31.2	16	36
C.S Peru Korea	30	7.4	2	3.0	31	7.3	2	4
C. S. 3 DE Febrero	31	7.7	5	7.5	27	6.4	7	16
C. S. Bahía Blanca	24	5.9	10	14.9	16	3.8	2	4
C. S. Ciudad Pachacutec	37	9.1	7	10.4	32	7.6	0	0
C. S. Santa Rosa de Pachacutec	24	5.9	3	4.5	26	6.1	5	11
MicroRed Angamos	103	25.4	11	16.4	118	27.9	14	31
C.S Angamos	16	4.0	3	4.5	33	7.8	4	9
C. S. Hijos de Grau	29	7.2	5	7.5	31	7.3	4	9
C. S. Ventanilla Alta	32	7.9	2	3.0	28	6.6	5	11
C. S. Def. de la Patria	26	6.4	1	1.5	26	6.1	1	2
MicroRed Villa los Reyes	117	28.9	19	28.4	128	30.3	11	24
C. S. Mi Perú	51	12.6	8	11.9	64	15.1	2	4
C.S. Luis Felipe de las Casas	29	7.2	7	10.4	26	6.1	7	16
C. S. Villa Los Reyes	37	9.1	4	6.0	38	9.0	2	4
MicroRed Márquez	39	9.6	10	14.9	45	10.6	4	9
C.S. Marquez	24	5.9	9	13.4	35	8.3	4	9
C. S. Ventanilla Este	10	2.5	1	1.5	7	1.7	0	0
C. S. Ventanilla Baja	5	1.2	0	0.0	3	0.7	0	0

Fuente: Informe operacional de tuberculosis, año 2016 – 2017

La morbilidad total para el año 2016 fue de 472 casos y para el año 2017 de 468 casos, habiendo disminuido para el año 2017 en un 0.8% respecto al año anterior; siendo los establecimientos de salud que incrementaron sus casos el C.S Peru Corea Pachacutec, Santa Rosa de Pachacutec, Angamos, Mi Peru y Marquez.



IV.-MEDIDAS PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

4.1 Control administrativos

Es el primer nivel de jerarquía. Estas medidas benefician al mayor número de personas y tienen por objetivo reducir la exposición a la TB por parte del personal de salud y los pacientes. Sin la aplicación de las medidas administrativas, los otros controles no serán suficientes para proteger al personal de salud ni a otros pacientes. Las medidas de control administrativo son medidas de gestión que buscan reducir el riesgo de transmisión de la TB al disminuir la exposición del trabajador de salud y de las personas con TB a través del diagnóstico temprano, aislamiento o separación inmediata de pacientes con sospecha de TB y la implementación inmediata de un tratamiento antituberculosis adecuado.

Se debe de establecer y seguir las siguientes medidas:

- Detección oportuna de las personas con TB.
- Aislamiento o separación de la persona con sospecha de TB.
- Tratamiento oportuno y adecuado.
- Promoción del tratamiento ambulatorio de pacientes.
- Identificación de áreas de alto riesgo para la transmisión de la TB.
- Capacitación y educación del personal de salud.
- Educación a las personas con TB y sus familiares.
- Despistaje de TB para el personal de salud.

4.2 Medidas de control ambiental

Las medidas de control ambiental son la segunda línea de defensa para prevenir la transmisión del M. tuberculosis al personal de salud y a los pacientes. Las medidas de control ambiental tienen por objetivo reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas y controlar la dirección y el flujo del aire. Se basan en lo siguiente:

- a) La ventilación natural o mecánica
 - La ventilación natural : La técnica más sencilla y menos costosa es maximizar la ventilación natural mediante ventanas abiertas y asegurar una ventilación cruzada. La remodelación de ambientes y servicios grandes para maximizar la ventilación natural y permitir mayor separación de los pacientes puede ser una alternativa económicamente viable en comparación con la construcción de sistemas costosos para mejorar los flujos de aire. Siempre que sea posible, se debe hacer lo siguiente para mejorar la ventilación:
 - Areas abiertas: El riesgo de transmisión de TB es mayor en una habitación cerrada que contiene aire con núcleos de gotitas infecciosas suspendidas en él. Se deben “abrir” al medio ambiente áreas de espera, salas para la recolección de esputo, salas de examen y pabellones. Si es posible, el área para la recolección de esputo debe estar al aire libre. Cuando se utilizan ventiladores de mesa, las ventanas también deben quedar abiertas dado que el objetivo es diluir e intercambiar el aire más que sólo mezclarlo.
 - Ubicación de ventanas o aberturas: La ubicación de ventanas y aberturas es importante para maximizar la ventilación en la habitación. Una habitación con una abertura (ventana o puerta) intercambia el aire

sólo en esa zona; además, es baja la cantidad de aire que se intercambia. Por lo tanto, la condición ideal comprende aberturas en extremos opuestos de una habitación (ventana-ventana, puerta-ventana, etc.) para facilitar la ventilación cruzada. (Ver figura N° 01)

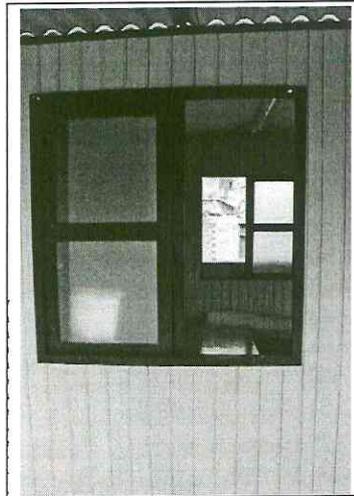


Figura N° 01

- Ubicación de muebles y personas:
En los consultorios y otras salas es necesario determinar la dirección del flujo de aire dentro del espacio, para acomodar o situar los muebles de manera tal que el personal de salud no respire aire contaminado. El personal de salud debe ubicarse de tal forma que el aire fluya del personal de salud hacia el paciente y luego hacia afuera. (Ver figura N° 02 Y 03).

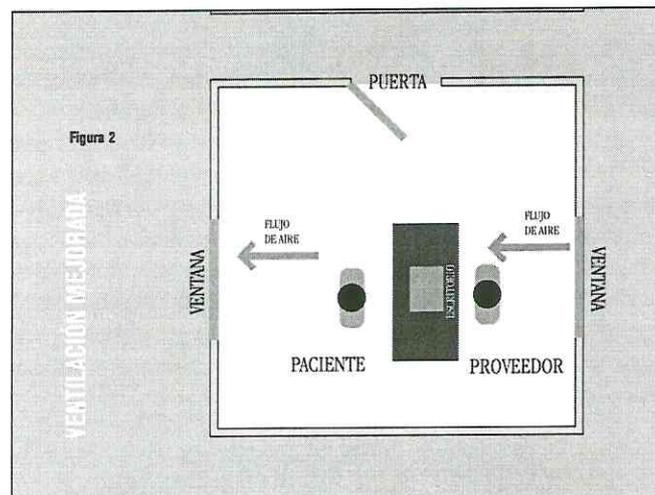
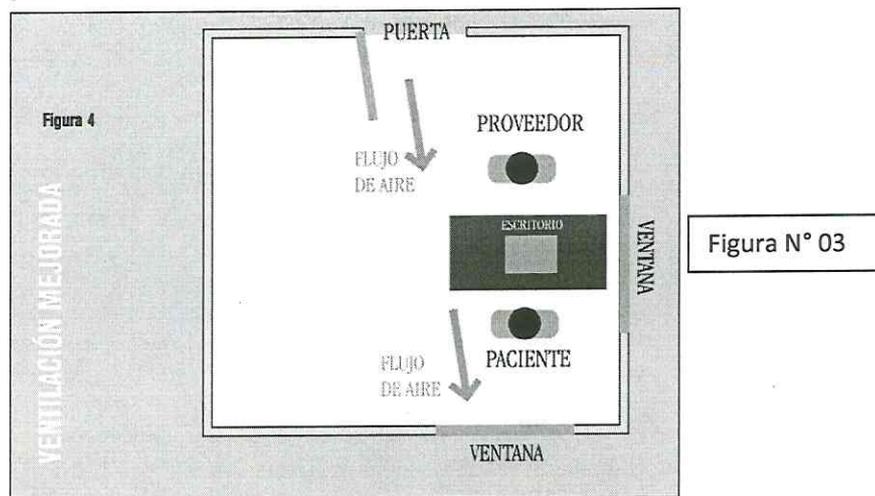


Figura N° 02





- **Ventilación mecánica**
El uso de la ventilación mecánica, como ventiladores de ventana o sistemas de ventilación por extracción en habitaciones de aislamiento o pabellones son métodos más complejos y costosos. Estos sistemas se usan en salas de aislamiento porque pueden producir presión negativa e impiden que el aire contaminado escape a pasillos y áreas circundantes.
- b) **Filtros**
Métodos adicionales que también son complejos y costosos incluyen la filtración de aire para extraer partículas infecciosas al recircular o expulsar el aire. Las unidades de filtración se usan en habitaciones pequeñas y cerradas con un número limitado de pacientes con TB o TB MDR, o en otras áreas como consultorios externos para atención de pacientes con TB o TB MDR o salas de operaciones.
- c) **Luz ultravioleta germicida (LUV):** puede dejar inactivo al *M. tuberculosis* y a otras bacterias y virus contenidos en los núcleos de gotitas. Sin embargo, la exposición a la luz ultravioleta puede ser dañina para la piel y los ojos de los humanos, por esta razón las lámparas deben ser instaladas en la parte superior de los cuartos o pasillos, o colocadas en los conductos de evacuación de aire.

4.3 Medidas de protección respiratoria

Es el tercer nivel de medidas cuyo objetivo es reducir el número de núcleos de gotitas inhaladas en esas áreas donde los otros controles no lo pueden reducir adecuadamente.

La protección respiratoria complementa y NO sustituye las medidas de control administrativo y control ambiental. Sin la implementación de los otros controles, la protección respiratoria no funcionará y puede dar un falso sentido de seguridad al personal de salud.

- **Lugares de alto riesgo:**
 - Cuartos de aislamiento para pacientes con TB.
 - Cuartos donde se han realizado procedimientos para inducir la tos.
 - Consultorios médicos y dentales, cuando trabajan con pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP FP) o con sospecha de TB.

- Ambulancias y otros vehículos que transportan pacientes con TBP FP.
- Los hogares de personas con TBP FP

➤ **Uso de respiradores**

Cada establecimiento debe tener políticas escritas que dispongan el uso de los respiradores en las diferentes áreas o servicios.

Es importante tener en cuenta que los respiradores deben ajustarse a la cara de la persona, evitando fugas en los bordes. Si hay fugas por los bordes será más fácil inhalar partículas infecciosas. La presencia de vello o barba impide el uso adecuado de los respiradores, permitiendo la potencial entrada de partículas infecciosas.

Los respiradores son desechables, pero un respirador bien cuidado es eficaz por varias semanas. Un mal mantenimiento puede causar costos elevados.

Los respiradores deben ser guardados en un lugar limpio y seco, de preferencia envolverse con una tela delgada, y colocarlas en una caja y no en una bolsa de plástico para evitar la humedad, los hongos y que se dañen en el futuro. No se recomienda guardar los respiradores colgándolos por su elástico porque éste se estira y gasta

➤ **Uso de las mascarillas**

Las mascarillas, también conocidas como cubrebocas quirúrgicas (de tela o papel).

NO han sido diseñadas para proteger a la persona que las lleva puestas contra la inhalación de núcleos de gotitas infecciosas en el aire, pues no tienen un filtro especial.

Las mascarillas evitan la propagación de microorganismos desde la persona que las lleva puesta hacia otros, mediante la captura de partículas húmedas grandes cerca de la nariz y la boca del usuario. Por lo tanto, las mascarillas deben ser utilizadas por personas infecciosas o con sospecha de TB cuando pueden contagiar a otras personas.

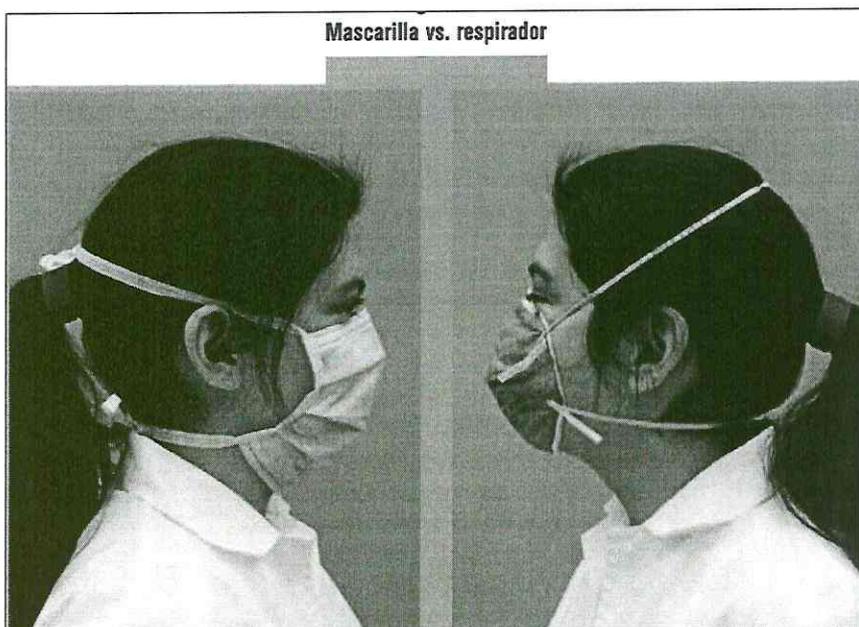


Figura N° 04

V. MARCO LOGICO DEL PLAN:

OBJETIVOS GENERAL

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 2018.

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.

VI. 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.

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 raves 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 y evaluación se realizara a través de la observación, discusión y guía. Esta labor estará a cargo de Comité de Bioseguridad y Control de Infecciones, la cual se realizara con una periodicidad mínima de dos veces por año.





**ANEXO 01: PLAN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES DE LA TUBERCULOSIS
PLAN DE ACCIÓN 2018 - 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.	Conformación comité de control de infección de TB	1	1				01 comité conformado	documento de conformación de comité	Directos 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
	Difundir e implementar el PLAN DE CONTROL INFECCIONES EN TUBERCULOSIS en los 15 establecimientos de la Red Ventanilla.	1	1	1	1	Reuniones para la difusión del plan.	Los médicos jefes y responsable de la ESPLYCTB conocen el plan.	Libro de actas de la difusión del PCI en los 15 establecimientos de salud de la Red Ventanilla.	Responsable de la ESPLYCTB
	Aplicación, análisis y exposición de resultados de la guía elaborada/ fichas de recolección de datos.	1	1	1	1				
	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.	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.	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





ANEXOS 02

LISTA DE CHEQUEO

USO DE RESPIRADORES Y MASCARILLAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL I NIVEL DE ATENCIÓN

Establecimiento de salud: _____

Microrred: _____

Red: _____

Fecha: _____

En cuanto al uso del Respirador N95; coloque SI/No, según corresponda:

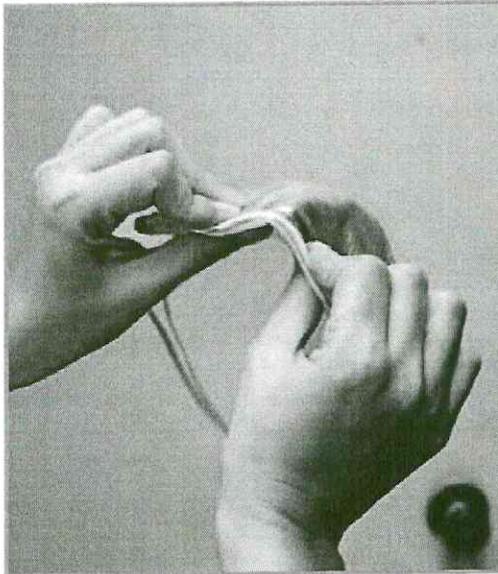
- | | | | |
|----|--|---|---|
| 1. | Se usa en PCT | (|) |
| 2. | Se usa en forma correcta | (|) |
| 3. | Se usa en los Consultorios Médicos | (|) |
| 4. | Se usa en Consultorio Dental | (|) |
| 5. | Se usa en Consultorio de Obstetricia | (|) |
| 6. | Se usa en Tópico | (|) |
| 7. | Se usa en la UTM | (|) |
| 8. | Durante los procedimientos: | | |
| a. | En sala de espirómetro | (|) |
| b. | Posiblemente infecciosa | (|) |
| c. | En la ambulancia al trasladar a un paciente infeccioso | (|) |



Anexo N° 03

Como colocar un respirador

1. Ubicar el centro de la pieza nasal y doblarla



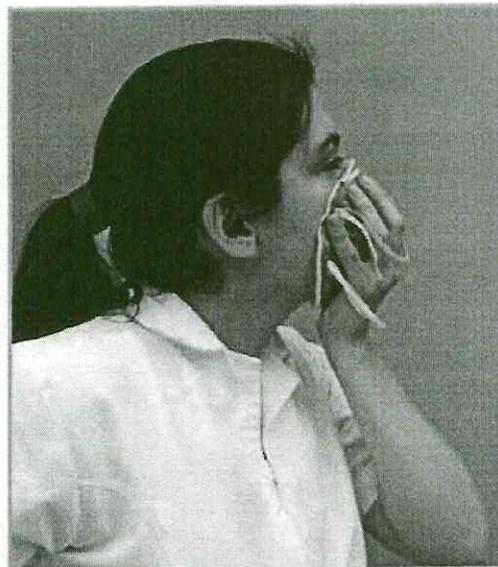
2. Abrir el respirador



3. Colocar los tirantes en la parte posterior de la mano



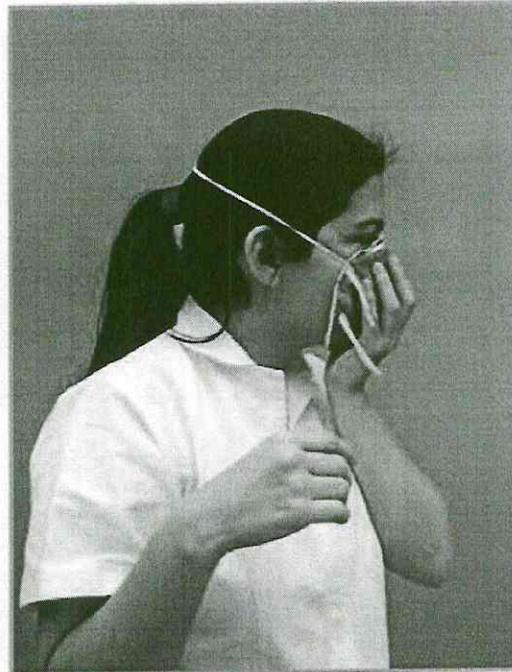
4. Colocar el respirador en la cara



5. Colocar el tirante por encima de la cabeza



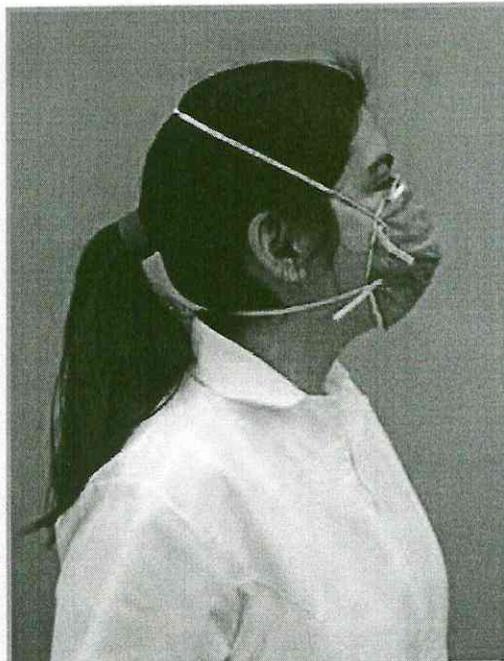
6. Colocar el tirante sobre la corona de la cabeza



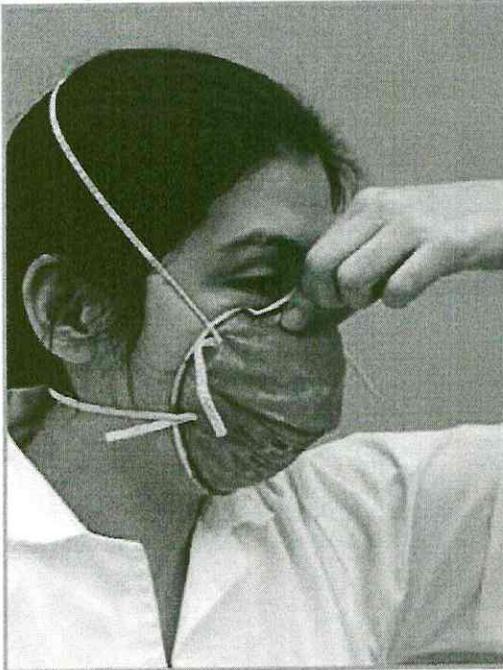
7. Colocar el tirante inferior por encima de la cabeza



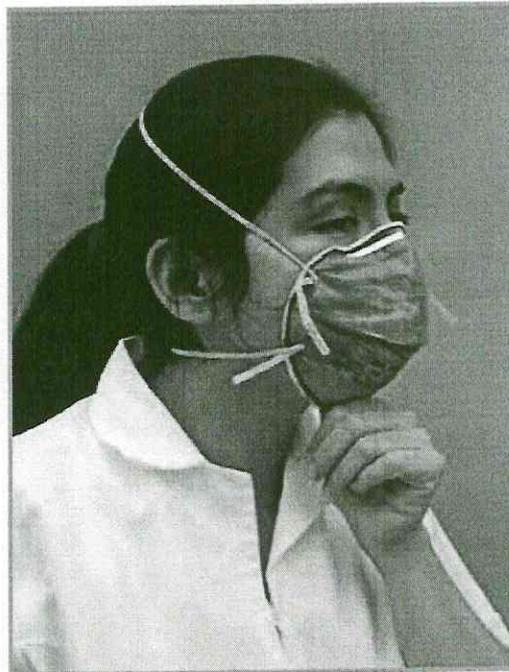
8. Colocar tirante en la nuca



9. Oprimir el clip metálico para asegurar a la nariz



10. Jalar el respirador sobre el mentón



Anexo N° 04 Comité de Bioseguridad y Control de Infecciones
Red de Salud de Ventanilla, 2018

- Presidente: Dr. Dario Narciso Luna del Carpio (Director. de la Red Ventanilla).
- Secretaria: Dra. Janet Picoy Salgado (Coordinador de ESTBC Red Ventanilla).
- Vocal: Lic. Janet Ochoa Palomino (Coordinador de VEA Red Ventanilla).
- Vocal: CD. Ruben Segura Simon (Coordinador de Calidad Red Ventanilla).
- Vocal: Tec. Med. Rosario Tapullima (Laboratorio Red Ventanilla)





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



“Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional”

**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 INGA

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

2018



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 2018

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 endemia de TB Multidrogoresistente (TBC MDR) y TB Extensamenteresistente (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.

En el Perú, la reciente Ley de Prevención y Control de la TB en el Perú (Ley 30287), declara de interés nacional la lucha contra la TB. En los últimos años, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud (MINSA), ha obtenido avances significativos en el control de esta enfermedad; sin embargo, aún persisten desafíos que deben ser abordados.

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.

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 2017 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 resolutoria 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.





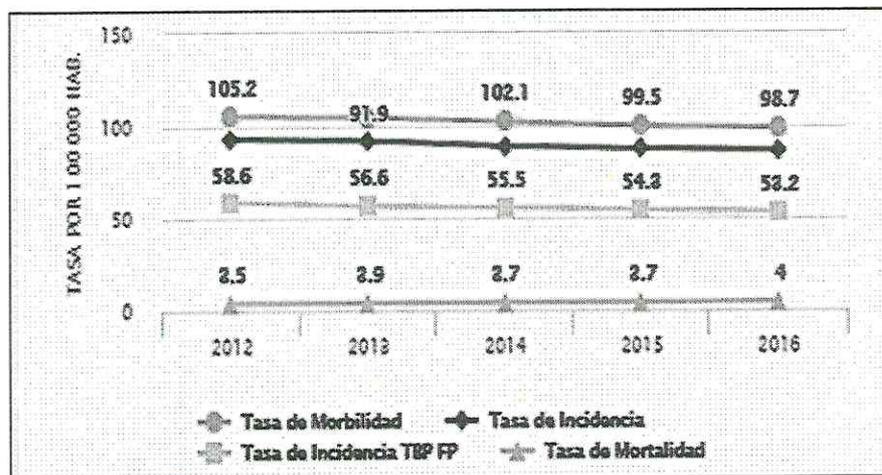
III. ANTECEDENTES:

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).

Desde el fortalecimiento del programa de control de la tuberculosis en la década de los 90 hasta el año 2003, en el país se observó una disminución sostenida en la incidencia de TB mayor al 8% anual. Posterior a esta época la tendencia se mantuvo casi estacionaria, observándose una disminución promedio anual de 2%. Para el año 2014 se reportaron en nuestro país alrededor de 27350 casos nuevos de TB y la incidencia de TB reportada fue de 88.8 casos nuevos por cada 100 mil habitantes.

Incidencia y morbilidad

GRAFICO N°01
TASA DE MORBILIDAD E INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS
NACIONAL AÑOS 2012-2016



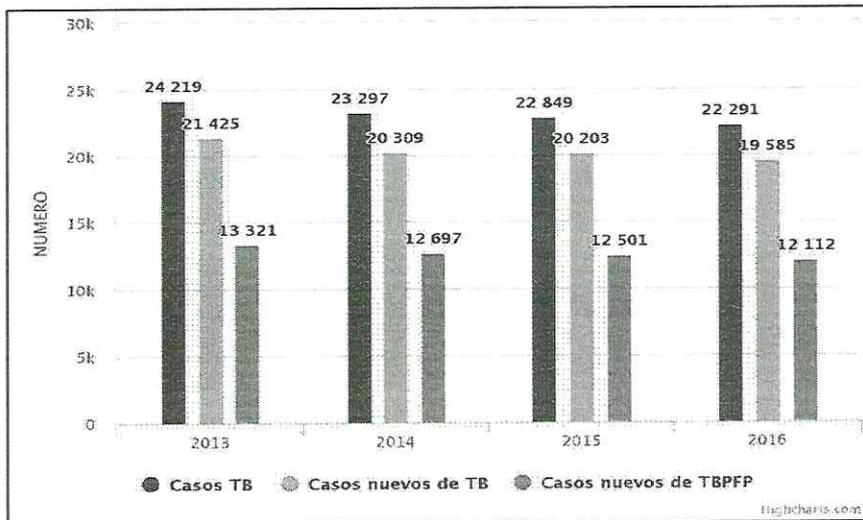
En el gráfico N°1 en relación a la incidencia y la morbilidad se puede describir que desde el fortalecimiento del programa de control de la tuberculosis en la década de los 90 hasta el año 2003, en el país se observó una disminución sostenida en la incidencia de TB mayor al 8% anual. Posterior a esta época la tendencia se mantuvo casi estacionaria, observándose una disminución promedio anual de 2%. Estos cambios importantes en la tendencia de la enfermedad en nuestro país se han relacionado con múltiples factores que van desde el proceso de reforma de salud que se dio entre el 2003 al 2005; sumado al incremento acelerado de la resistencia a los fármacos antituberculosis, las desigualdades sociales y las barreras en el acceso a los servicios de salud, es decir, las diferencias que se derivan de los determinantes sociales.

En el año 2016 se notificaron 30 988 casos de TB, y la tasa de incidencia ha sido la menor reportada en los últimos 25 años, con 87,6 casos nuevos de TB por cada 100 mil habitantes.





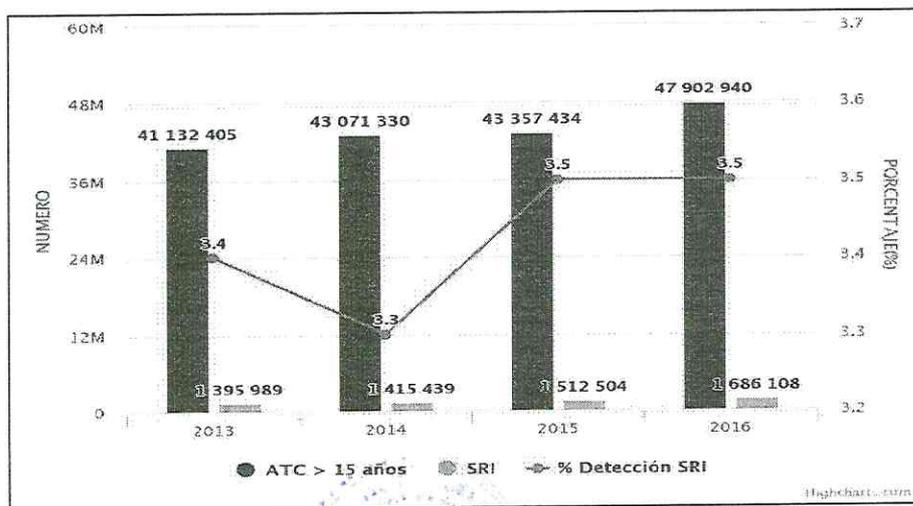
GRAFICO N° 02
NUMERO DE CASOS DE TUBERCULOSIS
MINSa AÑOS 2013 - 2016



En el gráfico N° 2 se puede observar que aún tenemos altas tasas de incidencia de tb, seguido de los casos con TB pulmonar se diagnosticaron con baciloscopia de esputo positiva, el 23% restantes no se les pudo realizar baciloscopia o tuvieron un baciloscopia de esputo negativa, donde el diagnostico se realizó por criterios clínicos, epidemiológico y de diagnóstico por imágenes. Por otra parte, cabe resaltar que casi el 40% de los casos se diagnosticaron con baciloscopías con una carga bacilar alta (2 a 3 cruces, es decir de 1 a 10 bacilos por campo en 50 campos observados y más de 10 bacilos por campo en 20 campos observados, respectivamente).

Aunque pueden ser muchos los factores que contribuyen al incremento de la carga bacilar de la baciloscopia de esputo. Este hecho también puede estar asociado a un diagnóstico tardío de la enfermedad.

GRAFICO N° 03
PORCENTAJE DE DETECCION DE SRI
MINSa 2013 - 2016

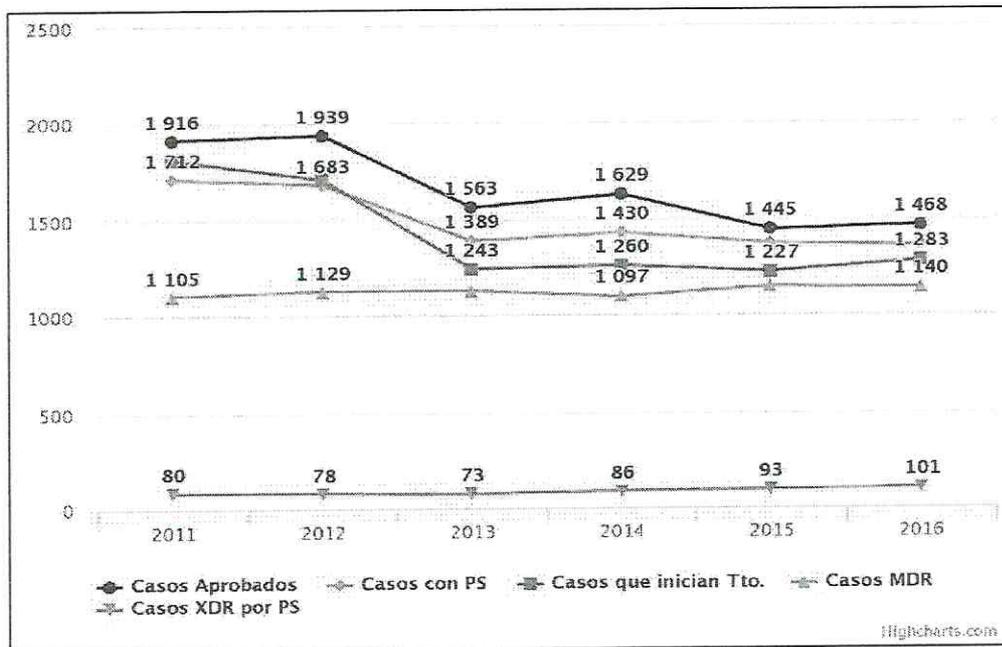




En el gráfico N° 4 se puede observar que la captación de sintomáticos respiratorios aún se mantiene por debajo de los óptimo. El examen de esputo sigue siendo el pilar fundamental en el diagnóstico de la tuberculosis. El diagnóstico tardío de personas afectadas por tuberculosis, incrementa la carga bacilar en el individuo y aumentar el periodo de transmisión, además se asocia a mayor morbilidad y mortalidad. Por lo cual el diagnóstico temprano, influyen en cortar la cadena de trasmisión de la tuberculosis en la comunidad y, es un factor de protección para el resto de la población expuesta. En nuestro país, el 82% de los casos de TB notificados en los años 2013 y 2016 afectaron principalmente a los pulmones.

TB Multidrogoresistente (MDR)

**GRAFICO N° 04
TENDENCIA DE CASOS MDR CONFIRMADOS Y NUMERO DE XDR
POR PRUEBA DE SENSIBILIDAD MINSA
AÑOS 2011 - 2016**



Desde el año 1997 hasta el año 2016 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. Sin embargo el mayor número de casos de TB MDR se han reportado en los últimos 10 años donde, el promedio reportado por año supero los 1100 casos de TB MDR, con una tendencia creciente en los últimos 4 años.

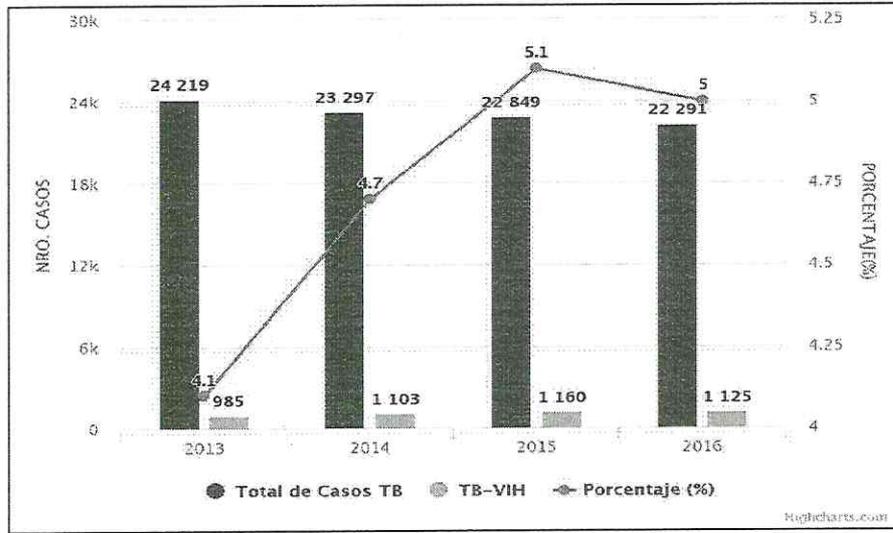
Estos cambios en la tendencia han estado relacionados con el incremento de la cobertura y disponibilidad de las pruebas para el diagnóstico de la resistencia a drogas de primera línea en nuestro país; como se muestra en el siguiente gráfico.

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.





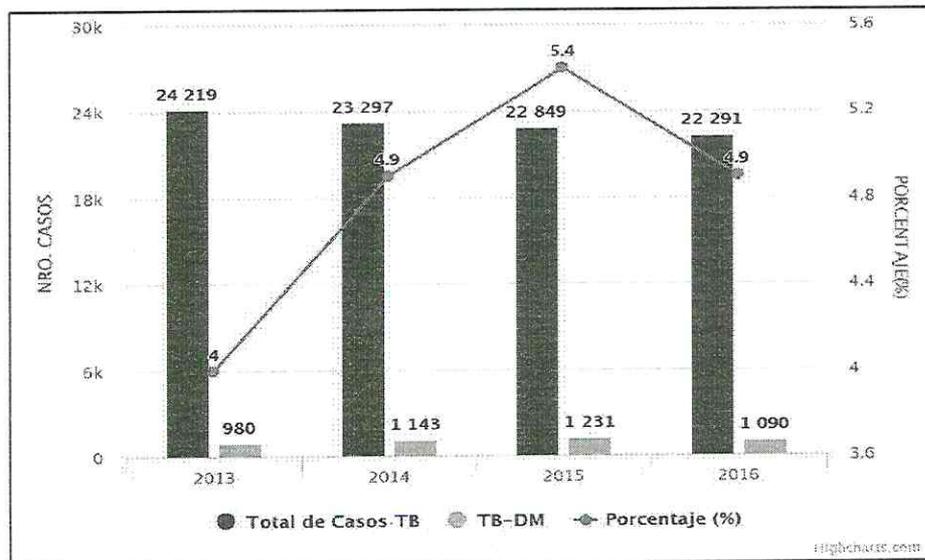
GRAFICO N° 05
PORCENTAJE DE COINFECCION TB – VIH
MINSA AÑOS 2013 - 2016



En el gráfico N°5 se puede observar la interacción de la coinfección de la TB y el VIH, se describe una mayor afección de TB extrapulmonar en casos de coinfección. Además, a diferencia del total general, para los pacientes que tuvieron coinfección TB-VIH, el porcentaje de casos con localización ganglionar y meníngea fue mayor.

El porcentaje de casos coinfectados con TB y VIH en nuestro país se ha incrementado progresivamente en los últimos años, para el año 2016 se reportó una coinfección de 5%. La cobertura de tamizaje en pacientes que iniciaron esquemas primario de tratamiento antituberculosis se triplico en los últimos 3 años pasando de una cobertura del 20% para el 2012 a una de 73% para el 2014(Figura 45), lo que pudo traducirse en el incremento de los casos coinfectados

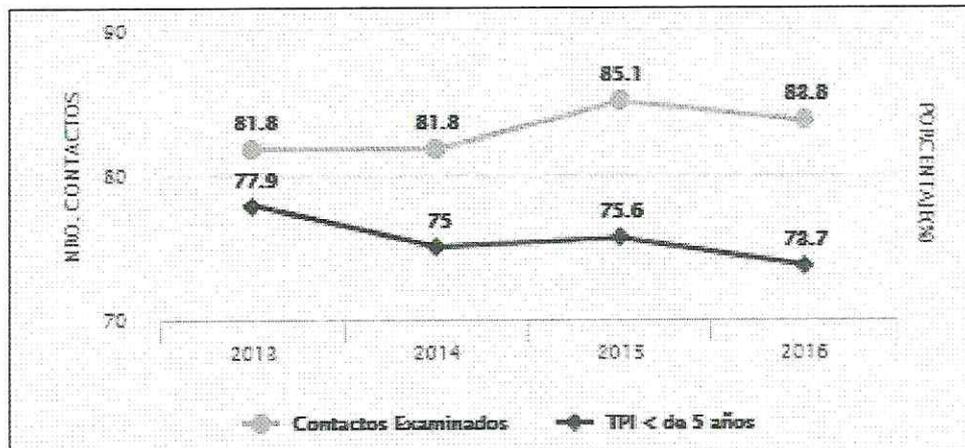
GRAFICO N° 06
PORCENTAJE DE COMORBILIDAD TB – DM
MINSA AÑOS 2013 - 2016





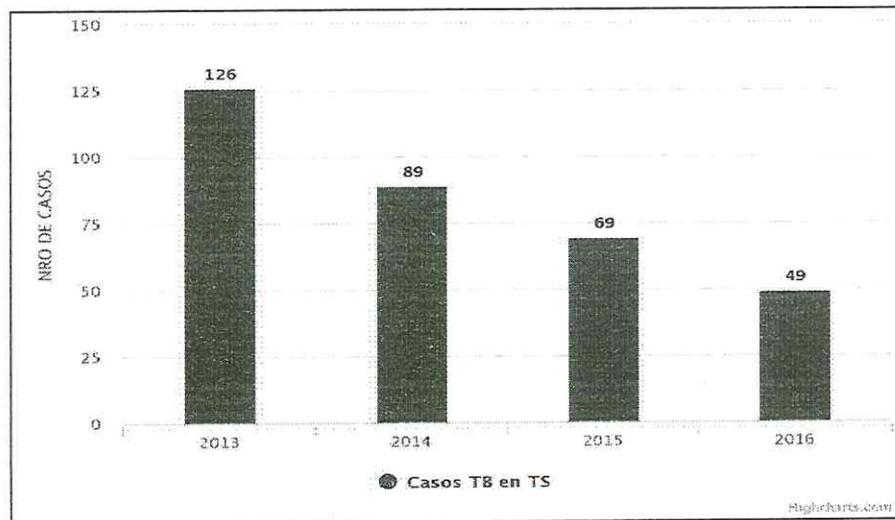
En el gráfico N° 6 se observa que la prevalencia de diabetes *mellitus* (DM) en el Perú, se estima en 7,0% y 8,4% en Lima Metropolitana. La norma nacional dispone que toda persona con TB debe ser evaluada para descartar DM mediante la determinación de la glicemia en ayunas. El costo de este examen y otros exámenes auxiliares, basales y de seguimiento, son cubiertos por diferentes seguros de salud en el país. La cobertura de tamizaje de DM en pacientes con TB se ha incrementado de 37,8% en el 2012 a 68% en el 2015. La prevalencia de DM en personas con TB a nivel nacional fue de 5,9%.

GRAFICO N° 07
PORCENTAJE DE CONTACTOS EXAMINADOS E INICIO DE TPI.
MINSA 2013- 2016



En el gráfico N° 7 se puede observar que de los contactos censados menores de 5 años de casos TBP solo cumplen en un 73.7% para el año 2016, dejando un porcentaje considerable de niños vulnerables en presentar la enfermedad dentro de los cinco años posterior al diagnóstico del caso índice. Este indicador merece la importancia de revisar las causales de no llegar a dar inicio del TPI.

GRAFICO N° 08
NUMERO DE CASOS DE TB EN TRABAJADORES DE SALUD
MINSA AÑOS 2013 - 2016



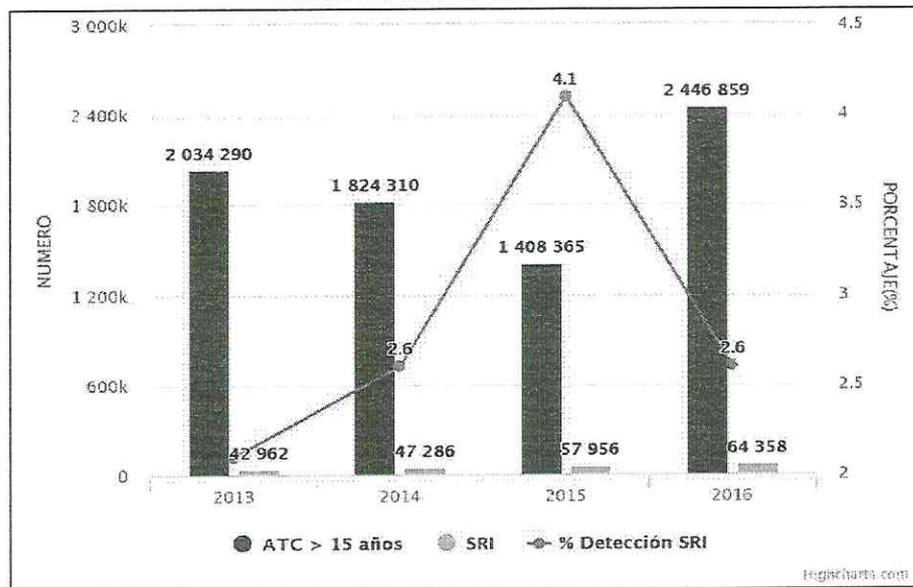


En el gráfico N° 9 según los reportes de la ESNPCT-MINSA, en nuestro país entre el 2013 y 2016 se reportaron más de mil casos de TB en trabajadores de salud, con un promedio de 200 casos por año. Desde el año 2013, se implementa en el país el sistema de vigilancia de tuberculosis, que incluye la notificación obligatoria de los casos de TB en trabajadores de Salud, para el año 2013 se notificaron al sistema de vigilancia epidemiológica, 126 casos de TB en trabajadores de salud, y 49 casos para el año 2016, pero existiendo aun un sub registro de los casos de TB.

En los últimos 5 años ha disminuido la incidencia de TB en el personal de salud, de 215 casos en el año 2011 a 126 casos en el año 2015. Esta disminución también ha sido mayor en los casos de TB resistente a medicamentos, de 46 casos en el 2007 a 6 casos en el 2015. Esta reducción de casos puede deberse al mejor reporte operado en los últimos años, que evita la duplicidad de notificaciones por MINSA y la Seguridad Social, y al efecto de la implementación de planes de control de infecciones por TB en los principales hospitales del país. Del total de casos de TB en personal de salud notificados en el 2015, el 57% pertenecieron al MINSA, 36% a EsSalud y 7% a otras instituciones.

En la Región Callao:

**GRAFICO N° 09
PORCENTAJE DE DETECCION DE SRI
CALLAO AÑOS 2013 - 2016**



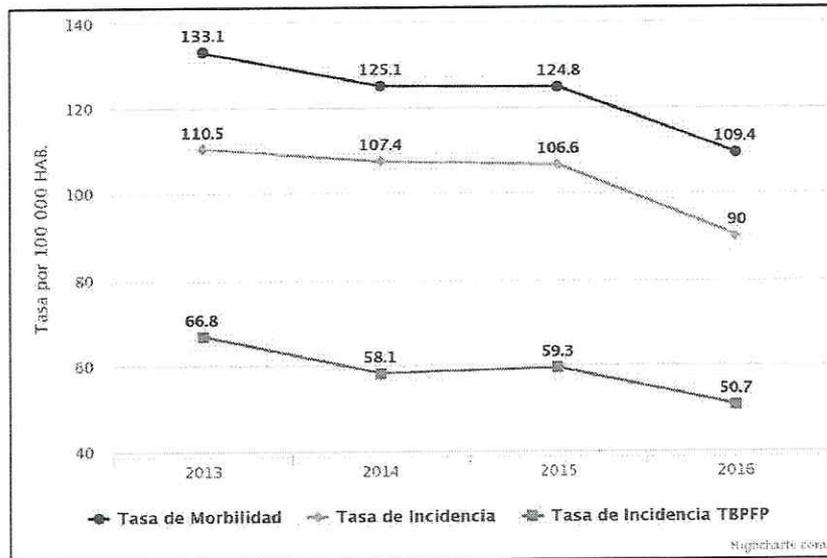
En este gráfico N° 9 se puede ver una baja considerable de la detección de casos de TB de un año a otro con casi el doble de las atenciones que el año previo, para el año 2016 llegando al 2.6% a comparación del año 2015 donde se alcanzó un mejor indicador de 4.1%.

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° 09
NUMERO DE CASOS DE TUBERCULOSIS
MINSA AÑOS 2013 - 2016



En el gráfico N° 9 se puede observar que 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 2016:
 - Callao: 90 por 100 000 habitantes
 - Perú: 86 por 100 000 habitantes
- La tasa de morbilidad de TB en el año 2016:
 - Callao: 109.4 por 100 000 habitantes
 - Perú: 98.7 por 100 000 habitantes
- La tasa de incidencia FP de TB en el año 2016:
 - Callao: 50.7 por 100 000 habitantes
 - Perú: 53.2 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.

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 micronefes.



TABLA N° 1



**TASA DE MORBILIDAD REPORTADA Y CASOS DE TBP FP POR MICROREDES
RED BLP 2015-2017**

Microred	Tasa de morbilidad			Tasa de TBP FP		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Bonilla	177	131	144	104	74	82
Santa Fe	143	133	130	94	78	70
José Olaya	127	129	125	86	92	86
Néstor Gambeta	211	157	168	101	70	82
Acapulco	130	221	234	91	145	144
Total de Red	162	145	156	98	85	92

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 2015-2017**

Microred	TB MDR			TB VIH			TB DIABETES		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Bonilla	47	21	25	22	09	11	19	06	10
Santa Fe	10	7	4	8	5	8	7	5	5
José Olaya	6	3	3	4	1	3	2	5	4
Néstor Gambeta	12	10	11	5	7	9	5	4	7
Acapulco	10	15	18	4	8	11	2	3	6
Total de Red	85	56	61	43	30	42	35	23	32

Informe operacional anual, RBL.





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

1. **Componentes Demográficos:** Para la Red Bonilla La Punta la población estimada es de 248 442 habitantes, según se aprecia en el siguiente cuadro.

TABLA N°3
POBLACION POR ETAPAS DE VIDA ASIGNADAS A LA RED BLP - 2018

POBLACION TOTAL	0 – 11 años NIÑOS	12 – 17 años ADOLESCENTES	18 – 29 años ADULTO JOVEN	30 – 59 años ADULTO	≥ 60 años ADULTO MAYOR
248 442	38 914	21 579	49 825	103 201	34 923
100%	15.7%	8.7%	20.1%	41.5%	14.1%

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 44.2%

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 2018

N°	ZONAS	N° HABITANTES	%
	MICRORED 1	101 940	41.0
01	C.S. Manuel Bonilla	33 594	13.5
02	C.S. Barton	30 448	12.3
03	C.S. Puerto Nuevo	7 474	3.0
04	C.S. La Punta	8 714	3.5
05	C.S. San Juan Bosco	21 710	8.7
	MICRORED 2	54 175	21.8
06	C.S. Santa Fe	18 060	7.3
07	C.S. Jose Boterin	12 013	4.8
08	C.S. Callao	24 102	9.7





	MICRORED 3	30 302	12.2
09	C.S. José Olaya	17 367	7.0
10	C.S. Miguel Grau	4 073	1.6
11	C.S. Santa Rosa	8 861	3.6
	MICRORED 4	32 206	13.0
12	C.S. Néstor Gambeta	21 625	8.7
13	C.S. Ramón Castilla	10 582	4.3
	MICRORED 5	29 820	12.0
14	C.S. Acapulco	22 679	9.1
15	C.S. Juan Pablo II	7 140	2.9
TOTAL		248 442	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 2014-2017

Indicador	2014		2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
S. R. Identificados x 100	6959	2.3%	6167	1.7%	8741	2.4%	8632	2.1%
Atenciones > 15 años	316373		372585		360062		391562	

Microred	Captación de SR		
	2015	2016	2017
Bonilla	1.3	1.8	1.3
Santa Fe	2.1	3.5	3.9
José Olaya	1.8	2.9	2.3
Néstor Gambeta	2.1	2.4	2.1
Acapulco	1.2	1.5	1.4
Total de Red	1.7	2.4	2.1

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 60 % de los casos consignados para el año 2017, 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 65% en contactos menores de 5 años. También tenemos altos porcentajes de abandonos de esquemas de retratamiento en centros de salud con alta prevalencia de TB, que pueden deberse a múltiples factores psicosociales, que por lo general se encuentra en la población económicamente activa y de sexo masculino.

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





Tabla N° 6
INDICADORES OPERACIONALES ANUAL 2014 - 2017

N°	Indicadores Operacionales	2014		2015		2016		2017	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	N° de S.R. Examinado BK (+) x 100	187	91%	182	78%	127	78%	132	63%
		206		202					
2	N° de S.R. Examinados x 100	6942	100%	6151	100%	8654	99%	9130	98%
		6959		8741					
3	N° de S.R. Examinados BK (+) x 100	187	2.7%	182	3.0%	127	1.5%	132	1.0%
		6942		8654					
4	N° Casos con TB Pulmonar	326	91%	350	91%	313	89.4%	322	%
		360		386					
5	N° Casos con TB Pulmonar BK(+) x 100	206	63%	232	66%	202	65.3%	208	61%
		326		350					
9	N° casos con TB MDR x 100	58	16%	85	22%	56	16%	61	17%
		360		386					
10	N° Caso con TB-VIH x 100	33	9%	43	11%	30	9%	42	12%
		360		386					
11	N° Contactos Examinados x 100	1206	82%	1240	85%	1102	82%	1311	93%
		1469		1455					
12	N° Contactos con TPI en <5 años	48	49%	41	46%	70	64%	73	72%
		97		90					
13	Abandono de Tratamiento (Total)	58		56		34		31	
14	Notificación de Pacientes Fallecidos	24		15		25		21	





para el año 2017, 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 65% en contactos menores de 5 años. También tenemos altos porcentajes de abandonos de esquemas de retratamiento en centros de salud con alta prevalencia de TB, que pueden deberse a múltiples factores psicosociales, que por lo general se encuentra en la población económicamente activa y de sexo masculino.

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 2014 - 2017

Tabla N° 6

N°	Indicadores Operacionales	2014		2015		2016		2017	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	N° de S.R. Examinado BK (+) x 100	187	91%	182	78%	127	78%	132	63%
		206		202					
2	N° Casos TBC Pulmonar BK (+)	6942	100%	6151	100%	8654	99%	9130	98%
		6959		8741					
3	N° de S.R. Examinados BK (+) x 100	187	2.7%	182	3.0%	127	1.5%	132	1.0%
		6942		8654					
4	N° Casos con TB Pulmonar	326	91%	350	91%	313	89.4%	322	%
		360		386					
5	N° Casos con TB Pulmonar BK(+) x 100	206	63%	232	66%	202	65.3%	208	61%
		326		350					
9	N° casos con TB MDR x 100	58	16%	85	22%	56	16%	61	17%
		360		386					
10	N° Caso con TB-VIH x 100	33	9%	43	11%	30	9%	42	12%
		360		386					
11	N° Contactos Examinados x 100	1206	82%	1240	85%	1102	82%	1311	93%
		1469		1455					
12	N° Contactos con TPI en <5 años	48	49%	41	46%	70	64%	73	72%
		97		90					
13	Abandono de Tratamiento (Total)	58		56		34		31	
14	Notificación de Pacientes Fallecidos	24		15		25		21	





TABLA N° 7
INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS RED BONILLA LA PUNTA 2013 - 2017

TASA	FORMULA	2013		2014		2015		2016		2017	
		N°	%								
TASA DE MORBILIDAD	$\frac{\text{Total de casos de TB}}{\text{Población}} \times 100\ 000$	$\frac{386}{243\ 592}$	158	$\frac{360}{239\ 984}$	150	$\frac{386}{23\ 7756}$	162	$\frac{350}{241\ 070}$	145	$\frac{362}{244\ 428}$	148
TASA DE MORTALIDAD	$\frac{\text{Casos TB fallecidos}}{\text{Población}} \times 100\ 000$	$\frac{15}{243\ 592}$	6	$\frac{24}{239\ 984}$	10	$\frac{15}{23\ 7756}$	6	$\frac{25}{241\ 070}$	10	$\frac{25}{244\ 428}$	10
PORPORCION DE LETALIDAD	$\frac{\text{Casos TB fallecidos}}{\text{Casos de TB}} \times 100$	$\frac{15}{386}$	4	$\frac{24}{360}$	7	$\frac{15}{386}$	4	$\frac{25}{350}$	7	$\frac{25}{362}$	6

En el cuadro N° 7 de indicadores epidemiológicos se observa un ligero aumento 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 se ha mantenido 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 baciloscopia 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 anual 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 algunos 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 de establecimientos que no cuentan de la ventilación e iluminación adecuada, así como no contar con unidad tomadora de muestras de bk.
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:

- Disponer de medidas administrativas que contribuyan a prevenir y 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.
- Capacitación al personal de salud en medidas de prevención y atención de pacientes afectados con TB en todos los establecimientos de salud.
- 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 2018.
- Disminuir la tasa de incidencia de TB BK positiva entre trabajadores de salud en un 0 % para fines del año 2018.
- Establecer e implementar políticas sobre el uso de protección respiratoria en los establecimientos de salud de la Red de Salud.
- Contar con un sistema de monitoreo implementado.

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 2018
- 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.
 - Apertura de las ventanas en los consultorios de atención.
 - 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.





CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AREA	ACTIVIDADES	TRIMESTRE				RESPONSABLE
		I	II	III	IV	
ASPECTOS NORMATIVOS LOCALES	Conformación comité de control de infección de TB	X				DIRECTOR EJECUTIVO 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	
	Aplicación de guía elaborada/ fichas de recolección de datos			X	X	CITB
	Análisis de la supervisión			X	X	CITB
	Exposición de los resultados al personal de salud			X	X	CITB



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

Lic. María Rodríguez Yachachin
Coord. E. Sanitaria PCT
CEP 63862



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?</p> <p>• ¿En cuáles áreas o servicios trabajan o trabajaban?</p> <p>• ¿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.	
<ul style="list-style-type: none">•¿El establecimiento de salud brinda servicios médicos a pacientes con TB MDR?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">•¿Existe una prevalencia relativamente más elevada en el establecimiento de salud que en la comunidad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">•¿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"/>
<ul style="list-style-type: none">•¿Existe una alta prevalencia de pacientes o trabajadores de salud inmunocomprometidos en el establecimiento de salud?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">•¿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
(Si se usa PPD u 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 sintomáticos respiratorios entre trabajadores de salud?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>• ¿El establecimiento de salud utiliza 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, ¿quiénes entre el personal de salud participa en dicho programa? (Marque todos los que correspondan.)</p> <p> <input type="checkbox"/> Médicos <input type="checkbox"/> Enfermeras <input type="checkbox"/> Técnicos <input type="checkbox"/> Administradores <input type="checkbox"/> Laboratoristas <input type="checkbox"/> Terapeutas respiratorios </p>	<p> <input type="checkbox"/> Personal de limpieza <input type="checkbox"/> Personal de mantenimiento <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? Ésta se calcula dividiendo el número de conversiones de trabajadores de salud por el número de trabajadores que se sometieron a la prueba.</p>	
<p>• Listar 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="text"/> Hace 3 años <input type="text"/> Hace 4 años <input type="text"/> Hace 5 años <input type="text"/></p>
<p>• ¿Han 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, terapéutas respiratorios, personal que asiste en bronoscopías) con un riesgo alto de enfermedad TB o conversión de PPD?</p>	<p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>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 infecciones)

• ¿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?	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?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Sobre qué temas capacitan?	<input type="text"/>
• ¿Se capacita periódicamente a los pacientes y a sus familiares sobre las prácticas de control de infección de TB?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Sobre qué temas capacitan?	<input type="text"/>

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)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de realizar cultivos y/o pruebas de sensibilidad en el laboratorio, ¿usan cabinas de flujo laminar?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativa la respuesta anterior, ¿la cabina usada tiene certificación actualizada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>





PLAN ANUAL DE CONTROL DE INFECCIONES 2018

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



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



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





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



ESTRATEGIA SANITARIA DE TBC – RED DE SALUD BEPECA

PLAN CONTROL DE INFECCIONES 2018

I. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo.

En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 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.

Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica.

Se estima que en 2016 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 250 000 niños murieron debido a esta causa (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH).

La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2016, el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis.

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Según las estimaciones de la OMS, hubo 600 000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz), 490 000 de los cuales padecían TB-MDR.

La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis.

Se estima que entre 2000 y 2016 se salvaron 53 millones de vidas gracias a la dispensación de servicios de diagnóstico y tratamiento contra la tuberculosis.

Acabar para 2030 con la epidemia de tuberculosis es una de las metas relacionadas con la salud incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en 2015.

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir.

La infección se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



Se calcula que una cuarta parte de la población mundial tiene tuberculosis latente, término este aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 5-15%. En cambio, las personas inmunodeprimidas, por ejemplo las que padecen VIH, desnutrición o diabetes, y los consumidores de tabaco corren un riesgo mucho mayor de enfermar.

Cuando alguien desarrolla tuberculosis activa, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etc.) pueden ser leves durante muchos meses. Esto puede hacer que la persona afectada tarde en buscar atención médica, con el consiguiente riesgo de que la bacteria se transmita a otros sujetos. Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo. Sin no se proporciona un tratamiento adecuado, morirán sobre el 45% de las personas VIH-negativas con tuberculosis y la práctica totalidad de las personas con coinfección tuberculosis/VIH.

II. ANTECEDENTES:

La tuberculosis afecta principalmente a los adultos en los años más productivos de su vida, lo que no significa que los demás grupos de edad estén exentos de riesgo. Más del 95% de los casos y de las muertes se concentran en los países en desarrollo.

Las personas infectadas por el VIH tienen entre 20 y 30 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa. Ese riesgo también es más elevado en las personas que padecen otros trastornos que dañan el sistema inmunitario.

En 2016 enfermaron de tuberculosis aproximadamente un millón de niños (de 0 a 14 años), y 250 000 niños (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH) murieron por esta causa.

El consumo de tabaco aumenta considerablemente el riesgo de enfermar de tuberculosis y de morir por esta misma causa. Se calcula que a nivel mundial el 8% de los casos de tuberculosis son atribuibles al tabaquismo.

La tuberculosis está presente en el mundo entero. En 2016 el mayor número de nuevos casos de tuberculosis se registró en Asia, a la que correspondió el 45%, seguida de África, con un 25%.

En 2016 alrededor del 87% de nuevos casos de tuberculosis se registraron en los 30 países considerados de alta carga de morbilidad por esta enfermedad. Siete de ellos acaparan el 64% de los nuevos casos de tuberculosis: la India, Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. El logro de avances a nivel mundial está supeditado a la mejora de los servicios de prevención y tratamiento de la tuberculosis en los citados países.



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



La Tuberculosis es la enfermedad social totalmente curable que afecta a la población económicamente activa, siendo los grupos de edad mas 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 diagnostico y tratamiento para Tuberculosis, para el año 2006 se garantizó el acceso al diagnostico 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.

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 publica 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 2016: 208 por 100,000.
- La Tasa de Morbilidad TBC en el año 2016: 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 anual de la Red Bepeca los años 2016 al 2017 comparativamente, con los siguientes resultados:

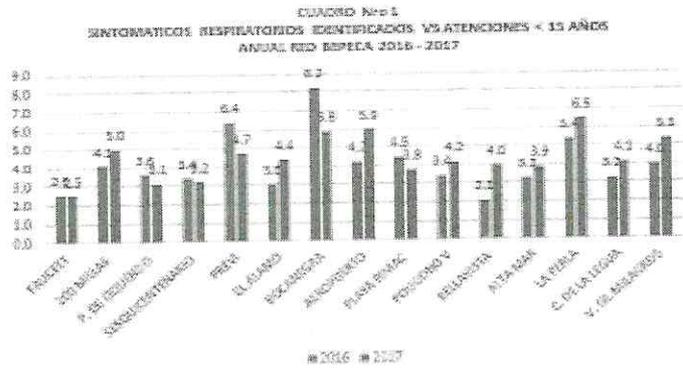




GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



DSS	2016			2017		
	Atc. > 100	S.R	%	Atc. > 100	S.R	%
FAUCETT	20404	526		20028	507	
200 MILLAS	25979	559	4.1	23945	633	5.2
D. DE OSMUNDO	20139	556	3.8	18459	611	3.1
SANJOSE/CONTINENTAL	36024	520	3.4	34045	499	3.5
PREVI	23043	461	4.4	18921	547	4.3
EL ALAMO	25132	706	3.9	21943	633	4.4
BOCANEGRA	28444	232	2.7	25553	498	3.7
AEROPUERTO	25238	575	4.2	25158	548	3.7
SURVIVIMAC	21285	529	4.8	19828	491	3.6
POUSADON Y	22185	493	3.4	21128	467	4.2
MELANDEA	21899	525		20572	309	4.3
ALTA VISTA	22811	572	3.3	21581	466	3.9
LA PERLA	22422	504	3.6	22022	520	3.7
C. DE LA LAGUNA	25385	575	3.2	24517	470	4.9
V. SR. DE LOS MILAGROS	22468	579	4.9	22082	399	3.3
TOTAL RED	278981	64913	3.9	273887	15120	4.7



LEYENDA
 ENFERMOS - 4.5
 MAYORES 5

-Ideal es 5%, es indicador trazador de ESTBC.

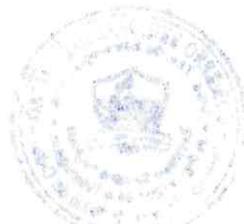
-Continuamos en ámbar como red pese a mejoría. Con captación optima 200Millas, Previ, Bocanegra, Aeropuerto, La Perla, y Villa Sr. De los Milagros. Faucett debe mejorar estrategias de captación.

-Captación es trabajo mayormente de Enfermería. Falta de sensibilización de la importancia de la principal actividad preventiva en la lucha contra la TBC.

Ideal es 5%; es indicador trazador de ESTBC.

-Continuamos en ámbar como red, pese a mejoría. Con captación optima 200Millas, Previ, Bocanegra, Aeropuerto, La Perla, y Villa Sr. De los Milagros. Faucett debe mejorar estrategias de captación.

-Captación es trabajo mayormente de Enfermería. Falta de sensibilización de la importancia de la principal actividad preventiva en la lucha contra la TBC.





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



DISTRITO	2016			2017		
	CONTACTOS CENSADOS	CONTACTOS EXAMINADOS	%	CONTACTOS CENSADOS	CONTACTOS EXAMINADOS	%
PAUCETTI	74	78	105.4	75	75	100.0
200 MILLAS	34	34	100.0	44	41	93.2
R. DE OLLENCO	60	67	111.7	66	65	98.5
NEGUACONTAVARU	61	76	124.6	60	62	103.3
PIEDI	23	22	95.7	24	24	100.0
EL ALAMO	70	74	105.7	112	104	92.8
BOHANEIRA	61	64	104.9	71	67	94.4
ARONOPURCO	67	73	109.0	66	61	90.9
PLAYA NEGRAS	47	45	95.7	74	71	94.7
POLLIGUO V	71	44	62.0	66	66	100.0
SELMONIA	163	98	60.1	146	143	98.6
ALTA MAR	67	67	100.0	58	56	96.6
LA PESCA	25	25	100.0	27	25	92.6
C. DE LA LEGUA	60	61	101.7	54	52	96.3
V. DE MILLAROS	126	100	79.4	130	95	73.1
TOTAL DISTRITOS	1178	978	83.1	1291	1157	89.6



LEYENDA
ENTRE 85-95
ENTRE 95-100

-La meta es censar al 100% de contactos intra y extra domiciliaria, por la importancia que implica en captación oportuna de otros casos.
 -Notoria mejoría en número de censados y examinados
 Los motivos entre otros es el poco trabajo en equipo; sabemos que ante la resistencia al examen se debe intervenir como equipo de salud.

El censo y control de contactos es una estrategia importante para la detección oportuna de otros casos en el entorno de los casos índices. La meta es censar al 100% de contactos intra y extra domiciliaria, por la importancia que implica en captación oportuna de otros casos.

-Notoria mejoría en número de censados y examinados
 Los motivos entre otros es el poco trabajo en equipo; sabemos que ante la resistencia al examen se debe intervenir como equipo de salud.



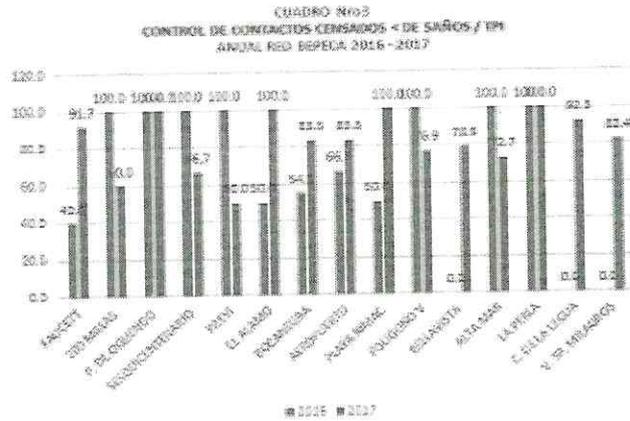


GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"



SECCIONES	2016				2017			
	CC	EE	TPI	% TPI	CC	EE	TPI	% TPI
FALCETT	5	4	2	50.0	12	11	11	91.7
BIOHILLAS	2	1	1	50.0	5	3	3	60.0
P. DE OROQUEANDO	14	14	14	100.0	8	8	8	100.0
DESQUICENTENARIO	2	1	1	50.0	9	6	6	66.7
PREVI	2	2	2	100.0	4	2	2	50.0
EL ALAMO	6	3	3	50.0	6	6	6	100.0
BOCANEGRA	22	17	17	77.3	28	15	15	53.6
AEROPUERTO	6	6	4	66.7	6	5	5	83.3
PLAYA SINDIC	4	4	2	50.0	1	1	1	100.0
POSAJONCO V	6	6	6	100.0	13	12	12	92.3
BELLANISTA	3	0	0	0.0	38	30	30	78.9
ALTA MAR	1	1	1	100.0	11	8	8	72.7
LA PERLA	1	1	1	100.0	2	2	2	100.0
C. DE LA LEGUA	0	0	0	0.0	13	12	12	92.3
V. SR. MILAGROS	0	0	0	0.0	17	14	14	82.4
TOTAL RED	78	60	54	70.5	133	133	133	100.0

LEYENDA
ENTRÉS 5-55
ABR 2017



-Indicador sensible, edad vulnerable y muchas veces desprotegida. Meta si o si es 100%
 -Notoria mejoría en censo de menores, comparativamente al 2016, sin embargo se debe llegar a examinar e iniciar TPI AL 100%. Los motivos entre otros es el poco trabajo en equipo; sabemos que ante la resistencia al examen se debe intervenir como equipo de salud.

Indicador sensible, edad vulnerable y muchas veces desprotegida. Meta si o si es 100%
 -Notoria mejoría en censo de menores, comparativamente al 2016, sin embargo se debe llegar a examinar e iniciar TPI AL 100%. Los motivos entre otros es el poco trabajo en equipo; sabemos que ante la resistencia al examen se debe intervenir como equipo de salud.
 También se observa preocupantemente un 62% para el año 2016, en disminución respecto al año anterior 69%, siendo lo ideal lograr el 100%.

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





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"



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.





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



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

- En la Red BEPECA, en la evaluación realizada el 20 de Febrero del 2018, se presentaron los indicadores de evaluación; donde se evidencia incremento captación de SR reflejada en el indicador trazador que se encuentra 3.9%, para el año 2016, a diferencia del 4.3% alcanzado en el año 2017.
- Se debe resaltar el trabajo realizado por los establecimientos de salud: C.S Preví, C.S Bocanegra, La Perla ,200 Millas, Aeropuerto y Villa Sr. De los Milagros; que han mantenido su indicador por encima del 4.7%, 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 más bajo ,incrementándose a partir del 2016 (3.9) y 2018 (4.3)
- 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 2016 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 2016.
- Se evidencia incremento de TPI en los contactos menores de 5 años nivel de la Red de salud BEPECA; siendo en el 2016 (69%) y 2017 (89%)
- 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 11.5 % por encima del 8% que es el indicador nacional, y tengamos en el C.S Bellavista un porcentaje de abandono sólo para el 2016 de 20%, con un total de 10 casos de abandono de Esquema I de 56 ingresados y 3 casos de Abandonos en esquema de retratamiento de un total 10 de casos ingresados en el año 2016.

Fuente: Información Anual 2016-2017 RED BEPECA- INF. OPERACIONALES





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"



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.



GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



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.

Dichos 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).





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



- Sala de broncoscopía
- 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





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



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 2016.
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).





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”



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 12 de Febrero 2018 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: Mg. María del Rosario Gutiérrez Campos (ODI Red BEPECA)



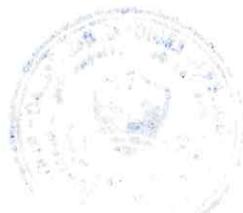


**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"**



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





**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
 DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
 "AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"**



.....

4. ¿Existen aéreas donde se realizan procedimientos que pueden conllevar a un riesgo de trasmisión de la TBC?

Bk en esputo o Inducción de esputo Si () No () Dónde se realiza ?.....

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 baciloscopia 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 ()





**GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
 DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
 "AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"**



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 ()





GERENCIA REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
DIRECCION DE RED DE SALUD BEPECA
"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"



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

¿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.
					Como se lleva a cabo el aire expulsado.
		Medidas de protección respiratoria	Uso de mascarilla N95	Nominal	Si se usan en sala de aislamiento
	Consultorios médicos dentales.				
	Durante procedimientos que produzcan 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

