

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTIÓN DE
PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL DOCENTE
DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO, 2014-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
POLÍTICA Y GESTIÓN DE SALUD EN ENFERMERÍA**

YALINDA NUÑEZ MARTINEZ

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|------------|
| ➤ Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| ➤ Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA | SECRETARIA |
| ➤ Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | VOCAL |

ASESORA: Dra. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 298

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2206-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 OBJETIVO.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	6
II. MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEÓRICO.....	13
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	26
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	26
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME....	32
IV. RESULTADOS.....	35
V. CONCLUSIONES.....	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
VII. REFERENCIALES.....	39
ANEXOS.....	41

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado "Intervención de Enfermería en la Gestión De La Prevención de la Tuberculosis en el Hospital Docente Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2014-2016", tiene por finalidad describir los procesos de prevención de la tuberculosis como parte de la disminución de la incidencia como indica la Organización Mundial de La salud para el 2035, aunado al aumento de los casos XDR y MDR dentro de la usuarios externos y busca de mejorar la captación de los sintomáticos respiratorios no solo por parte del personal de la estrategia sino también de todos los trabajadores de la institución hospitalaria. Siguiendo los lineamientos de las políticas Nacionales de la estrategia de tuberculosis, se trabajó el ciclo de Deming o PHVA haciendo énfasis al proceso de prevención dentro de la estrategia.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV** : resultados ; **capítulo V** : conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La tuberculosis (TB) es una enfermedad prevenible y curable provocada por una bacteria, el complejo de *Micobacterium tuberculosis*, que suele afectar pulmones y hasta en un 33% de los casos hay afección de otros órganos (tuberculosis extra pulmonar) (1)

En el 18º informe de la OMS sobre tuberculosis se estimó la aparición de 8,6 millones de casos nuevos en el año 2012 (intervalo, 8,3 millones-9,0 millones) lo que supone 122 casos por 100.000 habitantes. En cuanto a la distribución por regiones continentales, Asia fue la que concentró el mayor número de casos (58%), seguida por África (27%), la región del Este Mediterráneo (8%), Europa (4%) y América (3%). Si se mira la distribución por países, los 5 con una mayor incidencia son: India (2-2,4 millones), China (0,9-1,1 millones), Sudáfrica (0,4-0,6 millones), Indonesia (0,4-0,5 millones) y Pakistán (0,3-0,5 millones).

Para dar cuenta del impacto de la TB, se estima que 50% de los enfermos de TB que no reciben tratamiento fallecen en el curso de los cinco años siguientes al diagnóstico, permaneciendo en estado infectante durante esos años. La rápida expansión e incremento de casos de TB, en especial de la TB multidrogorresistente (MDR) y la aparición de cepas extremadamente resistentes (XDR) ha generado que se considere a la tuberculosis como una emergencia global (2)

La TB afecta a la calidad de vida de las personas, reduce su productividad e influye en el perfil de mortalidad y, a pesar de ser una enfermedad totalmente curable, tiene graves implicaciones sociales, principalmente para la población económicamente activa.

En Perú se diagnosticaron 29025 casos nuevos en 2012, para una tasa de incidencia de 95 casos por 100 000 habitantes. (3)

Esos casos, sin embargo, no se distribuyen homogéneamente, ya que son producto de la combinación de factores demográficos (como las migraciones y el hacinamiento), económicos (como el desempleo y los bajos ingresos familiares) y biológicos (la resistencia del microorganismo al tratamiento, la desnutrición y la infección por el VIH), entre otros.

La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014, ofrece a los países un modelo para poner fin a la epidemia de tuberculosis, reduciendo la mortalidad y la incidencia de esta enfermedad y eliminando los costos catastróficos conexos. Este instrumento incluye una serie de metas de impacto a nivel mundial que, por un lado, prevén reducir las muertes por tuberculosis en un 90% y los nuevos casos en un 80% entre 2015 y 2030, y por otro lado, evitar que ninguna familia tenga que hacer frente a costos catastróficos debidos a esta enfermedad.(4)

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 fecha reciente. La OMS ha dado otro paso más, estableciendo para 2035 la meta de reducir las tasas de mortalidad e incidencia en un 95% y un 90%, respectivamente, para situarlas en niveles similares a los actualmente imperantes en los países con baja incidencia de tuberculosis.(4)

Dentro del contexto mencionado la OMS fortalece la Atención y prevención integradas y centradas en el paciente a través de los siguientes ítems

- ✓ Diagnóstico precoz de la tuberculosis, con inclusión de pruebas de sensibilidad a los antituberculosos y pruebas sistemáticas de detección en los contactos y los grupos de alto riesgo.
- ✓ Tratamiento de todas las personas con tuberculosis, incluida la fármaco resistente, y apoyo a los pacientes.
- ✓ Actividades de colaboración en relación con la tuberculosis y el VIH, y tratamiento de la comorbilidad.
- ✓ Profilaxis para las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis.

La meta de la erradicación de la tuberculosis está apoyada por el compromiso político, social y profesional de los actores en salud. La innovación, evaluación de estrategias y procesos a través de nuevos instrumentos es también mencionado dentro los pilares y componentes del plan global al 2035.

La intervención de enfermería (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.(5)

Una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar y promover la participación de la comunidad, en los calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. La información es una herramienta fundamental para

capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo General

Describir la experiencia profesional intervención de enfermería en la gestión de prevención de tuberculosis en el hospital docente Daniel Alcides Carrión - Huancayo, 2014-2016

1.2 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los procesos realizados en el diseño de gestión en los procesos de prevención de la tuberculosis en el los usuarios internos y externos del Hospital Daniel Alcides Carrión.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos del personal de enfermería que asume una coordinación o jefatura en los programas de atención primaria en el ámbito hospitalario y comunidad. La propuesta de trabajo desarrollado sirve de punto de partida en el mejoramiento de otros ámbitos de acción relacionados a nuestra profesión.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará durante la presentación del mismo que el enfermero (a) logre explorar, identificar, replantear y mejorar procesos administrativos y asistenciales aplicados en el servicio de tuberculosis que asiste a pacientes pan-sensibles XDR y MDR.

Nivel Social: A nivel social, los procesos de intervención de enfermería esta encaminados a la mejora o reingeniería de actividad

diaria del servicio, la calidad de atención garantizan la recuperación total del paciente por un manejo profesional del mismo, la coordinación a través de las herramientas de gestión procura este ideal.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, servirá de modelo de acción en cargos administrativos asistenciales idóneos a nuestra profesión.

Nivel Económico: el sistema de gestión garantiza una adecuada disposición del personal, obtención de presupuestos, administración de insumos y consumibles, obtención preventiva de más recursos de acuerdo a las necesidades inmediatas y a futuro de los recursos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO O CONCEPTUAL O REFERENCIAL

2.1 Antecedentes

En el trabajo **“Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México”** (Álvarez Gordillo, Dorantes Jiménez y Halperín Frisch, 2000), se planteó como objetivo conocer las percepciones y prácticas que los enfermos de tuberculosis tienen sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento. El mismo se realizó utilizando una metodología cualitativa cuyo instrumento fueron entrevistas grupales a pacientes con Tuberculosis de diferentes localidades de Chiapas. Se concluyó que el desconocimiento sobre la enfermedad propició la elección de diferentes alternativas para su atención. Los servicios de salud y la inadecuada relación médico-paciente, influyeron en el retardo del diagnóstico y la falta de adherencia al tratamiento. Así mismo, este estudio planteó que, en materia de investigación, sería importante generar información sobre las percepciones y prácticas del personal de salud acerca de la tuberculosis, de los enfermos y la calidad de atención que se ofrece, sin excluir a los médicos particulares pertenecientes al sector privado, a los que acuden una gran mayoría de pacientes.(6)

Por otro lado, la investigación titulada **“Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia)”** (Muñoz Sánchez y Rubiano Mesa, 2011), describe la categoría proceso salud-enfermedad (PSE) que emergió desde el punto de vista de los portadores de tuberculosis. Mediante un enfoque cualitativo, se entrevistaron a sujetos que habían sido portadores de Tuberculosis y que habían concluido su tratamiento

con éxito. Los resultados evidenciaron que la Tuberculosis significaba sentimientos de miedo y dolor; siendo percibida como una enfermedad de “la pobreza”. El estigma permeó las categorías anteriores, manifestándose en todas las esferas de la vida de los portadores y se convirtió en un factor limitante para la búsqueda oportuna de atención médica y de las acciones definidas en la estrategia supervisada para el control de la tuberculosis. “A pesar que el estudio solo trae a colación el punto de vista de aquellos que fueron portadores y lograron concluir con éxito el tratamiento, permite evidenciar como el proceso salud-enfermedad se convierte en un aspecto que puede favorecer o limitar la adhesión al tratamiento antituberculoso. En ese sentido, para este estudio llamó la atención el estigma social, familiar y de los mismos portadores como un factor limitante. La discriminación por parte de los trabajadores hospitalarios, profesionales y no profesionales se configura como una barrera importante para la adherencia al tratamiento; y un factor que causa dolor en el transcurso del padecimiento.”(7)

El estudio “Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados” (Muñoz Sánchez, Rubiano Mesa y Laza Vásquez, 2011), tuvo como objeto analizar, a través de la literatura científica, los significados acerca de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis de los implicados en esta problemática: portadores y profesionales involucrados en el control de la enfermedad. Para esto, se tomaron estudios de corte cualitativo realizados a nivel mundial. La investigación en el campo de los significados evidenció que, tanto para profesionales y portadores, existe una mutua preocupación por la adherencia al tratamiento y la curación de la enfermedad. Sin embargo, ésta asume diferentes condiciones: para los primeros, desde el conocimiento científico y con las ventajas que

brinda la tecnología, se adjudica al tratamiento el camino válido para el control de la enfermedad. Para los portadores, el tratamiento representa la anhelada "curación", pero a la vez, implica un cambio drástico en sus vidas que muchas veces no les permiten elegir y lo llevan al abandono. En este sentido, la TB y la adhesión al tratamiento implican visualizar este problema de salud más allá de lo biológico e individual; y como un complejo que implicaría un cambio en la atención desde la perspectiva del modelo biomédico hegemónico. Esto, pensando en otro modelo que, por un lado, permitiera una actuación menos burocratizada del sistema sanitario; y por otro, la inclusión de la mirada y participación de los portadores, sus familias y comunidades como actores activos.(8)

En la investigación titulada “Determinantes clave de los servicios de salud y de la comunidad asociados a la accesibilidad y a la adherencia al tratamiento y control de la tuberculosis” (Bossio, J. C.; Arias, S.; Herrero, M.B.; Sirtautas, S.; Stoeffel, C.; Ramírez Lijo, S., 2007) se planteó como objetivo describir las características de los servicios de salud y de los pacientes asociadas, respectivamente, al cumplimiento o no del TAES y a la adherencia o no al tratamiento de la enfermedad. En sus resultados hallaron un mayor riesgo de abandono en sistemas con una atención centralizada, donde se evidenciaron dificultades ligadas a la organización de los hospitales de mayor complejidad (alta demanda, poco personal, largas esperas, atención menos personalizada, entre otros aspectos). A su vez, ha sido observada una mejor adherencia en aquellos lugares donde el tratamiento está descentralizado en el primer nivel de atención, donde confluyen distintos factores como la menor distancia entre el domicilio del paciente y el centro de salud, un vínculo más personalizado entre los pacientes y los servicios, como así también horarios de atención

más accesibles para retirar la medicación. Esto demuestra que además de la accesibilidad geográfica, la calidad de la atención y el vínculo establecido en la relación médico-paciente también son factores que influyen en la adherencia, como lo destacan Sosa Pineda, N. I.; Pereira, S. M. y Barreto, M. L. (2005), para quienes el tener un concepto negativo sobre la calidad de la atención ha sido un factor significativamente relevante en las conductas de abandono del tratamiento.(9)

En el Municipio Carlos Arvelo Edo del estado de Carabobo – Venezuela se llevó a cabo la Evaluación del programa de control de tuberculosis durante el periodo 2002 – 2008 la Dra. Diomelis Maurera realizó este estudio de metodología descriptivo-observacional y transversal que tomó como población a las 205 historias clínicas, de pacientes con diagnóstico de tuberculosis (casos nuevos) resultado de un muestreo no probabilístico circunstancial y que llegando a la siguiente conclusión:

La mayoría de los indicadores operacionales coincidieron o se aproximaron a lo establecido por la norma oficial Venezolana, sin embargo es resaltante la baja captación de SR.

Se evidenció que todos los establecimientos de salud están integrados al programa de control de tuberculosis y el cumplimiento del tratamiento alcanzo eficacia óptima.

En cuanto a los indicadores epidemiológicos se observó una baja tasa de mortalidad y la de incidencia con leve tendencia al descenso, También se evidenció pocos casos de tuberculosis/VIH y de fracasos de tratamiento, no se presentaron casos de tuberculosis-MDR. A pesar de las debilidades encontradas en algunos indicadores el programa de control se mantuvo a lo largo de los años con una operatividad eficiente (Diomelis, 2010) (10)

En el municipio Yacuiba Bolivia, Mabel Acuña Villca realizo un estudio de evaluación de la estrategia DOTS de los pacientes con tratamiento antituberculoso en el centro de salud Barrio Nuevo, en la gestión 2012. Este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo y prospectivo, el universo estuvo constituido por 5 pacientes que llevan tratamiento antituberculoso, llegando a las siguientes conclusiones:

El 80% de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso en el CS Barrio Nuevo no cumplen la Estrategia DOTS, puesto que recogen el medicamento del servicio y toman en domicilio, son observados por familiares lo que dificulta la identificación de la reacción adversa al fármaco administrado (RAFA) y no se verifica la toma completa del medicamento.

El grupo etario comprendido entre 20 a 30 años son los más afectados, con predominio del sexo masculino, el 60% proceden de la ciudad de Yacuiba.

El 60% cursaron la primaria, presumiendo este factor como desfavorable para la comprensión de la enfermedad.

El 60% de los pacientes realizaron su diagnóstico en el centro de salud de Barrio Nuevo, el 40% lo hicieron en el Hospital Municipal Dr. Rubén Zelaya, todos ellos con Baciloscopia como medio de diagnóstico.

El 60% de los pacientes recibieron orientación en el CS Barrio Nuevo por el médico y el 40 % recibió orientación por la Lic. en el Hospital Mcpal. Dr. Rubén Zelaya (VILLCA, 2013). (11)

Francisco Cadena Santos en el año 2011 en la ciudad de Nuevo Laredo- Tamaulipas realizo un estudio acerca de la eficacia de una intervención promotora de salud en la adherencia al tratamiento y

estilo de vida en enfermos de tuberculosis pulmonar este estudio fue descriptivo con un diseño cuasi- experimental de abordaje cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 90 paciente mayores de 18 años divididos en dos grupos (45 paciente) uno experimental y otro de control llegando a estas conclusión:

Después de la intervención educativa a grupo experimental se demostró que el apego al tratamiento antituberculoso, la responsabilidad en salud y la percepción del estado de salud mejoro significativamente (Santos, 2011).(12)

2.2 Marco Conceptual o Referencial o Teórico

2.2.1 Sistemas de Gestión

a) Definición.

Un sistema de gestión es una herramienta administrativa que permite planear e implementar de forma ordenada las oportunidades de mejoramiento en una empresa. En otras palabras, son acciones y procedimientos planificados y organizados por medio de los cuales se busca conseguir unos resultados específicos. Cuando una empresa implanta un sistema de este tipo sólo lo hace para gestionar un aspecto puntual, como por ejemplo la calidad de sus productos y servicios. (Bogotá Emprende, 2008) (13)

b) Bases de los sistemas de la gestión en salud.

En términos generales, se puede decir que TODOS los sistemas de gestión aplicables a las entidades del sector salud, ya sea privada o pública, se basan hoy en día, en el Ciclo de Mejoramiento Continuo, o Ciclo de Deming, también llamado Ciclo PHVA. Desde cuando fue planteada

por Edwards W. Deming y Shewart, hace más de 50 años, el concepto de una actividad cíclica que comprende la planificación sistemática, la ejecución de lo planificado, la verificación para evaluar qué tanto se cumplió lo planeado, y por ende, la toma de acciones para la mejora, ya sea preventivas o correctivas, de acuerdo con la evaluación, constituyen el quehacer cotidiano de un administrador o gerente, aún de un gestor o de cualquier funcionario o colaborador de una organización que pretende contar con un sistema de gestión.

Por lo tanto, el estudio, análisis, comprensión y aplicación del ciclo PHVA es uno de los elementos iniciales fundamentales para quien aborda el tema de sistemas de gestión.

De otra parte, es importante diferenciar lo que es un sistema de gestión y un sistema de gestión de la calidad. En el primero, lo que se pretende tener es una serie de herramientas para aplicar PHVA a las organizaciones en todos sus aspectos. Por ello, uno de los sistemas de gestión más populares en el sector público es el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, el cual, además de ser obligatorio para las entidades públicas, es de gran utilidad para establecer controles adecuados al cumplimiento del objeto social de las mismas. Su estructura, a través de tres subsistemas (De control Estratégico, de control de la Gestión, y de control de la Evaluación) es coherente con el ciclo PHVA. La lectura de

sus componentes y elementos, como desarrollo detallado de los subsistemas, permitirá ubicar los conceptos claros acerca de lo que pretende esta excelente herramienta administrativa de control.

Es importante, para los líderes de las organizaciones, comprender el sentido y utilidad de los sistemas de gestión e implementarlos que realmente sean valiosos para el fin último de la calidad, que es una mayor satisfacción de los clientes o usuarios, en un contexto de eficiencia y eficacia.

c) Componentes de un sistema de gestión

El sistema de gestión cuenta con tres componentes básicos (Martínez & Castillo, 2006):

- a. Elemento de revisión inicial: se identifican los requisitos legales relacionados con los productos, servicios, el medio ambiente, la seguridad y la salud ocupacional, las obligaciones fiscales y sociales de la organización.
- b. Elemento estratégico: hace referencia a las políticas y objetivos que definen el norte de la empresa y a los lineamientos que deberán seguir quienes la componen para alcanzar los resultados esperados.
- c. Elemento operativo: es la implementación de la estrategia. En esta etapa, antes de la verificación y el cierre del ciclo con la acción, se destacan tres componentes básicos:
 - i. El componente humano y de recursos.

- ii. El componente documental.
- iii. El componente operativo u operacional para manejar situaciones normales y rutinarias, anormales y no rutinarias y de emergencia.

La organización, entendida como un sistema, cuenta con un grupo de elementos que interactúan para lograr los objetivos propuestos, como por ejemplo ganar dinero, prevenir la contaminación ambiental, satisfacer al cliente, mejorar las condiciones de los trabajadores, responder a los compromisos con la sociedad o permitir el crecimiento del recurso humano.

Estos elementos relacionados se denominan procesos y son la base para la gestión. Si se retoma la definición de la norma ISO 9000, proceso es "el conjunto de elementos interrelacionados que transforman entradas en salidas o que agregan valor", para hacerlo más comprensible a las empresas de servicios. De otro lado, cuando se habla de gestión se hace referencia a la aplicación del ciclo de Planear, Hacer, Verificar y Actuar (Martínez y Castillo 2006), llamado también PHVA. Y este ciclo, precisamente, es un método para conducir el mejoramiento de procesos, que parte de planear un cambio para la resolución de un problema específico.

2.2.2 Procesos aplicados para un diseño de sistema de gestión.

a) Edward Deming

Edward Deming nació en Sioux, Iowa, el 14 de octubre de 1900, teniendo una infancia muy difícil debido a la situación por la cual estaba atravesando su familia. Al

poco tiempo de que la familia se trasladara a la ciudad de Powell, Wyoming, comenzó a trabajar en un hotel local y a la edad de 17 años, gracias a los ahorros conseguidos durante sus nueve años de trabajo anteriores, se fue a la Universidad de Wyoming donde consigue la licenciatura de física en 1921. Poco después, consigue el doctorado en Ciencias Físicas y Matemáticas en la Universidad de Yale en 1927.

Trabajó en Western Electric junto a Walter Shewart, donde inicia sus pasos hacia el control de la calidad. Sin embargo, la situación que estaba viviendo su país con la llegada de la Segunda Guerra Mundial y las nuevas necesidades del mercado hicieron que la carrera de Deming sobre el control estadístico de la calidad no tuviera mucho futuro en Estados Unidos.

En 1950, a la edad de 49 años, se trasladó a Japón donde sus estudios fueron muy bien recibidos y enseñó a los administradores, ingenieros y científicos japoneses cómo producir productos y servicios de calidad. También en este año, el JUSE, unión de científicos e ingenieros japoneses, le hacen una invitación para dictar una serie de charlas, conferencias y seminarios en Japón acerca de sus experiencias y conocimientos con el Control de Calidad. Es en este momento cuando el Ciclo de Deming o círculo PDCA llega a alcanzar su importancia.

Deming se convirtió, aún después de su muerte, en el “padre de la Calidad Total” y el pionero y profeta de la Calidad Total, TQM (Total Quality Management). Dedicaría muchos años a revolucionar el mundo industrial japonés, revirtiendo las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial y convirtiéndolo en una potencia mundial.

Mucho tiempo después, las grandes empresas americanas se dieron cuenta de las grandes ventajas que aportaban el Ciclo de Deming o Círculo PDCA en la mejora de la producción y empezaron a utilizar las enseñanzas de Deming en sus organizaciones.

- b) El Círculo PDCA o Ciclo de Deming son: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.

La teoría se representa de forma habitual por un círculo que representa la evolución continua del ciclo de Deming. El círculo o la rueda siempre debe estar en movimiento y cada uno de los pasos alimenta el siguiente, de forma que cada vez sea más sencillo avanzar y más natural.

El ciclo PHVA incluye las siguientes actividades para cada uno de los cuatro pasos en el desarrollo de una empresa (Martínez & Castillo, 2006):

Planear

- ✓ Determinar las metas y objetivos: definir el proyecto para montar un sistema de gestión y reconocer la situación actual de la empresa.
- ✓ Definir los métodos que permiten alcanzar las metas y objetivos: identificar los riesgos, elaborar el reglamento interno y un plan de manejo.

Hacer

- ✓ Comunicar las acciones establecidas: informar a todos sobre lo que se va a hacer.
- ✓ Proporcionar educación y entrenamiento: enseñarles a hacerlo.
- ✓ Ejecutar las acciones establecidas: hacerlo.
- ✓ Recolectar los datos generados durante la ejecución: registrarlo. Verificar
- ✓ Analizar los resultados que se van obteniendo.
- ✓ Comparar los resultados finales con la meta planteada.
- ✓ Comparar lo que había antes con lo que hay ahora.
- ✓ Incluir efectos adicionales, es decir, ver aspectos positivos y/o negativos.

Actuar

- ✓ Establecer una forma estándar de hacer las cosas.
- ✓ Comunicar a todos los nuevos procedimientos.
- ✓ Continuar enseñando y entrenando el personal involucrado.
- ✓ Establecer el sistema de gestión.

2.2.3 Innovación en los procesos de salud

“Nada es permanente más que el cambio” decía Heráclito y esta premisa se aplica a nuestras instituciones. Son demasiados los vectores del cambio como para que todo siga igual. El cambio en el entorno es una amenaza al “estar como nos hemos acostumbrado”. Pone a nuestras organizaciones en jaque y por este motivo las organizaciones buscan adaptarse a los nuevos escenarios o buscan adaptar los nuevos escenarios a ellas.

Algunas organizaciones responden a los nuevos desafíos incorporando herramientas de gestión, tales como software, procedimientos sofisticados de presupuestación y planes de marketing. Otras redefinen algunos de los elementos de su modelo de gestión y al alterar una parte alteran el todo, ya que, como se ha mencionado, la organización es un sistema articulado.

En su sentido etimológico innovar es un hacer nuevo. El concepto de innovación social alude a la capacidad de transformación de una sociedad a partir de asumir sus propias necesidades y de modificar sus estructuras para incorporar las nuevas soluciones tecnológicas

La innovación en la gestión implica cambiar la forma en que se definen y toman las decisiones dentro del servicio o sistema. Puede involucrar cambios en la forma que se establecen las prioridades sociales o aún las prioridades asistenciales. Esto involucra tanto cambios en las modalidades de asignación de recursos, como de rendición de cuentas o de monitoreo y evaluación. La innovación que se registra a nivel de la gestión se denomina también innovación

organizativa. En la bibliografía especializada se pueden identificar dos vectores de la innovación organizativa. Por un lado el avance técnico que provee insumos para el cambio tecnológico (en el sentido amplio anteriormente descrito) y por el otro los cambios en el entorno que plantean presiones y establecen demandas cambiantes sobre la organización.

2.2.4 Gestión del recurso Humano

Es la capacidad de mantener a la organización productiva, eficiente y eficaz, a partir del uso adecuado de su recurso humano. El objetivo de la gestión de recursos humanos son las personas y sus relaciones en la organización, así como crear y mantener un clima favorable de trabajo, desarrollar las habilidades y capacidad de los trabajadores, que permitan el desarrollo individual y organizacional sostenido.

La literatura resume la forma de actuar de un líder para la implementación de un sistema de gestión donde el recurso humano debe ser considerado bajo los siguientes puntos:

- i. Planificación y Organización: considera la estimación de las necesidades de personal a nivel de toda la organización (demanda) y decidir si dichas necesidades serán cubiertas por personal de la propia organización (oferta interna) o por personal externo (oferta externa).
- ii. Capacitación y Desarrollo: valorar dentro del proceso la mejora permanentemente las capacidades y habilidades de las personas. El objetivo es mejorar el rendimiento presente y futuro de la organización.
- iii. Selección e Inducción: se debe buscar y atraer a un grupo de personas, entre las cuales se pueda

seleccionar candidatos idóneos para cubrir los puestos vacantes. El proceso concluye con la contratación y orientación del nuevo trabajador.

- iv. Evaluación del desempeño: consiste en apreciar el desenvolvimiento del personal en el desempeño efectivo de su cargo, con la finalidad de aplicar políticas de capacitación, entrenamiento, salarios y otros, que permita elevar y mantener el nivel de competencia del personal.
- v. Remuneraciones y Beneficios: Administra los niveles remunerativos de todos los trabajadores de la organización basada en las funciones, responsabilidades y requerimientos de las personas para ocupar dichos cargos. Asimismo, se encarga de premiar el buen desempeño de las personas con recompensas intrínsecas e extrínsecas.
- vi. Bienestar Social: Responsable por el desarrollo de las actividades orientadas a reforzar la integración y armonía entre el personal de los diferentes estamentos.
- vii. Relaciones Laborales y Comunicación: Actúa como enlace entre la organización y los organismos gubernamentales, así como con los sindicatos. Maneja las quejas y reclamaciones.
- viii. Seguridad e Higiene Ocupacional: Responsable de prevención y control de riesgos y accidentes que afectan las personas, equipos, maquinarias, materiales e instalaciones.

Es importante remarcar que el la enfermera líder debe observar todos los ítems anteriormente señalados, aunque no tenga jurisprudencia en la mayoría de ellos.

2.2.5 Intervención de enfermería

a) Definición de Intervenciones:

Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente". Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

- ✓ Una Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.
- ✓ Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.
- ✓ Una Intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

2.2.6 Tuberculosis

La tuberculosis se transmite de una persona a otra por el aire. Cuando una persona enferma de tuberculosis pulmonar tose, estornuda, habla o canta, las bacterias de la tuberculosis se liberan en el aire. Las personas que se encuentran cerca pueden inhalar estas bacterias e infectarse

- ❖ El riesgo de contraer tuberculosis aumenta si:
 - Está entorno a personas que padecen tuberculosis
 - Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento.
 - Padece desnutrición.
 - Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a SIDA, quimioterapia, diabetes o medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.

- ❖ • Los siguientes factores pueden incrementar la tasa de infección tuberculosa:
 - • Aumento de las infecciones por VIH.
 - • Aumento del número de personas sin hogar
 - • Aparición de cepas de tuberculosis farmacorresistentes. (Department of Medicine, Massachusetts General Hospital., 2013)

2.2.6.1 Síntomas

La fase primaria de la tuberculosis no causa síntomas. Cuando los síntomas de tuberculosis pulmonar se presentan, pueden abarcar:

- Tos por más de 15 días (algunas veces con expectoración de moco)
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Falta de apetito
- Sudoración excesiva, especialmente en la noche
- Expectoración con sangre
- Dolor torácico
- Dificultad respiratoria y/o Sibilancias

2.2.6.2 Tratamiento

El objetivo del tratamiento es curar la infección con fármacos que combatan las bacterias de la tuberculosis. El tratamiento de la tuberculosis pulmonar activa siempre implicará una combinación de muchos fármacos (por lo regular cuatro). (Department of Medicine, Massachusetts General Hospital., 2013).

2.3 Definición de Términos

1. Gestión en tuberculosis: medidas dispuestas en el marco del mejoramiento de los procesos de atención no solo en la parte asistencial sino también en la parte administrativa
2. Intervención de enfermería. Practicas dentro del plano asistencial – administrativas encaminadas a gestionar los recursos obtenidos en el ejercicio de la coordinación.
3. Prevención de la tuberculosis: son los procesos dentro de la norma técnica encaminados a disminuir la incidencia de tuberculosis en los usuarios internos y externos de programa de prevención de la tuberculosis
4. Usuario Interno: es todo trabajador de la institución, en las diferentes áreas y sedes de la institución, durante los 2 últimos años.
5. Usuario Externos: son los pacientes de hospital, que requieren atención médica en los diferentes servicios.

CAPÍTULO III

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como registro de Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonares y Extra pulmonares, Registro de tratamiento a pacientes, Registro del Sintomático Respiratorio, atenciones Médicas y de Enfermería, registro de Seguimiento a los pacientes propios del hospital, además de entrevistar a los dos últimos Coordinadores anteriores a mi cargo para poder implementar un proceso administrativo de diagnóstico, tratamiento, control y prevención de la tuberculosis.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

La experiencia como enfermera Administrativa inicia a fines del año 2013 recibiendo el cargo como Coordinadora de la Estrategia de Tuberculosis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión donde mi primera actividad fue realizar un diagnóstico de cómo se hallaba el servicio tanto asistencial como

administrativamente, llegando a la conclusión por ser un hospital de nivel III-E las actividades de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis eran de acuerdo a la Norma Técnica de atención. La debilidad era en la detección del sintomático respiratorio, ya que las captaciones de estos pacientes eran de uno a dos por cada 100 atenciones, además El hospital tenía más de 130 casos diagnosticados de Tuberculosis por año lo que según la Norma Técnica nos colocaba en un escenario de muy alto riesgo de Transmisión de Tuberculosis poniendo en riesgo la salud de los Usuarios Internos y Externos del Hospital, además en años anteriores se presentó casos de Tuberculosis en el personal de salud de dicho hospital. Por lo Hallado fue necesario tomar acciones en relación a las actividades de prevención a la Tuberculosis en el Hospital para ello se tomo un sistema de gestión que sea realmente ágil, se utilizó el ciclo PHVA que se implementó en los procesos administrativos para el manejo de actividades de Prevención de la tuberculosis en el usuario interno y externo del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

Los procesos a mejorar fueron en la captación del paciente sintomático respiratorio de la Institución, despistaje de Tuberculosis en el Personal de salud, Reactivación del Comité de Control de Infecciones del Hospital para el manejo de la prevención de la

Tuberculosis en las tres Medidas de Control: Administrativa, ambiental y respiratoria. Estas medidas presentan una gran ineficiencia, lo que facilita el riesgo de contagio a lo largo del proceso.

- **Descripción del Área Laboral:**

- **Organización:** La Estrategia de Tuberculosis del Hospital Daniel A. Carrión está conformado por un Equipo Multidisciplinario encabezado por el Jefe del Servicio de Neumología, seguido por el Medico Consultor para luego contar con una coordinadora quien está a cargo de toda la programación, decisiones administrativas y decisiones asistenciales.
- **Recursos Humanos:** El Equipo Multidisciplinario está conformado por Medico Jefe del servicio de Neumología, medico Consultor del Hospital, Enfermera Coordinadora de la Estrategia, enfermera asistencial, Personal de Psicología, una Asistente Social y se cuenta con 4 técnicos en Enfermería.
- **Infraestructura:** En el año 2013, la estrategia se hallaba en un ambiente de dos habitaciones que no cumplía las medidas de Bioseguridad para el funcionamiento de dicha Estrategia, haciendo documentaciones de indicadores, dándoles a conocer con la Infraestructura que debería contar la Estrategia a los directivos Administrativos, Actualmente la Estrategia se halla ubicado al lado

este del Hospital en un ambiente que reúne todas las condiciones para que esta pueda funcionar (No colinda con otros servicios, cuenta con áreas verdes y por el interior existe una adecuada corriente de aire.)

- **Prestaciones:** La estrategia Brinda atención a todo paciente de Hospitalización o consultorios externos que sean referidos para descarte de Tuberculosis ya sea como sintomático respiratorio o consulta médica. Se brinda tratamiento con medicamentos de Primera Línea a todos los diagnosticados de Tuberculosis tanto en Hospitalización como por consulta externa para luego derivarlos a sus establecimientos de origen, El hospital atiende pacientes que ingresan con medicamentos de Segunda Línea, quienes son tratados por todo su periodo de curación hasta el alta.

- **Funciones Desarrolladas en la Actualidad**

Hacer un listado de las funciones realizadas actualmente, en relación al tema de su informe

- a) Área Asistencial:**

- ✓ Se ha Capacitado y sensibilizado al personal de Hospitalización y consultorios externos sobre la importancia de identificar y captar al paciente sintomático respiratorio, encontrando compromiso en esta actividad, que pese al rechazo de muchos, ya se

3.3 PROCESO REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.

Procesos encaminados a mantener nulo los casos de TB en los usuarios internos y detección oportuna de los casos de Tuberculosis en los usuarios externos para disminuir el contagio en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo.

PLANEAR:

Objetivo: Mantener la incidencia nula en casos de Tuberculosis en los Usuarios Internos del Hospital.

Meta: Lograr prevenir la tuberculosis en el Personal de salud del Hospital Daniel Alcides Carrión.

Métodos que se Implementaran:

- ✓ Actualización de la Directiva Administrativa del Hospital para disminuir los casos de Tuberculosis en el Personal de Salud.
- ✓ Coordinación directa y continua con Dirección, Epidemiología y salud Ocupacional, para el despistaje de TB en el personal de salud.
- ✓ Realizar el Plan de Despistaje de TB en el personal de Salud al 100%

HACER:

- ✓ Capacitación al personal de Salud sobre la Directiva Administrativa del Hospital en todos los servicios y/o Áreas.

- ✓ Cronograma de Captación del paciente Sintomático Respiratorio en todos los servicios del Hospital, priorizando las áreas de alto riesgo de transmisión.
- ✓ Cronograma para el despistaje de TB en el personal de salud en el Hospital: Placa de Rayos X, Evaluación Médica.

VERIFICAR

Se analizarán los datos obtenidos en las capacitaciones y en las jornadas, para determinar fortalezas y debilidades del personal y posibles focos de propagación de la tuberculosis en las zonas de estudio.

- ✓ Comparar los resultados de las capacitaciones y las jornadas con la meta anteriormente planteada.
 - ✓ Comparar cada mes los resultados obtenidos en las jornadas con los de periodos anteriores.
 - ✓ Determinar aspectos positivos o negativos que el proceso haya arrojado durante su implementación (estos aspectos se estudiarán cada mes en cada centro de salud).
 - ✓ El éxito del proceso administrativo de prevención se dará con la disminución significativa de pacientes con tuberculosis en cada zona.
- ✚ Indicador: Total de personas informadas en las jornadas con respecto al total de personas que habitan la zona o trabajan en el centro de salud.

ACTUAR

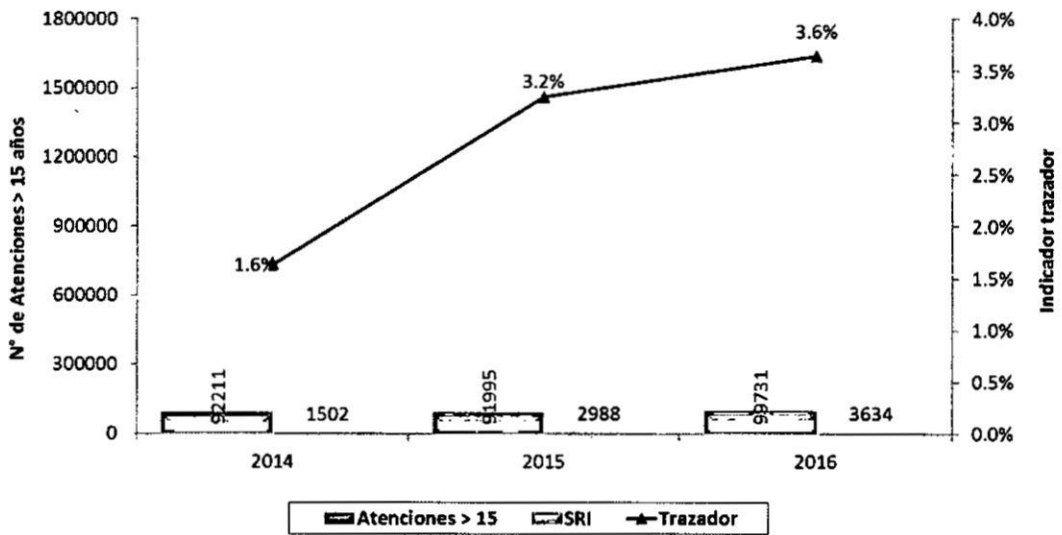
La programación de las jornadas estará a cargo del personal encargado de prevención de los diferentes servicios que a su vez serán capacitados por personal idóneo que por lo general serán personal de la estrategia de tuberculosis.

Las jornadas de concientización deben tener médicos que puedan realizar diagnósticos de tuberculosis, charlas de información sobre la enfermedad y plegables informativos que garanticen una difusión mayor de la información.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

GRAFICO 4.1

DETECCIÓN N° DE SR IDENTIFICADOS ENTRE LAS ATENCIONES EN > 15 AÑOS, HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN HUANCAYO 2014- 2016



Fuente: Oficina de Estadística (2016)

Con la participación del Equipo Multidisciplinario y el personal asistencial del Hospital, se está logrando captar entre tres a cuatro Pacientes Sintomáticos Respiratorios por cada 100 atenciones al año, actividad que en años anteriores no se tomaba en cuenta ni se le daba la importancia necesaria. Con ello se está captando oportunamente al paciente con Tuberculosis y se está disminuyendo el riesgo de contagio en la Institución.

CUADRO 4.2

**DESPISTAJE DE TUBERCULOSIS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL
HOSPITAL DANIEL A. CARRIÓN – HUANCAYO 2014- 2016**

Servicios	Nro de RR.HH	2014			2015			2016		
		Evalua dos	Placas Rx.	% de Evalu ados	Evalua dos	Placas Rx.	% de Evaluad os	Evalua dos	Placas Rx.	% de Evalu ados
CONSUL. EXTER	96	52	52	54%	61	61	63.5	89	89	92.7
HOSPITALIZACI	383	203	203	53	298	298	77.8	364	364	95.0
ADMINISTRA	112	30	30	27	77	77	68.8	104	104	92.9
OTROS.	124	61	61	49	97	97	78.2	112	112	90.3
Total	715	346	346	48	533	533	74.5	669	669	93.6

Fuente: Estrategia de Tuberculosis (2016)

En el cuadro se puede evidenciar, que según se brindaba las capacitaciones y sensibilizaciones a todo el personal del Hospital por año, el número de participantes en el despistaje se elevaba por lo que en el 2016 se logró evaluar más del 90%.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un adecuado manejo administrativo y gerencial en un Establecimiento de Salud.
- b) Los procesos administrativos garantizarán un mejoramiento continuo en la atención de pacientes con problemas respiratorios ya que la tuberculosis se podrá descartar o tratar adecuadamente.
- c) La interacción de los profesionales de la salud para planeamiento estratégico en la resolución de problemas, permite optar soluciones plausibles de acuerdo a la realidad institucional.

CAPÍTULO VI

RECOMENDACIONES

- a) *A los profesionales de la Salud que laboran en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, intervenir en las diferentes áreas, servicios de la Institución capacitándolos y concientizándolos sobre la importancia de trabajar en la prevención de casos de Tuberculosis, presentándole resultados de indicadores de su competencia e involucrarlos en ellas.*

- b) *Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas de la Estrategia en el personal de Salud con quienes se trabaja para su involucramiento y trabajo en Equipo.*

- c) *A la institución: Importante mantener Activo al Comité de Control de Infecciones por Tuberculosis ya que ellos son los que tomen decisiones para cualquier acción frente al riesgo de contagio de tuberculosis*

CAPÍTULO VII

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Principios de Medicina Interna. 17ava edición. México: Mc Graw Hill; 2009 Pág. 1006
2. MINSA. Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú 2010: Documento técnico / Ministerio de Salud. Lima: Ministerio de Salud; 2012. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1820.pdf>
3. Iseman M. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis. N Engl J Med 1993; 329: 784–91.
4. WHO, Organización Mundial de la salud, Estrategia Fin a la TB de la OMS, ingreso a la web 10 de junio 2017, <http://www.who.int/tb/strategy/es/>
5. Actualización en enfermería. Tema Intervenciones en enfermería. Ingreso a a la página de Internet, 10 de junio 2017. <http://enfermeriaactual.com/nic/>
6. Álvarez Gordillo, G.C., Álvarez Gordillo, J.F., Dorantes Jiménez, J.E. y Halperín Frisch, D.; (2000). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. Salud Pública de México, 42 (6), 520-528.
7. Muñoz Sánchez, A.I. y Rubiano Mesa, Y.L. (2011). Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). Index Enfermería [revista en la Internet]; 20(4), 229-232. Recuperado el 21 Feb. 2013 de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300004&lng=es
8. Muñoz Sánchez, A.I., Rubiano Mesa, Y. L. y Laza Vásquez, C. (2011). Adherencia al tratamiento antituberculoso: Voces de los implicados. Index Enfermería [revista en la Internet]; 20(1-2), 66-70. Recuperado el 21 Feb. 2013 de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100014&lng=es

9. Bossio, J. C.; Arias, S.; Herrero, M.B.; Sirtautas, S.; Stoeffel, C.; Ramírez Lijo, S.; (2007). Determinantes clave de los servicios de salud y de la comunidad asociados a la accesibilidad al tratamiento y control de la tuberculosis. Estudio Colaborativo Multicéntrico. Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación. Resultados no publicados
10. Diomelis Maurera www.monografias.com [En línea]. - 12 de Abril de 2010. -
[http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2124/4/Evaluacion del programa de control de tuberculosis](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2124/4/Evaluacion%20del%20programa%20de%20control%20de%20tuberculosis)
11. Villca Mabel Acuña www.monografias.com [En línea]. - 2013. -
<http://www.monografias.com/trabajos96/evaluacion-estrategia-dots-pacientes-tratamiento-antituberculoso/evaluacion-estrategia-dots-pacientes-tratamiento-antituberculoso2.shtml>.
12. Santos Francisco Cadenas www.monografias.com [En línea]. - 2011. -
<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24913/1/Tesis%20Francisco%20Cadena%20Santos.pdf>.
13. Musayón Y, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. ene.-feb. 2010 [acceso en: 10 07 2017];18(1):[09 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_20.pdf

ANEXOS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001 – 2016- ESNPCT/HDAC- HUANCAYO

“MEDIDAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE TRANSMISIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN”

1. INTRODUCCIÓN

- 1.1. La tuberculosis es transmitida por el *Mycobacterium tuberculosis*.
- 1.2. **TODOS SOMOS SUSCEPTIBLES DE INFECTARNOS Y DE ENFERMAR** por acción del *Mycobacterium tuberculosis*, especialmente si trabajamos en centros asistenciales y/o si tenemos algunas condiciones de riesgo que disminuya nuestra inmunidad, tales como enfermedades crónicas, metabólicas, autoinmunes en tratamiento, infección VIH/SIDA, etc.
- 1.3. La transmisión se adquiere por inhalar las “gotitas de Flugge” que produce la persona enferma al respirar, hablar o toser. Estas gotitas suspendidas en el aire, pueden ser inhaladas por cualquier persona que se encuentre a su alrededor, incluso es posible infectarse al ingresar o deambular por ambientes “vacíos” en donde pocas horas antes permanecieron enfermos “bacilíferos”.
- 1.4. Luego de respirar las gotitas infectantes, la persona infectada puede desarrollar la enfermedad después de algunos días, semanas, meses o años.
- 1.5. El personal de Salud (P.S) tiene un alto de riesgo de exponerse a la infección por el hecho de trabajar dentro de ambientes hospitalarios. Las altas cargas de inóculo (*Mycobacterium tuberculosis*) y las condiciones inmunes propias de cada PS, condicionan la posibilidad que el PS desarrolle la enfermedad en cualquier momento de su vida.
- 1.6. Actualmente se conocen medidas que disminuyen el riesgo de infección y que deben ser aplicadas para el control de la transmisión de la tuberculosis en los servicios que brindan atención asistencial de Salud. Estas medidas son recomendadas por la O.M.S. y permiten reducir al mínimo el riesgo de desarrollo tuberculosis en el P.S., pacientes (ambulatorios y hospitalizados) y a sus familiares y visitantes.
- 1.7. Las medidas que disminuyen el riesgo de transmisión de la tuberculosis en los Establecimientos de Salud comprenden:
Medidas de control administrativo, medidas de control ambiental y de protección respiratoria personal.

2. 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 Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión en el contexto del plan de control de infecciones para Tuberculosis (PCT-TB).

3. FINALIDAD

Determinar las competencias y responsabilidades de las medidas administrativas, ambientales y de protección respiratoria personal, orientadas a disminuir la transmisión de la tuberculosis en los servicios del Hospital Daniel Alcides Carrión.

4. ALCANCE

La implementación de esta directiva es de responsabilidad de la Dirección del Hospital y de los funcionarios encargados de la gestión de los Departamentos, Servicios, Salas de Hospitalización, Consultorios Externos y Oficinas de Apoyo Administrativo del Hospital D.A Carrión .La ejecución y cumplimiento de la misma es de responsabilidad de todo el personal de salud asistencial y administrativo, que se encuentra laborando en el Hospital.

5. MARCO LEGAL

- 5.1 Constitución política del Perú.
- 5.2 Ley N°26842, Ley General de Salud.
- 5.3 Ley N°27604, que modifica la Ley General de Salud.
- 5.4 Ley N°27444, Ley del procedimiento Administrativo general
- 5.5 Ley N°27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado General de Salud.
- 5.6 Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud.
- 5.7 Ley N°28427, Ley de presupuesto público. Año Fiscal 2009.
- 5.8 Resolución Ministerial N° 383.2006/MINSA del 20 de abril del 2006 que aprueba el plan de control de infecciones para Tuberculosis del Hospital DAC-HUANCAYO

6. DISPOSICIONES GENERALES

- 6.1 La Dirección del Hospital Daniel Alcides Carrión dispondrá lo necesario para el cumplimiento de esta directiva en todo el ámbito hospitalario.
- 6.2 En el Hospital Daniel Alcides Carrión se han considerado que los siguientes servicios reúnen las características para ser considerados como áreas con alto riesgo de transmisión de tuberculosis:
 - 6.2.1. Áreas de Alto Riesgo de transmisión de Tuberculosis
 - 6.2.1.1. Servicio de Emergencia: Sala de Espera, Tópico de Medicina, Sala de Observación y Trauma Shock.
 - 6.2.1.2. Servicio de Hospitalización de Medicina.
 - 6.2.1.3. Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis.
 - 6.2.1.4. Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VHI/SIDA.
 - 6.2.1.5. Consultorios Externos.
 - 6.2.1.6. Sala de Espera de Consultorios Externos.
 - 6.2.1.7. Unidad de Cuidados Intensivos.
 - 6.2.1.8. Ambientes de Aislamiento del servicio de medicina
 - 6.2.1.9. Triaje.

6.2.1.10. Sala de Rayos X.

6.2.1.11. Laboratorio.

- 6.3. En las áreas de alto riesgo de transmisión de tuberculosis deberán encontrarse los siguientes documentos impresos: Modulo de capacitación: control de infecciones de tuberculosis en Establecimiento de Salud y Norma Técnica de salud para el Control de Tuberculosis: se deberán tomar las provisiones necesarias para que estos documentos estén siempre disponibles para consulta y para evitar su deterioro o perdida.
- 6.4 El responsable del área de salud ocupacional, deberá llevar un registro del PS que desarrollo enfermedad tuberculosa, que contenga el nombre del área donde labora y el tipo de actividad profesional o asistencial que desarrolla.
- 6.5 La ESNPCT de la Institución deberá implementar una Unidad Recolectora de Muestra (UMR) aledaña a **Emergencia, Consultorios Externos y Triage**, además de la ya implementada en el ES-PCT.
- 6.6 La recolección de las muestras para Baciloscopia en el hospital se realizará durante las 24 horas.
- 6.7 El procesamiento de las muestras se realizará en el horario de 7am hasta las 19 horas, todos los días del año.
- 6.8 Las Baciloscopias del servicio de emergencia y hospitalización serán considerados como urgentes, por lo tanto serán procesadas como máximo en el lapso **NO MAYOR DE 2 horas**, de 7am a las 19 horas.
- 6.9 Garantizar la capacitación del 100% del PS de las áreas de Alto Riesgo de Transmisión de Tuberculosis.
- 6.10 Todo PS capacitado en Control de Infecciones por TB, deberá recibir un reforzamiento al año.
- 6.11 Todo personal de salud que ingrese a laborar a la institución, deberá ser capacitado en el control de Infecciones por TB, previo al inicio a sus actividades y estará a cargo de la oficina de capacitación en coordinación con la Estrategia de Tuberculosis.
- 6.12 La oficina de capacitación entregará certificado ó constancia por la capacitación al personal.
- 6.13. Las actividades de Información, Educación y Comunicación (IEC) son de responsabilidad de la ES-PCT del hospital en coordinación con la Unidad de Capacitación.
- 6.14 La Estrategia de Tuberculosis participará activamente en el plan operativo institucional del Hospital.

7. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

7.1 Medidas administrativas

7.1.1. Proceso del Manejo del Sintomático Respiratorio.

- 7.1.1.1 Se define al sintomático respiratorio (SR), a toda persona que presenta tos y flema por 15 días o más.
- 7.1.1.2 Todas las personas que se encuentran en el ambiente hospitalario: Asistenciales, administrativos y personal de seguridad son responsables de la identificación del sintomático respiratorio (SR), y

su inmediata derivación al ambiente de la estrategia sanitaria de prevención y control de la tuberculosis (ES - PCT), para la toma de su primera muestra de baciloscopia, que será recolectada apropiadamente en el ambiente de toma de muestras de esputo.

- 7.1.1.3. Todo SR detectado, deberá contar de inmediato con una mascarilla simple, la que deberá hacer su uso durante su permanencia en el establecimiento.
- 7.1.1.4. Debe evitarse que los SR compartan la misma sala de espera con el resto de pacientes que acuden a consulta, por lo que deberán ser atendidos de inmediato o en su defecto se les debería proponer retornar posteriormente, siempre y cuando se tenga implementados horarios diferenciados para la evaluación de estos pacientes.
- 7.1.1.5 Todos los SR que hayan dejado sus muestras de esputo deben ser orientados adecuadamente para que acudan a recoger sus resultados, al día siguiente de la entrega de su segunda muestra.
- 7.1.1.6. Para el caso de los pacientes que se encuentran hospitalizados en los ambientes de Emergencia o de Hospitalización, la detección de los SR y la toma inmediata de la muestra respectiva (en el ambiente de toma de muestra de esputo de su sector) será de responsabilidad del personal asistencial que labora en dicho servicio, sin perjuicio de lo especulado en el ítem 7.1.1.2.
- 7.1.1.7. Para el caso de los pacientes hospitalizados en los servicios de Emergencia y de Hospitalización, las baciloscopias deben ser procesadas en el laboratorio dentro de las primeras DOS horas y el resultado debe ser entregado de inmediato a los responsables de los servicios de origen y/o al encargado de la estrategia.
- 7.1.1.8. De obtenerse la baciloscopia positiva, en un paciente catalogado como probable drogo-sensible, deberá ordenarse de inmediato el inicio del tratamiento específico. A partir de las 7 pm la entrega de medicamentos será en los servicios de Hospitalización de medicina y en emergencia y la administración será responsabilidad de la enfermera del servicio de origen.
- 7.1.1.9. En todo SR con co-infección VIH las muestras de esputo deberán ser cultivadas y enviadas para prueba de sensibilidad independientemente de su positividad en el frotis.

7.1.2. Proceso del manejo de caso de tuberculosis con confirmación baciloscópica.

- 7.1.2.1. El Sintomático Respiratorio Hospitalizado que posea baciloscopia positiva durante su evaluación, deberá ser conducido a un ambiente de aislamiento respiratorio de manera inmediata, donde deberá iniciar su tratamiento de manera inmediata.
- 7.1.2.2. En el más breve plazo, el personal de Enfermería comunicará al personal de la Estrategia de Tuberculosis, respecto al paciente con Dx. De Tuberculosis.

7.1.3. Proceso de Evaluación del Personal de Salud.

- 7.1.3.1. Bajo responsabilidad, todo PS debe ser evaluado anualmente para el descarte de tuberculosis con el examen clínico de un neumólogo, internista o Infectólogo del Hospital, examen baciloscópico de ser

necesario y el examen radiográfico cuyo costo será asumido por el hospital, cuya programación será dirigida por la oficina de personal, responsable de Salud Ocupacional y la Estrategia de Tuberculosis. Será requisito obligatorio el presente examen para poder hacer uso de sus vacaciones.

- 7.1.3.2. Todo PS, que tenga tos y flema por más de 15 días (S.R.) tiene la obligación de acercarse a la Estrategia de Tuberculosis para el descarte del mismo, Independientemente del “chequeo anual”.

7.2. Medidas de Control Ambiental

7.2.1. Ventilación

- 7.2.1.1. Todos los ambientes del Hospital, con especial énfasis en las denominaciones áreas de alto riesgo de transmisión de tuberculosis, deberán aprovechar al máximo la ventilación natural (manteniendo un flujo corriente de aire con ventanas y puertas abiertas).
- 7.2.1.2. Para maximizar la ventilación natural será necesario reubicar muebles, mobiliario médico de tal manera que permita la total apertura de puertas y ventanas y el mantenimiento de ventilación cruzada, especialmente en el sector de atención al paciente.
- 7.2.1.3. Las Áreas de alto riesgo de transmisión de Tuberculosis del Hospital, deben cumplir al máximo la ventilación natural (manteniendo un flujo corriente de aire con ventanas y puertas abiertas), y deberán mantenerse bajo escrito monitoreo.
- 7.2.1.4. Para aquellas salas que dispongan de ventilación mecánica con presión negativa, se deberá disponer de un sistema de mantenimiento preventivo, con una periodicidad no menor de 30 días, independientemente del monitoreo permanente; es importante recalcar que la implementación y el monitoreo de estas actividades es de responsabilidad del jefe de servicio.

7.2.2. Aislamiento Respiratorio

- 7.2.2.1. Los pacientes sospechosos de tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR) no deben ser hospitalizados junto con los pacientes con TB-sensible, el aislamiento respiratorio deberá ser diferenciado, para los pacientes con diagnóstico de tuberculosis, en TB sensible, TB-MDR y pacientes que han requerido más de un esquema de retratamiento.
- 7.2.2.2. Las visitas a cualquier paciente Hospitalizado con sospecha o confirmación de tuberculosis deberán ser recibidas en ambientes abiertos; nunca dentro del ambiente de aislamiento respiratorio, otra posibilidad es que el visitante ingrese con un respirador N-95 adecuadamente colocado.

7.2.3. Medidas de Protección Respiratorio Personal

- 7.2.3.1. El personal de salud que labora en las áreas o salas de alto riesgo de transmisión de tuberculosis deberá utilizar permanentemente respiradores N – 95, mientras permanezcan al interior de dichas salas.

- 7.2.3.2. Los respiradores N – 95 deberán usarse según los protocolos establecidos para su uso.
- 7.2.3.3. El visitante, que por necesidad o condición física del paciente, deba ingresar a los ambientes de hospitalización de pacientes con TB, deberá utilizar respiradores N – 95.
- 7.2.3.4. Los pacientes con TB deberán usar permanentemente mascarillas simples, tanto en el ambiente de aislamiento respiratorio como en otras áreas del hospital.
- 7.2.3.5. La dirección del Hospital, con el apoyo de las Oficinas Administrativas, son los responsables de la adquisición suficiente de respiradores N – 95 para el PS que labora en las áreas de alto riesgo de transmisión de TB y su respectiva distribución con monitoreo estará a cargo de la responsable de Salud Ocupacional.
- 7.2.3.6. Los respiradores N-95 serán reemplazados periódicamente (cada 15 días), según las condiciones específicas en el “Modulo de Capacitación: Control de infecciones de tuberculosis en Establecimientos de Salud”.
- 7.2.3.7. Al momento de entregar por reemplazo un nuevo respirador, el responsable de Salud Ocupacional deberá preguntar si es o no S.R., de serlo deberá conducirlo a la estrategia de Tuberculosis, y finalmente debe reforzar los pasos para el uso adecuado del respirador N-95.

8. RESPONSABILIDADES

- 8.1. Todos - los funcionarios del Hospital, son responsables de las actividades asignadas dentro de su labor diaria, de las cuales forman parte las medidas a adoptar para disminuir el riesgo de transmisión de la TB en el Hospital.
- 8.2. Son responsables, para el cumplimiento de los siguientes procesos:
 - 8.2.1. Captación del sintomático respiratorio: Todo el personal asistencial y administrativo del Hospital.
 - 8.2.2. Evaluación y diagnóstico del Sintomático Respiratorio: ES-PCT y Laboratorio.
 - 8.2.3. Manejo de Caso TB pulmonar con baciloscopia positiva: ES-PCT y el médico clínico de turno del servicio de origen.
- 8.3. Los responsables del cumplimiento de las medidas de control ambiental es del Comité de Control de Infecciones por TB y los jefes de servicio, en especial de las áreas de alto riesgo de transmisión de TB.
- 8.4. El responsable del cumplimiento de las medidas de protección respiratoria personal son los jefes de servicio y el monitoreo es responsabilidad de Salud Ocupacional, en especial de las áreas de alto riesgo de transmisión de TB.
- 8.5. El responsable del abastecimiento de mascarillas y respiradores N-95 a cada servicio de alto riesgo de transmisión de TB es la dirección del Hospital y las Oficinas de Apoyo Administrativo.
- 8.6. Los responsables de las medidas a implementar, se encargaran de velar por el cumplimiento del proceso a su cargo, para lo cual:
 - 8.6.1. Monitorizaran que las actividades sigan la secuencia correcta y los tiempos de demora de una actividad a otra, para lo cual registraran los indicadores correspondientes.

- 8.6.2. Identificarán a los responsables que impiden el normal cumplimiento del proceso u implementación de las medidas de control a su cargo.
- 8.6.3. Dispondrán las medidas correctivas que garanticen la implementación de los procesos o medidas de control que disminuyan el riesgo de transmisión de TB.
- 8.6.4. Realizarán reuniones (mensual/trimestral) de coordinación con el equipo multidisciplinario.
- 8.6.5. Elevarán informes de evaluación semestral.
- 8.7. La dirección del Hospital evaluará los informes, disponiendo de inmediato, de ser necesario, la implementación de las medidas correctivas necesarias.
- 8.8. El incumplimiento de la presente directiva, por cualquiera de los actores, dará lugar a las sanciones previstas en las Normas Legales y Administrativas vigentes para los empleados públicos y funcionarios del MINSA.

9. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 9.1. La presente directiva tendrá vigencia desde el primer día, después de su aprobación, debiendo ser revisada y actualizada anualmente en el marco de las Normas Técnicas emitidas por el MINSA.