

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



**GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE  
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA DIRESA  
JUNÍN 2014 - 2016**

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

**EVA MARILU MEZA INGA**

*Eva M. Meza Inga*

**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: 295

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

Resolución Decanato N°. 2203-2017-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

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral de la Gestión de enfermería en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis a nivel de la DIRESA Junín, tiene el objetivo de informar todas acciones realizadas en la conducción de la Estrategia ( Marco legal, aspectos técnicos, procedimientos , etc.) hacia objetivos concretos y en tiempos específicos, planificando las actividades que se considera necesarios, organizando los RRHH disponibles, dirigiendo a las personas y controlando que lo planificado se cumpla en los niveles operativos para lograr las metas de los indicadores de proceso y de impacto con el único propósito de disminuir progresivamente y sostenidamente la incidencia y morbimortalidad por TB y sus repercusiones sociales y económicas porque que la tuberculosis sigue siendo una enfermedad de condición altamente trascendente en salud pública, la elevada frecuencia en países en vías de desarrollo, tiene fuertes repercusiones económicas y sociales, debido a su efecto sobre la población económicamente activa, situación a la que el Perú y nuestra región Junín no es ajeno.

El presente informe consta de siete capítulos: Capítulo I : describe el Planteamiento del problema; descripción de la situación problemática, objetivos, justificación Capítulo II : incluye los antecedentes, el Marco conceptual y la definición de términos; Capítulo III :considera la presentación de la experiencia profesional; Capítulo IV : Resultados; Capítulo V : Conclusiones ; Capítulo VI : Recomendaciones , Capítulo VII : Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción de la Situación Problemática:

La situación de la tuberculosis en el Perú sigue siendo un problema de salud pública tanto en los países de desarrollados como en los países en vías de desarrollo, que ha venido revelando lentamente sus secretos y constituido una modificación de conocimientos sobre esta enfermedad que presentan los pacientes, que es un proceso infeccioso de larga duración, causada específicamente por el *Mycobacterium Tuberculosis*.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016, informa que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. En 2015, 10.4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad, 1.1 millones de personas con VIH desarrollaron TB, 480,000 personas enfermaron con TB MDR,. Son seis países que acaparan el 60% de la mortalidad total que son la India, Indonesia, China, Nigeria, El Pakistán y Sudáfrica. (1)

En las américas en el año 2015, 285,200 personas enfermaron de TB, de los cuales 17,000 murieron por TB, 31,800 personas con VIH desarrollaron TB, 6,900 personas enfermaron con TBMDR. Los países latinoamericanos con altas tasas de incidencia son Haití (206), Perú (124) y Bolivia (123)(1)

Actualmente en el Perú durante el año 2015, se han diagnosticado y tratado gratuitamente a 35,541 personas enfermas con tuberculosis en todo el país, con una tasa de morbilidad de 129.02 x 100,000 hab. De ellos 18,490 personas enfermas corresponden a casos con Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo (TBP-FP) nunca tratados, lo que determina una tasa de incidencia de 67.12 x 100,000 habitantes mostrando una disminución del 58.3% en relación a 2014, la tasa de Mortalidad de 4 x 1000,000 hab., 1365 personas enfermaron con TBMDR, 105 enfermaron con TB XDR. (2)

Del total de casos diagnosticados en el país en el año 2015 el 58.7% corresponde a las Direcciones de Salud de Lima y Callao y las Direcciones de Salud del interior del país: La Libertad, Loreto, Arequipa, Ica y Junín son las que reportan el mayor número de casos (2)

Nuestra Región de Junín no es ajena a esta situación ya que para el año 2016 se han diagnosticado 667 personas enfermas con Tuberculosis en la Región Junín, cifra que representa una tasa de morbilidad para el año 2015 de 49.2 x 100.000 habitante De este total 596 personas enfermas son nunca tratados, y de ellos 355 corresponde a casos con tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo nunca tratados, los que determinan una tasa de Incidencia para el año 2015 de 26.2 x 100.00 mil habitantes. (Informe Operacional de la Oficina de Estadística e informática- DIRESA Junín) (3)

Según el mapa epidemiológico las dos provincias de la Selva (Chanchamayo y Satipo) representan las Tasas de Incidencia TBP FP más altas en la Región Junín, por lo tanto son considerados zonas de mayor riesgo para tuberculosis, llegando a alcanzar para el año 2016 la provincia de Chanchamayo una incidencia de 55.4 x 100, 000 habitantes, mientras que Satipo tiene una incidencia de 41.9 x 100,000 habitantes y las demás provincias se ubican en la zona de bajo riesgo. (3)

Por las cifras notificadas debemos considerar que la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, por lo que debemos mantener un esfuerzo sostenido en el mediano y largo plazo para lograr que la tuberculosis deje de ser un problema sanitario en nuestro país por lo que constituye un rol importante el trabajo de enfermería para gerenciar la Estrategia de Prevención y control de la Tuberculosis para el logro de las metas programadas a partir de la planificación, programación, coordinación, dirección, control y gestión de conocimientos.

## **1.2. Objetivo**

Gestión de enfermería en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis, en la DIRESA Junín 2014-2016.

## **1.3. Justificación:**

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el bacilo *M. tuberculosis* que causa un cuadro crónico que afecta, principalmente, a los pulmones, el sistema linfático y otros órganos importantes del ser humano. Se transmite por vía aérea, de forma directa, de una persona enferma con TB pulmonar o TB laríngea a una persona susceptible.

La Tuberculosis esta asociadamente frecuentemente con la pobreza, pero muchos determinantes juegan un rol importante en su prevalencia, los países latinoamericanos luchas contra la presencia de esta enfermedad y enfermería juega un rol protagónico en el control de este problema, por lo tanto es importante describir la Gestión que desempeña la enfermera en la conducción de la Estrategia de prevención y control de la tuberculosis mediante la planificación, organización, dirección y control, logrando que el personal de salud del nivel operativo que labora en las zonas de alto, mediano y bajo riesgo tengan las herramientas necesarios para fortalecer su trabajo con el objetivo de lograr las metas en los indicadores de proceso y lograr el indicador de impacto que viene hacer la disminución y control de la tuberculosis.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

Musayón Y, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. Febrero 2010, realizaron un artículo titulado: **El Rol de la enfermería en el control de la tuberculosis**, El objetivo del presente artículo es analizar el rol de la enfermera en el control de la tuberculosis desde la perspectiva de la equidad, a nivel de los países latinoamericanos. La tuberculosis está asociada frecuentemente con la pobreza, pero muchos determinantes juegan un rol importante en su prevalencia. Los países latinoamericanos luchan contra la presencia de esta enfermedad y enfermería juega un rol protagónico en el control de este problema planteando intervenciones integrales en diferentes esferas del individuo, familia y sociedad, llegándose a la siguiente conclusión: La tuberculosis requiere de una atención no solo clínica y farmacológica, esto es no solo una mirada biológica sino más bien un enfoque integral, social y cultural, y el análisis de las inequidades sociales es un punto importante en esta compleja situación. Queda demostrado, que si bien es cierto el escenario que rodea a los pacientes con TB es de pobreza y desventaja social es importante conocer las características de esta situación para que las intervenciones sean acertadas y pertinentes. Más aún es el profesional de enfermería quien debe asumir un rol protagónico en la prevención y control de esta enfermedad pero planteando intervenciones realmente integrales: políticas, económicas y sanitarias desde un nivel local hasta internacional y son las instituciones líderes de opinión en enfermería quienes pueden asumir en mayor proporción el reto, con el compromiso real de todas las enfermeras a nivel mundial. (4).



Margarita María Agudelo Gómez, trabajo de investigación para optar al título de Ingeniera Administradora: Sistema de gestión administrativa para el manejo de la tuberculosis en Medellín, 2009, el objetivo del presente trabajo fue Diseñar un sistema de gestión administrativo para el manejo de la tuberculosis en la ciudad de Medellín, llegándose a las siguientes conclusiones:

Este sistema de gestión facilitará la atención a pacientes con esta enfermedad además que, administrativamente, dará un orden al sistema de salud, el cual se ve afectado diariamente por situaciones meramente administrativas que dificultan su labor real orientada a brindar un servicio adecuado y oportuno a toda la población de la ciudad de Medellín.(5).

Cindy Marianela Larico Cruz, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Lima Perú -2009: Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores en Noviembre – Diciembre 2008. El objetivo del presente trabajo fue determinar si el conocimiento de las medidas preventivas se relaciona con las actitudes en el auto cuidado de pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud los Libertadores en el distrito de San Martín de Porres noviembre y diciembre 2008, llegando a las siguientes conclusiones:

No existe relación entre conocimientos y actitudes que tiene los pacientes con Tuberculosis Pulmonar; el 80% (32) tiene conocimientos sobre las Medidas Preventivas y con respecto a las Actitudes en el Auto cuidado de los pacientes el 55% (20) muestran una actitud de Indiferencia. (6).

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1 Tuberculosis:**

#### **✓ Definición:**

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por un organismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, también conocido como bacilo tuberculoso o bacilo de Koch. Por lo general, el *M. tuberculosis* afecta los pulmones y en dicho caso la enfermedad se denomina tuberculosis pulmonar. A nivel mundial y en cada país, la TB pulmonar es el tipo más común de tuberculosis.

Si la TB compromete otros órganos aparte de los pulmones (como los nódulos linfáticos, huesos y articulaciones, tracto genitourinario, meninges, pleura, etc.) se la denomina tuberculosis extra pulmonar, este tipo de TB no es infeccioso. Muchas veces la TB pulmonar y TB extra pulmonar afectan a una persona al mismo tiempo. (7)

#### **✓ Transmisión:**

La TB pulmonar se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando una persona con tuberculosis pulmonar tose, estornuda, habla o canta, se propagan en el aire núcleos de gotitas que contienen *M. tuberculosis* dependiendo del entorno, estas diminutas partículas (1-5 micras de diámetro) pueden permanecer suspendidas en el aire por varias horas. En general, la tuberculosis no se puede transmitir a través de objetos como ropa, mandilones o cubiertos (7)

#### **c. Síntomas:**

- ✓ Tos con expectoración (flema)
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Fiebre y sudoración nocturna.
- ✓ Sensación de cansancio y debilidad.
- ✓ Sudoración

- ✓ Cansancio o fatiga.
- ✓ Pérdida de apetito.
- ✓ Dolor en el pecho o de espalda
- ✓ Dificultad para respirar
- ✓ Hemoptisis (expectoración de sangre (7))

#### **d, Diagnóstico de la Tuberculosis:**

##### **A) Captación:**

**Detección de sintomáticos respiratorios** La detección de sintomáticos respiratorios (SR) debe realizarse mediante la búsqueda permanente y sistemática de personas que presentan **tos y flema por 15 días o más.**

La detección de SR debe realizarse en:

##### **a) El establecimiento de salud (EESS):**

Entre las personas que acuden a los EESS. La detección es continua, obligatoria y permanente en todos los servicios del EESS independientemente de la causa que motivó la consulta. La organización de esta actividad es responsabilidad del personal de enfermería, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios.

##### **b) La comunidad:**

Debe realizarse en las siguientes circunstancias:

- ✓ Estudio de contactos de personas con TB pulmonar o extrapulmonar.
- ✓ Estudio de posibles brotes de TB en lugares que albergan personas: hospitales, prisiones, centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas, asilos, campamentos mineros, centros de estudios, comunidades nativas, zonas de frontera, personas en pobreza extrema, entre otros.

No se debe hacer campañas masivas de detección de TB mediante baciloscopia de esputo en población sin síntomas respiratorios.

### **Procedimientos para el estudio del sintomático respiratorio identificado**

- a) El personal de salud debe solicitar dos muestras de esputo para prueba de baciloscopias previa educación para una correcta obtención de muestra.
- b) Cada muestra debe ser acompañada por su correspondiente solicitud de investigación bacteriológica (Anexo N° 1), debidamente llenada de acuerdo al Documento Nacional de Identidad (DNI) o carnet de extranjería.
- c) Registrar los datos del SR en el Libro de Registro de SR (Anexo N° 2) de acuerdo al DNI o carnet de extranjería.
- d) Explicar al paciente el correcto procedimiento para la recolección de la primera y segunda muestra de esputo y entregar el frasco debidamente rotulado.
- e) Verificar que la muestra obtenida sea de por lo menos 5 ml. No se debe rechazar ninguna muestra.
- f) Entregar el segundo frasco debidamente rotulado para la muestra del día siguiente.
- g) En casos en los que exista el riesgo de no cumplirse con la recolección de la segunda muestra, se tomarán las dos muestras el mismo día con un intervalo de 30 minutos. Esta acción debe aplicarse en: personas de comunidades rurales o nativas que viven en lugares lejanos, personas en tránsito de un viaje, personas con comorbilidad importante que limitan su desplazamiento, personas con dependencia a drogas, alcoholismo o problemas de conducta y en las atenciones en los servicios de emergencia.
  - Conservar las muestras protegidas de la luz solar hasta su envío al laboratorio local, a temperatura ambiente dentro de las 24 horas.

Se puede conservar la muestra a 4°C hasta 72 horas antes de su procesamiento.

Transportar las muestras en cajas con refrigerantes.

- h) Los laboratorios deberán recibir las muestras durante todo el horario de atención. Los datos del paciente y el resultado deberán ser registrados en el Libro de registro de muestras para investigación bacteriológica en tuberculosis (8)

### **B) Evaluación:**

La evaluación del caso probable de tuberculosis, incluye una evaluación clínica exhaustiva, dirigida a identificar signos y síntomas compatibles con la tuberculosis, sea esta de localización pulmonar o extrapulmonar a fin de orientar correctamente las acciones posteriores y el requerimiento de exámenes auxiliares complementarios.

### **C) Diagnóstico de la Tuberculosis:**

- a) Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis

✓ **Baciloscopía directa:**

La baciloscopias directa de la muestra de esputo y de otras muestras extra pulmonares debe ser procesada por el método de Ziehl- Neelsen, siguiendo el protocolo del INS. Toda muestra de esputo con baciloscopía positiva debe ser conservada refrigerada en el laboratorio para ser remitida al Laboratorio Regional para realizar pruebas de sensibilidad rápidas. El INS es el responsable de organizar, monitorear y evaluar el control de calidad de la baciloscopías de acuerdo a sus disposiciones vigentes.

Todo profesional o técnico que realiza la baciloscopía en laboratorios locales o intermedios, de la práctica pública y

privada, debe estar capacitado de acuerdo a las disposiciones del INS.

✓ **Cultivo de microbacterias:**

Los métodos de cultivo para el aislamiento de micobacterias aceptados en el país son: los cultivos en medios sólidos LOwenstein — Jensen, Ogawa y agar 7H10; los sistemas automatizados en medio líquido MGIT (del inglés Mycobacteria Growth Indicator Tube) y la prueba MODS (del inglés Microscopic Observation Drug Susceptibility), disponibles en los laboratorios de la red de salud pública según nivel de capacidad resolutive.

Las indicaciones para el cultivo de M. tuberculosis son las siguientes:

**Para Diagnóstico:**

- Muestras de SR con baciloscopia negativa y radiografía de tórax anormal.
- Muestras paucibacilares
- Muestras clínicas consideradas valiosas: biopsias, tejidos y fluidos
- (pleural, pericárdico, peritoneal, líquido cefalorraquídeo, orina, otros) de
- casos con sospecha de tuberculosis extra-pulmonar.

**Para control de tratamiento:**

- Muestras de pacientes con persistencia de baciloscopia positiva después del segundo mes de tratamiento con medicamentos de primera línea.
- Muestras mensuales de todos los pacientes en tratamiento por TB resistente a medicamentos (MDR, XDR y otras TB resistencias).

**Para realizar pruebas de sensibilidad indirecta:**

➤ A partir de muestras pulmonares o extra-pulmonares.

**b) Diagnóstico clínico-radiológico de la tuberculosis**

El diagnóstico clínico de la TB pulmonar debe centrarse en el estudio de los pacientes con síntomas respiratorios (tos, expectoración, dolor torácico, disnea) asociados a síntomas generales. Los síntomas de tuberculosis extra-pulmonar dependen del órgano afectado.

Solicitar una radiografía de tórax en todo caso probable de tuberculosis pulmonar y en aquellas personas que están en seguimiento diagnóstico

**c) Diagnóstico de TB extra-pulmonar**

Se basa en las manifestaciones clínicas dependientes del órgano(s) afectado(s) y debe complementarse con exámenes auxiliares de bacteriología, histopatología, inmunología, estudio cito-químico, estudio de imágenes, entre otros.

Realizar el diagnóstico diferencial considerando las enfermedades endémicas según la zona de procedencia del paciente.

En cada muestra de tejido o fluido extrapulmonar, obtenidos a través de cirugía u otros procedimientos, deberá realizarse baciloscopía, cultivo en medios líquidos (MODS, MGIT) o sólidos, prueba de sensibilidad (a partir de cultivos positivos) y según disponibilidad, pruebas moleculares y tipificación.

La muestra obtenida del sitio de infección debe enviarse en suero fisiológico para los estudios bacteriológicos y una segunda muestra en formol al 10%, para los estudios histopatológicos correspondientes.

**d) Diagnóstico de la tuberculosis latente**

El diagnóstico de TB latente es responsabilidad del médico tratante. La prueba de la tuberculina es el método de diagnóstico de tuberculosis latente en personas sin enfermedad activa. Se

considera un resultado positivo si la induración es 10 mm o más para la población en general.

En pacientes con inmunodeficiencias (VIH/SIDA, desnutridos, corticoterapia prolongada, tratamiento antineoplásico, entre otros), este valor es de 5 mm o más.

El profesional de enfermería es responsable de la aplicación y lectura de la prueba de tuberculina, para lo cual debe estar debidamente capacitado. (8)

### **Seguimiento para el diagnóstico**

Cuando existe una fuerte sospecha de TB pulmonar por criterio clínico, radiológico o epidemiológico y la persona tiene sus dos primeras baciloscopias negativas debe aplicarse el criterio de "*Seguimiento para el diagnóstico*". El personal de salud debe solicitar dos muestras más de esputo para baciloscopia y cultivo. Hasta obtener los resultados del cultivo, se solicitará dos baciloscopias cada semana, siempre que el paciente continúe con síntomas respiratorios. Mientras se espera el resultado del cultivo, se debe realizar el diagnóstico diferencial.

### **D) Identificación de Micro bacterias**

Los métodos aceptados en el país para identificar microbacterias son: métodos de inmunocromatografía y pruebas moleculares.

Las indicaciones para la identificación del complejo M. tuberculosis son:

- Resultado de Prueba de Sensibilidad rápida resistente a isoniacida o rifampicina
- Cultivo de microbacteria de una persona con confección TB — VIH

El laboratorio donde se identifiquen cepas que no pertenecen al complejo de M. tuberculosis debe remitir la muestra al INS para su posterior tipificación por pruebas moleculares.



## D.1. Diagnóstico de la resistencia a medicamentos anti-tuberculosis

### D.1.1 Pruebas rápidas para la detección de tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR)

Las pruebas rápidas fenotípicas y moleculares para la detección de TB MDR son:

#### a. Prueba MODS (Microscopic Observation Drug Susceptibility)

Es una prueba fenotípica de tamizaje directa a partir de muestras de esputo con baciloscopía positiva o negativa, indicada antes o durante el tratamiento anti tuberculosis. Diagnostica de manera simultánea tuberculosis y la resistencia a isoniacida y rifampicina.

Es realizada por el INS y los Laboratorios de Referencia Regional validados por el INS. Los resultados se obtienen en promedio entre 7 a 14 días desde el inicio de la prueba.

La prueba está indicada para la detección de resistencia a isoniacida y rifampicina en pacientes con TB pulmonar frotis positivo o negativo.

#### b. Prueba Nitrato Reductasa (Griess)

Es una prueba fenotípica de tamizaje directa que se realiza a partir de muestras de esputo con baciloscopía positiva (una cruz o más). Detecta resistencia a isoniacida y rifampicina. Es realizada en Laboratorios de Referencia validados por el INS. Los resultados se obtienen entre 14 a 28 días desde el inicio de la prueba. La prueba está indicada para la detección de resistencia a isoniacida y rifampicina en pacientes con TB pulmonar frotis positivo.

Debido a la limitación de su indicación; circunscrita a casos con TB pulmonar frotis positivo; los laboratorios que hacen esta prueba deben migrar hacia la prueba molecular de sondas de ADN.

c. Sistema automatizado en medio líquido MGIT (Mycobacterium Growth Indicator Tube)

Es una prueba fenotípica de diagnóstico de tuberculosis y de sensibilidad a medicamentos de primera línea (isoniacida, rifampicina, estreptomycin, etambutol y pirazinamida). El resultado se obtiene entre 4 a 12 días desde que el cultivo es informado como positivo. Es realizada en el INS y en Laboratorios Regionales o Intermedios autorizados por el INS. La prueba está indicada para la detección de TB pulmonar y extrapulmonar a partir de muestras de esputo, aspirados bronquiales, aspirado gástrico, líquidos corporales (excepto sangre y orina), y de tuberculosis resistente a medicamentos de primera línea, en los siguientes casos:

- TB en menores de 15 años.
- TB en trabajadores y estudiantes de salud.
- TB en personas coinfectadas con VIH-SIDA.
- TB en personas con comorbilidad: diabetes, cáncer, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, otros.
- TB en el sistema nervioso central y otras muestras extra pulmonares.

d. Prueba molecular de sondas de ADN

Es una prueba molecular, tanto de manera directa como indirecta, que detecta mutaciones asociadas a la resistencia a isoniacida y rifampicina, a partir de una muestra de esputo con baciloscopia positiva o cultivos de microbacterias positivos, además de identificar el complejo M. tuberculosis. Los resultados están disponibles en 72 horas desde la recepción de la muestra en el laboratorio. Se realiza en el INS y en Laboratorio Regionales e Intermedios de la Red de Laboratorios de Salud Pública autorizados por el INS.

Indicaciones:

- Detección directa de resistencia a isoniacida y rifampicina e identificación del complejo M. tuberculosis en pacientes con TB pulmonar frotis positivo, a partir de una muestra de esputo, antes o durante el tratamiento.
- Detección indirecta de resistencia a isoniacida y rifampicina e
- identificación del complejo M. tuberculosis en pacientes con TB pulmonar o extra-pulmonar a partir de un cultivo positivo.

No se debe usar esta prueba para monitorear la respuesta al tratamiento anti tuberculosis ya que puede detectar ADN de bacilos muertos por un tratamiento efectivo.

La prueba molecular de sondas de ADN para medicamentos de segunda línea está indicada para identificar TB XDR en casos de TB MDR multi-tratados, fracasos a esquemas con medicamentos de segunda línea y en contactos de casos de TB XDR.

D.1.2 Pruebas de sensibilidad convencional a medicamentos de Primera y segunda línea:

Las pruebas de sensibilidad (PS) convencionales a medicamentos anti-tuberculosis de referencia en el país son:

a. Método de las proporciones en agar en placa (APP) para medicamentos de primera y segunda línea.

Esta prueba es realizada por el Laboratorio de Microbacterias del INS a partir de cultivos positivos de microbacterias.

Las indicaciones son:

Paciente con PS rápida o convencional de primera línea que indique resistencia a isoniacida, a rifampicina o a ambos medicamentos (TB MDR) antes o durante el tratamiento.

Paciente con diagnóstico de TB resistente en tratamiento con medicamentos de segunda línea y con inadecuada evolución clínica y bacteriológica (para evaluar amplificación de resistencia).

## D.2. Procedimiento para la detección de tuberculosis resistente por pruebas rápidas

Toda persona con tuberculosis pulmonar debe ser evaluada por pruebas rápidas para detectar la resistencia a isoniacida y rifampicina antes de iniciar el tratamiento:

a. Toda persona con TB pulmonar frotis positivo nuevos y antes tratados (recaídas, abandonos recuperados y fracasos a medicamentos de primera línea), debe ser evaluado por la pruebas moleculares de sondas de ADN, prueba MODS o pruebas convencionales.

b. Toda persona con TB pulmonar frotis negativo debe ser evaluado por la prueba MODS o pruebas convencionales (previo cultivo positivo).

c. Toda persona con PS rápida resistente a isoniacida o rifampicina, debe tener un resultado de PS a medicamentos de primera y segunda línea por métodos convencionales.

El resultado de las pruebas rápidas moleculares debe obtenerse dentro de los 3 días hábiles de recibida la muestra en el laboratorio, a través del sistema NETLAB. Los laboratorios deben garantizar el registro oportuno del resultado de las pruebas de sensibilidad en el sistema NETLAB. Las pruebas rápidas para detectar resistencia a isoniacida y rifampicina no deben realizarse en pacientes que ya tienen el diagnóstico confirmado de TB MDR, salvo indicación del médico consultor. (8)

### 2.2.2 Prevención de la Tuberculosis:

#### Prevención Primaria

#### A) Para evitar la infección por el bacilo de la TB en la población expuesta se debe realizar actividades que permitan:

- a) Información y educación a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre:
  - ✓ Uso de mascarilla durante el periodo de contagio.

Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usados en un depósito adecuado.

- b) Establecimiento de medidas de control de infecciones en los EESS, en instituciones que albergan personas y en el domicilio de la persona afectada con TB.
- c) Promoción de la ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas.

**B) El Ministerio de Salud y las otras instituciones del Sector Salud deben proveer de vacunación con el Bacilo de Calmette - Guerin (BCG) a todos los recién nacidos:**

- ✓ Todo recién nacido en el país debe recibir la vacuna BCG tan pronto cuando sea posible, de acuerdo a las normas vigentes del Ministerio de Salud.
- ✓ Los recién nacidos de madres con VIH deben seguir las disposiciones vigentes sobre la prevención de la transmisión vertical del VIH emitidas por el Ministerio de Salud.

**C) Plan de control de infecciones (PCI)**

Cada red de salud u hospital debe contar con un Plan de Control de

Infecciones (PCI) en Tuberculosis.

El PCI, para los casos de EESS de categoría 1-1 a 1-4, debe ser elaborado por el Comité de Control de Infecciones en Tuberculosis de la Red de Salud. En los EESS categoría 11-1 ó superiores, el PCI debe ser elaborado por el Comité de Control de Infecciones en Tuberculosis del EESS.

Las actividades del PCI deben estar incluidas dentro del Plan Operativo Anual. En hospitales e Institutos Especializados deben

ser parte de las actividades de los Comités de Infecciones Intrahospitalarias.

El Director o jefe del EESS es el responsable de la ejecución, monitoreo y evaluación del PCI. Su implementación compromete a todos los servicios y no solamente a la ES PCT del EESS.

#### **D) Medidas para el control de infecciones en los EESS**

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:

##### ✓ 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.

✓ Medidas de control ambiental

Las medidas de control ambiental son:

- 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.

✓ 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

✓ **Medidas de bioseguridad**

El personal de los laboratorios donde se procesen muestras para el diagnóstico de tuberculosis de los diferentes niveles de atención deberá implementar medidas de contención adecuadas durante la manipulación, conservación y transporte de las muestras biológicas u otro material infeccioso.

El Comité de Control de Infecciones del EESS debe evaluar periódicamente las condiciones de bioseguridad de los laboratorios donde se procesen muestras para el diagnóstico de tuberculosis.

(8)

### 2.2.3 Prevención Secundaria

#### A) Diagnóstico y Tratamiento:

Se deben fortalecer las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de todos los casos de tuberculosis con frotis de esputo positivo.

#### B) Estudio de contactos:

El estudio de contactos se debe realizar en forma activa en todos los casos índices con TB, tanto en formas pulmonares como extra pulmonares, sensibles y resistentes a medicamentos

El estudio de contactos comprende:

a) **Censo:** En la primera entrevista de enfermería se debe censar y registrar todos los contactos del caso índice con TB.

b) **Examen:** Todos los contactos censados deben pasar una evaluación médica para descartar la infección o enfermedad por el *M. tuberculosis*. A los contactos con síntomas respiratorios o con PPD positivo (10 mm) se les debe realizar una radiografía de tórax. El médico tratante decidirá la indicación de tratamiento



Anti-TB, terapia preventiva con isoniacida (TPI) u observación de acuerdo a lo dispuesto en la presente norma técnica.

- c) Control:** Todos los contactos deben ser examinados (evaluación clínica, bacteriológica y radiológica) a lo largo del tratamiento del caso índice. En casos de TB sensible la evaluación se realizará al inicio, al cambio de fase y al término del tratamiento. En casos de TB resistente, la evaluación se realizará al inicio del tratamiento, cada 3 meses y al término del tratamiento.

Las actividades en el marco del censo y estudio de contactos deben estar registradas en la sección "Control de Contactos" de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Primera Línea, así como de la Tarjeta de Control de Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea.

**C) Terapia preventiva con isoniacida (TPI):**

La TPI se debe indicar a personas diagnosticadas de tuberculosis latente, que pertenecen a los grupos de riesgo especificados en la Tabla 2 de la presente Norma Técnica de Salud.

La indicación de la TPI es responsabilidad del médico tratante del EESS y su administración es responsabilidad del personal de enfermería.

Ante la presencia de factores de riesgo, tales como: personas mayores de 35 años, antecedente de alcoholismo crónico, historial de reacciones adversas a isoniacida sean personales o familiares, y potenciales interacciones medicamentosas (warfarina, ketoconazol, hidantoina, entre otros), la indicación de TPI debe ser realizada por el médico consultor.

En las personas de 15 años o más la dosis de isoniacida es de 5 mg/Kg/día (máximo 300 mg al día) y en las personas menores de 15 años la dosis es de 10 mg/Kg/día (máximo 300 mg por día), la

que debe administrarse en una sola toma, de lunes a domingo por 6 meses.

En personas con infección por el VIH la duración de la TPI será de 12 meses y deberá acompañarse de la administración de 50 mg/día de piridoxina.

#### **2.2.4 Prevención Terciaria.**

Es el conjunto de acciones dirigidas a la rehabilitación de las personas afectadas por tuberculosis que presentan complicaciones durante su enfermedad y que provocan secuelas físicas, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de los pacientes. La rehabilitación respiratoria es importante que sea considerada en la atención. Asimismo, la rehabilitación laboral debe ser considerada para que la persona se reinserte a actividades productivas, sin que ello signifique que vuelva a exponerse a los mismos factores de riesgo que lo llevaron a enfermar. (6)

#### **Tratamiento de la Tuberculosis:**

##### **✓ Manejo Integral de la persona diagnóstica de tuberculosis:**

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el EESS durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales (8).

##### **✓ Esquemas de tratamiento para TB**

La administración de los esquemas de tratamiento anti-TB es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado, incluido feriados.

El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de las PS rápidas a isoniacida y rifampicina.

Esquema para TB sensible: 2RHZE / 4R3H3

Esquema para adultos y niños:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis)

Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

En el Perú se aplican Esquemas de Tratamientos Antituberculosos Diferenciados, los cuáles son recomendados por la Organización Mundial de la Salud y cuentan con la aprobación de asesores nacionales e internacionales. Contando con los siguientes medicamentos:

- Rifampicina:

Es bactericida según las concentraciones que alcance en su lugar de acción se absorbe rápidamente, alcanzando los máximos niveles en sangre a las 2-4 horas. Los alimentos afectan tanto la rapidez como la extensión de la absorción. El fármaco se distribuye muy bien en la mayoría de los órganos y tejidos incluyendo los pulmonares, el hígado, el hueso, saliva y los fluidos peritoneal y pleural.

- Etambutol:

Concentraciones séricas máximas se obtienen a las 2-4 horas. El fármaco se distribuye ampliamente por todo el organismo, encontrándose en altas concentraciones en los riñones, los pulmones y la saliva.

- Pirazinamida:

Las concentraciones plasmáticas máximas de su metabolismo principal alcanzan entre las 4 y 8 horas. El fármaco se distribuye ampliamente por todo el organismo y es capaz de atravesar las meninges inflamadas produciendo unos niveles en el líquido cefalorraquídeo suficientes como para destruir al *M. tuberculosis*.

- Isoniazida:

Se absorbe rápidamente, alcanzando los máximos niveles séricos 1-2 horas después. Los alimentos reducen tanto la rapidez como la cuantía de la absorción. La isoniacida se distribuye muy bien en todos los órganos y tejidos. (8)

✓ **Organización y Administración del Tratamiento:**

El licenciado de enfermería de establecimiento de salud responsable de garantizar la correcta del tratamiento antituberculoso. El tratamiento es estrictamente supervisado y. El personal de enfermería se asegurará de que el paciente ingiera los medicamentos en una sola toma al día en todos los servicios de salud.

- Disponer de un ambiente con ventilación natural adecuada para la atención de los pacientes con tuberculosis.
- Contar con los libros de registro y seguimiento de pacientes, tarjetas de control de asistencia y administración de medicamentos.
- Capacitar al personal de salud a su cargo (profesional y técnico) en su correcta administración del tratamiento antituberculoso.
- Garantizar la administración supervisada en boca por el personal de enfermería de los servicios de salud.
- Monitoreo y evaluación del desarrollo de la actividad de tratamiento.
- Establecer normas elementales de higiene en el personal de salud: lavado de manos y uso del mandil
- Disponer de un esquema de tratamiento completo para cada paciente, el mismo que deberá estar en el porta envases, para medicamentos.
- Administrar el tratamiento de acuerdo a la indicación.
- Utilizar la tarjeta se asistencia y administración de medicamentos para registrar los datos del paciente, la bacteriología inicial, el tipo de tuberculosis, el esquema de tratamiento indicando, la asistencia y oportunidad del paciente al tratamiento, los medicamentos administrados, los controles baciloscópicos, el peso, las citas y otros.
- Verificar las dosis a administrar de acuerdo al peso y edad del paciente. (9)

### **2.2.5 Componentes de Gestión en la ESPCT:**

#### **✓ Planificación:**

La Planificación es un proceso fundamental para el inicio de las actividades de un periodo, permite la aplicación ordenada de la estrategia de prevención y control, estableciendo metas de gestión, cronogramas, estimando los recursos necesarios para asegurar el éxito de las intervenciones sanitarias. El documento elaborado a nivel regional es el plan operativo anual (POI) donde se programada las metas y presupuesto de los productos y subproductos del programa presupuestal.

La programación de las metas se realiza en base a las definiciones operacionales de la estrategia presupuestal de TB/VIH:(9)

#### **✓ Organización**

El cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Norma Técnica, es de responsabilidad directa de las autoridades sanitarias según niveles de atención. A fin de garantizar la eficiente operativización y cumplimiento de las normas y procedimientos de la ESN-PCT, se establecen cuatro niveles:(9)

- Nivel conductor-normativo nacional
- Nivel conductor regional
- Nivel Redes y Micro redes de Salud
- Nivel ejecutor-EE.SS.

#### **✓ Coordinación:**

Entendemos por coordinación a la acción de coordinar, de poner a trabajar en conjunto diferentes elementos en pos de obtener un resultado específico para una acción conjunta.

Todo aquel individuo u objeto que cumple el rol de coordinador en una situación determinada, tiene como tarea principal la de planificar, organizar y ordenar las diversas tareas de quienes formarán parte de un proceso con el fin de generar ciertos resultados y, consiguientemente, triunfar en las metas establecidas. La coordinación puede darse de manera voluntaria y planificada, como así también de modo inesperado y espontáneo de acuerdo a cada situación específica. (10)

✓ **Dirección**

La dirección consiste en **orientar las acciones** de una **empresa**, una **organización** o una persona hacia un determinado fin. El director debe fijar metas, tomar decisiones y guiar para logro de sus objetivos (11)

✓ **Control:**

Es el proceso orientado a gerenciar el programa para el logro de los objetivos y resultados; implica impulsar la conducción de la institución hacia determinadas metas a partir de la planificación, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de los productos y resultados del programa (12)

➤ **Monitoreo**

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, necesita recoger y registrar de manera sistemática y continuada datos selectos respecto al desempeño y productos que se deseen alcanzar. Los datos a recoger se predeterminan acorde a la naturaleza de la

Intervención y a los interrogantes que preocupan a los niveles de atención.

**Definición:**

El monitoreo es un instrumento de gestión que está destinado al seguimiento permanente de los procesos de atención y permite verificar el cumplimiento de las actividades programadas de un plan de intervención y/o plan operativo de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis en el nivel nacional, regional y local (12)

➤ **Supervisión:**

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis necesita conocer el desarrollo de las actividades en los diferentes niveles de atención, midiendo indicadores de desempeño. En ese contexto la supervisión se convierte en una actividad fundamental para la gestión en el control de la enfermedad.

Esta permite rápidamente retroalimentar información actualizada, oportuna y consistente, de manera multidireccional a los tomadores de decisiones, que resulta valiosa al momento de orientar la intervención, permitiendo utilizar racionalmente los recursos con un enfoque de costo efectividad. (4)

**Definición:**

La supervisión es la actividad de gestión que permite medir el desempeño de las personas que integran los equipos técnicos de la ESN-PCT en los diferentes niveles de atención.

Al mismo tiempo es un proceso educativo recíproco permanente, regular y planificado que promueve el desarrollo de los conocimientos y la calidad del personal y la

modificación de actitudes, contribuyendo al adecuado funcionamiento de los servicios de salud.

La supervisión es una interacción personal (individual o grupal) a través de la cual se desarrolla un proceso de enseñanza aprendizaje horizontal, con el propósito de generar, transferir y/o fortalecer capacidades orientadas a mejorar el desempeño del personal y la gestión de la ESN-PCT en los diferentes niveles del sistema.

Se realiza mediante la observación, entrevistas, visitas, reuniones técnicas, reunión de grupos e investigación documentada. Para tal fin, deber contarse con una guía de supervisión. (12)

➤ **Evaluación:**

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis necesita medir los resultados y el impacto alcanzado en el control de la enfermedad en los diferentes niveles de atención.

Por tal razón la evaluación es una actividad fundamental para la gestión, del control de la tuberculosis, permitiendo el análisis reflexivo de la situación sanitaria y sus implicancias socio-económicas, con la participación de los equipos técnicos, organizaciones y agencias de cooperación técnica y financiera nacionales y externas, representantes de la sociedad civil, organizaciones de afectados y autoridades sanitarias. Esta permite la toma de decisiones, con un sentido estratégico, orientada al diseño de políticas de salud con alta rentabilidad sanitaria, económica y social en los niveles nacional y regional.



**Definición:**

La evaluación es la actividad de gestión que permite medir los resultados en términos de cumplimiento de las metas y objetivos propuestos. Se realiza mediante el análisis de indicadores previamente establecidos en la etapa de planificación de la ESN-PCT. (12)

**✓ Gestión del Conocimiento (Capacitación):**

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que requiere de personal adecuadamente entrenado en su control, con la finalidad de asegurar calidad de atención y contribuir en la recuperación de las personas afectadas.

Es indispensable actualizar al personal de salud, ya que el conocimiento en el control de la tuberculosis ha presentado notables avances a través de los años, además los escenarios operacionales y epidemiológicos a nivel nacional y regional son cambiantes y heterogéneos, lo que amerita el intercambio de experiencias mediante la capacitación, a fin de proponer estrategias de intervención innovadoras.

**Definición:**

La capacitación es el conjunto de actividades destinadas a lograr que el personal de salud incorpore conocimientos, desarrolle habilidades, destrezas y actitudes a fin de garantizar una atención de calidad a los enfermos con tuberculosis. (8)

**✓ Gestión de la Información:**

La información generada en todos los establecimientos de salud públicos y privados que realizan actividades de prevención y control de la tuberculosis es consolidada por la ESPCT en sus diferentes niveles, se debe realizar el control

de calidad de los datos para obtener una información de calidad y veraz. (8)

✓ **Gestión de suministro de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios:**

Es responsabilidad de la ESPCT programar los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios para el abastecimiento en todos los EE.SS. del ámbito regional. (8)

**2.2.6 NRO DE EE.SS. A NIVEL DE LA DIRESA JUNÍN 2016**

NRO. DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD 2016											
REDES	TOTAL IPRESS	ACTIVOS									
		TOTAL ACTIVOS	SALUD		DESALUD		HOSPITALES				
			I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	II-E	III-1	III-E
TOTAL DRS JUNIN	492	492	270	152	53	11	6	1	1	2	0
CHANCHAMAYO	42	42	32	5	2	2	1	0	0	0	0
JAUJA	71	71	38	23	8	1	1	0	0	0	0
JUNIN	24	24	18	2	3	0	1	0	0	0	0
PICHANAKI	23	23	4	27	4	0	1	0	0	0	0
SAN MARTIN DE PANGO	29	29	9	8	2	0	1	0	0	0	0
SATIPO	83	83	36	36	9	1	1	0	0	0	0
TARMA	55	55	46	3	3	2	0	1	0	0	0
VALLE DELMANTARO	162	162	87	48	22	5	0	0	0	0	0
NO PERTENECE ANINGUNA RED	3	3	0	0	0	0	0	0	1	2	0

Fuente: RENIPRES – Diresa Junín-2016 (13)

### **2.2.6 Teorías de Enfermería:**

#### **TEORÍA DE LA ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA**

Según Frederick Winslow Taylor, la gerencia adquiere nuevas facultades y/o principios; al sustituir el trabajo mecánico y cotidiano por métodos basados en procedimientos científicos, de forma ordenada y disciplinada para obtención de resultados que serán posteriormente medidos. (14)

#### **TEORÍA CLÁSICA**

Según Henri Fayol, refiere que la eficiencia de una empresa y sus trabajadores se mide a través de funciones que cumple cada individuo dentro de la organización relacionadas con los indicadores de la producción de bienes, capital humano e instrumentos que ilustran y miden la producción de una empresa durante un periodo de tiempo.(15)

### **2.3 Definición de Términos:**

#### **a) Gestión:**

Conjunto de operaciones que se realiza para dirigir y administrar un negocio o empresa. "Una Buena Gestión hacen que las empresas funcionen".

#### **b) Gestión de Enfermería**

Es el proceso de planificación, organización, Dirección, Coordinación y control para garantizar el logro de los objetivos y metas en la Estrategia Sanitaria.

**c) Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis:** Es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

## **CAPITULO III**

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de Datos**

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se realizó la recolección de datos del informe operacional de la estrategia de tuberculosis 2014 al 2016.

Así mismo para la obtención de los datos que contiene el presente informe se llevó a cabo las siguientes acciones:

- ✓ Coordinación con el Jefe de la Oficina de Estadística e informática a fin de tener acceso a los informes operacionales.
- ✓ Recolección de datos
- ✓ Procesamiento de datos.
- ✓ Resultados
- ✓ Análisis e interpretación de resultados.

#### **3.2. Experiencia Profesional**

La experiencia como Lic. En enfermería se inició en el año 1992, con el trabajo de SERUMS, en el Centro de Salud de Curahuasi de la DIRESA Apurímac I, donde realice las actividades preventivo promocionales, posteriormente ya nombrada en el año 1994 en el Centro de Salud Cotabambas me desempeñe como coordinadora de la estrategia de Tuberculosis desempeñándome en dicha área hasta el año 1996, luego fui destacada en la misma DIRESA para desempeñarme como parte del equipo técnico de la Estrategia de Tuberculosis nivel Regional hasta el año 1998, luego asumí la coordinación de inmunizaciones hasta el año 2000, y a partir del año 2001 al 2005 asumí la coordinación de la Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable a nivel Regional.

En el año 2006 al 2007 logro mi reasignación en la DIRESA Junín, en la cual me asignaron la coordinación de la Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable y Etapa de vida Niño, posteriormente en el año 2008 al 2013 asumí la responsabilidad de la coordinación de la Estrategia de Metaxénicas y en el año 2014 al 2017 asumo la Coordinación de la Estrategia de Prevención y control de la Tuberculosis, para gerenciar la estrategia en el logro de los objetivos y resultados, que implica impulsar la conducción de la estrategia hacia determinadas metas a partir de la planificación, organización, dirección, coordinación y control de los productos y resultados.

### **3.3. Procesos realizados en el tema del informe**

Durante mi experiencia profesional la teoría Clásica según Henri Fayol contribuyo en diseñar estrategias de intervención para el logro de los objetivos y metas con los recursos disponibles.

A nivel Regional tuve la oportunidad de ejecutar diversas intervenciones identificando situaciones que fortalecían y limitaban el trabajo respecto a la estrategia, hubo muchas experiencias gratificantes, según lo detallo a continuación:

Durante los tres años de experiencia laboral se logró fortalecer la gestión en la estrategia el cual permitió que el personal que labora en la estrategia de tuberculosis del nivel Red y Hospital conozcan los criterios técnicos y procedimientos de las intervenciones sanitarias de prevención y control de la tuberculosis, con el único propósito de lograr las metas y objetivos propuestos que están detallados en la parte de resultados. Los procesos que se fortaleció son:

- **Planificación:** En este proceso se realizó varias reuniones técnicas con el personal de salud de las Redes y Hospital para

La elaboración del Plan Operativo Institucional, en la cual se programó las actividades, metas y recursos, según las definiciones operacionales en cada unidad ejecutora, se hizo el acompañamiento técnico en todo el proceso de la elaboración del plan.

Así mismo se elaboró e implementó el Plan de fortalecimiento de las actividades en la Estrategia Regional de prevención y control de la tuberculosis 2017, que está aprobado bajo Resolución Directoral.

- **Organización:** En la parte de organización, se fortaleció las responsabilidades que debe cumplir el personal de salud en cada nivel de atención, con el único propósito de garantizar la calidad de atención a los pacientes con tuberculosis.
- **Coordinación:** A nivel regional y local se formó el equipo técnico de la estrategia con participación del responsable de la estrategia, médico consultor, promoción, Comunicación, Laboratorio, DEMID, estadística, para que las intervenciones sean integrales y con participación de todo el equipo técnico.
- **Control:** En el proceso de control se fortaleció el monitoreo, supervisión y evaluación en todo nivel de atención.
  - **Monitoreo:** Mensualmente se tiene reuniones descentralizadas con el equipo técnico de la estrategia, para el monitoreo y seguimiento del avance de metas del plan operativo, esto se ha fortalecido del nivel regional a las redes, de las Red a las Micro redes y de las micro redes a los EE.SS. evidenciándose las recomendaciones en el cuaderno de acta.

- Supervisión: Se cuenta con un plan de supervisión, en la cual participa el equipo técnico de la estrategia, para verificar el cumplimiento de los procesos establecidos en la norma técnica, evaluar los nudos críticos en la ejecución de los diversos procesos para recomendar medidas correctivas, esta actividad se ha fortalecido a nivel Regional, Redes y Micro redes.
- Evaluación: en cuanto a la evaluación, trimestralmente se tiene reuniones técnicas para evaluar los indicadores operacionales, epidemiológicos y de cohortes alcanzados en el control de la TB. Esta actividad se realiza del Nivel Regional a las Redes, Nivel redes a las Micro redes y de las Micro redes a los EE.SS. Estas reuniones se concluyen con la elaboración de las conclusiones, y recomendaciones que son emitidas a la jefatura de cada Red para la toma de acciones oportunas.
- **Gestión de conocimiento:** Se programa actividades de capacitación permanentes para fortalecer el desarrollo de competencias del personal de salud en aspectos técnicos gerenciales de la ESPCT y abordaje de las determinantes sociales de la salud. Estas capacitaciones se ha realizado para el personal profesional y técnico en forma descentralizado, estas capacitaciones fueron tanto teóricos como prácticos. Así mismo en las reuniones técnicas mensuales que realizamos para evaluar los casos de resistencias y/o especiales, se aprovecha dar las asistencias técnicas al equipo técnico multidisciplinario participante.
- **Gestión de la información:** La información generada por los todos EE.SS. antes de ser enviados a la estrategia de la DIRESA, se estableció que el responsable de la estrategia de TB, de todos los establecimientos de salud realice el



Control de calidad conjuntamente con el responsable de estadística, para que esta información sea de calidad y veraz para la toma de acciones oportunas.

➤ **Gestión con ONG, y otras Instituciones.**

De acuerdo a la Norma técnica vigente todo paciente con tuberculosis pulmonar frotis positivo debería enviar las muestras de esputo para la prueba de sensibilidad rápida para detectar resistencia a H,R. estas muestras son enviadas al Instituto Nacional de Salud para su procedimiento, lo cual demoraba la respuesta de 1 a 3 meses, actualmente se cuenta con un laboratorio portátil a nivel regional que realiza esas pruebas rápidas, teniendo los resultados de 7 a 15 días, cuyo resultado oportuno permite que el paciente reciba una tratamiento adecuado y oportuno, este laboratorio fue coordinado y gestionado por la Coordinadora de la Estrategia y Jefe de Laboratorio referencial del Nivel regional con la Embajada británica, quienes nos proporcionaron dicho bien.

➤ **Limitaciones:**

- Una de las limitaciones es el cambio, rotación del personal de salud de la estrategia que está perjudicando en la sostenibilidad de las actividades y por ende el cumplimiento de metas.

- La captación de sintomáticos respiratorios en algunas redes recae solo en el personal encargado de la estrategia y no con participación de todo el personal del EE.SS.
- Algunos directivos no dan importancia en la prevención y control de la tuberculosis.

## CAPITULO IV RESULTADOS

### a) Indicadores de proceso logrados del periodo 2014 al 2016:

**CUADRO 4.1**

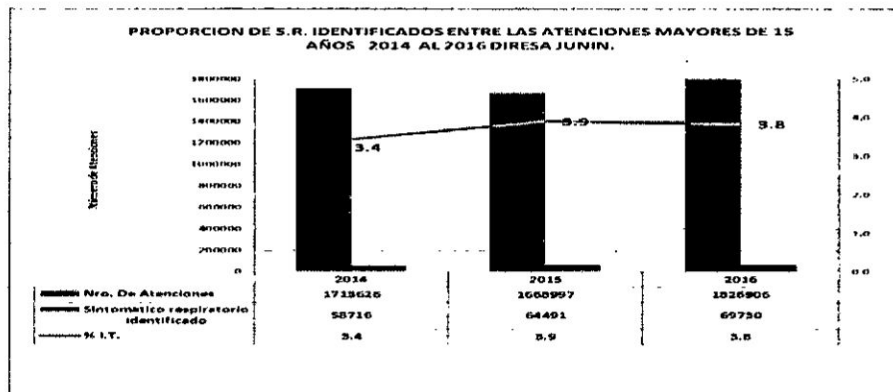
**PROPORCIÓN DE SINTOMÁTICO RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS  
ENTRE LAS ATENCIONES MAYORES DE 15 AÑOS DIRESA JUNIN  
2014-2016**

<b>Proporción de Sintomáticos respiratorios identificados entre las atenciones mayores de 15 años</b>			
<b>Año/Ind.</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Nro. De Atenciones	1713626	1668997	1826906
Sintomático respiratorio	58716	64491	69730
% I.T.	3.4	3.9	3.8

Fuente: Informe operacional de la ESPCT-oficina Estadística 2014-2016

**GRAFICO 4.1**

**PROPORCION DE SINTOMATICO RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS  
ENTRE LAS ATENCIONES MAYORES DE 15 AÑOS DIRESA JUNIN  
2014-2016**



Fuente: Informe operacional de la ESPCT-oficina Estadística 2014-2016

La detección de S.R. se realiza en todos los establecimientos de salud, y la meta es mejorar la identificación del sintomático respiratorio entre las atenciones mayores de 15 años para la captación, diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de TB y así cortar la cadena de transmisión y/o contagio de la enfermedad.

En el cuadro y grafico 4.1 se verifica que para el año 2016 del total de atenciones en mayores de 15 años hubo un incremento del 10% de sintomáticos respiratorios identificados en relación al año 2014, encontrándonos en un 3.9% y 3.8% del indicador trazador respectivamente

**CUADRO 4.2**

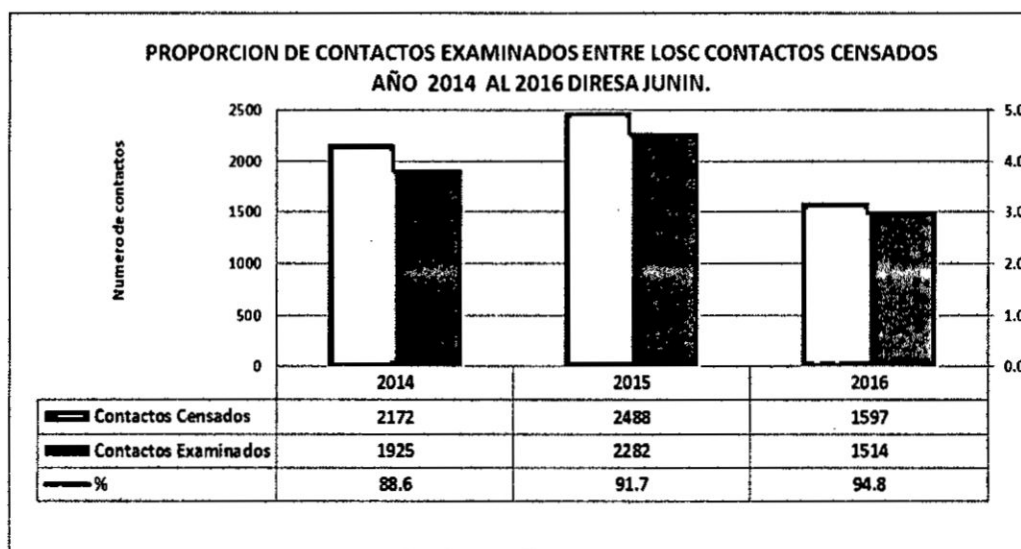
**PROPORCIÓN DE CONTACTOS EXAMINADOS ENTRE LOS CONTACTOS CENSADOS DIRESA JUNIN 2014-2016**

<b>Proporción de Contactos Examinados entre los Contactos Censados</b>			
<b>Año/Ind.</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Contactos Censados	2172	2488	1597
Contactos Examinados	1925	2282	1514
% I.T.	88.6	91.7	94.8

Fuente: Informe operacional de la ESPCT-oficina Estadística

**GRAFICO 4.2**

**PROPORCION DE CONTACTOS EXAMINADOS ENTRE LOS CONTACTOS CENSADOS DIRESA JUNIN 2014 -2016**



Fuente: Informe operacional de la ESPCT-oficina Estadística

El control de contactos tiene como objetivo detectar casos de tuberculosis en este grupo de personas y prevenir el riesgo de enfermar, en esta actividad deben incluirse a los contactos Intradomiciliario y extra domiciliarios. En el cuadro y grafico 4.2 se evidencia que para el año 2016 se ha logrado incrementar un 3 % respectivamente en relación al año 2014, llegando a una cobertura del 94.8% de contactos examinados.

### CUADRO 4.3

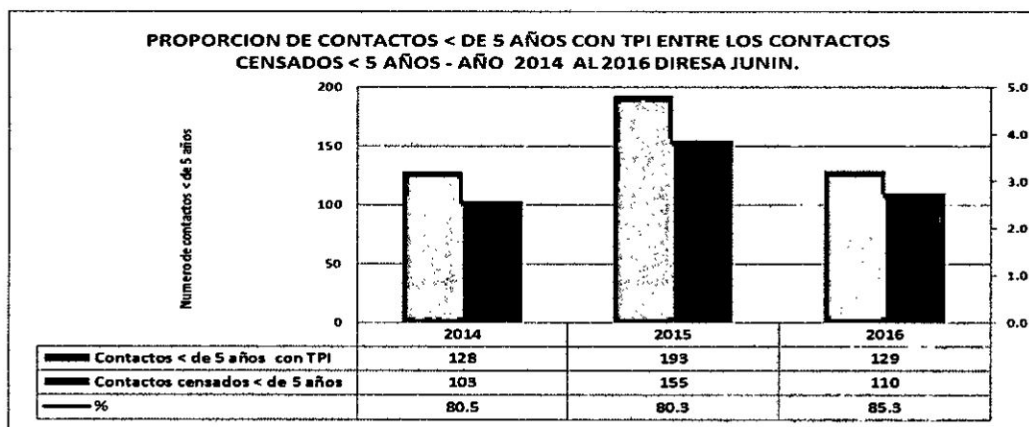
**PROPORCIÓN DE CONTACTOS < DE 5 AÑOS QUE INICIAN TPI ENTRE EL TOTAL DE CONTACTOS CENSADOS < DE 5 AÑOS DIRESA JUNIN 2014-2016**

<b>Proporción de Contactos &lt; de 5 años que inician TPI entre el total de contactos censados &lt; de 5 años</b>			
<b>Año/Ind.</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Contactos < de 5 años con TPI	128	193	129
Contactos Censados < de 5 años	103	155	110

Fuente: Informe operacional de la ESPCT-oficina Estadística

### GRAFICO 4.3

**PROPORCION DE CONTACTOS < DE 5 AÑOS QUE INICIAN TPI ENTRE EL TOTAL DE CONTACTOS CENSADOS < DE 5 AÑOS DIRESA JUNIN 2014-2016**



La administración de terapia preventiva a las personas en riesgo de ser infectadas o de enfermar de tuberculosis, tiene como objetivo específico prevenir la enfermedad, a partir del año 2014 se administra terapia preventiva a todo menor de 5 años contacto de TB pulmonar. Para el años 2016 se tiene 129 contactos menores de 5 años de los cuales 110 que hace un 85.3% reciben TPI.

#### CUADRO 4.4

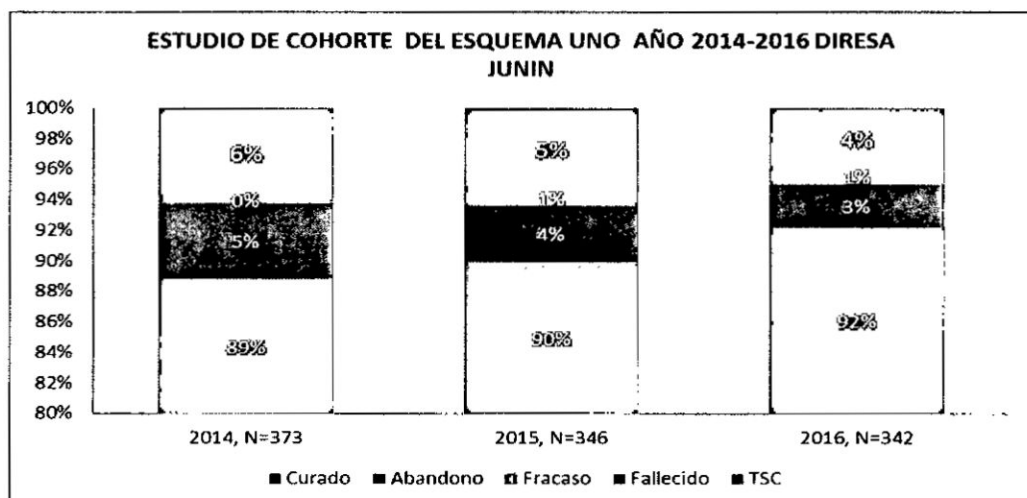
##### ESTUDIO DE COHORTE DEL ESQUEMA UNO DIRESA JUNIN 2014-2016

ESTUDIO DE COHORTE DEL ESQUEMA UNO					
Año/Condición	Curado	Abandono	Fracaso	Fallecido	TSC
2014, N=373	89%	5%	0%	6%	0%
2015, N=346	90%	4%	1%	5%	0%
2016, N=342	92%	3%	1%	4%	0%

Fuente: Informe operacional de la ESPCT-oficina Estadística

#### GRAFICO 4.4

##### ESTUDIO DE COHORTE DEL ESQUEMA UNO DIRESA JUNIN 2014-2016



La evaluación del resultado del tratamiento antituberculoso, para casos de TB sensible en el estudio de cohorte de pacientes egresados en el año 2016, muestra una eficiencia o tasa de éxito al tratamiento de 92%, la tasa de abandono de 3%, fracaso 1% y fallecidos 4%, observándose una disminución de los abandonos y fallecidos e incrementándose la tasa de éxito al tratamiento en relación a los años 2014 y 2015.

#### CUADRO 4.5.

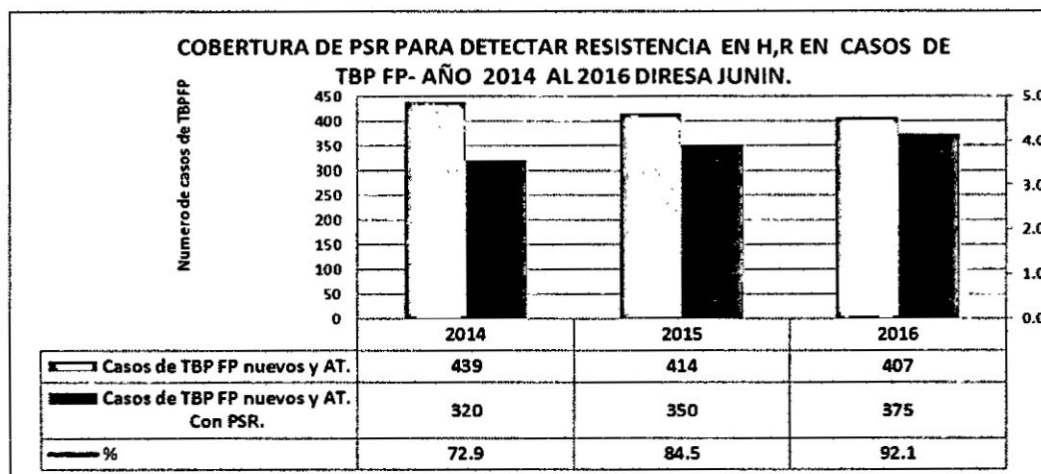
##### COBERTURA DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD RAPIDA PARA DETECTAR RESISTENCIA EN H, R EN LOS CASOS DE TBP FP JUNIN 2014-2016

Cobertura de P.S.R. para detectar resistencia en H,R en los Casos TBP FP			
Año/Ind.	201	201	2016
Casos de TBP FP nuevos y antes tratados	439	414	407
Casos de TBP FP nuevos y AT. Con PSR.	320	350	375
%	72.9	84.5	92.1

Fuente: Laboratorio Referencial - DIRESA Junín.

#### GRAFICO 4.5

##### COBERTURA DE PRUEBA DE SENSIBILIDAD RAPIDA PARA DETECTAR RESISTENCIA EN H, R EN LOS CASOS DE TBP FP JUNIN 2014-2016



b.) Indicadores de resultado o impacto logrados:

**CUADRO 4.6**

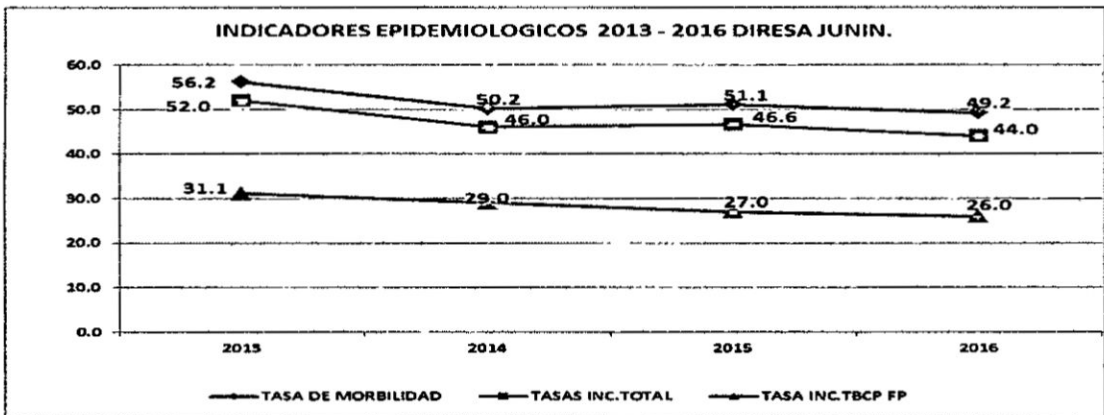
**INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS DIRESA JUNIN 2014-2016**

<b>Indicadores Epidemiologicos 2013-2016</b>				
<b>Año/ TASAS</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
TASA DE MORBILIDAD	56.2	50.2	51.1	49.2
TASAS INC.TOTAL	52.0	46.0	46.6	44.0
TASA INC.TBCP FP	31.1	29.0	27.0	26.0

Fuente : Informe operacional ESPCT- Oficina de Estadística Diresa Junín

**GRAFICO 4.6**

**INDICADORES EPIDEMIOLOGICOS DIRESA JUNIN 2014-2016**



En el año 2011 se han diagnosticado 667 personas enfermas con Tuberculosis en la Región Junín, cifra que representa una tasa de morbilidad para el año 2016 de 49.2 x 100.000 hab. De este total 596 personas enfermas son nunca tratados, que representa una tasa de incidencia de 44 x 100,000 hab. y de ellos 355 corresponde a casos con tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo nunca tratados, los que determinan una tasa de Incidencia para el año 2016 de 26.0 x 100.00 mil habitantes, observándose un ligero descenso en relación a los años anteriores.



## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

- a) La Gestión de enfermería en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis en la DIRESA Junín permite una conducción óptima a nivel regional.
  
- b) Si no fortalecemos la captación, diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de tuberculosis, las tasas de incidencia en tuberculosis se mantendrán altas en nuestra Región.
  
- c) Si al personal de Salud de los EE.SS, no se les da las herramientas necesarias para fortalecer la conducción de la estrategia, no cumplirán con los objetivos y metas programadas.

## **CAPITULO V**

### **RECOMENDACIONES**

- a) Se recomienda que la DIRESA siga fortaleciendo el Sistema de Gestión en el manejo de la tuberculosis, garantizado de esta manera la eficiencia y eficacia en todos los procesos.
  
- b) Seguir fortaleciendo en todos los EE.SS de la Región Junín la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de tuberculosis para disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis.
  
- c) Dado a que la Enfermedad de la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública, es importante que todo personal de salud que labora en las zonas de alto, mediano y bajo riesgo tenga las herramientas necesarias para la conducción de la estrategia con el objetivo de cumplir con la metas programas y por ende disminuir y controlar la enfermedad de la tuberculosis.

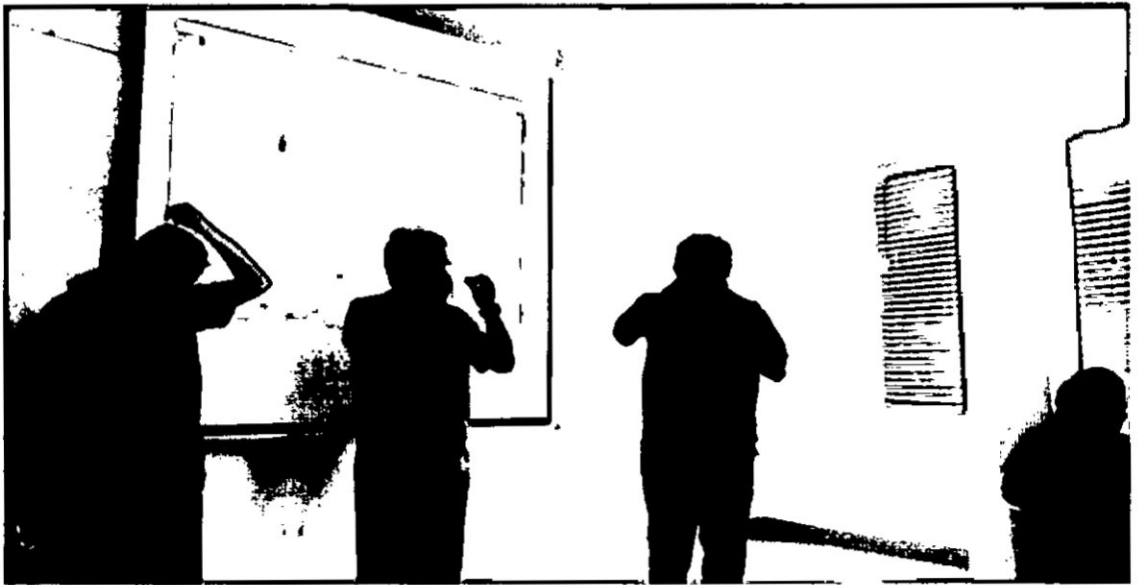
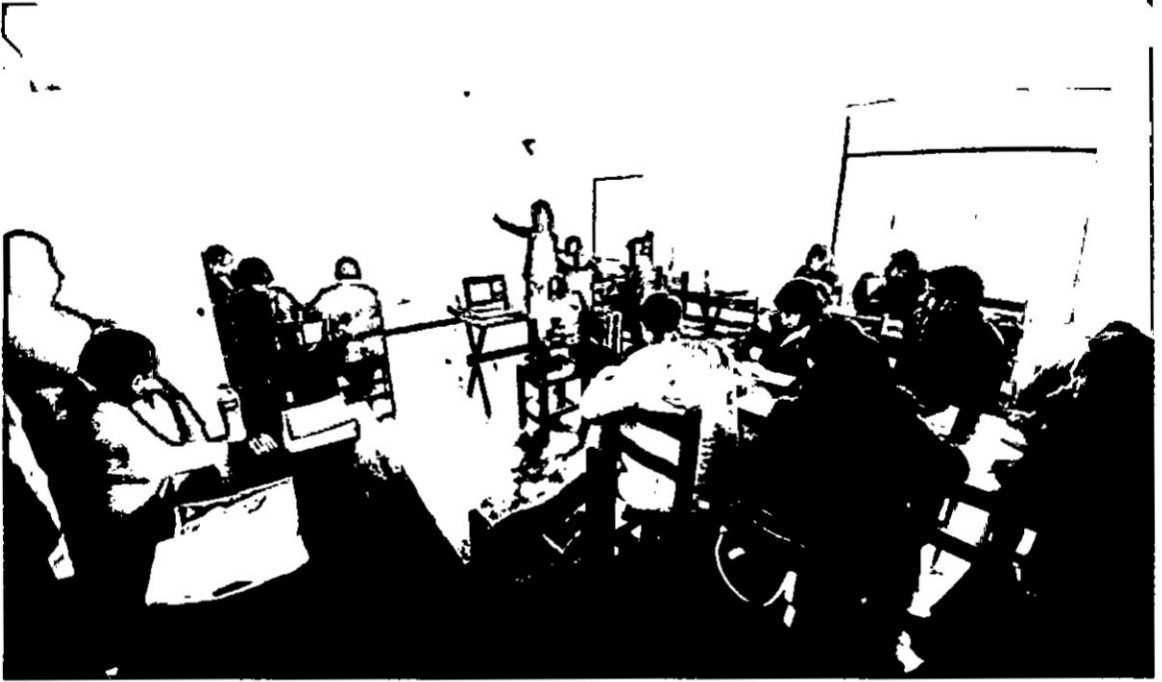
## VII. REFERENCIALES

1. Tuberculosis datos y cifras, Nota descriptiva Nro. 104 – Marzo del 2016. OMS.
2. Informe operacional de la Estrategia de tuberculosis – año 2015, oficina de estadística e informática – Ministerio de Salud.
3. Informe operacional de la Estrategia de tuberculosis – año 2016, oficina de estadística e informática –Diresa Junín.
4. 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.
5. Margarita María Agudelo Gómez, trabajo de investigación para optar al título de Ingeniera Administradora, sistema de gestión administrativa para el manejo de la tuberculosis en Medellín, 2009.
6. Cindy Marianela Larico Cruz, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería, Lima Perú -2009: Conocimientos de las Medidas Preventivas y Actitudes en el Autocuidado de pacientes con Tuberculosis Pulmonar en el Centro de Salud Los Libertadores en Noviembre – Diciembre 2008.
7. Ministerio de Salud, módulo de capacitación, Control de infecciones de Tuberculosis en los EE.SS, Lima 2005.
8. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, MINSA, Diciembre 2013.
9. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2006. BAFFIGO DE PINILLOS, Virginia, "Prevención y Promoción de la Salud en TB, TBMDR y conflictos VIH – TB", Fascículo 1 edición, Lima, Ed. SMC, 2005.

10. <https://www.definicionabc.com/general/coordinacion.php>
11. <http://www.definicion.de/direccion.php>
12. Ministerio de salud, módulo de definiciones operacionales y criterios de programación-Lima 2016.
13. RENIPRES – DIRESA Junín-2016.
14. <https://www.gestiopolis.com/frederick-winslow-taylor-padre-administracion-cientifica/>.
15. <https://www.gestiopolis.com/las-bases-de-la-administracion-segun-henri-fay>

# **ANEXOS**

**EVIDENCIAS:  
CAPACITACIONES:**



**EVALUACIONES:**



**SUPERVISIONES:**



# DOCUMENTOS DE GESTIÓN:

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN  
Dirección Regional de Salud



## Resolución Directoral

N° 177-2016-DIRS/DIREC/DISA

Huancayo, 23 de Setiembre del 2016

Visto: El Memorandum N° 1372-2016-GRJ-DREJ-DG y Reporte N° 03-2016-GRJ-DREJ-DIREP/ESRPCT.

### CONSIDERANDO:

Que, la tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable, sin embargo continúa siendo un problema substancial de salud pública. Para lo cual se están implementando una nueva cultura sanitaria Nacional a través de diversos instrumentos normativos;

Que, mediante Resolución Ministerial Nro. 710-2013/MINSA, se aprueba la Norma Técnica Nro. 104-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis", en tal sentido acorde a la mencionada Norma Técnica, en esta Dirección Regional de Salud Junín se tiene conformado el "Comité Regional de Evaluación de Retratamiento (CREER) de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis", es un órgano de apoyo técnico de la ESRPCT. In misma que se reúnen mensualmente en las diferentes redes y hospitales de salud, lo cual se evidencian en libro de actas;

Que, según disposiciones generales de la Norma Técnica sus funciones del Comité CREER son:

1. Revisar los expedientes de los casos de TB resistente, complicaciones y otros casos referidos por los médicos consultores.
2. Emitir acta de recomendación de manejo médico quirúrgico y la posología de medicamentos de segunda línea.
3. Censurar casos complejos para evaluación por el CNER.
4. Participar de las actividades de asistencia técnica y de evaluación programadas por la ESRPCT, por las Redes y Micro redes.
5. Integrar los equipos de capacitación para el desarrollo de planes de capacitación del personal de salud en el manejo de la TB sensible, TB resistente a medicamentos y sus complicaciones.

Que, el Director Ejecutivo de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud Junín, según Reporte N° 03-2016-GRJ-DREJ-DIREP/ESRPCT de fecha 10 de Setiembre del 2016, refiere: "... de acuerdo a la Norma Técnica de Salud Atención Integral de las Personas afectadas por tuberculosis, se tiene conformado el "Comité Regional de Evaluación de Retratamiento (CREER), que es un órgano de apoyo técnico de la ESRPCT que se reúne mensualmente en las diferentes Redes y Hospitales de Salud, evidenciándose en libro de actas, por tal razón solicito a Usted tenga a bien de emitir a quien corresponden digitalizar el mencionado Comité emitiendo la Resolución Directoral, correspondiente." (sic);

Que, en tal sentido el Director Regional de Salud Junín mediante Memorandum N° 1372-2016-GRJ-DREJ-DG de fecha 23 de Setiembre del 2016, dispone conformar el "Comité Regional de Evaluación de Retratamiento (CREER) de la Estrategia Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis de la DIRECJA JUNÍN", proponiendo a sus miembros integrantes;

En uso de las atribuciones contenidas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2016-GRJUNIN/PR y:

Entiendo a lo informado a la Oficina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos y con la vicerrección del Asesor Jurídico de la Dirección Regional de Salud Junín;

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero:** CONFORMAR el COMITÉ REGIONAL DE EVALUACIÓN DE RETRATAMIENTO (CREER) DE LA ESTRATEGIA REGIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS - DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE JUNÍN, la misma que estará conformada por los profesionales siguientes:

- > Dr. DANIEL HERNAN YUMPO CASTAÑEDA  
Médico Neumólogo Consultor de La ESRPCT Regional
- > Dr. MANUEL ANDRÉS VALENZUELA DEJARANO  
Médico Neumólogo Consultor de la ESRPCT Red Jauja
- > Dr. BRUNO ARAUJO MENDOZA  
Médico Consultor de la ESRPCT Red Tarma
- > Dr. EDGARDO PERCY ARANCIBIA VILCAPOMA  
Médico Consultor de la ESRPCT Red Tarma
- > Dr. GODOFREDO CARO AGUIRRE  
Médico Consultor de la ESRPCT Red de Salud Valle Del Mantaro
- > Dr. JAVIER ANTONIO SANTOS GAVINO  
Médico Pediatra Consultor de la ESRPCT Hospital El Carmen
- > Dr. GUILLERMO PERNAZ LINSUY  
Médico Consultor de la ESRPCT Red Chanchamayo
- > Dr. HECTOR MANUEL ALVAREZ SACIO  
Médico Consultor de la ESRPCT Red Chanchamayo
- > Dr. JAVIER ELADIO CHAVEZ VIZURRAGA  
Médico Neumólogo Consultor de la ESRPCT Red Satipo
- > Dr. EDISON ORDOÑEZ CAMPOSANO  
Médico Consultor de la ESRPCT Red Junín
- > Dr. RAUL MONTALVO OTIVO  
Médico Infectólogo Consultor de la ESRPCT Hospital "DAC"
- > Dr. JORGE ROJAS AIRE  
Médico Neumólogo Consultor de la ESRPCT Hospital "DAC"
- > Dra. ROSA ROBREVILLA RICCI  
Médico Psiquiatra Consultor ESRPCT Hospital "DAC"
- > Dr. ANTONIO TIRADO CARALLERO  
Médico Consultor de la ESRPCT Red Pichanaki



## Resolución Directoral

N° 217 -2017-DRSJ/OEGDRII

Huancayo, 21 de Febrero del 2017



**VISTO:** El Memorándum Nro. 257-2017-GRJ-DRSJ-DG y Reporto N° 001-2017-GRJ-DRSJ-DESP/ESRPT.



**CONSIDERANDO:**

Que, el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea, siendo responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, la tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable, sin embargo continúa siendo un problema substancial de salud pública. Para lo cual se están implementando una nueva cultura sanitaria Nacional a través de diversos instrumentos normativos;



Que, en la Región Junín para el año 2016 se notificaron 685 casos de TB en todas sus formas, de ellos 19 casos de TBMDR, siendo las provincias de riesgo de la tuberculosis Chanchamayo y Satipo;

Que, en este contexto la DIRESA Junín a través de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, ha elaborado un plan que contiene el planteamiento de objetivos, metas e indicadores que permitirán dirigir y gestionar las intervenciones y actividades a ser ejecutadas por las diferentes Unidades Ejecutoras de la Diresa Junín con el fin de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y potenciar las acciones dirigidas a la población para la prevención y control de la Tuberculosis;

Que, en tal sentido el Director Regional de Salud Junín mediante Memorándum Nro. 257-2017-GRJ-DRSJ-DG de fecha 14 de Febrero del presente año, dispone emitir el resolutive aprobando el "PLAN DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PARA EL AÑO 2017", con el objetivo de disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de la tuberculosis sensible y resistente a través de intervenciones que fortalezcan el proceso prestacional y hacer frente a las determinantes sociales de la salud;

Estando a lo expuesto;



En uso de las atribuciones conferidas en la Resolución Ejecutiva Regional N° 003-2017-GR-JUNIN/PR y:

Estando a lo informado a la Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos y con la vicería del Asesor Jurídico de la Dirección Regional de Salud Junín;



**SE RESUELVE:**

**Artículo Primero:** APROBAR el "PLAN DE FORTALECIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES EN LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS PARA EL AÑO 2017", con el objetivo de disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de la tuberculosis sensible y resistente a través de intervenciones que fortalezcan el proceso prestacional y hacer frente a las determinantes sociales de la salud;

**Artículo Segundo:** ENCARGAR a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección Regional de Salud Junín, efectuar la difusión, implementación y aplicación del Plan aprobado en el Artículo primero de la presente resolución;



**Artículo Tercero:** Notificar la presente Resolución a la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas y a las demás instancias administrativas correspondientes para su conocimiento y fines consiguientes.

Regístrese, Comuníquese y Archívese



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Estimado/a Salud 780.



**DIRECCIÓN REGIONAL  
DE SALUD JUNÍN**



---

**DE ACUERDO DE DONACION ENTRE EL GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN A  
TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN DE SALUD JUNÍN, LA EMBAJADA BRITÁNICA  
EN LIMA Y ALCAMILAB LTD PARA LA DONACIÓN DE UN LABORATORIO  
PORTÁTIL PARA EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS**

Acuerdo de donación que celebra el Gobierno Regional de Junín, domiciliado en el Jr. Loreto N° 363 – Huancayo – Junín, representado por el Mg. Angel Dante Unchupaico Canchumani, con DNI N° 20053479, la Embajada Británica en Lima, representada por el Embajador Británico Anwar Choudhury; y Alcamilabs LTD, representada por el Dr. David Moore.

**I. ANTECEDENTES**

El Gobierno Regional de Junín a través de la Dirección de Salud Junín (DIRESA Junin) es un ente rector de la salud de la región Junín que mediante sus establecimientos de salud está desarrollando diferentes actividades en conformidad con los lineamientos de política del sector, así mismo tiene la facultad de suscribir acuerdos y convenios y acuerdos de entendimiento con Instituciones públicas y privadas, orientadas a resolver problemas de salud.

Este laboratorio portátil de diagnóstico de tuberculosis forma parte del Proyecto "Improve Tuberculosis Control in rural areas of Perú via mobile laboratories", el cual es financiado por el Fondo de Prosperidad del Reino Unido, administrado por la Embajada Británica en Lima. El proyecto es implementado por la empresa británica Alcamilabs LTD, que ha diseñado y construido el laboratorio.

**II. ACUERDOS**

1. Alcamilabs LTD, a través del proyecto Improve Tuberculosis Control in rural areas of Perú via mobile laboratories\*, financiado por la Embajada Británica, dona un laboratorio de tuberculosis portátil valorizado en USD 70,000 dólares (setenta y mil dólares americanos con 00/100) al Gobierno Regional de Junín, para ser usado y administrado por la Dirección Regional de Salud Junín.
2. El Gobierno Regional y la DIRESA Junín, aceptan el equipo donado y se compromete en utilizarlo exclusivamente para el diagnóstico de la

Jr. Julio C. Tello N° 488 - El Tambo  
Central telefónica: (064)481270  
web: [www.diresajunin.gob.pe](http://www.diresajunin.gob.pe)  
Facebook: Dirección Regional de Salud Junín





DIRESA JUNÍN

## DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN



tuberculosis en la región, cumpliendo con los protocolos de seguridad y estándares de calidad establecidos en la regulación peruana para la realización de los análisis para el diagnóstico de la tuberculosis.

3. El Gobierno Regional y la DIRESA Junín se comprometen en brindar el debido cuidado al laboratorio portátil, seguridad, mantenimiento técnico, soporte y reparación de los mismos en caso de daño.
4. Alcamilabs LTD y la Embajada Británica en Lima no asumirán ninguna responsabilidad ante posibles casos de lesiones a terceros ocasionadas por el uso inadecuado del laboratorio portátil.
5. Alcamilabs entregará al El Gobierno Regional y la DIRESA Junín el laboratorio portátil, materia de este contrato acuerdo, en el momento en que se firma el presente documento.
6. El Gobierno Regional y la DIRESA Junín se comprometen a que una vez recibido el laboratorio portátil provisto bajo este Convenio de Donación, la DIRESA realizará las gestiones para registrarlos como patrimonio de la Institución.
7. Los participantes de este Convenio Acuerdo de Donación expresan que en la celebración del presente no existe dolo, mala fe, violencia, error o cualquier otro vicio de la voluntad que pudiera invalidarlo.

Firmado tanto en inglés como en español en la ciudad de Huancayo el día 16 de enero del 2017.

MG ANGEL D. JUNCHUPAICO  
CANCHUMANI  
GOBERNADOR REGIONAL DE JUNÍN

DR. DAVID MOORE  
ALCAMILABS LTD.

ANWAR CHOUDHURY  
EMBAJADOR BRITÁNICO EN LIMA

Jr. Julio C. Tello N° 488 - El Tambo  
Central telefónica: (064)481270  
Web: [www.diresajunin.gob.pe](http://www.diresajunin.gob.pe)  
Facebook: Dirección Regional de Salud Junín