

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA SANITARIA
DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS-DIRECCIÓN
REGIONAL DE SALUD – PIURA, 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

RAQUEL CLEMENCIA GUARDIA ZUÑIGA

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTA
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO SECRETARIO
- DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 267

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 22/04/2018

Resolución Decanato N° 969 -2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	16
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	21
IV. RESULTADOS	27
V. CONCLUSIONES	33
VI. RECOMENDACIONES	34
VII. REFERENCIALES	35
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa. Se transmite de una persona a otra a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis. (1).

El presente informe de experiencia profesional titulado “Intervención de enfermería en la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la tuberculosis - Dirección Regional de Salud- Piura, 2015- 2017”, tiene por finalidad dar a conocer el desempeño laboral como coordinadora regional, con el propósito de brindar información sobre mis experiencias en el cargo que se me asigna y que vengo desempeñándome hasta la fecha contribuyendo con propuestas de mejora en el control de la tuberculosis, ya que es un problema de salud pública.

En el cargo asignado es necesario tener capacidad de gestión para el abordaje integral del problema e impulsar los servicios de salud pública hacia el control de la tuberculosis, desde el diagnóstico y planteamiento de políticas públicas aun sabiendo que está asociada frecuentemente con la pobreza, planteando intervenciones integrales en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, estableciendo redes de apoyo con integración educativa, social, técnica y política, que permita plantear nuevas estrategias a implementar.

El CAPÍTULO I.- comprende el planteamiento del problema, desde la descripción de situación problemática, Objetivos, hasta Justificación. CAPÍTULO II.- comprende Marco teórico, antecedentes, marco conceptual, definición de términos. CAPÍTULO III.- considera la experiencia profesional con énfasis en la recolección de datos, experiencia profesional y procesos realizados. CAPÍTULO IV.- Resultados CAPÍTULO V.- Conclusiones. CAPÍTULO VI. - Recomendaciones. CAPÍTULO VII.- Referencias bibliográficas.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

De acuerdo con reportes de la Organización Mundial de la Salud, la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. (1)

La situación de la tuberculosis en las Américas según la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el último reporte del año 2016, la tuberculosis junto con el VIH Sida, son las principales causas de muerte entre las enfermedades infecciosas en el mundo. Cada año mueren aproximadamente 1,4 millones de personas por esta enfermedad (2)

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública que afecta a las comunidades más vulnerables, en este caso los más pobres, según afirma la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2)

Las Naciones Unidas adoptaron en 2015 los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030; una de sus metas es poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis (TB). En la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Fin a la Tuberculosis, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2014, se pide una reducción del 90% de las muertes por TB y una reducción del 80% en su tasa de incidencia para el año 2030, en comparación con 2015. (3)

La tuberculosis (TB) es un grave problema de salud pública en la región de las Américas, se estiman aproximadamente 270,000 casos y 23,000 muertos cada año por esta enfermedad. La TB afecta preponderantemente a las poblaciones más vulnerables, entre las que se cuentan las personas con bajos recursos económicos, las minorías étnicas, los migrantes y algunos individuos con otras condiciones de salud como los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), las personas con diabetes, personas con adicción a drogas o alcohol y con trastornos mentales (4)

En relación con los países del mundo el 93% de la brecha total de 49774 casos corresponde a 12 países, siendo Perú el segundo lugar después de Brasil, de los casos notificados en los países de las Américas la tasa de incidencia es 22.1 x 100,000 de 218,700 enfermos con una brecha de notificación de 49,774 casos (5)

En el Perú continúa siendo un problema de salud pública, que se ha declarado emergencia la tuberculosis, siendo Lima y Callao considerados como alto riesgo, por tener más del 80% de casos en relación con las demás regiones del país

En la Dirección Regional de Salud durante el año 2017 se ha tratado 451 casos y el 2016 se ha tratado 388 casos de tuberculosis, inferior al año 2015 que concluyó con 488 casos de tuberculosis en todas sus formas. Hecho que se logró con el esfuerzo del personal de salud comprometido en cortar la cadena epidemiológica en Piura, y minimizar el riesgo de infección en las enfermeras quienes realizan la detección de sintomáticos respiratorios mediante la búsqueda permanente y sistemática de personas que presentan tos y expectoración por 15 días a más y administran el tratamiento directamente observado en boca para garantizar la curación de personas afectadas de tuberculosis.(Fuente: Oficina de Estadística e

Informática y Telecomunicaciones- Dirección Regional de Salud Piura, 2015-2016-2017).(6)

1.2 Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la tuberculosis en la Dirección Regional de Salud-Piura, 2015-2017.

1.3 Justificación

El presente informe representa una oportunidad para develar las experiencias en mi intervención de enfermería como coordinadora de la Estrategia Sanitaria de prevención y control de la Tuberculosis, ante mis pares, y conozcan y tengan en cuenta las fortalezas y debilidades que he tenido en el devenir de los años, y mi aporte para lograr controlar la tuberculosis, hechos que me permiten continuar en el cargo, ya que mis directores valoran mi intervención de enfermería.

Los resultados de mi intervención como enfermera servirán de reflexión y análisis a las enfermeras que laboren en la dependencia de la Dirección Regional de Salud Piura, tal vez para proponer mejoras en la gestión y contribuir con bases para establecer estrategias de trabajo en el cargo que se nos asigna.

También servirá de punto de partida para otros informes de experiencia laboral sobre intervención de enfermería en daños transmisibles como problema de salud pública.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A. Internacionales

MOLINA-SALAS Yolanda, LOMAS-CAMPOS María de las Mercedes, ROMERA-GUIRADO Francisco José, ROMERA-GUIRADO María Jesús. "Influencia del fenómeno migratorio sobre la tuberculosis en una zona semiurbana". 2014. Cuyo objetivo es describir las características epidemiológicas de la tuberculosis y analizar las diferencias existentes entre pacientes autóctonos e inmigrantes en el Área III de Salud de la Región de Murcia, España. Estudio de cohortes retrospectivo de casos de tuberculosis del Servicio de Vigilancia Epidemiológica 2004-2009. Los 62 casos, y 110 (67,9%) eran inmigrantes, con tasas de incidencia de 43,4 a 101,2 x 100,000 habitantes. procedencia de Ecuador (42,7%), Bolivia (30%) y Marruecos (18,2%). Inmigrante fue más joven que españoles ($p < 0,001$). Los marroquíes con mayor proporción de tuberculosis extrapulmonares ($p = 0,02$). Mayoría de inmigrantes tuvo tratamiento con 4 fármacos ($p < 0,001$). Población autóctona tuvo mejor adherencia al tratamiento ($p = 0,04$), la enfermedad se asoció al tabaquismo ($p < 0,001$), al alcoholismo ($p = 0,01$) y al uso de drogas parenterales ($p < 0,001$), en el inmigrante el factor de riesgo fue el hacinamiento ($p < 0,001$). Conclusión: Las tasas de incidencia de tuberculosis son muy elevadas en población inmigrante. El principal factor de riesgo medible en este colectivo es el hacinamiento, mientras que en la población española se asocia al consumo de sustancias tóxicas y a una mayor edad. (7)

BENAVIDES G., FERNANDO, "Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral", 2017, cuyo objetivo de este trabajo es definir el papel singular de la salud laboral, como parte de la salud pública, en la sostenibilidad del Estado del bienestar, especialmente en el actual contexto de crisis. Las intervenciones de salud laboral se llevan a cabo por tres instituciones, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud. Los resultados de la actividad conjunta de estas instituciones de salud laboral han sido globalmente positivos en España respecto a las lesiones por accidentes de trabajo. Desde el año 2000, tres años después de la entrada en vigor efectiva de la transposición de la Directiva Marco de Seguridad y Salud en el Trabajo (1995), y su Reglamento en 1997, la incidencia de lesiones ha venido descendiendo de manera continuada, tanto durante el periodo de crecimiento económico como una vez iniciada la recesión en 2007, para las lesiones mortales y no mortales, en todas las ocupaciones y actividades económicas, en todas las comunidades autónomas. Una clave de este éxito, como muestran otras experiencias internacionales, es la existencia de mecanismos de vigilancia y control de las actividades preventivas en las empresas, principalmente a través de la inspección de trabajo desde la Administración laboral. Concluye que, la coordinación y la participación son los pilares sobre los que se asienta una práctica de la salud laboral que ayude a la sostenibilidad del Estado del bienestar. (8).

B. Nacionales

HUAPAYA PIZARRO, Cleopatra. "Vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario". Lima, 2016. Cuyo objetivo fue: describir las vivencias de las enfermeras

afectadas por tuberculosis, analizar las vivencias de las enfermeras y discutir las implicancias de sus vivencias en las políticas de tuberculosis como enfermedad ocupacional. El tipo de estudio fue cualitativo con enfoque del método Historia de Vida, empleándose como técnica de recolección de datos la entrevista abierta y a profundidad a 08 enfermeras a través de la técnica de saturación. Resultados: desde las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario se identifican tres categorías: 1) Vivenciando la falta de condiciones adecuadas para trabajar 2) Sintiendo rechazo, vergüenza, temor y aislamiento 3) Vivenciando ser paciente de TB y ser enfermera después de la TB. Consideraciones finales: La prevención de la transmisión de TB en el ámbito hospitalario es un tema delicado y difícil de abordar. Para promover un ambiente de trabajo saludable se requiere la voluntad política y capacidad de gestión, así como conocimientos científicos, actitudes y buenas prácticas de todos los involucrados. Es de alta prioridad la implementación del Plan de Control de Infecciones por TB en cada Establecimiento de Salud, así como los procesos y procedimientos específicos para la atención de la enfermera afectada por TB. (9)

DOMÍNGUEZ CARREÑO, Evelin, GONZALES PRECIADO, Leydi Rocío Tesis "conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al Centro de Salud Gerardo Gonzales Villegas – Tumbes", 2016. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes. El diseño de estudio fue no experimental de corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 20 pacientes. Se empleó un cuestionario de 20 preguntas donde: 04 fueron sobre características sociodemográficas y 16 para recolectar los datos de

conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y otro cuestionario de 20 preguntas con escala tipo Likert, con 5 alternativas de respuesta para medir la actitud hacia el tratamiento del paciente. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 22 para su reporte. Resultados: 12 (60%) de los pacientes muestran nivel de conocimiento alto, el 7 (35%) nivel de conocimiento medio y 1 (5%) nivel de conocimiento bajo. En cuanto a la actitud hacia el tratamiento 12 (60%) muestran una actitud de aceptación y 2 (10%) de indiferencia. Conclusión: que si existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento de tuberculosis pulmonar y la actitud hacia el tratamiento de los pacientes. (10)

GALLARDO RUBIO, Washington David. "Factores Asociados a infección tuberculosa latente entre estudiantes de medicina de pregrado de una universidad pública en Perú", 2017. Con el objetivo de determinar si el género, lugar de residencia, exposición extra clínica, contacto con un caso de tuberculosis, año de estudios y la vacunación con BCG constituyen factores asociados a la infección tuberculosa latente entre estudiantes de pregrado de medicina. Materiales y métodos: Análisis transversal de datos de la población de estudiantes de medicina. Se aplicó la prueba de Chi Cuadrado (X^2) y el Test de Fisher para variables categóricas. Resultados: 271 alumnos fueron estudiados, de ellos 104 (38,38%) hombres. Se encontró asociación significativa en la condición presencia de cicatriz de BCG entre los que resultaron PPD positivo y negativo ($p < 0.05$); las demás condiciones como edad, género, lugar de residencia, exposición extra clínica, contacto con un caso de tuberculosis, año de estudios y vacunación con BCG no tuvieron asociación significativa; en el modelo multivariado se corroboró la significancia estadística para la presencia de cicatriz (odds ratio (OR): 4,79);

intervalo de confianza (IC) 95%: 1.82-12.65. Conclusión: Existe una asociación estadísticamente significativa a favor de presencia de cicatriz BCG para tuberculosis latente. Es necesario seguir profundizando en posibles escenarios la implementación de pruebas como la tuberculina como tamizaje de tuberculosis latente. (11).

2.2 Marco Conceptual

Tuberculosis

La tuberculosis es enfermedad infecciosa causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*) que por las características patogénicas, el órgano principalmente afectado es el pulmón. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir. (12)

La tuberculosis se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta n que una persona inhale unos pocos bacilos queda infectada. (12).

Los síntomas comunes de la tuberculosis pulmonar activa son tos productiva (a veces con sangre en el esputo), dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos. Son muchos los países que siguen dependiendo para diagnosticar la tuberculosis de la baciloscopia de esputo, una prueba que viene utilizándose desde hace mucho tiempo. Este método consiste en el examen microscópico de muestras de esputo por técnicos de laboratorio para detectar la presencia de la bacteria de la tuberculosis. Sin embargo, la microscopía solo detecta la mitad de los casos de tuberculosis y es incapaz de determinar si hay farmacorresistencia. (12)

El examen de esputo sigue siendo el pilar fundamental en el diagnóstico de la tuberculosis. El diagnóstico tardío de personas afectadas por tuberculosis incrementa la carga bacilar y aumenta el periodo de transmisión, además se asocia a mayor morbilidad y mortalidad. Por lo cual el diagnóstico temprano, incluye en cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis en la comunidad y, es un factor de protección para el resto de la población expuesta. (12)

Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo. Sin no se proporciona un tratamiento adecuado, morirán sobre el 45% de las personas VIH-negativas con tuberculosis y la práctica totalidad de las personas con coinfección tuberculosis/VIH. (12)

Según la Norma Técnica de Tuberculosis del Perú, la Tuberculosis resistente a medicamentos (TB DR) se clasifica de la siguiente manera: TB resistente a isoniácida (H), si la resistencia es a isoniácida, y no a rifampicina; TB resistente a rifampicina (R), si la resistencia es a rifampicina, y no isoniácida; TB Multidrogorresistente (TB MDR), si la resistencia es a H y R, y TB extensamente resistente (TB XDR), si además de H y R, es resistente a una fluoroquinolona y a un inyectable de segunda línea (13)

Las personas afectadas por TB en el Perú son diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país: el 73% se atienden en el MINSA, el 19% en la Seguridad Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. La atención privada de la TB es limitada, dada la prohibición de la venta libre de medicamentos anti-TB en el Perú. Los pacientes diagnosticados en el sector privado son

atendidos en coordinación con EsSalud y el MINSA, tanto las formas sensibles como las resistentes de Tuberculosis (14)

Como respuesta global a la epidemia de TB, la OMS ha elaborado la estrategia "Fin de la Tuberculosis" sus metas al 2035, respecto al año 2015, son: i) reducir en un 95% de muertes por TB; ii) reducir la tasa de incidencia de TB en un 90% (lograr una tasa < 10 casos por cada 100 mil habitantes), y iii) lograr cero familias afectadas por costos catastróficos por TB (se refiere al pago directo por el usuario de gastos médicos y no médicos y costos indirectos que excedan un umbral dado de la renta del hogar, por ejemplo, el 20%) (15)

Los tres pilares para el logro de las metas de la estrategia "Fin de la Tuberculosis", son: Pilar 1: Prevención y atención integral de la TB centrada en el paciente; Pilar 2: Políticas audaces y sistemas de soporte, y Pilar 3: Investigación e innovación intensificada (16)

2.2.1 Políticas públicas: son un factor común de la política y de las decisiones del gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda de establecer o bloquear políticas públicas sobre determinados temas, o de influir en ellas. Parte fundamental del quehacer del gobierno es diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas (17).

Partidos, grupos sociales y personas deben interiorizarse en políticas públicas, estén en el gobierno o en la oposición. Primero la función, después el organigrama y sólo hasta que cambie la función; en un gobierno con entradas y salidas. (17)

“Reducir las inequidades en salud debe estar en el centro del desarrollo de cualquier política. Esto requiere reorientar los servicios de salud para asegurar la cobertura universal de salud y acceso universal a la atención. También importante es fortalecer el papel del

sector salud en construir alianzas con otros sectores para implementar políticas e intervenciones que involucren a todo el gobierno", afirmó Carissa F. Etienne, Directora de la OPS/OMS. (18).

2.2.2 Intervención de Enfermería en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis: está amparada en la "Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú" Ley N° 30287, que declara de interés nacional la lucha contra la Tuberculosis y sintetiza la obligación y la decisión política del Estado Peruano para abordar, multisectorialmente, a la tuberculosis y sus determinantes sociales y siendo de cumplimiento en todas las regiones del Perú, contar con un coordinador (a) (13) (19) (20)

En los últimos años, la Estrategia Sanitaria Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESRPCT) de la Dirección Regional de Salud Piura, cuenta con una coordinadora enfermera quien mediante su intervención ha obtenido avances significativos en el control de este daño; sin embargo, aún persisten desafíos que deben ser abordados para lograr que el control de la TB sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno.

2.2.3 Intervención de enfermería según el Modelo de Imogene King

La teoría de King se define como las experiencias vitales de un ser humano, que implica un ajuste continuo a los elementos de estrés en el entorno interior y exterior mediante uso óptimo de recursos de uno mismo y lograr la capacidad máxima para el día a día. (21).

Genera conocimientos que facilitan mejorar la práctica y organiza la información en sistemas lógicos.

Descubre el fundamento para la recogida de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los clientes, los cuales son esenciales para que la decisión y su cumplimiento sean efectivos.

Aporta una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de enfermería. (21)

Guía la investigación en la enfermería para ampliar los conocimientos de ella. (21)

Su teoría se relaciona con mi trabajo porque me permite definir mis experiencias laborales teniendo en cuenta el entorno interior y exterior mediante el uso óptimo de los recursos de mí misma, para logro de mis objetivos con un sistema de ideas, actitudes, valores y compromisos, considerado mi yo como el centro distintivo de experiencias. También guarda relación con el proceso de información, la cual transmito directamente a través de las capacitaciones o indirectas a través de la comunicación virtual, ya que interactúo con mi entorno de enfermería.

También permite lograr mi meta como enfermera en todas las intervenciones que realizo en mi nivel para que las personas afectadas de tuberculosis en su interrelación con la enfermera del establecimiento de salud puedan conducir a la reacción- interacción y negociación para lograr los objetivos, que se centra en el éxito de su curación de tuberculosis logrando la recuperación de su salud.

a) Metaparadigmas

Como persona: Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo.

Correcto autoconocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud.

Sistema con subsistemas: personal, interpersonal y social. (22).

Salud: La describe como un ciclo dinámico del ciclo vital. La enfermedad se considera como interferencia en la continuidad del ciclo de vida. Implica continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, usando los medios personales para conseguir una vida cotidiana óptima. Es entendida, como la capacidad para funcionar en los roles sociales. (22)

Entorno: No lo define explícito, aunque usa términos ambiente interno y externo, en su enfoque de los sistemas abiertos. (22)

b) Postulados:

Enfermería: es ver la relación observable entre enfermera/cliente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado. Proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de enfermera y cliente influyen en la relación. (22)

c) Aplicación a la práctica:

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social.

Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros.

Anima a la enfermera y al cliente a compartir información sobre sus percepciones (si las percepciones son acertadas, se alcanzarán las metas, se alcanzará un crecimiento y desarrollo, así como resultados de los cuidados de enfermería efectivos; Además, se producirá una transacción, si la enfermera y el cliente perciben expectativas de rol congruentes y las llevan a cabo, mientras que se producirá estrés si resulta un rol conflictivo). (22)

2.3 Definición de Términos

- **Las Intervenciones (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.
- **N.I.C. (Nursing Interventions Classification)**
- **C.I.E. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)**
- **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". (23).

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 de este o de un grupo de pacientes. (23)

- **Prevención:** son medidas de intervención y acción encaminadas a disminuir la transmisión nosocomial de la tuberculosis, por ser una enfermedad infecto contagiosa. (24)

Las medidas de control deben aplicarse a todos los pacientes en que se sospeche una tuberculosis laríngea o pulmonar, sin olvidar nunca las medidas de precaución estándar que forman parte sistemáticamente de la atención a todos los pacientes (24)

- **Prevención y Atención integradas y centradas en el paciente:**
 - 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 farmacorresistente, y apoyo a los pacientes.
 - Actividades de colaboración en relación con la tuberculosis y el VIH, y tratamiento de la comorbilidad.
 - Tratamiento preventivo o Profilaxis para las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis. (25)

- **Tuberculosis (TB)** es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible, curable y con un importante componente social (26)

Se transmite de una persona a otra a través de gotitas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa (26).

- **Dirección Regional de Salud (DIRESA)**

Es un ente del sector salud, que promueve y ejecuta acciones integrales para la salud de la persona, la familia y la comunidad, cumpliendo los objetivos y políticas nacionales y regionales de salud,

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para realizar el informe de experiencia laboral profesional, la recolección de datos se hizo a través de la técnica de revisión documentaria, tales como, Informes operacionales trimestrales, semestrales y anuales, informes de estudio de cohortes semestrales y anuales. Padrones nominales, SIGTB, informes de gestión anuales de los cuales se obtuvieron datos que contiene este Informe, Se solicitó autorización al director inmediato, para hacer uso de los instrumentos de registro e información antes mencionados que se usaron para la recolección, procesamiento de datos, resultados de análisis e interpretación de información sobre Tuberculosis regional.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Tengo 34 años de servicios laborando en establecimientos de salud de la dependencia de la Dirección Regional de Salud Piura, según

Cuadro N° 1 Lugares de trabajo

N°	Establecimiento de Salud	Condición	Fechas	Años
1	E.S. Querecotillo	Contrato	1983-1984	1
2	E.S. Sechura	Nombrada	1984-1988	4
3	E.S. Consuelo de Velasco	Nombrada	1988-1992	4
4	E.S. Santa Rosa	Nombrada	1992-2001	9
5	DIRESA Piura	Nombrada	2001- cont.	16
	Total			34

Cabe resaltar en cada establecimiento que laboré cuento con Resolución directoral de concurso de contrato, concurso de nombramiento y concursos internos.

Me desempeñé 16 años como coordinadora regional de la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la tuberculosis, cargo con Resolución Directoral que se me asigna hasta la fecha en la Dirección Regional de Salud Piura.

- Descripción del Área Laboral

La Dirección Regional de Salud (DIRESA), direcciona los servicios públicos, privados y otros sectores sociales en un ambiente saludable, con personal de salud como agentes de cambio en constante superación, contribuyendo el desarrollo sostenible de la región. Cuenta con 03 subregiones de salud.

Cuenta con 389 establecimientos de salud (ver anexo N° 01) con 04 hospitales nivel II-2 y nivel II-1.

Cuenta con un organigrama estructural (ver anexo N° 02).

Me corresponde realizar coordinaciones permanentes con las Direcciones de línea que menciono a continuación:

1	4300207	Dirección Ejecutiva de Intervención Sanitaria Integral
2	4300208	Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios de Salud
3	4300209	Dirección Ejecutiva de Educación y Organización Comunitaria
4	4300210	Dirección Ejecutiva de Regulación y Fiscalización Sanitaria
5	4300211	Dirección Ejecutiva de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
6	4300212	Dirección de Laboratorio de Salud Pública

- Organización

La Estrategia Sanitaria de prevención y control de tuberculosis depende de la Dirección ejecutiva de Intervención Sanitaria Integral

- Recursos Humanos

Como coordinadora cuento con un equipo técnico conformado por: Tecnólogo médico responsable de Bacteriología de Tuberculosis en el Laboratorio Regional de Salud Pública (LARESA), Técnico Administrativo que es responsable de estadística, Químico farmacéutico responsable de medicamentos e insumos de tuberculosis, y un Equipo técnico de CRER (con Resolución Directoral regional) (ver anexo N° 03)

- Infraestructura

Existe una oficina diseñada tipo cabina donde cada coordinador cuenta con un módulo diseñado con una computadora con acceso a internet y una impresora en red, laboramos todos los equipos de las estrategias sanitarias regionales que nos permite brindar atención al usuario.

- Prestaciones:

Se brinda atención al usuario de los establecimientos de salud de Minsa y No Minsa en horario de atención de lunes a viernes (8:30 am a 13:00 y de 14:00 a 16:45 horas.

Atención No presencial vía internet, watsap, celular. (con el nivel central y los responsables pares de los Establecimientos de salud de la Diresa Piura o con otras regiones del Perú.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

En mi calidad de enfermera salubrista asumí la responsabilidad al cargo de coordinadora regional que se me asignó, para dar cumplimiento a lo establecido en la norma técnica para la prevención y control de la tuberculosis dispuesta en el Plan Operativo anual el mismo que cuenta con cronograma anual (ver anexo N° 04)

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) **Área Asistencial** se brinda asistencia técnica para uso adecuado de los esquemas de tratamiento según norma TB, y uso adecuado de medidas de bioseguridad en los establecimientos de salud.

b) Área Administrativa

A inicio de año, se elabora Resolución Directoral del comité regional de evaluación de retratamientos (CRER) (ver anexo N° 03), con mención de cronograma anual de las reuniones.

Plan de trabajo aprobado con Resol. Directoral (ver anexo N° 05)

Se cuenta con una secretaria quien hace el despacho documentario para todos los coordinadores que allí laboramos, lo que nos recarga el trabajo ya que cada coordinador elabora sus documentos y hace seguimiento a los mismos para efectivizar su cumplimiento, todos los documentos que se elaboran se registran en el SIGEDOC (ver anexo N° 6)

c) Área Docencia

Los estudiantes de medicina que llevan el curso de neumología en su universidad asisten a las reuniones de CRER invitados por los neumólogos, ya que allí cada profesional médico o enfermera de los establecimientos de salud hace la presentación de sus casos de tuberculosis que serán evaluados por el comité de CRER, asimismo el personal del establecimiento de salud que recién se incorpora también asisten para aprender la dinámica de presentación de casos. (ver foto: anexo N° 7)

d) Área Investigación

Se brinda asesoría a estudiantes pregrado de medicina, enfermería, medicina, biología y otros profesionales de la salud y estudiantes de institutos técnicos.

Desde la perspectiva de la equidad, he venido desempeñándome en la conducción de un proceso crítico con el objetivo de disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de la tuberculosis sensible y resistente a medicamentos en Piura a través de intervenciones diferenciadas que fortalezcan el proceso prestacional y hacer frente a las determinantes sociales de la salud, mediante la supervisión, monitoreo, evaluación sea trimestral, semestral y anual, a los profesionales de salud del I nivel y II nivel de atención, de acuerdo al escenario epidemiológico y a la disponibilidad de los recursos humanos asignados allí.

Ello me ha permitido hacer un diagnóstico situacional de la tuberculosis mediante el análisis de indicadores epidemiológicos y operacionales y tomar decisiones para disminuir la incidencia de tuberculosis en la región Piura (ver anexo N° 08).

Permanentemente he venido abordando la situación de la tuberculosis con los esfuerzos realizados por aportar al control de la tuberculosis en las diferentes instancias ante las enfermeras considerando los macro determinantes de clase social, que afectan y limitan el abordaje educativo, y que plantean retos para la enfermería no solo desde la mirada profesional, sino también como una fuerza de trabajo que posee un rol social importante.

He organizado Reunión permanente con acuerdos de actas elaboradas con directores de Salud para el compromiso político de los gerentes de EESS para el cumplimiento de metas de gestión sanitaria.

He podido comprender, que los trabajadores de salud necesitan mejorar el entendimiento de los aspectos de género y sociales del control de la tuberculosis particularmente aspectos que influyen en la probabilidad para lograr la equidad en el diagnóstico y curación.

Mi participación regular en reuniones con el Comité Regional Multisectorial en Salud (COREMUSA) espacio que ha permitido abordar el tema de tuberculosis como un problema de salud pública con corresponsabilidad con otros actores sociales, resaltando la necesidad de un trabajo intersectorial e interdisciplinario con el soporte de las autoridades de turno.

Veo que el profesional de enfermería no está ajeno a esta intención, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, más aún específicamente en el caso de la Tuberculosis, la enfermera desempeña un rol crucial en la atención de la persona afectada de tuberculosis.

Otras funciones:

- Reuniones de programación, y evaluación de metas físicas y financieras de PpR con las siete Unidades Ejecutoras en periodo semestral y anual, en la UE 400 es trimestral.
- Fortalecimiento de la gestión de los equipos técnicos de las Instituciones de EPP (ex Penal Rio Seco), EsSalud, Sanidad FAP, PNP, a través de reuniones técnicas de trabajo trimestral.
- Monitoreo en coordinaciones permanentes con oficina de estadística de la OVSP sobre HIS, Notificación VEA-TB y formato para el análisis y la toma de decisiones oportunas.

Logros obtenidos en la gestión:

- EESS de primer nivel implementados con instrumentos de registro e información según nueva norma TB
- Notificación inmediata de casos TB en padrón nominal a la Estrategia sanitaria nacional de PCTB
- Recurso Humano capacitados en Norma TB e implementado con norma TB en todos los establecimientos de salud
- Recursos Humanos a nivel de red y establecimientos de salud I-4 a I-3 y EsSalud regional capacitados en SIGTB y su acceso con código personalizado emitido por la Estrategia Sanitaria Nacional Tuberculosis (ver anexo N° 09)
- CRER funcionando 2v/mes como región de salud con 4 consultores (acreditados con Resolución Directoral cada año, el número de Reuniones del CRER años 2015 al 2017 fueron: 21, 22 y 23 reuniones correlativamente.

Gestiones:

Para la instalación y funcionamiento de laboratorio para la Prueba de sensibilidad rápida MOODS en Laboratorio Referencial Regional de Salud (LARESA): el año 2012 se programa y ejecuta el equipamiento para tal fin y contratación de 01 biólogo, visto que la infraestructura pertenece a la Beneficencia Pública, no permite construir.

La presencia del fenómeno de lluvia Niño costero ocasionó la salida del río de su cauce, e inundando los establecimientos de salud, dejando como consecuencia la pérdida de formatos de registro e información TB la y deterioro de Historia clínica, tarjeta de tratamiento, se identifica 23 EESS de primer nivel de atención de Bajo Piura, consecuentes del fenómeno costero, no cuentan con información estadística TB, considerando ello demora en la recopilación de información. En respuesta a ello se ha

implementado nuevamente con instrumentos de registro e información y recuperar información virtual según establecimientos afectados.

En el Establecimiento de salud Catacaos como consecuencia de la inundación se malogró la cabina de bioseguridad de laboratorio, recientemente comprado hace un año

Como estaba con garantía se gestionó a la empresa proveedora y nos devolvieron cheque de garantía, y la dirección de Administración pudo hacer la adquisición con la oficina de Patrimonio la reposición de la cabina de bioseguridad. (ver anexo N° 10)

- Innovaciones – Aportes

He creado herramientas de gestión tales como:

Elaboración de Guías de trabajo,

Elaboración anual de Directiva y proyección de Resolución Directoral sobre Aprobación y funcionamiento del Comité Regional de evaluación de retratamientos de Tuberculosis en Diresa Piura.

Lista de chequeo de monitoreo y supervisión de tuberculosis. (ver anexo N° 11)

Lista de chequeo de uso adecuado de respirador N 95 (ver anexo N° 12)

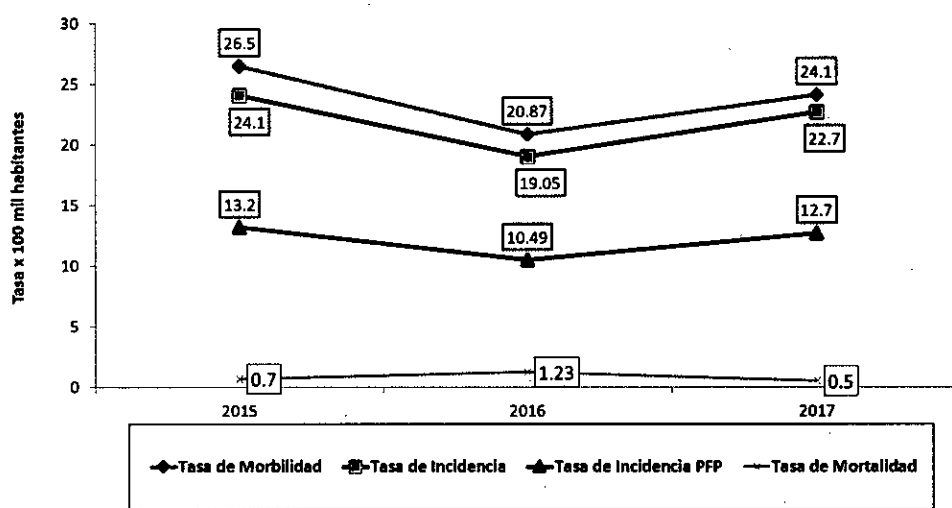
- Limitaciones para el Desempeño Profesional

La Dirección Ejecutiva de Intervención Sanitaria Integral no autoriza contar con un profesional de enfermería adjunto, por considerar el poco presupuesto asignado en Recursos Ordinarios en el Programa Presupuestal 016 TB-VIH modalidad contrato CAS Unidad Ejecutora 400, que se requiere por el cargo, ya que también se comparte la coordinación de Etapa de Vida Adulto Mayor como Región de Salud.

IV. RESULTADOS

GRÁFICO N° 4.1

TASA DE MORBILIDAD, INCIDENCIA , INCIDENCIA TB PULMONAR FROTIS POSITIVO Y MORTALIDAD - DIRESA: PIURA 2015 – 2017

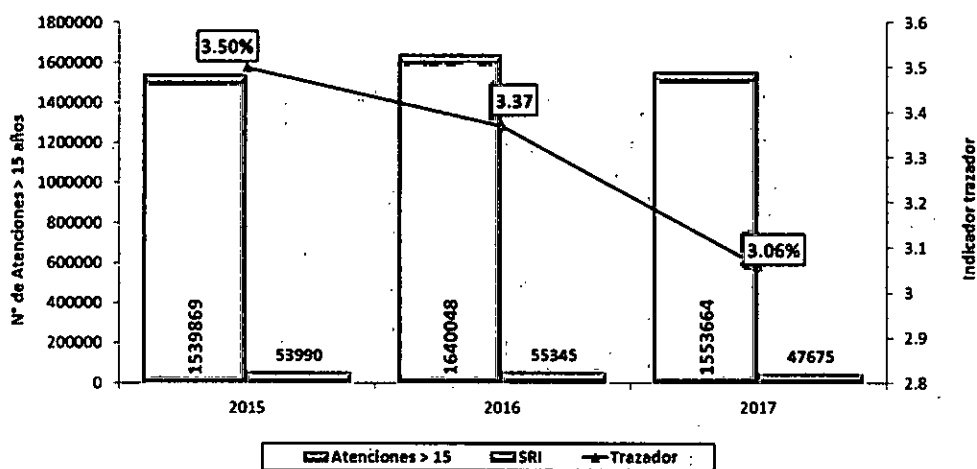


Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA PIURA- 2017

Como se observa en el gráfico N° 4.1 los Indicadores Epidemiológicos a través de los años (las tasas por 100,000 habitantes.): todas las tasas han disminuido en relación con el año 2015, con un ligero ascenso el año 2017, por el incremento de las migraciones dadas las oportunidades de albergue, ya que se dio el fenómeno del niño costero y vinieron a Piura personas sanas y enfermas. Sin embargo se dio tratamiento oportuno logrando la curación por ello la tasa de fallecidos es solamente 0.5 en relación al año anterior que fue de 1.23 x 100,000 habitantes.

GRÁFICO N° 4.2

PORCENTAJE DE DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DE LAS ATENCIONES MAYORES DE 15 AÑOS – DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD-PIURA AÑOS 2015 A 2017



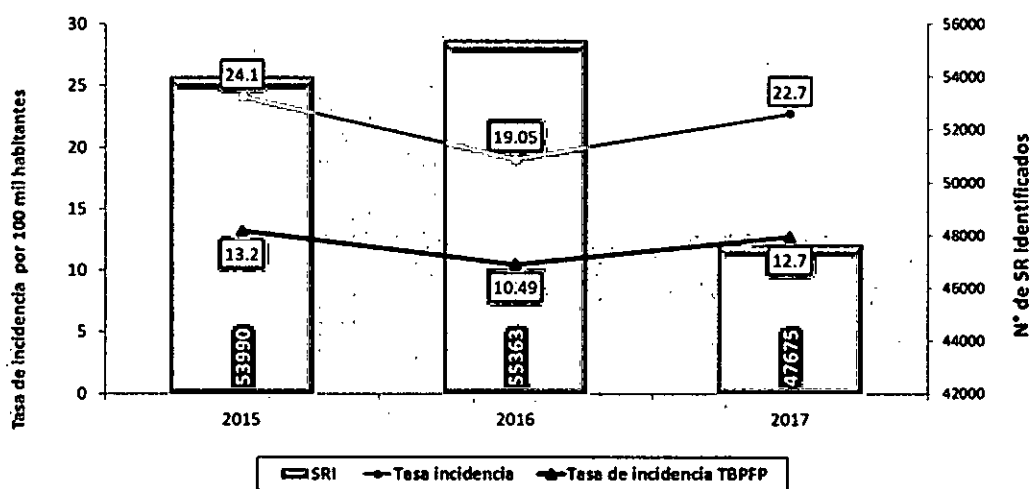
Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA PIURA- 2017

En el gráfico N° 4.2 podemos observar que una de las actividades fundamentales para el control de la tuberculosis como es la detección de casos dentro de los sintomáticos respiratorios, se mantuvo por algunos años superior al 3% (meta: 5%); sin embargo el año 2017 llega a 3.01% en relación a los años anteriores, sufrió un decremento; porque dado el fenómeno del niño costero Piura fue declarada en emergencia priorizando las actividades de prevención y control del Dengue, a nivel regional y local, por presencia de brotes epidémicos: dengue como consecuencia del fenómeno del niño, que incluso se suspendió la efemérides del Día Mundial de Lucha contra la Tuberculosis.

Se ha identificado establecimientos donde su detección es menor de 2%, aunque estos establecimientos no cuentan con históricos de casos que reporten incidencias de mayor riesgo.

GRÁFICO N° 4.3

PORCENTAJE DE DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS Y TASAS DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS Y DE TUBERCULOSIS PULMONAR FROTIS POSITIVO-DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD – PIURA AÑOS 2015-2017



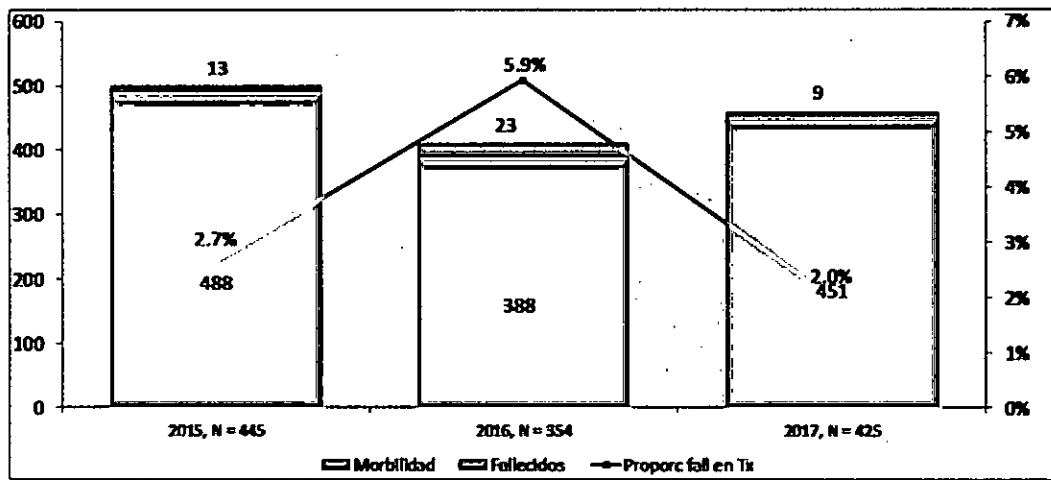
Fuente: Oficina de Estadística e Informática DIRESA PIURA- 2017 .

En el gráfico N° 4.3 podemos observar que el año 2016, la detección de SR se ha incrementado en 2.47% en relación con el año anterior y la tasa de incidencia e Incidencia TBFPF ha decrecido que demuestra calidad de búsqueda de sintomáticos respiratorios. Pero el año 2017 es suigéneris, la detección decae por priorización de actividades del dengue, resultado del fenómeno del niño costero, declarado Piura en emergencia, sin embargo, la incidencia y la incidencia TBFPF se incrementa, por las migraciones de personas sanas y enfermas.

Existen 23 establecimientos de distritos Catacaos, Piura y Castilla, inundados en fenómeno de niño costero, perdiéndose registros y computadoras que contenían información de la estrategia sanitaria de tuberculosis.

GRAFICO N° 4.4

TASA DE MORTALIDAD TB: N° FALLECIDOS VERSUS PROPORCIÓN DE FALLECIDOS DURANTE EL TRATAMIENTO –DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA, AÑOS 2015 – 2017



Año	2015	2016	2017
Tasa de Morbilidad	26.5	20.8	24.1

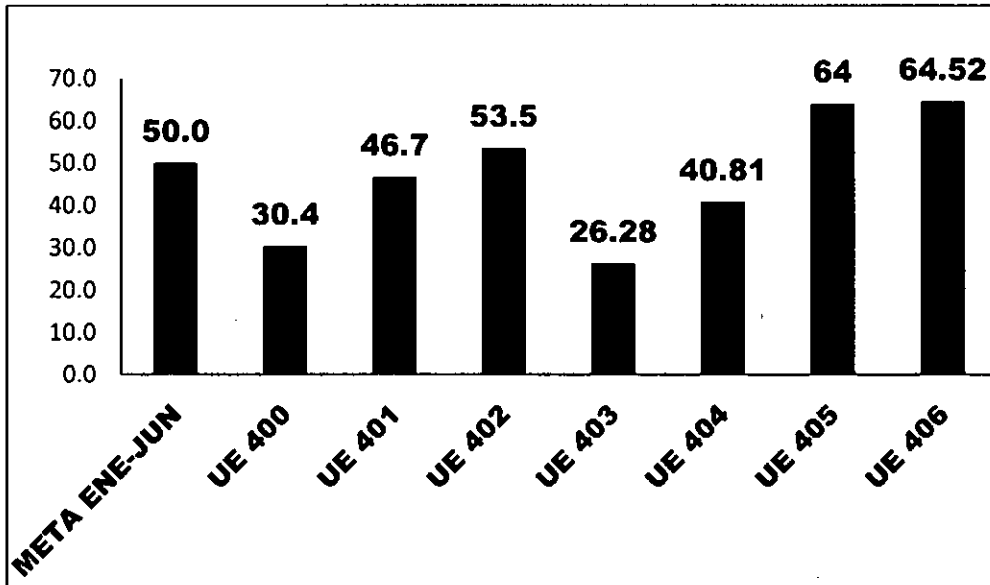
Fuente: Oficina de Estadística e Informática- DIRESA PIURA-2017

Como se puede observar en el gráfico N° 4.4, todas las tasas han disminuido en relación con el año 2015, podemos apreciar que el año 2015 hubo una reducción de la tasa de: $0.7 \times 100,000$ habitantes, el año 2016 se incrementa el número de fallecidos obteniendo una tasa de Mortalidad de $1.23 \times 100,000$ habitantes. Siendo en ciertos casos el diagnóstico tardío en comorbilidad de VIH o Diabetes mellitus tipo 2 en casos graves y/o complicados. Persistiendo en algunos lugares la estigmatización de la tuberculosis. El año 2017 sufre un decremento la tasa de fallecidos a $0.5 \times 100,000$ habitantes, a pesar que la morbilidad se incrementa.

El año 2017 refleja una letalidad de 1.99 en relación al año anterior que fue superior con 5.92 ya que hubieron 23 fallecidos.

GRÁFICO N° 4.5

RELACIÓN PORCENTUAL DE IDENTIFICACIÓN Y EXAMEN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS SEGÚN UNIDAD EJECUTORA- I SEMESTRE 2017 – DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA



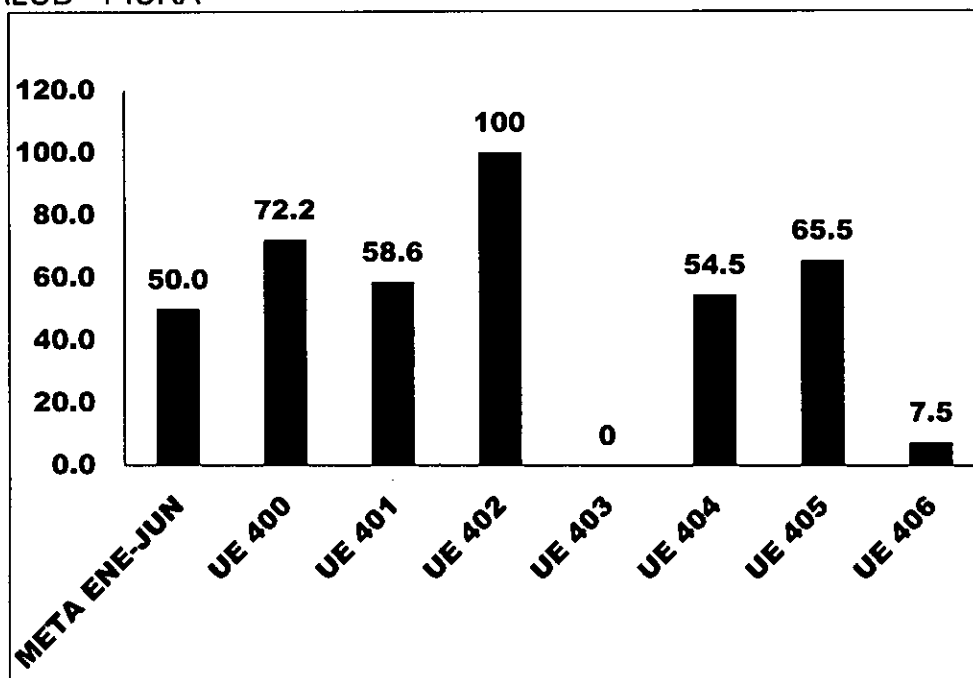
UE 400			UE 401			UE 402			UE 403			UE 404			UE 405			UE 406			TOTAL DIRESA		
PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%
28433	8653	30.4	21223	8913	46.70	1000	535	53.5	10215	2685	26.28	1600	653	40.81	2300	1473	64.0	2300	1484	64.52	67329	23223	34.49

Fuente: Oficina de Estadística e Informática- DIRESA PIURA-2017

Análisis: En este cuadro podemos observar que la Unidad Ejecutora 400: logró 30.4% Indicador SRI al I semestre 2017, porque se priorizaron actividades de prevención y control de Dengue, y Laboratoristas postergaban procesamiento de muestras Bk, por el fenómeno del niño costero, se declara en emergencia al departamento de Piura.

GRAFICO N° 4.6

RELACIÓN PORCENTUAL DE DIAGNÓSTICO DE CASOS POR CADA UNIDAD EJECUTORA- I SEMESTRE 2017- DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PIURA



UE 400			UE 401			UE 402			UE 403			UE 404			UE 405			UE 406			DIRESA		
PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%	PROG.	EJEC.	%
212	153	72.2	210	123	58.6	22	22	100.0	0	0	0	22	12	54.5	20	10	65.5	40	3	7.5	87328	222	81.6

Fuente: Oficina de Estadística e Informática - DIRESA PIURA 2017

Análisis: en este cuadro apreciamos que las Unidades Ejecutoras que tienen Hospitales su meta es superior a lo esperado, a excepción de la UE 406 por estar atendiendo la demanda de casos Dengue por el fenómeno del niño costero, aun contando con hospital de campaña que se le anexó.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia como profesional de enfermería en la coordinación con capacitación adecuada, permite asumir un rol protagónico de gestión en la prevención y control de esta enfermedad, planteando intervenciones realmente integrales: políticas, económicas y sanitarias desde un nivel local hasta regional para poder asumir en mayor proporción el reto, con el compromiso real de todas las enfermeras.

- b) Desde el año 2015 al 2017 se ha obtenido una sostenida reducción de la incidencia de tuberculosis, en relación al histórico de casos que ha tenido Piura, se llegó a este resultado debido a la intervención de la enfermera, dentro del equipo de salud de los establecimientos, ya que los afectados de tuberculosis acceden al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de tuberculosis, y asumiendo el compromiso de cortar la cadena epidemiológica, a pesar de las personas afectadas de tuberculosis que migraron a la ciudad en busca de asilo por las inundaciones sufridas por el fenómeno del niño costero.

- c) Desde los años 2015 a 2017 se han logrado importantes avances en el control de la TB en Piura, con un mayor compromiso del personal de los establecimientos dando cumplimiento a la directiva de detección de sintomáticos respiratorios. Es importante destacar que la identificación de sintomáticos respiratorios (SR), en números absolutos, se ha incrementado sostenidamente en los últimos años, alcanzando su máximo valor en el año 2016 con 55,363 SR identificados, que se mantiene sobre el 3% el indicador trazador en estos tres años.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales de enfermería se recomienda participar, según los niveles de intervención y diferentes escenarios de desempeño, desde los planteamientos operativos hasta los políticos, desde el nivel local hasta el regional y así como en las organizaciones competentes. donde pueda alcanzar objetivos relacionados con políticas y manejo de los problemas de salud pública, ya que aún hay una agenda pendiente y desafiante para conseguir que, en el año 2035, se declare al Perú como libre de TB.

- b) Implementar, monitorear y evaluar nuevas estrategias de búsqueda activa de casos probables de TB en la comunidad para disminuir las brechas de incidencia de tuberculosis, ya que la proyección es tener una tasa de incidencia menor o igual a 10 casos de TB por cada 100 mil habitantes que asegure el control de la tuberculosis en Piura.

- c) Vigilar la detección oportuna de sintomáticos respiratorios en todos los servicios de atención al usuario mayor de 15 años y en áreas de elevado riesgo de tuberculosis, así como en poblaciones cautivas. La buena intervención de enfermería permitirá reducir las oportunidades perdidas de detección de sintomáticos respiratorios generados como consecuencia de la mala praxis de atención, además de promocionar y prevenir la tuberculosis en Piura.

VII. REFERENCIALES

1. OPS/OMS Tuberculosis un problema de salud pública que afecta a la población más pobre. 2016. Disponible en:
<https://www.opinionysalud.com/tuberculosis-problema-afecta-la-poblacion-mas-pobre/> Consultada el 24 de enero del 2018
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis. 2016. Disponible en:
http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/ Consultada el 24 de enero del 2018
3. OPS/OMS. Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Lecciones Aprendidas. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33988> Consultada el 25 de enero del 2018
4. OPS/OMS. Situación del control de la tuberculosis en las Américas, 2016. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38626&lang=es .Consultada el 25 de enero del 2018
5. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD Archivos de la Oficina de Estadística e Informática y Telecomunicaciones- Piura, 2015-2016
6. MOLINA-SALAS Yolanda, LOMAS-CAMPOS, María de las Mercedes, ROMERA-GUIRADO Francisco José, ROMERA-GUIRADO María Jesús. Influencia del fenómeno migratorio sobre la tuberculosis en una zona semiurbana. Archivos de Bronco neumología. Vol. 50: 325 a 331 España. Agosto 2014
7. Benavides G., Fernando, et, 2017, "Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral" Gaceta, Barcelona, España.

8. HUAPAYA PIZARRO, Cleopatra. Tesis de doctora, "Vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario". Lima, 2016.
9. DOMÍNGUEZ CARREÑO, Evelin. Gonzales Preciado, Leydi Rocío. Tesis "conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al Centro de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes, 2016"
10. GALLARDO Rubio, Washington David. Tesis, "Factores Asociados a infección tuberculosa latente entre estudiantes de medicina de pregrado de una universidad pública en Perú", 2017.
11. MINSA, Documento técnico "Impacto socioeconómico de la tuberculosis en el Perú. 2012. Pág. 19
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Tuberculosis. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/> Consultada el 24 de enero del 2018
13. MINSA. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis. N° 104-MINSA/DGSP-V.01. Lima, 2013
14. ALARCÓN Valentina, ALARCÓN Edith, FIGUEROA Cecilia, MENDOZA- TICONA Alberto. Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. Edición especial. Vol. 34 N° 2 Lima Perú abril/junio 2017
15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales. Ginebra; 2016. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf?ua=1. Consultada el 24 de enero del 2018
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [Internet]. Geneva: WHO; 2015. Disponible

- en: http://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf?ua=1
Consultada el 28 de enero del 2018
17. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Política y Púlicas editorial CEPAL. Pag 32. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6085-politica-politicas-publicas>. Consultada el 28 de enero del 2018
 18. OPS/OMS. Expertos debaten acciones para lograr incorporar a la salud en todas las políticas públicas en los países de las Américas. Nota de prensa. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10627:2015-lograr-incorporar-salud-politicas-publicas-americas&Itemid=1926&lang=es Consultada el 28 de enero del 2018
 19. Congreso de la República. Ley N° 30287 Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú 2015. Disponible en: http://190.223.45.115/newtb/Archivos/Ley_30287_Ley_TB.pdf. Consultada el 28 de enero del 2018
 20. El Peruano. Reglamento de la Ley N° 30287. Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. [Internet]. 15 de mayo del 2016; 587360-8. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/DS_021.pdf.
 21. Congreso. Información sobre enfermería. Descripción y análisis de los modelos y teorías de enfermería 2016. Disponible en: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>
Consultada el 28 de enero del 2018
 22. SAN MARTIN RODRÍGUEZ, Leticia. Enfermería clínica. Práctica avanzada en Enfermería y nuevos modelos de organización sanitaria, España. 2016
 23. NANDA. Actualización de enfermería. Intervención de enfermería. 2016 Disponible en: <http://enfermeriaactual.com/nic/>
Consultada el 28 de enero del 2018

24. Guía salud. Prevención de la tuberculosis. Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico, el Tratamiento y la Prevención de la Tuberculosis. Versión completa. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/egpc/tuberculosis/completa/apartado06/prevencion.html> Consultada el 28 de enero del 2018
25. OMS. Tuberculosis. Artículo 2015. Disponible en: <http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/> Consultada el 28 de enero del 2018
26. WINGFIELD T, TOVAR MA, Huff D, Boccia D, Saunders MJ, Datta S, et al. Beyond pills and tests: addressing the social determinants of tuberculosis. Clin Med (Lond). 2016;16(Suppl 6):s79-s91. doi: 10.7861/clinmedicine.16-6-s79.

ANEXOS

ANEXO N° 01

Establecimientos de salud de la DIRESA PIURA.

Región	Redes de salud	Nº de EESS
PIURA	BAJO PIURA	49
	PIURA-CASTILLA	11
	MORROPÓN CHULUCANAS	92
	HUANCABAMBA	22
	HUARMACA	23
	SULLANA	164
	AYABACA	24
	HOSPITALES	4
	LABORATORIO REFERENCIAL	2
	LABORATORIOS DE TB local	112
	LABORATORIOS DE TB intermedio	13
ESSALUD	RED ASISTENCIAL:	20
INPE	EPP PIURA	1
FF.AA. y PNP	Sanidad FAP, EP, PNP	3
IPRESS	PIURA, BAJO PIURA, SULLANA	4
TOTAL	EESS DE DIRESA PIURA	389

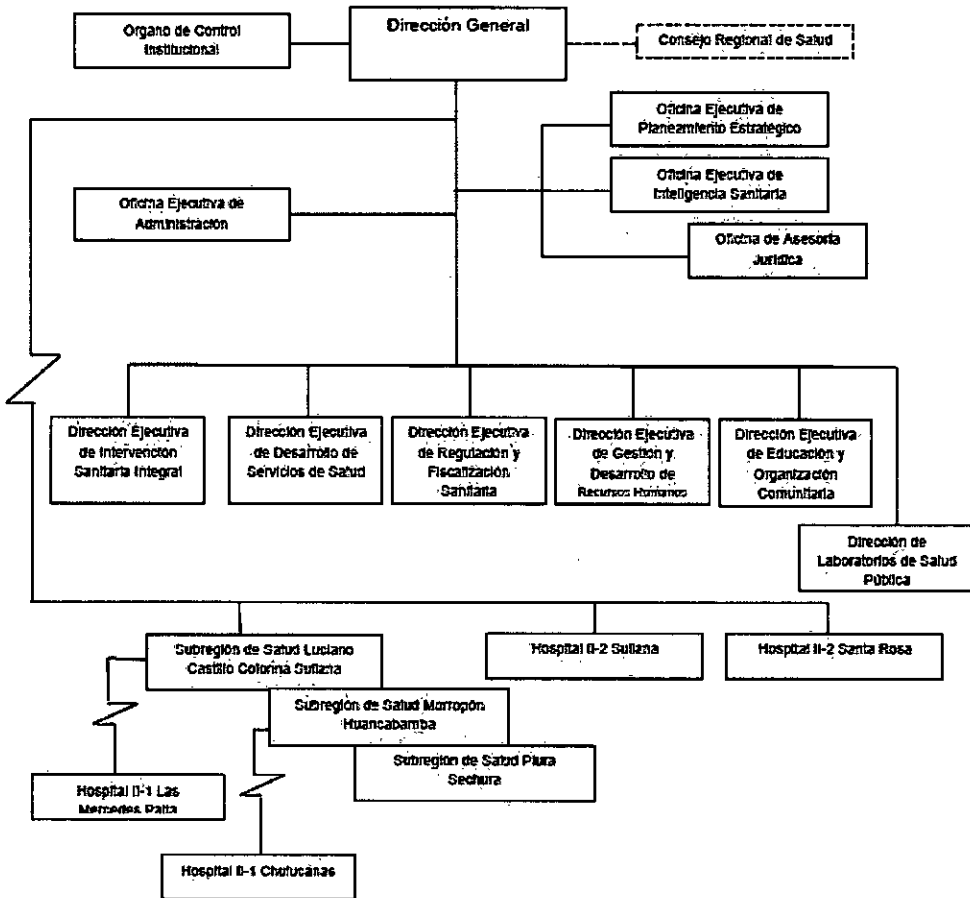
Fuente: Dirección Ejecutiva de Desarrollo de Servicios de salud

ANEXO N° 02



GOBIERNO REGIONAL PIURA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA

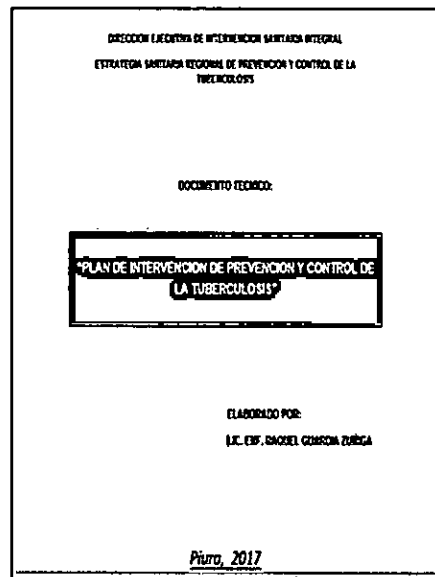
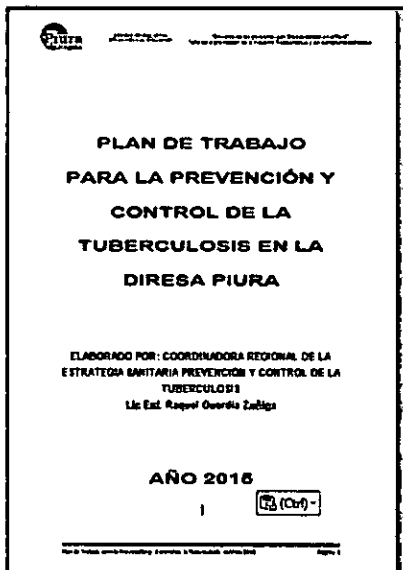


ANEXO N° 04 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES ESRPCyTB

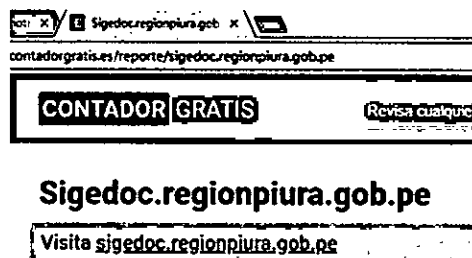
	PROGRAMA /ACTIVIDAD	PRODUCTO	CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN	META	CRONOGRAMA												RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1	CONFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA TB	RESOLUCIÓN	01 ANUAL	1	1												DIRECTOR DE DEISI
2	REUNIÓN DE EVALUACIÓN ANUAL CON U.E	ACTA	SEMESTRAL	2						1					1		COORDINADORES PCT
3	REVISIÓN DE LA PROGRAMACIÓN DE U.E	ACTA	01 REUNIÓN	1		1											COORDINADORES PCT
4	SENSIBILIZACIÓN A RESPONSABLES DE TB	ACTA	03 REUNIÓN				1						1		1		COORDINADORES PCT
5	CONFORMACIÓN DEL CRER	ACTA	01 REUNIÓN		1												EQUIPO CRER
6	REUNIONES DEL CRER	ACTAS	24 REUNIONES (2xmes)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	EQUIPO CRER
7	REUNIÓN COREMUSA	ACTAS	REUNIÓN ORDINARIA SEGÚN NECESIDAD	5	1		1		1		1					1	COORD. PCTB Y COORD. VIH/SIDA
8	COMITÉ TÉCNICO PERMANENTE DE PCT	REUNIÓN	CONFORMACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO	1			1										COMITÉ TÉCNICO
9	ELABORACIÓN DE PLAN DE TRABAJO	PLAN	DOS SESIONES DE TRABAJO	2	1	1											COORDINADORA PCT
10	ASISTENCIA TÉCNICA A EESS Y EPP	INFORME	SEGÚN CRITERIO TÉCNICO	6			1		1	1			1		1	1	COORDINADORA PCT
11	EVALUACIÓN DE METAS FÍSICAS Y FINANCIERAS	ACTA X UE	REUNIÓN DE EVALUACIÓN	2						1						1	COORDINADORA PCT Y 7 U.E
12	REUNION PROGRAMACIÓN METAS AÑO 2016	ACTA X UE	METAS FÍSICA Y FINANCIERAS	1				1									COORDINADORA PCT Y 7 U.E
13	CAPACITACIÓN A RESPONSABLES PCT	ACTA	1 REUNIÓN	1										1			COORDINADORA PCT
14	CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE LABORATORIO	ACTA	1 REUNIÓN	1			1										LARES A Y COORD. PCT
15	REUNIÓN POR DIA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS	ACTA	ELABORACIÓN DEL PLAN	2	1	1											COMITÉ TÉCNICO
16	DIA MUNDIAL DE LA LUCHA CONTRA LA TB	EVENTO	INFORME DEL 24 DEMARZO	1				1									COMITÉ TÉCNICO
17	DIA DEL AGENTE COMUNITARIO (04.Jun)	EVENTO	INFORME	1						1							COORDINADORA PCT Y PROMSA
18	DIA DE LA JUVENTUD (23 set)	EVENTO	INFORME	1										1			COORD. PCT Y PROMSA ESAYN
19	DIA DE LA ALIMENTACIÓN (16.oct)	EVENTO	INFORME	1										1			COORDINADORA PCT Y PROMSA
20	DIA MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA	EVENTO	INFORME DEL 1 DE DICIEMBRE	1												1	COORD. PCT Y COORD. VIH- SIDA

Fuente: Plan anual de Prevención y Control de Tuberculosis 2017 DIRESA PIURA

ANEXO N° 05



ANEXO N° 06



ANEXO N° 07

FOTO DE REUNIONES CON EL COMITÉ REGIONAL DE EVALUACIÓN DE RETRATAMIENTOS (CRER)



ANEXO N° 08

INFORMES OPERACIONALES ANUAL 2015, 2016 Y 2017

DIRESA PIURA: INFORME OPERACIONAL CONSOLIDADO							Año	2015
Institución: MNSA (X) ESSALUD () FFAA () PNP () INPE () OTROS ()							Semestre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Trimestre <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Provincia: PIURA Región: PIURA								
Nombre del Coordinador(a) ES-PCT: RAQUEL GUARDIA ZUÑIGA								
Atenc. > 15 a. (del período trimestral) Pobl. Tot. Pobl. < 6 a. 1,539,869								
ACTIVIDADES:								
A. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE CASOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%	
A1. Sintomáticos Respiratorios (S.R.) Esperados = Atenciones > 15 años x 0.05						76,993	100.0	
A2. S.R. Identificados	2,350	4,549	13,681	22,100	11,310	53,990	70.12	
A3. S.R. Examinados	2,350	4,545	13,678	22,086	11,310	53,969	70.10	
A4. S.R. Diagnosticados con TB Pulmonar baciloscopia positiva	0	5	79	132	72	288	0.53	
A5. Baciloscopias de Diagnóstico esperadas (A1 x 2)						153,987		
A6. Baciloscopias de Diagnóstico Total						73,066		
A7. Baciloscopias de Diagnóstico BK (+)						417		
A8. Baciloscopias de Control Total						1,916		
A9. Cultivos de Diagnóstico Total						3,182		
A10. Cultivos de Diagnóstico Positivos						547		
A11. Cultivos de Control Total						1,277		
A12. Nº de Pruebas de Sensibilidad realizadas						0		
A12.1 Nº de Pruebas de Sensibilidad Rápidas (H y R)						0		
A12.2 Nº de Pruebas de Sensibilidad Convencional						0		
B. CASOS NUEVOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	TASA	
Total de Casos Nuevos (B1+B2)	14	18	131	187	95	445	24.1	
B1. TB Pulmonar Total (B1.1 + B1.2 + B1.3 + B1.4)	11	12	97	144	83	347	18.8	
B1.1 TB Pulmonar frotis positivo.	0	7	73	109	54	243	13.2	
B1.2 TB Pulmonar frotis negativo cultivo positivo.	4	1	11	10	15	41	2.2	
B1.3 TB Pulmonar frotis negativo cultivo negativo.	5	4	10	17	9	45	2.4	
B1.4 TB Pulmonar sin frotis de esputo.	2	0	3	8	5	18	1.0	
B2. TB Extrapulmonar (B2.1 + B2.2)	3	6	34	43	12	98	5.3	
B2.1 Con confirmación bacteriológica o histopatológica	1	3	24	32	9	69	3.7	
B2.2 Sin confirmación bacteriológica o histopatológica	2	3	10	11	3	29	1.6	
C. RECAIDAS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%	
Recaldas (C1+C2)	0	0	2	14	8	24	1.30	
C1. Recaldas Pulmonar (C1.1 + C1.2)	0	0	2	12	8	22	1.19	
C1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	1	11	6	18	0.98	
C1.2 TB Pulmonar frotis negativo	0	0	1	1	2	4	0.22	
C2 Recaldas Extrapulmonares	0	0	0	2	0	2	0.11	
D. ABANDONOS RECUPERADOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%	
Abandonos Recuperados (D1+D2)	0	0	5	6	1	12	0.65	
D1. Abandonos recuperados pulmonar (D1.1+D1.2)	0	0	4	5	0	9	0.49	
D1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	4	5	0	9	0.49	
D1.2 TB Pulmonar frotis negativo	0	0	0	0	0	0	0.00	
D2. Abandonos Recuperados Extrapulmonares	0	0	1	1	1	3	0.16	
E. FRACASOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%	
E1. Tot. de casos que fracasaron a esq. con medicamentos de primera línea	0	0	4	2	1	7	0.38	
F. MORBILIDAD TOTAL (B+ C + D + E)	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	TASA	
F1. Total de personas afectadas con tuberculosis	14	18	142	209	105	488	26.5	
G. CASOS DE TB CON RESISTENCIA A MEDICAMENTOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%	
G1. Casos nuevos y antes tratados de Otras Tuberculosis Drogo Resistente	0	0	3	4	0	7		
G2. Casos nuevos con TBMDR confirmada	0	0	2	2	1	5		
G3. Casos antes tratados con TBMDR confirmada	0	0	2	5	0	7		
G4. Casos nuevos con TB XDR confirmada	0	0	0	0	0	0		
G5. Casos antes tratados con TB XDR confirmada	0	0	0	0	0	0		
H. ESTUDIO DE CONTACTOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%	
H1. Contactos Esperados (Morbilidad x 4)						1952		
H2. Contactos Censados	452	217	304	626	192	1819		
H3. Contactos Examinados	416	198	278	578	172	1670		
H4. Contactos Examinados con TB	4	0	3	4	1	12		
H5. Contactos Examinados con TB pulmonar frotis positivo	0	0	0	0	0	0		
I. TERAPIA PREVENTIVA (TPI-TPC)	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%	
I1. Contactos Censados < 5 años de pacientes con TBP						96		
I2. Contactos Examinados < 5 años de pacientes con TBP						94		
I3. Contactos < 5 años con Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI)						90		
I4. Personas con VIH positivo						94		

15. Personas con VIH que reciben Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI)							95	
16. Personas con TB-VIH reciben Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)							6	
A. COINFECCION TB - VIH	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
J1. Total de Casos TB-VIH (J1.1+J1.2)	0	1	6	8	0	15		
J1.1 Total de casos TB / VIH Nuevos (J1.1.1 + J1.1.2)	0	1	4	7	0	12		
J1.1.1 TB Pulmonar	0	1	4	6	0	11		
J1.1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	1	0	1		
J1.2 Total de casos TB/VIH antes tratados (J1.2.1 + J1.2.2)	0	0	2	1	0	3		
J1.2.1 TB Pulmonar	0	0	2	1	0	3		
J1.2.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	0	0	0		
J2. Total de casos TB/VIH que reciben TARGA	0	0	5	8	0	11		
K. TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES CON TB	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
K1. Total de casos que recibieron consejería pre test para VIH	11	10	111	154	71	357		
K2. Tot. de casos que cuentan con resultado de tamizaje de VIH durante el tto	11	10	108	158	71	353		
K3. Total de casos que cuentan con resultado de VIH reactivo	0	0	5	5	1	11		
L. MENINGITIS TB EN MENORES DE 5 Años	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
L1. N° casos de meningitis TB en < de 5 años						0		
M. GESTANTES CON TUBERCULOSIS	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
M1. N° de Gestantes con TB (M1.1+ M1.2)	0	0	4	1	0	5		
M1.1 TB Pulmonar	0	0	3	1	0	4		
M1.2 TB Extrapulmonar	0	0	1	0	0	1		
N. PERSONAL DE SALUD DEL BESS CON TUBERCULOSIS	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
N1. N°de trabajadores del BESS con TB (N1.1+ N1.2)	0	0	2	2	0	4		
N1.1 TB Pulmonar	0	0	2	1	0	3		
N1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	1	0	1		
N2. N° de trabajadores con TB-MDR confirmado	0	0	0	0	0	0		
O. COMORBILIDAD TB / DIABETES	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
O1. Total de casos con TB / DIABETES (O1.1+ O1.2)	0	0	2	16	12	30		
O1.1 TB Pulmonar	0	0	2	14	11	27		
O1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	2	1	3		
P. TAMIZAJE DIABETES EN PACIENTES CON TB	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
P1. Tot. casos con TB que cuentan con resultado de glicemia durante el tto.	9	10	65	143	71	318		
Q. FALLECIDOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
Q1. N° de Pacientes fallecidos durante tratamiento TB	0	0	1	5	7	13	0.7	
R. RAFA	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%	
R1. N° de pacientes con Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos	0	1	1	1	0	3		

S.	Casos Nuevos de Tuberculosis	Grupos de Edades según Sexo															
		0-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65y + a.	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
	S1. TB Pulmonar Total (S1.1 +S1.2 + S1.3)	6	3	2	3	22	52	24	30	15	43	12	32	20	18	21	44
	S1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	1	1	17	32	23	23	12	35	8	21	13	16	11	50
	S1.2 TB Pulmonar frotis negativo cultivo positivo	1	1	1	2	1	10	0	2	1	3	2	1	3	1	3	9
	S1.3 TB Pulmonar frotis negativo cultivo negativo	3	2	0	0	4	8	1	4	1	3	0	9	3	0	4	5
	S1.4 TB Pulmonar sin frotis de esputo	2	0	0	0	0	2	0	1	1	2	2	1	1	1	3	2
	S2. TB Extrapulmonar (S2.1 +S2.2)	0	1	1	3	8	11	23	8	14	12	1	4	0	2	4	6
	S2.1 Con confirmación bacteriológica o histopatológica	0	0	1	1	7	5	21	5	11	7	1	1	0	1	4	4
	S2.2 Sin confirmación bacteriológica o histopatológica	0	1	0	2	1	6	2	3	3	5	0	3	0	1	0	2

RAQUEL GUARDIA ZUÑIGA

Firma y Sello del Responsable de la ES PCT

3-Mar-16

Fecha

DRESA PIURA: INFORME OPERACIONAL CONSOLIDADO ANUAL

Año **2016**

Nombre del Coordinador(a) ES-PCT: **RAQUEL GUARDIA ZUÑIGA**

Institución:
 MINSA (X) ESSALUD () FFAA ()
 PNP () INPE () OTROS ()

Pop. Tot. **1,858,617**

Pop. > 60

Atm. > 60 años (estimada) **1,640,048**

ACTIVIDADES:

A. Detección y Diagnóstico de Casos	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
A1. Síntomas Respiratorios (S.R.) Esperados = Atenciones > 15 años x 0.05						82,002	100.00
A2. S.R. Identificados	3,017	5,123	13,998	22,102	11,123	55,363	67.51
A3. S.R. Examinados	3,010	5,122	14,000	22,088	11,125	55,345	99.97
A4. S.R. Diagnosticados con TB Pulmonar bacilos copia positiva	1	7	64	108	53	233	0.42
A5. Bacilos copias de Diagnóstico esperadas (A1 x 2)						164,005	
A6. Bacilos copias de Diagnóstico Total						75,867	
A7. Bacilos copias de Diagnóstico BK (+)						369	
A8. Bacilos copias de Control Total						1,613	
A9. Cultivos de Diagnóstico Total						2,152	
A10. Cultivos de Diagnóstico Positivos						347	
A11. Cultivos de Control Total						1,178	
A12. Nº de Pruebas de Sensibilidad realizadas						0	
A12.1 Nº de Pruebas de Sensibilidad Rápidas (H y R)						0	
A12.2 Nº de Pruebas de Sensibilidad Convencional						0	
B. CASOS NUEVOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
Total de Casos Nuevos (B1+B2)	9	13	112	155	65	354	19.05
B1. TB Pulmonar Total (B1.1 + B1.2 + B1.3 + B1.4)	9	12	81	124	59	285	15.33
B1.1 TB Pulmonar frotis positivo.	1	6	60	85	43	195	10.49
B1.2 TB Pulmonar cultivo positivo.	1	0	3	10	8	22	1.18
B1.3 TB Pulmonar frotis negativo.	7	6	15	26	6	60	3.23
B1.4 TB Pulmonar sin frotis de esputo.	0	0	3	3	2	8	0.43
B2. TB Extrapulmonar (B2.1 + B2.2)	0	1	31	31	6	69	3.71
B2.1 Con confirmación bacteriológica o histopatológica	0	1	27	22	6	56	3.01
B2.2 Sin confirmación bacteriológica o histopatológica	0	0	4	9	0	13	0.70
C. RECALDAS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
Recaldas (C1+C2)	0	0	1	7	7	15	0.81
C1. Recaldas Pulmonar (C1.1 + C1.2)	0	0	1	7	7	15	0.81
C1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	1	1	5	7	0.38
C1.2 TB Pulmonar frotis negativo	0	0	0	6	2	8	0.43
C2 Recaldas Extrapulmonares	0	0	0	0	0	0	0.00
D. ABANDONOS RECUPERADOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
Abandonos Recuperados (D1+D2)	0	0	4	12	0	16	0.86
D1. Abandonos recuperados pulmonar (D1.1 + D1.2)	0	0	3	10	0	13	0.70
D1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	3	8	0	11	0.59
D1.2 TB Pulmonar frotis negativo	0	0	0	2	0	2	0.11
D2. Abandonos Recuperados Extrapulmonares	0	0	1	2	0	3	0.16
E. FRACASOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
E1. Tot. de casos que fracasan a esq. con medicamentos de primera línea	0	0	3	0	0	3	0.16
F. MORBILIDAD TOTAL (B+ C + D + E)	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
F1. Total de personas afectadas con tuberculosis	9	13	120	174	72	388	20.83
G. CASOS DE TB CON RESISTENCIA A MEDICAMENTOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
G1. Casos nuevos y antes tratados de Otras Tuberculosis Drogo Resistente	0	0	2	6	2	10	
G2. Casos nuevos con TBMDR confirmada	0	0	2	3	1	6	
G3. Casos antes tratados con TBMDR confirmada	0	0	0	2	0	2	
G4. Casos nuevos con TB XDR confirmada	0	0	0	0	0	0	
G5. Casos antes tratados con TB XDR confirmada	0	0	0	0	0	0	
H. ESTUDIO DE CONTACTOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
H1. Contactos Esperados (Morbilidad x 4)						1552	
H2. Contactos Censados	308	162	270	420	117	1277	
H3. Contactos Examinados	295	155	258	404	111	1223	
H4. Contactos Examinados con TB	2	0	0	0	0	2	
H5. Contactos Examinados con TB pulmonar frotis positivo	0	0	0	0	0	0	
I. TERAPIA PREVENTIVA (TP+TPC)	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
I1. Contactos Censados < 5 años de pacientes con TBP						67	
I2. Contactos Examinados < 5 años de pacientes con TBP						63	
I3. Contactos < 5 años con Terapia Preventiva con Isoniacida (TP)						58	
I4. Personas con VIH positivo						695	
I5. Personas con VIH que reciben Terapia Preventiva con Isoniacida (TP)						59	
I6. Personas con TB-VIH que reciben Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)						62	
J. COINFECCION TB - VIH	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%
J1. Total de Casos TB-VIH (J1.1 + J1.2)	1	1	5	12	0	19	
J1.1 Total de casos TB / VIH Nuevos (J1.1.1 + J1.1.2)	1	1	4	10	0	16	
J1.1.1 TB Pulmonar	1	1	3	9	0	14	
J1.1.2 TB Extrapulmonar	0	0	1	1	0	2	
J1.2 Total de casos TB / VIH antes tratados (J1.2.1 + J1.2.2)	0	0	1	2	0	3	
J1.2.1 TB Pulmonar	0	0	1	0	0	1	
J1.2.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	2	0	2	

I2. Total de casos TB/VIH que reciben TARGA	1	0	0	1	0	2											
K. TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES CON TB	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
K1. Total de casos que recibieron consejería pretest para VIH	7	10	96	159	64	336											
K2. Tot. de casos que cuentan con resultado de tamizaje de VIH durante el tto.	7	10	96	154	64	331											
K3. Total de casos que cuentan con resultado de VIH reactivo	0	1	2	6	1	10											
L. MENINGITIS TB EN MENORES DE 5 Años	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
L1. N° casos de meningitis TB en < de 5 años						0											
M. GESTANTES CON TUBERCULOSIS	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
M1. N° de Gestantes con TB (M1.1+ M1.2)	0	0	0	0	0	0											
M1.1 TB Pulmonar	0	0	0	0	0	0											
M1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	0	0	0											
N. PERSONAL DE SALUD DEL EESS CON TUBERCULOSIS	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
N1. N° de trabajadores del EESS con TB (N1.1+ N1.2)	0	0	0	0	0	0											
N1.1 TB Pulmonar	0	0	0	0	0	0											
N1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	0	0	0											
N2. N° de trabajadores con TB-MDR confirmado	0	0	0	0	0	0											
O. COMORBILIDAD TB / DIABETES	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
O1. Total de casos con TB / DIABETES (O1.1+ O1.2)	0	0	1	12	8	21											
O1.1 TB Pulmonar	0	0	0	10	8	18											
O1.2 TB Extrapulmonar	0	0	1	2	0	3											
P. TAMIZAJE DIABETES EN PACIENTES CON TB	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
P1. Tot. casos con TB que cuentan con resultado de glicemia durante el tto.	6	11	97	153	64	331											
Q. FALLECIDOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
Q1. N° de Pacientes fallecidos durante tratamiento TB	0	0	4	11	8	23											
R. RAFA	0-11	12-17	18-29	30-59	60y+	TOTAL	%										
R1. N° de pacientes con Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosis	0	0	0	1	3	4											
S.	Casos Nuevos de Tuberculosis	Grupos de Edades según Sexo															
		0-4		5-14		15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		65y+ a.	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
	S1. TB Pulmonar Total (S1.1 + S1.2 + S1.3)	3	3	4	5	20	37	22	34	20	27	17	19	12	18	22	22
	S1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	2	2	17	25	19	22	16	11	12	15	8	16	12	18
	S1.2 TB Pulmonar frotis negativo cultivo positivo	0	1	0	0	0	1	1	1	2	3	2	1	1	2	5	2
	S1.3 TB Pulmonar frotis negativo cultivo negativo	3	2	2	3	2	11	2	7	2	13	3	2	3	0	4	1
	S1.4 TB Pulmonar sin frotis de esputo	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	1	0	0	1	1
	S2. TB Extrapulmonar (S2.1 + S2.2)	0	0	0	0	10	5	16	8	9	5	4	5	0	1	4	2
	S2.1 Con confirmación bacteriológica o histopatológica	0	0	0	0	7	5	14	7	8	5	1	3	0	0	4	2
	S2.2 Sin confirmación bacteriológica o histopatológica	0	0	0	0	3	0	2	1	1	0	3	2	0	1	0	0
Raquel Guardia Zuñiga		21/02/2017															
Firma y Sello del Responsable de la ES PCT		Fecha															

DIRESA PIURA: INFORME OPERACIONAL ANUAL

Año **2017**

Semestre

1 2

Trimestre

1 2

3 4

Nombre del Coordinador(a) ES-PCT: **RAQUEL GUARDIA ZUÑIGA**

Institución:

MINSA (X) ESSALUD () FFAA ()
PNP () INPE () OTROS ()

Pob. Tot.

1,873,024

Pob. < 5 a.

Atenc. > 15 a.

(del período informado)

1,553,664

ACTIVIDADES:

A. DETECCION Y DIAGNÓSTICO DE CASOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
A1. Sintomáticos Respiratorios (S.R.) Esperados = Atenciones > 15 años x 0.05						77,683	100.0
A2. S.R. Identificados	#####	4,313	11,571	19,622	10,094	47,675	61.4
A3. S.R. Examinados	#####	4,301	11,549	19,611	10,080	47,616	99.9
A4. S.R. Diagnosticados con TB Pulmonar baciloscopia positiva	1	6	70	139	55	271	0.6
A5. Baciloscopías de Diagnóstico esperadas (A1 x 2)						#####	
A6. Baciloscopías de Diagnóstico Total						64,711	
A7. Baciloscopías de Diagnóstico BK (+)						415	
A8. Baciloscopías de Control Total						1,303	
A9. Cultivos de Diagnóstico Total						1,829	
A10. Cultivos de Diagnóstico Positivos						388	
A11. Cultivos de Control Total						1,075	
A12. Nº de Pruebas de Sensibilidad realizadas						0	
A12.1 Nº de Pruebas de Sensibilidad Rápidas (H y R)						0	
A12.2 Nº de Pruebas de Sensibilidad Convencional						0	
B. CASOS NUEVOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
Total de Casos Nuevos (B1+B2)	9	17	118	215	66	425	22.7
B1. TB Pulmonar Total (B1.1 +B1.2 + B1.3 + B1.4)	8	16	78	157	62	321	17.1
B1.1 TB Pulmonar frotis positivo.	2	10	59	119	48	238	12.7
B1.2 TB Pulmonar cultivo positivo.	2	1	8	11	4	26	1.4
B1.3 TB Pulmonar frotis negativo.	3	5	9	27	8	52	2.8
B1.4 TB Pulmonar sin frotis de esputo.	1	0	2	0	2	5	0.3
B2. TB Extrapulmonar (B2.1 +B2.2)	1	1	40	58	4	104	5.6
B2.1 Con confirmación bacteriológica o histopatológica	0	1	25	35	3	64	3.4
B2.2 Sin confirmación bacteriológica o histopatológica	1	0	15	23	1	40	2.1
C. RECAÍDAS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
Recaídas (C1+C2)	0	0	1	5	5	11	0.6
C1. Recaídas Pulmonar (C1.1 + C1.2)	0	0	1	5	5	11	0.6
C1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	1	5	3	9	0.5
C1.2 TB Pulmonar frotis negativo	0	0	0	0	2	2	0.1
C2. Recaídas Extrapulmonares	0	0	0	0	0	0	0.0
D. ABANDONOS RECUPERADOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
Abandonos Recuperados (D1+D2)	0	1	4	7	0	12	0.6
D1. Abandonos recuperados pulmonar (D1.1+D1.2)	0	1	3	6	0	10	0.5
D1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	1	3	5	0	9	0.5
D1.2 TB Pulmonar frotis negativo	0	0	0	1	0	1	0.1
D2. Abandonos Recuperados Extrapulmonares	0	0	1	1	0	2	0.1
E. FRACASOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
E1. Tot. de casos que fracasan a esq. con medicamentos de primera línea	0	0	1	1	1	3	0.2
F. MORBILIDAD TOTAL (B+ C + D + E)	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
F1. Total de personas afectadas con tuberculosis	9	18	124	228	72	451	24.1
G. CASOS DE TB CON RESISTENCIA A MEDICAMENTOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
G1. Casos nuevos y antes tratados de Otras Tuberculosis Drogo Resistente	0	0	2	3	2	7	
G2. Casos nuevos con TBMDR confirmada	0	0	0	0	0	0	
G3. Casos antes tratados con TBMDR confirmada	0	0	0	1	0	1	
G4. Casos nuevos con TB XDR confirmada	0	0	0	0	0	0	
G5. Casos antes tratados con TB XDR confirmada	0	0	0	0	0	0	
H. ESTUDIO DE CONTACTOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y +	TOTAL	%
H1. Contactos Esperados (Morbilidad x 4)						1804	
H2. Contactos Censados	343	171	257	455	195	1421	
H3. Contactos Examinados	321	160	236	432	182	1331	

H4. Contactos Examinados con TB	4	0	0	3	1	8										
H5. Contactos Examinados con TB pulmonar frotis positivo	0	0	0	0	1	1										
L. TERAPIA PREVENTIVA (TPH-TPC)	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
I1. Contactos Censados < 5 años de pacientes con TBP						74										
I2. Contactos Examinados < 5 años de pacientes con TBP						71										
I3. Contactos < 5 años con Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI)						62										
I4. Personas con VIH positivo						79										
I5. Personas con VIH que reciben Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI)						46										
I6. Personas con TB-VIH que reciben Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)						45										
J. COINFECCION TB - VIH	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
J1. Total de Casos TB-VIH (J1.1+J1.2)	0	0	5	11	1	17										
J1.1 Total de casos TB / VIH Nuevos (J1.1.1 + J1.1.2)	0	0	5	11	1	17										
J1.1.1 TB Pulmonar	0	0	5	9	1	15										
J1.1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	2	0	2										
J1.2 Total de casos TB/VIH antes tratados (J1.2.1 + J1.2.2)	0	0	0	0	0	0										
J1.2.1 TB Pulmonar	0	0	0	0	0	0										
J1.2.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	0	0	0										
I2. Total de casos TB/VIH que reciben TARGA	0	0	0	2	0	2										
K. TAMIZAJE DE VIH EN PACIENTES CON TB	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
K1. Total de casos que recibieron consejería pre test para VIH	10	17	113	208	75	423										
K2. Tot. de casos que cuentan con resultado de tamizaje de VIH durante el tto.	10	16	115	208	70	414										
K3. Total de casos que cuentan con resultado de VIH reactivo	2	0	2	6	5	13										
L. MENINGITIS TB EN MENORES DE 5 AÑOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
L1. N° casos de meningitis TB en < de 5 años						0										
M. GESTANTES CON TUBERCULOSIS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
M1. N° de Gestantes con TB (M1.1+ M1.2)	0	0	0	0	0	0										
M1.1 TB Pulmonar	0	0	0	0	0	0										
M1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	0	0	0										
N. PERSONAL DE SALUD DEL EESS CON TUBERCULOSIS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
N1. N°de trabajadores del EESS con TB (N1.1+ N1.2)	0	0	0	1	3	4										
N1.1 TB Pulmonar	0	0	0	1	3	4										
N1.2 TB Extrapulmonar	0	0	0	0	0	0										
N2. N° de trabajadores con TB-MDR confirmado	0	0	0	0	0	0										
O. COMORBILIDAD TB / DIABETES	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
O1. Total de casos con TB / DIABETES (O1.1+ O1.2)	0	1	4	28	10	43										
O1.1 TB Pulmonar	0	1	3	26	10	40										
O1.2 TB Extrapulmonar	0	0	1	2	0	3										
P. TAMIZAJE DIABETES EN PACIENTES CON TB	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
P1. Tot. casos con TB que cuenten con resultado de glicemia durante el tto.	9	14	110	201	72	406										
Q. FALLECIDOS	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
Q1. N° de Pacientes fallecidos durante tratamiento TB	0	0	1	2	6	9	0.5									
R. RAFA	0-11	12-17	18-29	30-59	60 y+	TOTAL	%									
R1. N° de pacientes con Reacciones Adversas a Fármacos Antituberculosos	0	1	0	0	0	1										
S. Casos Nuevos de Tuberculosis	Grupos de Edades según Sexo															
	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65y+ a.								
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
S1. TB Pulmonar Total (S1.1 +S1.2 + S1.3)	1	5	5	1	28	40	20	27	20	52	18	23	8	26	20	25
S1.1 TB Pulmonar frotis positivo	0	0	3	1	20	28	16	25	13	42	11	18	4	22	15	18
S1.2 TB Pulmonar frotis negativo cultivo positivo	0	5	1	0	2	2	2	1	4	2	2	1	0	2	1	3
S1.3 TB Pulmonar frotis negativo cultivo negativo	1	2	0	0	5	9	2	1	3	8	5	4	4	1	4	3
S1.4 TB Pulmonar sin frotis de esputo	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
S2. TB Extrapulmonar (S2.1+S2.2)	0	0	1	0	9	11	17	11	20	11	7	7	4	4	0	1
S2.1 Con confirmación bacteriológica o histopatológica	0	0	0	0	8	6	10	7	10	6	6	4	3	3	0	0
S2.2 Sin confirmación bacteriológica o histopatológica	0	0	1	0	1	5	7	4	10	5	1	3	1	1	0	1
Raquel Guardia Zufiga										19-Feb-18						
Firma y Sello del Responsable de la ES PCT										Fecha						

ANEXO N° 09

SIGTB Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis	SIGTB Data
	Usuario: <input type="text"/> Contraseña: <input type="password"/> <input type="button" value="Español"/> <input type="button" value="Inicio"/>

ANEXO N° 10

El miércoles 15 de noviembre de 2017 18:02, ABC Sector Publico <sector.publico@abccorredores.pe> escribió:

- Estimados buenas tardes:

Para informes que el cheque correspondiente a la indemnización por el siniestro de los 4 equipos, lo pueden recoger dentro de 2 días en la caja de La Positiva (ver correo precedente).

o | <https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/search/rp>

ook

Nuevo | Responder | Eliminar | Archivar | Correo no deseado | Limpiar | Mover a | Categorías

El Miércoles 15 de noviembre de 2017 18:02, ABC Sector Publico <sector.publico@abccorredores.pe> escribió:


Estimados buenas tardes:

Para informes que el cheque correspondiente a la indemnización por el siniestro de los 4 equipos, lo pueden recoger dentro de 2 días en caja de La Positiva (ver correo precedente).

Asegurado: DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
Nro de Siniestro: 131003342
Broker: ABC CORREDORES DE SEGUROS S.R.L.
Nro caso de Broker:
Código y Nombre de Beneficiario: 00000001750998 - DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
Modalidad de Pago: CHEQUE
Nro. de Cheque: 00031973
Moneda: S/
Importe: 133,415 00
Fecha de Pago: 15/11/2017
N° Orden de Pago: 410005362610102017
Nro. de Planilla: 7326862
Entidad: BBVA BANCO CONTINENTAL
Oficina de la Póliza: Lima
Coordinador: David Tello Urbina (dtello@lapositiva.com.pe)
Lugar de Recajo: Av. Grau 1513, Plaza
Horario de Atención: Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 12:30 p.m y de 3:00 p.m. a 5:30 p.m

Cualquier duda o consulta adicional, nos la hace saber.

Saludos.


Kathy Ruiz Moreno
Sector Piúria
ABC CORREDORES DE SEGUROS S.R.L.
Rip. 625 N° 4-629

ANEXO N° 11

FICHAS DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

Estrategia sanitaria: Estrategia Sanitaria Prevención y Control de Tuberculosis
 Proceso: Búsqueda de sintomáticos respiratorios
 Nivel de ES: Cualquiera
 Personal: Profesional de la salud
 Responsabilidad: Jefe del ES o responsable, todos

CRITERIOS	¿cumple?		Observac
	SI	NO	
El establecimiento de salud cuenta con personal capacitado en manejo de tuberculosis			
El jefe del Establecimiento ha definido mediante memorando o documento interno las responsabilidades para la búsqueda de sintomáticos respiratorios			
En el establecimiento la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis está visible y accesible a todo el personal			
El personal conoce y aplica la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis			
El Personal conoce y aplica la Directiva de detección de sintomáticos respiratorios.			
El Personal capacitado realiza réplicas de capacitación en Tuberculosis con informe a Capacitación(SINCAP)			
En consultorios cuentan con Insumos: solicitudes y Envases plásticos para esputo, libro de registro de SR, Hoja HIS			
En consultorio se evidencia el registro HIS con la nueva versión			
El libro de registro de sintomáticos respiratorios se encuentra correctamente llenado y actualizado			
Existe una correlación entre datos registrados en libros de Sintomáticos resp, libro de seguimiento de pacientes Tb, tarjeta de administración y tratamiento TB, de los datos encontrados en Informe Operacional TB			
Existe una correlación entre datos registrados en Informe Operacional TB, con los datos encontrados en hoja HIS			
Los niveles de envío de Informe Operacional TB y la información HIS son oportunos			
Se evidencia en Libro de actas reuniones de programación y evaluación de metas físicas, análisis de la información y toma de decisiones.			
Existe un adecuado registro de datos en Libro de registro de bacteriología y el informe de bacteriología reportada oportunamente mensualmente a LARESA			
Se evidencia la estrategia de captación de sintomáticos respiratorios entre las atenciones que llegan al establecimiento. realiza la Visita Domiciliaria			
Se evidencia la realización de la Visita Domiciliaria por la enfermera (en caso de haber enfermera)			
En la Historia clínica de pacientes atendidos por TB se registran mínimo 03 atenciones por cada paciente TB según norma (y si hay registro de posología)			
El establecimiento dispone de medicamentos en stock en farmacia para la atención de TB (sin contar lo destinado al paciente)			
Se registra y examina a los contactos del caso de tuberculosis			
Se administra Quimioprofilaxis al 100% de los contactos censados/examinados de pacientes TB Pulmonar			
El establecimiento dispone de un archivo que sustente las actividades programadas o ejecutadas sobre TB			

Elaborado por: Lic. Enf. Raquel Guardia Zúñiga versión 1-2017

ANEXO N° 12

LISTA DE CHEQUEO DE CONTROL DE INFECCIONES TBC

	Áreas de espera	Si	No
01	Las áreas de espera de pacientes son abiertas y ventiladas.		
02	Las áreas están ubicadas lejos de ambientes de espera general.		
03	En las áreas de espera hay presencia de pacientes que no están afectados por TBC.		
04	En las áreas de espera hay presencia de pacientes infectados con VIH.		
05	Las áreas de espera están cerca del ambiente del Programa de SIDA		
06	En esta área de espera hay ventilador de techo.		
07	Existen ventanas que permitan la ventilación.		
08	Las ventanas que existen están abiertas y permiten la circulación del aire.		
	Consultorio / ambiente de atención		
09	El ambiente es privado y adecuado.		
10	Hay ventilador de techo.		
11	¿Las ventanas se encuentran ubicadas en el lado opuesto a las puertas?		
12	Las ventanas que existen están abiertas y permiten la circulación del aire.		
13	El ambiente tiene luz natural		
14	En el establecimiento existe señalización de las zonas de riesgo (zonas de bio seguridad) de contagio		
15	El ambiente cuenta con lavatorio para lavado de las manos		
16	El ambiente cuenta con baño exclusivo		
17	¿Existe algún ambiente especial para hacer la recolección de la prueba de esputo?		
18	¿Este ambiente especial tiene techo?		
19	¿El ambiente donde se hace la prueba de esputo es el baño?		

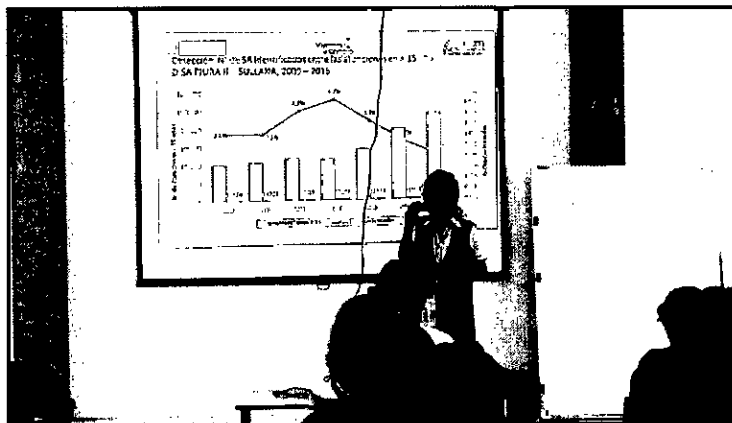
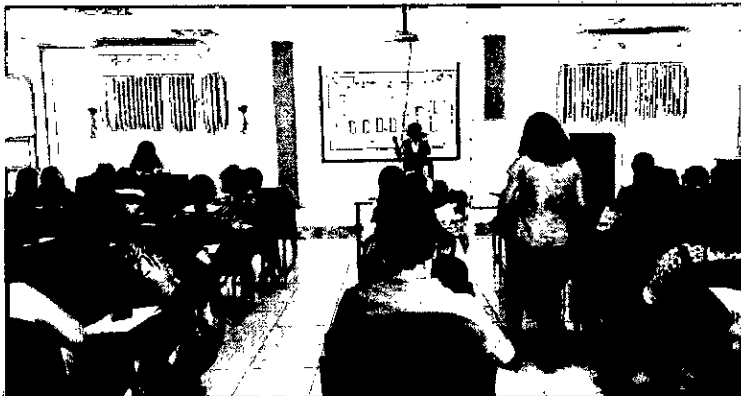
Elaborado por Lic. Raquel Guardia Zúñiga

FOTOS:

EQUIPO DE GESTIÓN



CAPACITACIONES DESCENTRALIZADAS EN CUMPLIMIENTO AL PLAN ANUAL EN TODAS LAS REDES Y UNIDADES EJECUTORAS, SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA DE TUBERCULOSIS, AÑOS 2015- 2017



Fuente: Elaboración propia, 2017

ESTABLECIMIENTOS INACCESIBLES Y DAÑADOS, POR LO QUE PERSONAL DE SALUD ATENDIENDO EN CARPAS Y ALBERGUES A DAMNIFICADOS POR DESBORDE DEL RIO PIURA, FENÓMENO DEL NIÑO COSTERO- 2017.



Fuente: Elaboración propia, 2017