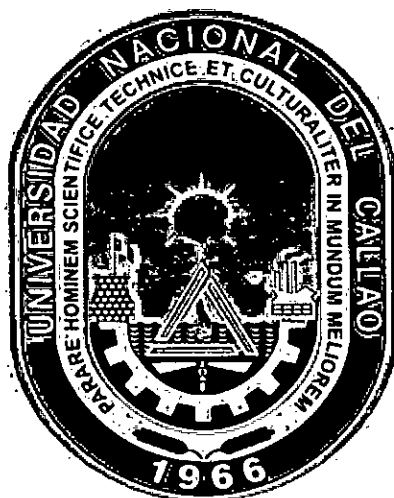


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA  
SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA  
TUBERCULOSIS DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA  
ESSALUD 2011-2015**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA  
OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL  
EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**ELSA MAMANI SOLORZANO**

**Callao, 2016  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZÁLES    | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JULIA ISABEL TISNADO ANGULO    | SECRETARIA |
| ➤ MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRÍGUEZ | VOCAL      |

**ASESORA: Mg, INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA**

Nº de Libro: 01

Nº de Acta: 028

Fecha de Aprobación de tesis: 30 de Noviembre del 2016

Resolución Decanato N° 1583-2016-D/FCS de fecha 28 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>02</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>03</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	05
1.3 Justificación	05
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>06</b>
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	09
2.3 Definición de Términos	28
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	<b>30</b>
3.1 Recolección de datos:	30
3.2 Experiencia profesional	30
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	34
<b>IV. RESULTADOS</b>	<b>38</b>
<b>V. CONCLUSIONES</b>	<b>44</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	<b>45</b>
<b>VII. REFERENCIALES</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>48</b>

## **INTRODUCCIÓN**

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública en los países en desarrollo y con escasos recursos económicos. Constituye la primera causa de mortalidad debido a un agente infeccioso único en los individuos entre 15 a 49 años; por esta razón es responsabilidad de las autoridades gubernamentales, garantizar los recursos necesarios que incluyan la detección, el diagnóstico y tratamiento adecuado de los pacientes con tuberculosis, para reducir la transmisión de la enfermedad dentro de las comunidades.

El presente informe es de mi experiencia profesional titulado “Intervención de enfermería en la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis en el Hospital Marino Molina Scippa – EsSalud”, tiene como propósito dar a conocer la importancia de mi labor como enfermera al brindar un cuidado integral y adecuado a los pacientes para recuperar su salud , disminuir el riesgo de transmisión de Mycobacterium Tuberculosis e implementar las medidas necesarias para prevenir y control de la enfermedad y discapacidad hasta la muerte del paciente.

La intervención de la enfermera es fundamental como parte del equipo multidisciplinario participando con planes y programas concretos para el control y prevención de la transmisión de la enfermedad, asumiendo un rol protagónico para que las intervenciones sean acertadas pertinentes e integrales.

Para mejor entendimiento el informe se describe en los siguientes aspectos: I Planteamiento del problema, II Marco teórico, III Experiencia profesional, IV Resultados, V Conclusiones y en el VI Recomendaciones.

## I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1.- Descripción de la Situación Problemática

La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de Salud Pública, según las últimas estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la TB en el año 2014 afectó a 96 millones de personas y fue responsable de la muerte de 1,5 millones de personas a nivel mundial. <sup>(1)</sup>

Según OMS la tuberculosis está presente en todo el mundo. El 58% de los nuevos casos registrados en 2014 se produjeron en las regiones de Asia Sudoriental y Pacífico Occidental. África presenta la carga más importante, con 281 casos por 100 000 habitantes. <sup>(2)</sup>

Según OPS, la situación de la tuberculosis en las Américas en el año 2013 es: Brasil (33%), Perú (13%), México (8,8%) y Haití (7,4%). <sup>(3)</sup>

En el Perú, en el año 2013 se presentaron: 27.505 casos de TBC con una tasa de incidencia (90.3 %), en el año 2014 se presentaron 27350 casos con una tasa de incidencia (88.8 %), observando una ligera disminución.

La TBC ocupa el 9° o 10° puesto de causas de muerte en grupos de jóvenes (18-29) y adultos (30-59) años con una tasa del 3.1% y 2.6% respectivamente. <sup>(4)</sup>

Según el INEI PERÚ, la tasa de mortalidad por tuberculosis disminuyó un 47% entre 1990 y 2015. <sup>(5)</sup>

Según la **RED DESCONCENTRADA SABOGAL**, la **tasa de morbilidad** en el año 2011 74 x 100,000 habitantes, 2012, 71 x 100,000 habitantes, 2013, 64 x 100,000 habitantes, 2014, 56 x 100,000 habitantes, 2015, 65 x 100,000 habitantes, observando una tendencia de disminución hasta el año 2014, pero en el año 2015 se incremento.

**La tasa de incidencia** en el año 2011, 63 x 100,000 habitantes, 2012, 65 x 100,000 habitantes, 2013, 60 x 100,000 habitantes, 2014, 52 x 100,000 habitantes, 2015, 59 x 100,000 habitantes, observando una tendencia de disminución hasta el año 2014 en el 2015 se incrementó.

**La tasa de incidencia Frotis (+)** en el año 2011, 35 x 100,000 habitantes, el año 2012, 39 x 100,000 habitantes, 2013, 34 x 100,000 habitantes, 2014, 31 x 100,000 habitantes, 2015, 35 x 100,000 habitantes, observando una tendencia variable de incremento en el año 2011 al 2014 y permanecer con la misma tendencia en el año 2015 con respecto al 2011.

**La tasa de mortalidad** en el año 2011, 2 x 100,000 habitantes, 2012 4 x 100,000 habitantes, 2013, 2 x 100,000 habitantes, 2014, 1 x 100,000 habitantes, 2015, 1 x 100,000 habitantes, observando una tendencia de incremento del 2011 al 2012, y disminución significativa en el año 2015 <sup>(6)</sup>

#### **EN EL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA**

Se puede observar que los casos de tuberculosis tienen un comportamiento variable, en el año 2011 se presentaron 126 casos, en el año 2012, 119 casos, en el año 2013, 119 casos, en el año 2014, 102 casos, en el año 2015 se presentaron 120 casos. <sup>(7)</sup>

En la atención que brinda el profesional de enfermería en la estrategia sanitaria existen limitaciones en el manejo de la información estadística (SIGTBC). Así mismo existen inadecuados entornos aledaños a la atención de los pacientes, como depósito de material contaminado, (ropas contaminadas,) constituyendo factores de riesgo para los pacientes y trabajadores, no existe delimitación de las áreas del servicio de TBC con los servicios de mantenimiento y patrimonio en el cual se observa el depósito de materiales y equipos en desuso de la institución.

El mayor porcentaje de los pacientes atendidos en la estrategia son pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar bk (+); así mismo a través de los años se observó el incremento de casos de pacientes con TBC sensible y multidrogorresistente, lo cual constituye un problema de salud pública y que es importante romper la cadena de transmisión mediante acciones de captación y tratamiento oportuno y mejorar la esperanza de vida de la población.

Es por ello que planteo el siguiente informe de experiencia profesional ESNPCTB en el hospital Marino Molina Scippa 2011 -2015. <sup>(7)</sup>

### **1.2.- Objetivo**

Describir la intervención de la enfermería en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de tuberculosis del hospital Marino Molina Scippa del año 2011 al 2015.

### **1.3.- Justificación**

El informe de mi experiencia profesional en ESNPCTB, es importante por que contribuye a la prevención y control de la TBC en el HMMS – ESSALUD, dando a conocer el comportamiento variable de número de casos desde el año 2011 al 2015. La tuberculosis es un Problema de salud pública que afecta al paciente, familia y comunidad que implica costos elevados en su recuperación, es uno de los objetivos tratarlos de forma adecuada y oportuna mejorando su calidad de vida; este informe permitirá brindar información a la Gerencia del hospital para la toma de decisiones a nivel de gestión y asumir el rol de liderazgo en la gestión de control de infecciones relacionado a Tuberculosis. También permitirá brindar información para realizar proyectos y planes de mejora continua, y contribuir a la disminución de las tasas de incidencia que se han incrementado asociadas a los factores de riesgo en nuestro hospital.

(8)

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1.- Antecedentes

#### INTERNACIONAL

**Montúfar Sandovalin María Delfina, Noboa Viteri Erika Juana (2012)**

"Factores asociadas al abandono del tratamiento en los pacientes nuevos co tuberculosis pulmonar BK (+) en la ciudad de Guayaquil año 2012, el objetivo de documentar los factores que Inciden en el abandono de tratamiento en los establecimientos de salud de la Ciudad de Guayaquil.

El método utilizado en este estudio es Epidemiológico de Campo, de tipo Exploratorio, Descriptivo, Explicativo, Correlacional, aplicada a una muestra de 115 pacientes que iniciaron tratamiento E-1, y luego abandonaron. El proceso y análisis de datos generales del paciente, muestra que de 115 encuestados 87% son de sexo masculino en edades comprendidas entre 20 a 40 años (44%), instrucción secundaria incompleta el 45% y primaria completa el 34%. Entre los factores relacionado con el abandono de tratamientos están los relacionados con aspectos sociales como el consumo de drogas (57%), alcohol (18%), delincuencia (4%), seguido de factores vinculados con los Servicios de Salud: mala atención (66%), falta de visitas domiciliarias dentro de las 48 horas de haber abandonado el tratamiento (67%) y los factores relacionados con el tratamiento como las RAM con el 38%. Conclusiones: que el principal factor de abandono de tratamiento está relacionado con los servicios de salud, por lo tanto, recomendamos la importancia del manejo humano ajustado a los tiempos y adecuado a las necesidades de los pacientes, el cumplimiento normativo de las visitas domiciliarias para la reinserción del paciente al tratamiento y el manejo Inter programático para la solución oportuna de los problemas motivo de abandono. (9)



**Araújo, E. y col. (2009)** realizaron un estudio en Brasil titulado "Lo cotidiano del tratamiento de personas enfermas de tuberculosis en Unidades básicas de salud: un abordaje fenomenológico". Tuvo como objetivo comprender lo cotidiano asistencial del tratamiento de tuberculosis, realizado en servicios básicos de salud. El estudio fue desarrollado con portadores de tuberculosis y profesionales de salud en Unidades Básicas de Belén. Se realizaron entrevistas fenomenológicas con los participantes. Las exposiciones fueron organizadas en Unidades de Significado y, después, analizadas a partir del marco teórico de Martín Heidegger. La hermenéutica mostró que los enfermos temen la enfermedad y sus consecuencias, el cuidado que se realiza de modo impersonal, la responsabilidad por el tratamiento enfatizada por los profesionales y asumida por los enfermos y que, y las conductas de los profesionales se pautan, predominantemente, por las normas técnicas del discurso biomédico. Conclusiones que existe una separación entre el tratamiento ofrecido y el tratamiento humanizado que se pretende alcanzar con la finalidad de obtener éxito en el control de la enfermedad. (9)

Se encontró las siguientes investigaciones:

**"Osores Santillán Zelmira (1996)** "Titulo "Eficiencia de la Educación Sanitaria en el cumplimiento del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar y protección familiar del hospital Local de Vitarte", utilizando la metodología PRE experimental, consideró una población de 40 personas y el instrumento utilizado fue cuestionario. Conclusiones los adultos cuyas edades están comprendidas entre los 25 y 34 años de edad es el grupo etáreo más afectado por la tuberculosis pulmonar representan el 50 % de la población en estudio. De los pacientes con tuberculosis pulmonar que se escogió para el estudio solo el 5% de ellos cumplía de manera eficaz con su tratamiento, antes de la educación logrando incrementar después de impartir la educación sanitaria. (9)

**“Genoveva Jesús Burquez Hernández” (2006)**, en el estudio de investigación Titulado “Conocimiento de las medidas preventivas y creencias sobre la tuberculosis que tiene los usuarios de la consulta externa en el Centro de Salud el Pino” utilizando la metodología descriptivo corte transversal y el instrumento utilizado fue el cuestionario. Llegando a la siguiente conclusión: Un alto porcentaje de 45.6% de usuarios de la consulta externa tiene conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la tuberculosis un 29.1% tiene conocimiento bajo lo cual indica que la población no esta muy preparada. <sup>(9)</sup>

**Villaman Anirse, Sheila Yallily (2004)** , en el estudio “Relación entre conocimiento y prácticas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en el centro de salud de Lima” utilizando la metodología diseño descriptivo correlacional transversal llegando a la siguiente conclusión: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y el tipo de practicas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar, lo que permite decir que a menor nivel de conocimiento las practicas son inadecuadas. <sup>(9)</sup>

**Llubitza Muñoz Valle” (2000)**, “Nivel de Conocimientos y Actitudes sobre Tuberculosis Pulmonar y Algunos Factores Sociodemográficos de los Expendedores de Alimentos Preparados en el AA.HH. “Ermitaño Alto – Independencia” utilizando la metodología descriptivo corte transversal consideró una población de 25 personas y el instrumento utilizado fue el cuestionario. Llegando a las siguientes conclusiones: Existe relación porcentual entre el nivel de conocimientos con la edad, sexo, grado de instrucción, procedencia. Existe relación porcentual entre el nivel de conocimientos y las actitudes, no encontrándose relación estadística” <sup>(9)</sup>

## **2.2. Marco conceptual:**

### **➤ Tuberculosis**

La Tuberculosis es una enfermedad infecto – contagiosa producida por el bacilo de Koch que ataca a los pulmones y puede comprometer cualquier otra parte del cuerpo. <sup>(10)</sup>

### **➤ Tipos de tuberculosis**

a). - Tuberculosis Pulmonar. - es una infección bacteriana contagiosa que compromete a los pulmones.

b). - tuberculosis Extra pulmonar. -es una infección bacteriana a otros órganos. <sup>(10)</sup>

### **Forma de transmisión**

Se adquiere cuando una persona entra en contacto con el bacilo de la tuberculosis a través de gotitas de saliva (cuando un enfermo de TBC, tose, estornuda o escupe). Si las defensas de cada organismo no logran detenerlo, estos se multiplican y produce daño y síntomas a nivel del órgano que ataca

### **Signos y síntomas de tuberculosis pulmonar**

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

- Tos (algunas veces con expectoración de moco)
- Expectoración con sangre
- Sudoración excesiva, especialmente en la noche
- Fatiga
- Fiebre

- Pérdida involuntaria de peso
- Otros síntomas que pueden ocurrir con esta enfermedad:
- Dificultad respiratoria
- Dolor torácico
- Sibilancias

### **Factores de Riesgo**

- El contacto con un enfermo con TBC
- Trabajar en un establecimiento de salud.
- Drogadicción
- Alcoholismo
- Lesiones antiguas de tuberculosis.
- Tratamiento prolongado con corticoides
- Casos anteriores de tuberculosis.
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento
- Aumento de las infecciones por VIH
- Aumento en el número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y mala nutrición).<sup>(10)</sup>

### **Diagnostico de tuberculosis**

Los pacientes que presenten algunos de los síntomas descritos anteriormente, deberán acercarse al centro de salud para ser evaluados por el personal de salud. Como parte de esta evaluación, los exámenes que se realizarán son los siguientes:

**a) Examen de esputo o baciloscopia:** Es la principal forma de diagnosticar TB. Consiste en tomar muestras de la expectoración (flema) con la finalidad de observar los bacilos que producen la enfermedad a través del microscopio. Estas muestras deberán ser depositadas en envases de plástico descartable, totalmente limpio, seco y de boca ancha y con tapa rosca.

Se recomiendan dos muestras de esputo:

- La primera muestra inmediatamente después de la consulta.
- La segunda muestra al día siguiente, apenas el paciente se despierta en la mañana.

**b) El cultivo del esputo:** Es una prueba más sensible que la baciloscopia para dar el diagnóstico, el resultado se da después de 8 semanas. Está indicada en personas que tienen sospecha de TB, pero cuya baciloscopia resultó negativa, o se utiliza también para seguimiento diagnóstico.

**c) Radiografía de tórax:** Es una prueba esencial y de gran utilidad en el diagnóstico de la TB, permite ver la extensión de la enfermedad pulmonar, su evolución y sus secuelas.

**d) Prueba cutánea de la tuberculina o PPD:** También conocida como Método de Mantoux en honor al científico Charles Mantoux que introdujo esta prueba en 1908. Consiste en aplicar debajo de la piel del brazo una sustancia inofensiva llamada "tuberculina". Esta sustancia es un derivado proteico purificado del cultivo del *Mycobacterium tuberculosis* (De ahí que recibe el nombre de PPD, como también se llama a esta prueba), y dos días más tarde de la aplicación el personal de salud deberá evaluar los resultados.

### **Exámenes Especiales:**

- Broncoscopia
- Tomografía computarizada del tórax
- Toracocentesis
- Ruidos respiratorios inusuales (crepitaciones)
- Test de Ada (adenosina deaminasa)
- Líquido alrededor del pulmón (derrame pleural)
- Biopsia del tejido afectado (poco común)
- PCR (reacción en cadena polimerasa)

### **PRUEBA DE LABORATORIO ESPECIALES:**

#### **I.-CONVENCIONALES. -**

Son pruebas de laboratorio para detectar la resistencia a drogas antituberculosis, Se llaman directas cuando el ensayo se hace a partir de las muestras clínicas sin un cultivo previo, por ejemplo, las pruebas en el esputo, y las indirectas, que requieren un cultivo previo para aislar la micobacteria. En el país los métodos aceptados para su uso clínico son:

A.- Pruebas convencionales indirectas en medio sólido; por el método de proporciones en medio Lowenstein – Jensen o Agar en placa

B.- Pruebas convencionales en medio líquido: método BACTEC 960 (MGIT). (11)

#### **II.- PRUEBAS RÁPIDAS. - Actualmente las más utilizadas:**

Pruebas rápidas fenotípicas directas: el ensayo de susceptibilidad a fármacos mediante observación microscópica (método conocido como MODS por sus siglas en inglés: Microscópica Observación Drug Susceptibility la prueba del nitrato reductasa (Griess).<sup>(11)</sup>

#### **A. - Mods (microscopic observation drug susceptibility)**

La susceptibilidad a drogas de *Mycobacterium tuberculosis* mediante observación microscópica (MODS) es un método de desarrollo reciente que posee una sensibilidad y especificidad muy elevadas, como también una gran reducción del tiempo para el diagnóstico de infección por el *Mycobacterium tuberculosis*, a la vez que evalúa la resistencia antibióticos de primera línea.<sup>(11)</sup>

#### **B.-Prueba nitrato reductasa (Griess)**

Es una prueba de tamizaje directa a partir de muestras de esputo con baciloscopia 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 de 14 a 28 días desde el inicio de la prueba.

Indicaciones de diagnostico de resistencia por la prueba Griess

- Diagnostico de resistencia a isoniacida y rifampicina en pacientes con TB pulmonar frotis positivo.<sup>(11)</sup>

#### **C.-Pruebas Rápidas moleculares directas**

A través de sondas lineales para isoniacida y rifampicina (**Genotype MTBDR plus**) y para fluoroquinolonas y aminoglicosidos (**Genotype MTBDR second line**). Gene Xpert para el diagnóstico directo de TB y resistencia a rifampicina.<sup>(11)</sup>

#### **D.-Cultivo de muestra biológica**

El cultivo puede hacerse en el medio de Löwenstein-Jensen, que está constituido por: Huevo (albúmina, lípidos) (coagula y le da solidez); Verde de malaquita (inhibe otras bacterias); Glicerol (fuente de carbono); Asparaginas (fuente de nitrógeno)

Crece muy lentamente (30 a 90 días) a 37 °C en atmósfera con dióxido de carbono (en cultivo crecen mejor a pesar de ser aerobio estricto), dando colonias con aspecto de migas de pan (o huevos de araña), secas amarillentas y rugosas. <sup>(11)</sup>

#### **TRATAMIENTO:**

El objetivo del tratamiento es curar la infección con fármacos que combatan las bacterias de la tuberculosis. El tratamiento de la tuberculosis pulmonar activa siempre involucrará una combinación de muchos fármacos (por lo regular cuatro). Se continúa la administración de todos los fármacos hasta que las pruebas de laboratorio muestran qué medicamentos funcionan mejor.

Fármacos de primera línea: isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol.

Fármacos de Segunda línea: cicloserina, etionamida, ciprofloxacino, etc. Se utilizan en los casos de tuberculosis resistentes o cuando lo de primera línea producen efectos secundarios. <sup>(11)</sup>

**Esquema I para TBC SENSIBLE.** - Esquema de tratamiento primario acortado, se debe administrar durante 6 meses hasta completar 104 dosis divididas en dos fases. Indicado en toda persona nunca tratado con diagnóstico pulmonar y/o extrapulmonar con frotis positivo o negativo (incluyendo aquellos con BK positivo o negativo) independientemente de



la condición VIH-sida. Todo paciente que cuente con una prueba de sensibilidad vigente (menos de 3 meses), Paciente Antes Tratado (recaída por primera vez, abandono por primera vez) previa solicitud de prueba de sensibilidad. <sup>(11)</sup>

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TUBERCULOSIS

**Fase uno: 2 meses (HREZ) diario + Fase Dos: 4 meses (HR) tres veces por semana.**

FÁRMACO	VÍA	DOSIS	EFFECTOS ADVERSOS MAS FRECUENTES
Drogas antituberculosis de primera línea			
Rifampicina	Oral, iv	10mg/Kg.	hepatitis , reacciones de hipersensibilidad
Isoniacida	Oral, iv, im.	5mg /Kg.	hepatitis , reacciones periférica
Pirazinamida	Oral	25 a 30 mg /Kg.	hepatitis , hiperuricemia
Etambutol	Oral	15-20 mg/Kg.	neuritis óptica
Estreptomina	im, iv	15mg/Kg.	alteraciones VIII par craneal, nefrotoxicidad

## ESQUEMA PARA TB RESISTENTE

Los esquemas de retratamiento para TB resistente se clasifican en tres tipos: Individualizado, Empírico y Estandarizado:

FÁRMACO	VÍA	DOSIS	EFFECTOS ADVERSOS MAS FRECUENTES
Esquema de tratamiento MDR			
Etionamida	Oral	750 a 1000 mg	gastroenteritis/hepatitis
Cicloserina	Oral	750 a 1000 mg	neurotoxicidad/depresión
Capreomicina	Im, iv	0.75 a 1 g/día o c/48 h	ototoxicidad/nefrotoxicidad
Kanamicina	Im, iv	0.75 a 1 g/día o c/48 h	ototoxicidad/nefrotoxicidad
Amikacina	Im, iv	0.75 a 1 g/día o c/48 h	ototoxicidad/nefrotoxicidad
Ofloxacina	Oral	800 mg	tenosinovitis
Levofloxacina	Oral, iv	750 a 1000 mg	tenosinovitis
Moxifloxacina	Oral	400 mg	tenosinovitis
PAS	Oral	10 a 15 g	gastroenteritis/hepatitis

La mejor opción de manejo para la TB resistente es de retratamiento basado en una PSD convencional vigente, por lo que es una prioridad garantizar el cultivo positivo. sin embargo, los pacientes no siempre cuentan con resultados de una PSD CONVENCIONAL en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos transitorios. Para fines operacionales y de monitoreo los esquemas de retratamiento para TB Resistente se clasifican en tres tipos: Individualizado, Empírico y Estandarizado. <sup>(12)</sup>

### **ESQUEMA INDIVIDUALIZADO**

Indicación: pacientes con TB resistente que cuenten con resultados de una PSD convencional para medicamentos de primera y segunda línea vigente. Deberá ser propuesto por el CER- EsSalud DE LA Red Asistencial.

En casos de TB mono o polirresistente el esquema final recomendado se describe en la siguiente Tabla.

RESISTENCIA	RÉGIMEN SUGERIDO	TIEMPO DE TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
H(+/-)	RZE	6 A 9 meses diario	Una fluoroquinolona puede fortalecer el régimen de pacientes con enfermedad extensa .
H y Z	RELfx	9-12 meses diario	
H y Z	RZLfx	9 – 12 meses diario	
R Y E (+/-)S	HZLfxKmEto (km: de 3-6 meses)	18 meses	Para pacientes con enfermedad extensa el inyectable puede ser hasta 6 meses.
H,E,Z(+/-)S	RLfxEtoKm (Km: de 3 -6 meses)	18 meses diario	Para pacientes con enfermedad extensa el inyectable puede ser hasta 6 meses
Otras combinaciones	Serán definidas por el CER – EsSalud.		

Los esquemas individualizados para TB-MDR serán elaborados por el medico neumólogo del centro asistencial con mayor resolución de la Red y validados por el CER- EsSalud respectivo, así como los esquemas para TB-XDR.

## ESQUEMA EMPÍRICO

Indicaciones: pacientes con diagnóstico de TB resistente según PSD rápida. De acuerdo a los resultados de las pruebas rápidas a Isoniacida y rifampicina los esquemas empíricos propuestos se detallan en la siguiente tabla.

RESULTADOS RÁPIDA	PS	ESQUEMA EMPÍRICO	COMENTARIOS
H resistente		(REZLfx) diario	Terapia diaria excepto domingo por 9 meses.
R resistente		3-6 HEZLfxKm/9-12 HEZLfx	Terapia diaria excepto domingo por 12-18 meses.
H y R resistente (MDR)		6 - 8 (ezlFXkmEtoCs)/12 (EZLfxEtoCs)	Terapia diaria excepto domingos 18 meses o mas

También se considera esquema empírico a un esquema basado en una PS convencional no vigente, ponderando el riesgo de amplificación de resistencia de acuerdo a la exposición a medicamentos anti - TB y pacientes que no cuenten con ninguna PSD y sea un contacto domiciliario o cercano de un caso TB resistente. En estos casos el esquema indicado estará basado en la PSD o en el esquema de tratamiento del caso índice.

Los esquemas empíricos deberán ser indicados por el medico neumólogo del Cas de mayor nivel de Resolución de la Red e inmediatamente deben ser iniciados por el establecimiento de salud. Posteriormente el CER-

EsSalud validara la indicación. No se debe esperar la validación del CER para iniciar tratamientos empíricos.

### **ESQUEMA ESTANDARIZADO PARA TB- MDR**

Indicación: pacientes que cumplan criterio de fracaso al esquema de TB sensible (baciloscopia o cultivo positivo o deterioro clínico radiológico al cuarto mes de tratamiento) y en aquellos en quienes no se disponga de PSD rápida o convencional o que no sean contactos de un caso índice con TB – MDR confirmada por PSD convencional.

Fase uno 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario + fase dos :10 -12 meses (EZLfxEtoCs) diario.
--

Observaciones: indicado por el medico neumólogo del CAS de mayor nivel resolutivo de la Red y definido en reunión clínica con ACTA.

Los medicamentos para combatir la tuberculosis son entregados por el Ministerio de Salud en forma gratuita a través de todos los programas de control de la tuberculosis (PCT). La medicina debe ser tomada en presencia del personal del establecimiento de salud para asegurar su cumplimiento. Así se asegura la curación de esta enfermedad.

Si el tratamiento se interrumpe y tomas las pastillas sólo de vez en cuando, la Tuberculosis avanza, los microbios se hacen más fuertes y se multiplican, ocasionando que la enfermedad pueda ser incurable.

Los medicamentos contra la tuberculosis producen malestares o molestias. Pueden ser malestares menores o graves. Si experimentas algunos de estos malestares es importante que lo informes al personal de salud, pero no dejes de tomar tus medicamentos.

Malestares menores: son malestares pasajeros que manejados adecuadamente no generan mayor problema. Es importante que los conozcas para evitar dudas o miedos si los presentas durante el tratamiento. <sup>(11)</sup>

- Coloración anaranjada de la orina, sudor o lágrimas.
- Intolerancia gástrica: ardor en el estómago, náuseas, vómitos, etc.
- Picazón.
- Dolor en el sitio de aplicación del inyectable.
- Sensibilidad de la piel al sol.
- Incremento de sueño o nerviosismo.
- Malestares graves: estos malestares son más fuertes e implican peligro, por ello es importante estar alerta.
- La piel y los ojos se tornan amarillos.
- Ronchas en la piel y la coloración de la piel se muestra rojiza.
- Intensas náuseas y vómitos.
- Dificultad para distinguir los colores rojo y verde.
- Cosquilleo o adormecimiento alrededor de la boca.
- Manchas o moretones por lesiones pequeñas.
- Vista borrosa.
- Zumbido en los oídos.

## **ESTRATEGIA DOTS**

El DOTS sigue siendo el núcleo de la estrategia Alto a la TB. Para resolver los problemas conocidos y los nuevos obstáculos que se han ido encontrando es necesario reforzar los cinco componentes básicos del enfoque DOTS. <sup>(13)</sup>

1.- Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida Legislación, planificación, recursos humanos, gestión, formación.

2.- Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada, fortalecimiento de los laboratorios de TB, vigilancia del fármaco resistencia.

3.- Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente Directrices para el tratamiento y la gestión de los programas de lucha contra la TB, Normas Internacionales de Atención a la TB (ISTC), PPM, Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar (PAL), participación de los pacientes y las comunidades.

4.- Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos

Disponibilidad y gestión de antituberculosos, Servicio Farmacéutico Mundial (GDF), Comité Luz Verde (GLC).

5.- Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto

Sistemas de registro y presentación de informes sobre la TB, Informe sobre el control mundial de la TB, datos y perfiles de los países, instrumento de planificación y presupuesto de la lucha contra la TB, formación en línea de la OMS sobre epidemiología y vigilancia.<sup>(14)</sup>

## **MEDIDAS DE PREVENCIÓN FRENTE A LA TUBERCULOSIS**

- Aplicación de la vacuna BCG al recién nacido.
- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las personas con tuberculosis
- Administrando pastillas de prevención (quimioprofilaxis) a los menores de 5 años que se encuentren en contacto con una

persona enferma de tuberculosis y de otro grupo etéreo y vulnerable.

- El paciente debe cubrirse la boca con un pañuelo al toser y estornudar, y botar la flema en un papel para desecharlo de inmediato.
- Taparse la boca con el antebrazo al toser, estornudar y hablar.
- No escupir en el suelo.
- Asegurarse que exista buena ventilación y aire fresco tanto en la vivienda como en el lugar de trabajo.
- Consumir una alimentación balanceada y respetar sus horarios.

## ➤ **MEDIDAS PARA EL CONTROL DE INFECCIONES EN LOS**

### **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD:**

#### **1. PREVENCIÓN PRIMARIA**

- Medidas de control de infecciones:

- a) Medidas de Control Administrativo
- b) Medidas de Control Ambiental
- c) Medidas de Protección Respiratoria

#### **a) Medidas de Control Administrativo**

Los controles administrativos son el primer nivel de la jerarquía y el más importante. Son medidas de gestión cuyo objetivo es reducir el riesgo de exposición a personas con tuberculosis contagiosa. Estas medidas de control consisten en las siguientes actividades:

- Asignar a alguien la responsabilidad del control de las infecciones de tuberculosis en el entorno de atención médica;
- Hacer una evaluación del riesgo de tuberculosis en el entorno;



- Hacer un plan de control de infecciones de tuberculosis por escrito e implementarlo;
- Garantizar la disponibilidad de los procesos y las pruebas de laboratorio recomendados, y la notificación de los resultados;
- Implementar prácticas laborales eficaces para el manejo de pacientes que puedan tener enfermedad de tuberculosis;
- Garantizar la limpieza, esterilización o desinfección adecuada del equipo que podría estar contaminado (p. Ej., los endoscopios);
- Educar, capacitar y aconsejar a los trabajadores de la salud, los pacientes y las visitas acerca de la infección y la enfermedad de tuberculosis;
- Hacerles pruebas de detección y evaluar a los trabajadores en riesgo de exposición a la enfermedad de tuberculosis;
- Aplicar principios de prevención basados en la epidemiología, lo que incluye usar datos sobre el control de infecciones de tuberculosis relacionadas con el entorno;
- Usar afiches y letreros para recordarles a los pacientes y al personal los buenos modales al toser (cubrirse la boca) y las medidas de higiene respiratoria; y
- Coordinar los esfuerzos entre los departamentos de salud, locales o estatales y los entornos de alto riesgo donde se proporciona atención médica y donde se congregan personas. <sup>(11)</sup>

#### **b) Medidas de Controles Ambientales:**

El segundo nivel de la jerarquía es el uso de controles ambientales para prevenir la propagación y reducir la concentración de núcleos de gotitas infecciosas. Esto incluye dos tipos de controles ambientales.

- Los controles ambientales primarios consisten en controlar la fuente de la infección mediante el uso de ventilación por extracción localizada (p.

Ej., campanas, carpas o cabinas), y en disminuir la concentración del aire contaminado y en eliminarlo por medio del uso de ventilación general.

- Los controles ambientales secundarios consisten en controlar el flujo de aire para prevenir que se contamine el aire de las áreas adyacentes a las salas de aislamiento de fuentes de infección transmitida por el aire. También consisten en limpiar el aire al usar filtros de alta eficacia para partículas en el aire (HEPA, por sus siglas en inglés) o irradiación germicida ultravioleta.

### **c) Medidas de Protección respiratoria:**

El tercer nivel de la jerarquía es el uso de un control de protección respiratoria. Esto consiste en el uso de equipo de protección personal en situaciones que presenten un alto riesgo de exposición a la enfermedad de tuberculosis.

El uso de equipo de protección respiratoria puede reducir más el riesgo de exposición de los trabajadores de la salud a núcleos de gotitas infecciosas que hayan sido expulsadas al aire por un paciente con enfermedad de tuberculosis contagiosa. Para reducir el riesgo de exposición se pueden tomar las siguientes medidas:

- Implementar un programa de protección respiratoria;
- Capacitar a los trabajadores de la salud en protección respiratoria y educar a los pacientes acerca de la higiene respiratoria y la importancia de tener buenos modales al toser.

## **2. PREVENCIÓN SECUNDARIA**

La prevención secundaria comprende:

- a). - Diagnostico y/o tratamiento oportuno
- b). - Estudio de Contactos

c). - Terapia Preventiva con Isoniacida

#### **a) Diagnostico y/o tratamiento**

El tratamiento de los pacientes es según diagnóstico y de acuerdo a la normatividad vigente.

#### **b) Estudio de Contactos**

##### **Control de Contactos**

Se denomina contacto a las personas que conviven con la persona con tuberculosis.

- Contacto Intradomiciliario: Es aquella persona que vive en el domicilio de la persona con tuberculosis.
- Contacto Extradomiciliario: Es aquella persona que no vive en el domicilio de la persona con tuberculosis, sin embargo, comparte ambientes comunes (colegio, trabajo, guardería, albergue). Asimismo, son considerados en esta categoría, parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona con tuberculosis.

#### **c) Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI)**

La terapia se debe indicar a personas diagnosticadas de tuberculosis, que pertenecen a los grupos de riesgos específicos.

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, antecedentes de alcoholismo crónico, historial de reacciones adversas a isoniazida sean personales o familiares y potenciales interacciones medicamentosas (warfarina , ketoconazol , hidantoína , ante otros ), la indicación de TPI debe ser realizada por el medico consultor.

En las personas de 15 años o más la dosis de isoniazida es de 5mg/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. <sup>(12)</sup>

### **3. PREVENCIÓN TERCIARIA**

Acciones dirigidas a 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 los pacientes. <sup>(12)</sup>

#### **TEORÍAS DE ENFERMERÍA:**

##### **➤ TEORÍA DE ENFERMERÍA ECOLOGISTA**

**FLORENCE NIGHTINGALE 1820-1910**, quien dio el primer modelo para la enfermería, en 1859 definió así su meta "situar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza pueda actuar en él", para ella la enfermería debía principalmente modificar el entorno del paciente con el fin de dejar actuar la naturaleza, así como que consideraba la luz, el aire puro, el calor, la comida, la limpieza y el ruido como aspectos de gran importancia para lograr la salud o la curación de los enfermos, teniendo en cuenta desde entonces, que la falta de control sobre estos factores era, en muchas ocasiones, la causa que daba origen a las enfermedades. Como ejemplo se pueden mencionar entre otros: la falta de luz natural, de limpieza y de aire puro en las viviendas y en centros escolares y laborales podrían ser la causa de proliferación de gérmenes que producen enfermedades, entre ellas las enfermedades respiratorias agudas y crónicas, como la Tuberculosis, analizando esto en

individuos sanos: si el análisis lo hacemos con los enfermos por diferentes causas, podemos observar que el no tener en cuenta los aspectos aire, limpieza, luz, calor y comida pueden ser causa de otras enfermedades que se sobreañadirán a las ya existentes y agravarían la situación de los enfermos potenciando o agregando nuevos efectos.

La teoría de F. Nightingale se centró en el medio ambiente, aunque esto no aparece así en sus escritos, la mención y defensa que hace de los factores naturales del medio la ubican en una tendencia ecologista y dentro de los modelos naturalistas<sup>(14)</sup>

#### ➤ **DOROTEA OREM: MODELO DE LA PREVENCIÓN**

Define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre si.<sup>(14)</sup>

##### **A) Teoría del Autocuidado:**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia.” El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar “.<sup>(15)</sup>

##### **B) Teoría del déficit de autocuidado:**

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente.

Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.<sup>(15)</sup>

### **C) Teoría de los sistemas de enfermería:**

En la que se explican los modos en que las enfermeras /os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos al individuo.

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo – educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Oren define el objetivo de la enfermería como “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y /o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. <sup>(16)</sup>

#### **2.3- Definición de Términos:**

**DOTS.** - Es la supervisión del tratamiento directamente observado en boca “Directly observed treatment supervision”, para evitar el abandono y la resistencia a las drogas de primera línea. <sup>(17)</sup>

**TB EXTRAPULMONAR (TBEP):** Compromiso diferente al parénquima pulmonar: pleural, ganglionar, meníngea, renal, dérmica, osteo- articular, peritoneo – intestinal, encefalitis, pericarditis, etc. <sup>(17)</sup>

**FRACASO:** Pacientes con una prueba de baciloscopia o cultivo de esputo positivo a partir del cuarto mes de tratamiento <sup>(17)</sup>

**INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (ITBL):** Es condición en la que el individuo esta infectado por Mycobacterium tuberculosis, pero no tiene enfermedad activa. Paciente con ITBL, no son de riesgo infeccioso para otras personas. <sup>(17)</sup>

### **BACILOSCOPIA DE ESPUTO**

Examen microscópico del esputo para la búsqueda de bacilos de Koch (mycobacterium tuberculosis) acido – alcohol resistente. <sup>(17)</sup>

### **VACUNACIÓN BCG**

Su importancia radica en la protección que brinda contra las formas graves de tuberculosis: Meningoencefalitis tuberculosa (MEC-TB) y Tuberculosis miliar; debiendo ser aplicada en todo recién nacido. <sup>(17)</sup>

### **PRUEBA DE LA TUBERCULINA MEDIANTE LA TÉCNICA DE MANTOUX (PPD)**

Es una prueba cutánea (intradermorreacción) para detectar infección tuberculosa. <sup>(17)</sup>

**Abandono de Tratamiento:** se define como el no concurrir a recibir su tratamiento por más de treinta días consecutivos. <sup>(17)</sup>

**Cultivo.** -procedimiento para hacer crecer bacterias en el laboratorio y para que puedan ser identificadas. <sup>(17)</sup>

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1.- Fase de recolección de datos**

Para elaborar el presente informe se utilizó de los siguientes instrumentos:

- Informes Operacionales Anuales
- Estudio de Cohortes del año 2012 al 2014.
- Libro de registro y seguimiento de pacientes con tuberculosis sensible
- Libro de Registro de sintomático Respiratorio.

#### **3.2.- Experiencia Profesional:**

Inicié mi experiencia profesional en MINSA, laboré en el hospital nacional Cayetano Heredia, como enfermera asistencial por 05 años en el área hospitalización en los diferentes servicios: medicina, ginecología, pediatría, neonatología, cirugía y centro quirúrgico – recuperación, como coordinadora de los programas de PAI y CRED en los distritos de San Martín de Porres y los Olivos y en la jefatura de enfermería por tres años en los establecimientos respectivos.

A partir del año 2002 ingrese a EsSalud – Hospital Marino Molina Scippa. Laborando durante 14 años, inicié crecimiento y desarrollo (CRED) y en la consulta externa y estrategia sanitaria de TBC, durante el cual estoy laborando en la ESNPCTB 12 años

**El Hospital Marino Molina Scippa**, fue creado con Resolución de Presidencia Ejecutiva Nro. 142- PE-ESSALUD-2000, con fecha 16 de



mayo 2000, como parte de la Red Asistencial de la Gerencia Departamental de Lima.

El Hospital Marino Molina Scippa es un Hospital de EsSalud, de categoría II-1 Ubicado en la Av. Guillermo de la Fuente N° 515, Urbanización Santa Luzmila del Distrito de Comas. Tiene una población adscrita de 197,497 Habitantes, con un promedio de 547 trabajadores de EsSalud, destacando la presencia de 111 enfermeras. Es cabeza de Micro Red compuesta por tres EE. SS (CAP III Carabayllo, CAP III Puente Piedra e IPRESS Clínica Universitaria).

Presta Servicio las 24 horas del día. Cuenta con los servicios de Emergencia; Hospitalización de Medicina; Ginecología, Cirugía; Centro Obstétrico; Neonatología; Centro Quirúrgico y Consulta externa. Tenemos Servicios de Ayuda al Diagnóstico (Rayos X, Ecografía, Laboratorio y Banco de sangre). Especialidades como: Gastroenterología; Odontologías; Oftalmología; Medicina Física y complementaria; Reumatología. Asimismo, contamos con 105 camas hospitalarias, 30 camas de Emergencia, 02 salas de Operaciones y 1 sala de recuperación con 6 camas; 23 consultorios físicos y 45 funcionales. Tiene tercerizado los servicios generales de Limpieza, Mantenimiento, Vigilancia y Parte de Logística y farmacia. Asimismo, tenemos una oficina de Voluntariado.

### **Funciones de Enfermería:**

#### **1.-Función Administrativa:**

-Elaboración del plan anual de actividades del programa.

- Elaboración de informes operacionales mensuales, trimestrales, semestrales y anuales.
- Elaboración de estudios de cohortes.
- Llenado de registro y seguimiento de pacientes del programa.

- Llenado de registro de sintomáticos respiratorios.
- Derivación y transferencia de pacientes a otros establecimientos según requerimiento.
- Coordinación con el equipo multidisciplinario una vez al mes.
- Programación mensual de requerimiento de fármacos antituberculosos.
- Gestión de apoyo logístico mensual (jeringas, jabón guantes mascarillas, mandilones, alcohol etc.).
- Gestión de instalación de áreas verdes del servicio.
- Participación del plan de ampliación en la infraestructura de ambientes: con servicios higiénicos y otros.
- Plan de actividades de todos los años retrospectivamente hasta la actualidad se realiza con mucho entusiasmo por el equipo del programa, liderando la enfermera en la semana de la lucha contra la TUBERCULOSIS A nivel mundial el 24 de marzo, en la cual se realiza las gestiones sin contar con presupuesto designado para ese evento.

## **2.- Función Asistencial:**

- Administración de tratamiento por la enfermera al paciente de tuberculosis (aplicación del DOTS).
- Visitas domiciliarias
- Entrevista de enfermería
- Captación de sintomáticos respiratorios.

- Administración de TPI (terapia preventiva con isoniazida).
- Aplicación y lectura del PPD (Técnica del Mantoux).
- Actividades de información y promoción de la salud (reunión, charlas, talleres).

### **3.- Función de docencia:**

- Organización de actividades de capacitación, adiestramiento y reforzamiento.
- Capacitación permanente en servicio según requerimiento.

### **4.- Función de investigación:**

- Elaboración del estudio de cohorte (2 veces al año)
- Estudio y seguimiento de casos especiales; con morbilidad y reacciones adversas a los fármacos antituberculosos (Rafas).
- Estudio con la medicina alternativa en pacientes de casos especiales, obteniendo buenos resultados.

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

En la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la tuberculosis del hospital Marino Molina Scippa, ingrese en el año 2003 en ESNPCTB encontrando que no se contaba con personal técnico en el servicio, asimismo el lugar donde se realizaba la recepción de muestras de esputo se realizaba en la puerta del servicio.

Se realizó las gestiones de enfermería de manera urgente y teniendo el apoyo de la nueva coordinadora de enfermería de asignar una técnica de enfermería.

Se realizó actividades sociales con la finalidad de recaudar fondos para implementar la caseta de madera para la toma de muestras, lográndose esto en el año 2007.

En el año 2011 se trasladó a un ambiente con mejor ventilación, el cual era más amplio, pero funcionaba para el médico, enfermera y técnica, en el cual ocasionaba hacinamiento para la atención del paciente y el riesgo de infección al personal que laboraba.

Realizan una inspección por el CEPRIT (CENTRO DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE TRABAJO) encontrando un diagnóstico negativo, técnica inadecuada de ventilación en los servicios de programa de tuberculosis, emergencias y otros servicios en riesgos de infección dándole las recomendaciones del caso para prevenir que los trabajadores que no se infecten.

Se gestionó con el coordinador Dr. Fernando Velazco Talavera la construcción de un consultorio que se hizo realidad en el año 2012, se mejoro la ventilación, así mismo se mejoro la atención a los pacientes de tuberculosis, pero se solicita a la Red Sabogal – Gerencia Central, la ampliación de turnos por la gran demanda de pacientes y aumentos de caso de TBC-MDR.

Laboro en este servicio ESNPCTB porque me siento identificada y sensibilizada con este grupo de pacientes, ya que es una enfermedad prevenible y tiene cura si logramos identificarlo a tiempo.

En el Hospital Marino Molina Scippa, por ser de nivel II-I se atiende a paciente de TBC sensible es decir Tb-pulmonar y Extrapulmonar, y los pacientes de Tb resistentes son evaluados y enviados a referencia por el Hospital III Alberto Sabogal por neumología y diagnosticados los cuales son contra referidos para la supervisión y monitoreo del tratamiento a los pacientes MDR hasta su alta, desde el año 2011 al 2015 se observa el incremento de casos en un 10 %.

Se participa activamente reorganizando la estrategia ESNPCTB con la coordinadora de la RED SABOGAL.

Se coordina con los servicios de laboratorio, radiología, VIH/sida, para lo exámenes correspondientes, facilitando como urgencia buscando la eficiencia y eficacia en el servicio.

Se coordina estrechamente con los establecimientos de la Red Túpac Amaru y Hospital Sergio Vernaes (MINSa) para la supervisión del su tratamiento.

El hospital Marino Molina como cabeza de Microrred tiene que atender desde enero del presente año a pacientes de EPS (ENTIDAD PRIVADA DE SALUD), de otras jurisdicciones (Carabayllo y Puente piedra) a pacientes con tuberculosis.

## **LOGROS:**

El mayor logro en la Estrategia Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis del Hospital Marino Molina Scippa es la aplicación del Dots al 100%.

En enero 2013, se logro con la gestión administrativa un ambiente individual para la enfermera y técnica, habilitando otro ambiente para el medico.

En Setiembre 2013 se apertura la atención de enfermería en dos turnos (mañana y tarde) cumpliendo con la gestión realizada a nivel de la Gerencia Central.

En el año 2015, se logró modificar los informes manuales a través de la adquisición de las computadoras y el envío de la información actualmente es de forma virtual.

Se realiza un curso de Medidas de Control de Infección en HMMS, organizado por el ESPCTB del Hospital Marino Molina Scippa para el personal profesional y no profesional en noviembre del 2015, logrando sensibilizar a este personal en la participación de la ESPCTB

En el 2015 se conformó el equipo multidisciplinario para los pacientes con diagnóstico de TBC.

Se mejoró la ventilación y el ambiente de los pacientes al implementar las áreas verdes alrededor y proteger a los trabajadores de los servicios adherentes.

Mayor consolidación de asociación de pacientes del programa de TBC para realizar eventos de promoción y prevención, paralelamente con los eventos sociales que ayudan a considerar al paciente en todo el aspecto bio- psico-social.

### **Limitación:**

- Falta de la efectividad del proyecto de mejora en la infraestructura ESNPCTB que está aprobada hace dos años y el cual la dirección no realiza la gestión correspondiente.
  - Falta de implementación de medidas de Bioseguridad en la ESNPCTB.
  - Falta de Apoyo en la movilidad que es esporádica para visitas domiciliarias y coordinaciones extrainstitucionales ESNPCTB
- 
- RECONOCIMIENTOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA - ESSALUD
    - Carta de Reconocimiento N° 1348 – GDLIMA – EsSalud -2003 del Director del Hospital Marino Molina Scippa del Dr. Jorge Santa María Ortiz, por la labor de prevención y control de tuberculosis en EsSalud.
    - Resolución en junio 2003, carta N° 599-D-HMMS – GDLI-ESSALUD 2003. por labor desempeñada en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la TBC por la destacada labor preventiva de la Tuberculosis.
    - RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES DE ESSALUD N° 36-GCPS- ESSALUD-2013- LIMA ABRIL 2013, por el esfuerzo, dedicación y competencia profesional.
    - Reconocimiento de Marzo del 2013 por la GERENCIA DE PRESTACIONES PRIMARIAS DE SALUD por el trabajo entrega y compromiso en la tuberculosis.

## IV.- RESULTADOS

Para el presente Informe se ha realizado la búsqueda y análisis de la información más relevante, las cuales se presentan en Tablas y Gráficos Estadísticos.

CUADRO N° 4.1

### Mapa y Organización de Redes de Servicios de Salud. 2015

**Usar Tasa de incidencia de TBPP 2015**

- Muy alto riesgo (rojo) :  $\geq$  a 75
- Alto riesgo (naranja) : 50 a 74
- Mediano riesgo (amarillo) : 25 a 49
- Bajo riesgo (verde) : < a 25

COMO SE PUEDE OBSERVAR  
ESNPCT – HOSPITAL MARINO  
MOLINA ESTA EN MEDIANO  
RIESGO

Item	2016
Población	197,497
N-Atenciones Medicas > 15 años del EESS	58,679
El laboratorio procesa baciloscopia	SI
Entidad que realiza pruebas rápidas	NO
Cuenta con Comité de TB	NO
Cuenta con Cabina Recolectora de Muestra de Esputo	SI
N-de Cajas de transporte de Muestras	01

Mediano riesgo (amarillo) 32 : 25 a 49

Gráfico: N° 4.1

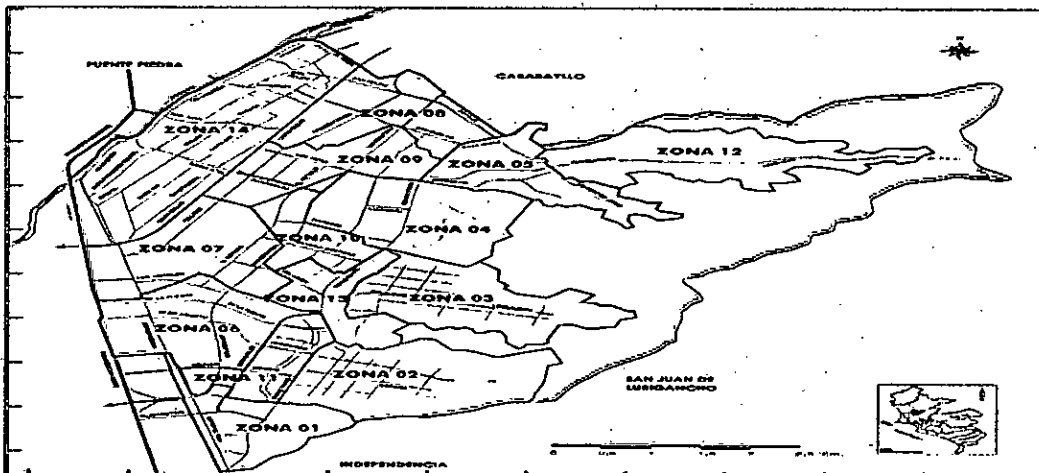
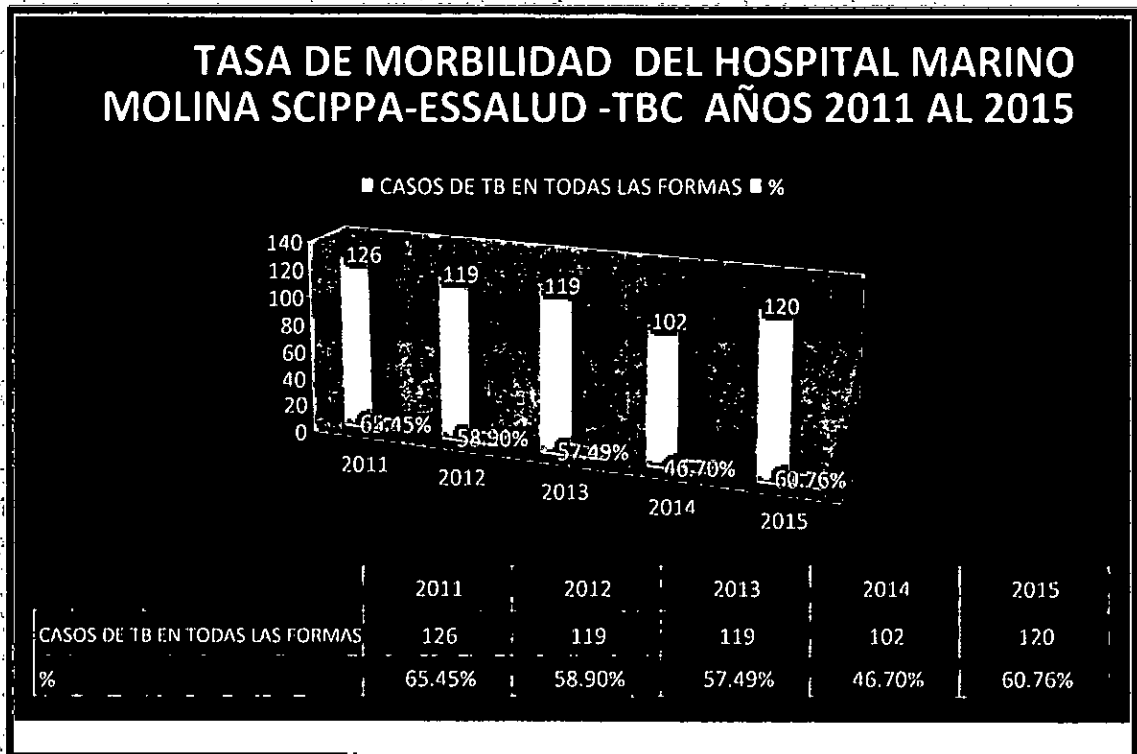




Gráfico: N° 4.2

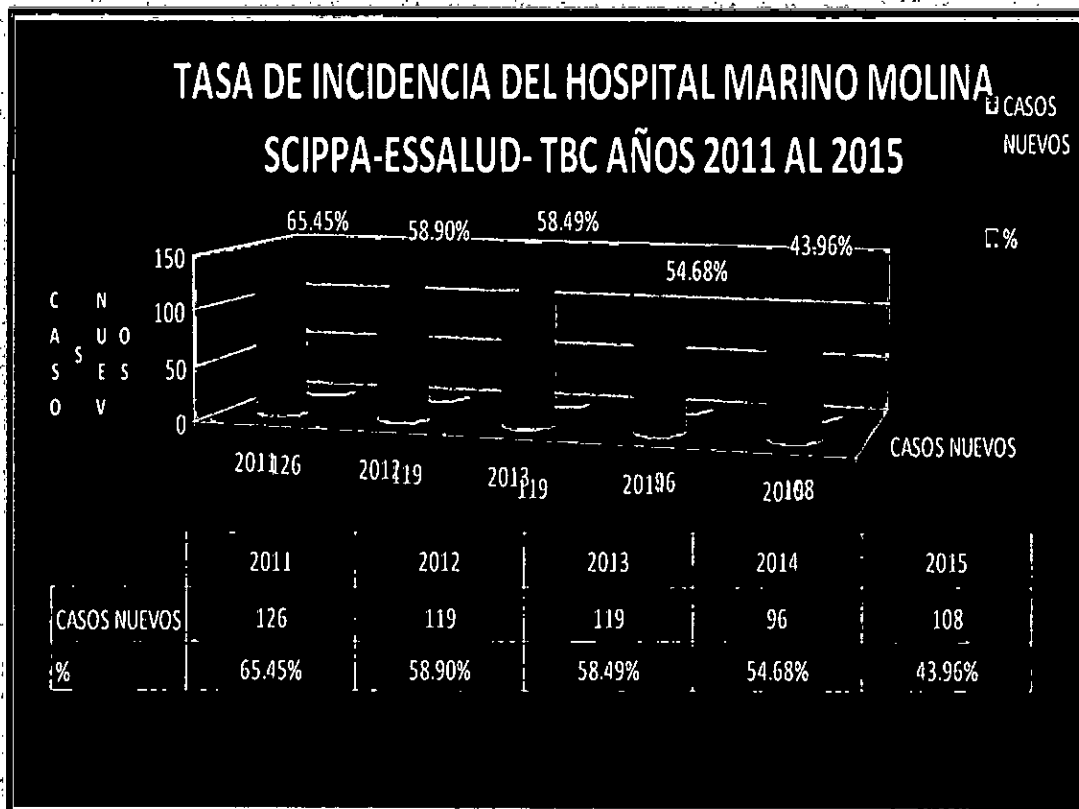


Fuente: informe operacional del 2011 al 2015 del Hospital Marino Molina Scippa.

**Análisis:**

En el gráfico se observa que en el año 2011 aumentó los casos de tuberculosis en todas sus formas (casos antes tratados y nuevos). En el año 2012 y año 2013 los casos estuvieron estacionarios. En el año 2014 disminuyó, y en el año 2015 se incrementaron 18 casos.

Gráfico: N° 4.3

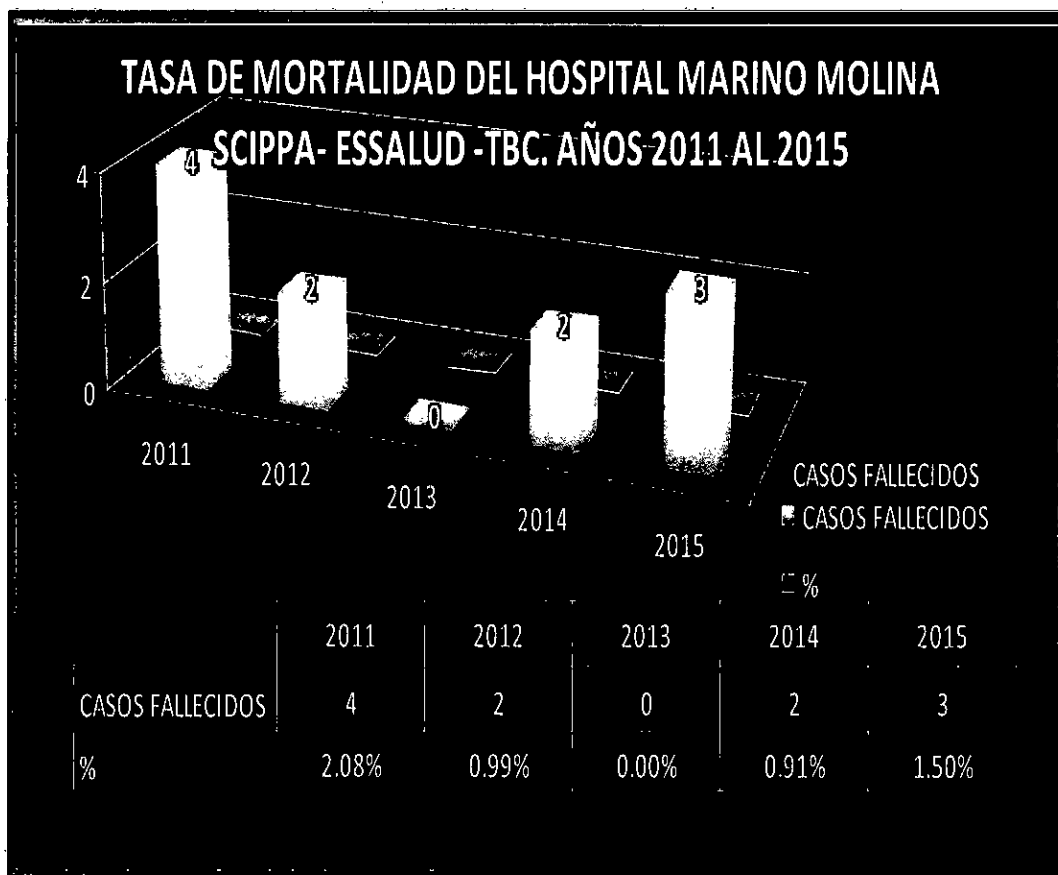


Fuente: informe operacional del año 2011 al 2015 del Hospital Marino Molina Scippa.

**Análisis:**

En el grafico 4.3 se puede observar que la tasa de incidencia en el año 2011 (65.45) estaba incrementada para disminuir en el año 2012 (58.90), para continuar estacionaria en el año 2013 (58.49), para disminuir en el año 2014 y en el año 2015 se incrementa la tasa (43,96) lo cual constituye un estado de alerta en la atención de enfermería.

Gráfico N° 4.4



Fuente: informe operacional ESNPCTB de los años 2011 al 2015 del Hospital Marino Molina Scippa.

**Análisis:**

En relación al grafico 4.4 sobre la tasa de mortalidad se puede observar en el año 2011 (2.08) ha disminuido, en el año 2012 ( 0.99) , en el año 2013 (0.00) , en el 2014 se incrementó (0.91) y en año 2015 también se incrementa ligeramente (1,50) y comparando con la tasa a nivel nacional, que demuestra que la tasa de mortalidad es menor.

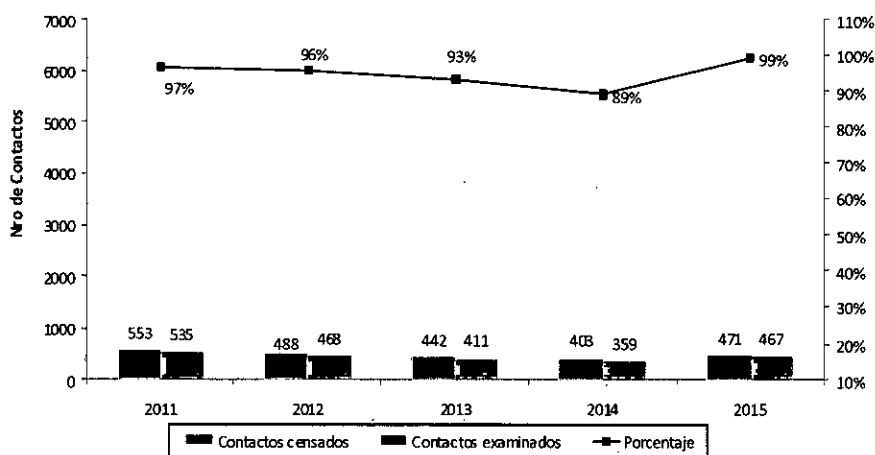
Tabla N° 4.5

**COBERTURA DE ESTUDIO DE CONTACTOS CENSADOS Y/O CONTACTOS EXAMINADOS DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA DE LOS AÑOS 2011 AL 2015**

AÑOS	Contactos censados	Contactos examinados	Porcentaje
2011	553	535	97%
2012	488	468	96%
2013	442	411	93%
2014	403	359	89%
2015	471	467	99%

Gráfico 4.5

**Cobertura de estudio de CCensados/CExaminados de los años 2011 al 2015**



Meta:  
Al menos 99 % de contactos examinados

Fuente : informes operacionales de los años 2011 al 2015

#### ANALISIS :

En relacion al Grafico N°4.5 se puede observar que el porcentaje se ha incrementado en relacion a los años 2011 (96%) al año 2015 (99%), en el cual se cumple la meta según norma técnica vigente de tuberculosis al 100%. lo cual constituye el gran impacto en la detección de casos por la gran labor de la Enfermera ESPTBC.

## V.- CONCLUSIONES

- a) La enfermera como miembro del equipo multidisciplinario en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de tuberculosis ejerce el liderazgo y contribuye al éxito de la gestión y mejora de indicadores epidemiológicos. Ampliación del horario que favorecen la adherencia del tratamiento de los pacientes de tuberculosis
- b) La supervisión del tratamiento mediante la estrategia DOTS por el profesional de enfermería ha contribuido a mejorar los porcentajes de pacientes curados. Durante el período del 2011 al 2015 se ha brindado atención de enfermería a 592 casos de pacientes con tuberculosis
- c) La participación del equipo multidisciplinario garantiza la atención integral de salud del paciente con diagnóstico de tuberculosis.
- d) Falta delimitación de las áreas del servicio ESTBC con servicios de Patrimonio y mantenimiento por existencia de material contaminado y en desuso constituyendo factores de riesgo.

## **VI.- RECOMENDACIONES**

- a) Se sugiere a la Gerencia Desconcentrada, Dirección y Jefaturas correspondientes el de garantizar el horario de las 12 horas para el cumplimiento de las normas y procedimientos de la estrategia Nacional de Prevención y Control de la tuberculosis.
- b) Se sugiere a la Gerencia y Dirección la participación de las enfermeras que garantizara el mantenimiento de la vigilancia directa en el tratamiento del paciente en los dos turnos.
- c) Que las jefaturas y la Dirección brindan la facilidad al equipo multidisciplinario para la continuidad de la atención integral e integrada.
- d) Que la Dirección garantice la bioseguridad Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis aplicando las medidas protectoras contra las enfermedades transmisibles con las medidas correctivas, según establece las normas de bioseguridad vigentes

## VIII. REFERENCIALES

1. Sinopsis OMS /Informe mundial sobre la tuberculosis 2015
2. Pagina web: [http://www.who.int/features/factfiles/tb\\_facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/tb_facts/es/)
3. OPS/OMS insta a los países de América a fortalecer la detección y tratamiento de la TUBERCULOSIS a prevención y control de la tuberculosis en EsSalud (2013).
4. Pagina web: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/> Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis (2014).
5. INEI /Perú- encuesta demográfica y salud familiar – ENDES (2014) /conocimiento y actividades hacia la tuberculosis
6. Pagina Web EsSalud Perú (2011). Comportamiento de la tuberculosis en redes asistenciales de alto riesgo EsSalud
7. Informe operacional (2015) programa de tuberculosis –Hospital Marino Molina Scippa.
8. Pagina Web .<https://es.scribd.com/document/317322025/> justificación de la tuberculosis.
9. Manual de normas y procedimientos para la Prevención y control de la tuberculosis en EsSalud – (2013).
10. Tuberculosis 3era Edición Mediterráneo (2013) –autor, Victoriano Farga, José Antonio Caminero.
11. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis PERÚ 2006.



12. Manual de normas y procedimientos para la Prevención y control de la tuberculosis del MINSA – 2013.
13. Lineamientos para el Manejo Clínico y Operativo de la Tuberculosis Drogorresistente (2013), Unión internacional contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias.
14. Guía de enfermería para la implementación y experiencia de la estrategia Dots /plus 2010
15. Revista Cubana de Salud Pública versión 011- line 1ssn08643466
16. Teorías de enfermería (2002), introducción a los modelos y teorías de enfermería Fanny Cisneros. universidad del cauca, programa de enfermería área de enfermería.
17. Control de infecciones en tuberculosis EsSalud 2014- metodología Uzi/modulo de capacitación.

# **ANEXOS**

**FUNCIÓN PREVENTIVA - PROMOCIONAL**



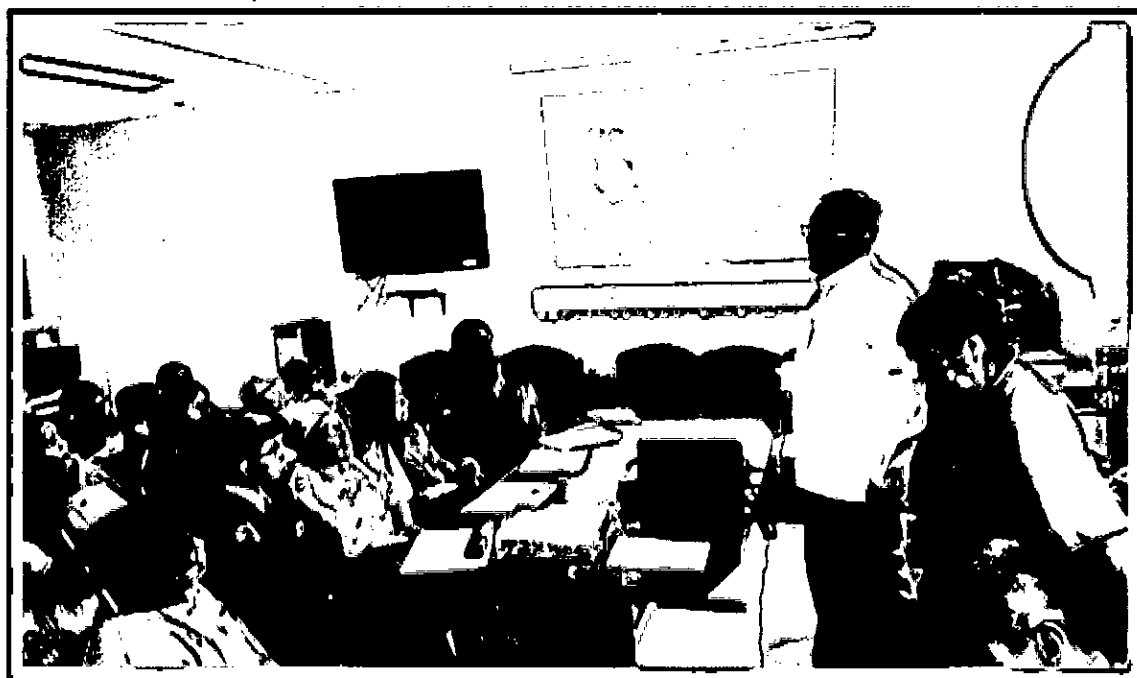
**MARCHA DE SENSIBILIZACIÓN EN EL DÍA MUNDIAL CONTRA LA  
TUBERCULOSIS**

**FUNCIÓN ADMINISTRATIVA**



**REUNIÓN CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL DÍA  
MUNDIAL DE LA TUBERCULOSIS.**

## FUNCIÓN DOCENTE



**CAPACITACIÓN A LOS TRABAJADORES DEL HOSPITAL MARINO  
MOLINA SCIPPA - ESPAVICSA, SILSA.**

## **FUNCIÓN ASISTENCIAL**



**REALIZANDO VISITA DOMICILIARIA BRINDANDO EDUCACIÓN  
SANITARIA AL PACIENTE Y GRUPO FAMILIAR.**



**APLICANDO DOTS A PACIENTE DE TUBERCULOSIS.**

**RECONOCIMIENTOS A LA  
ENFERMERA EN LA ESTRATEGIA  
SANITARIA DE PREVENCIÓN Y  
CONTROL DE TUBERCULOSIS EN  
EL HOSPITAL MARINO MOLINA  
SCIPPA - ESSALUD**



"Decenio de las personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año de la Inversión para el desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"

Carta N°/62 GPPS- GCPS- EsSalud-2013

Lima,

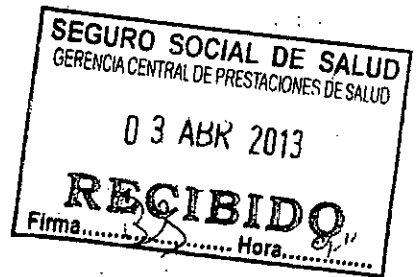
457 2013

Señora Doctora.

**ADA PASTOR GOYZUETA**

Gerente Central de Prestaciones de Salud

Presente.-



Asunto : Proyecto de Resolución de Reconocimiento al Personal que Labora en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis.

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y hacer de su conocimiento que en el marco de "Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido", la Gerencia de Prestaciones Primarias ha visto necesario hacer un reconocimiento público, al equipo multidisciplinario que labora en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de los centros asistenciales las tres redes asistenciales de Lima.

En este sentido, remitimos a su despacho el proyecto de resolución y el informe técnico correspondiente.

Sin otro particular, quedamos a su disposición

Atentamente

.....  
**Dr. JULIO C. MEDINA VERASTEGUI**  
Gerente de Prestaciones Primarias de Salud  
Gerencia Central de Prestaciones de Salud  
ESSALUD

JMV/IAM/MVF  
NIT: 167-2013-18



11 ABR 2013

**RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°36-GCPS-EsSalud-2013**

Lima, 11 ABR 2013

VISTA:

La Carta N°162-GPPS-GCPS-2013 y el informe técnico N° 02-GPPS-GCPS-2013 emitida por la Gerencia de Prestaciones Primarias adjuntando el proyecto de resolución de reconocimiento por la labor que cumplen los profesionales de la salud en la lucha contra la tuberculosis

**CONSIDERANDO:**

Que de conformidad con el Numeral 1.2 del Artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud. ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE- EsSalud-2,010 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud en cuyo literal a) del artículo 4° se establece como una de las funciones la de formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, objetivos, estrategias, planes y programas de las prestaciones de salud a ser ejecutadas, por las Redes Asistenciales, INCOR, Centro Nacional de Salud Renal y la Gerencia de Oferta Flexible;

Que, es necesario reconocer el trabajo, entrega y compromiso que vienen realizando profesionales de la salud en la prevención, diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de tuberculosis a fin de disminuir las fuentes de contagio en la comunidad y con ello proteger a nuestros asegurados.

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

**SE RESUELVE:**

1. **RECONOCER** públicamente a los profesionales que por su esfuerzo, dedicación y competencia profesional han destacado en la labor preventiva de la tuberculosis

**Red Asistencial Almenara**

Dr. Jesús Santiani Acosta	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Lic. Enf. Ana María Vera Pérez	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Dr. Wilfredo Flores Paredes	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Dr. Octavio Cubas Paredes	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Dra. Lourdes Rodríguez Piazzese	Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Dr. Sergio Teruya Uehara	Hospital III de Emergencias Grau.
Lic. Enf. Rosa Tuse Medina	Hospital III de Emergencias Grau
Lic. Enf. Fiorella Zurita Flerindes	Hospital III de Emergencias Grau
Dr. Enrique Jara Laime	Hospital II Vitarte
Lic. Enf. Janet Narciso Pérez	Hospital II Vitarte
Lic. Enf. Mercedes Dávila Rojas	Hospital II Vitarte
Dr. Juan Villaverde Palomino	Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral

11 ABR 2013

Lic. Enf. Laura Leonor Vitela Castro  
Dr. Karina Riga Vivas  
Lic. Enf. Janett Herencia Rubiños  
Lic. Enf. Yolanda Aguirre Valle  
Dr. Arnold Zegarra Filinich  
Lic. Enf. Drucila Espinoza Zúñiga  
Dr. Juan Villanueva Fernández  
Lic. Enf. Soledad Maguiña Cortez  
Dr. Francisco Carbajal Castillo  
Lic. Enf. Jenny Apolinario Huancaya  
Dr. Luis Gonzales Malpartida  
Lic. Enf. María Gonzales Quevedo  
Dr. Aland Bernal Lucar  
Lic. Enf. María Leey Jáuregui  
Dr. José María Lynch de Piérola  
Lic. Enf. Janet García Ninaja  
Lic. Enf. José Rosales Vicuña

Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral.  
Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho  
Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho  
Hospital II Castilla  
Policlínico Francisco Pizarro  
Policlínico Francisco Pizarro  
Policlínico San Luis  
Policlínico San Luis  
Policlínico Chosica  
Policlínico Chosica  
Centro de Atención Primaria III Huaycán  
Centro de Atención Primaria III Huaycán  
Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts  
Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts  
Centro Médico Ancije  
Centro Médico Ancije  
Posta Médica Construcción Civil

#### Red Asistencial Rebagliati

Dr. Luis Quispe Atuncar  
Dr. Max Small Mauro  
Dra. Raquel Levy Navarro  
Tec. Med. Sandra Adelayda Ortega Hinojoza  
Lic. Enf. Rosa Taica Nuñez  
Lic. Enf. Juana Pio Zeladita  
Dr. Adalberto Agüero Fernández  
Dr. Alfredo Arróspide Medina  
Dr. Raúl Torres Gonzales  
Lic. Enf. Ibis Guerrero Portilla

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins  
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins  
Hospital I Uldarico Rocca Fernández  
Hospital III Suárez Angamos  
Centro de Atención Primaria III los Próceres de San Juan de Miraflores  
Policlínico Juan José Rodríguez Lazo  
Policlínico Próceres

#### Red Asistencial Sabogal

Dr. Juan Gonzales Angulo  
Lic. Enf. Carmen Caballero Yumpe  
Dra. Lidia Murgueytio Bolívar  
Tec. de Lab. Madeleyne Blanca Nieto Barreda  
Tec. de Enf. Rosa Maravi Orellana  
Tec. de Enf. Rosa Pérez Molina  
Lic. Enf. Esther Sanchez Rebaza  
Lic. Enf. Sara Méndez Carrera  
Tec. Enf. Felicidad Cubas Villalobos  
Dr. Efrain Estrada Choque  
Dr. William Gavidia Chavez  
Lic. Enf. Elsa Mamani Solórzano  
Tec. de Enf. Gilda Benavente Diaz

Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren  
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren  
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren  
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren  
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren  
Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren  
Hospital II Gustavo Lanatta Luján  
Hospital II Gustavo Lanatta Luján  
Hospital II Gustavo Lanatta Luján  
Hospital II Gustavo Lanatta Luján  
Hospital II Gustavo Lanatta Luján  
Hospital I Marino Molina Scippa  
Hospital I Marino Molina Scippa





Lic. Enf. Miscelina Mestanza Manrique  
Dra. Gladis Verastegui Chávez  
Lic. Enf. María Esther Aiquipa  
Álvarez  
Lic. Enf. Vilma Zorrilla Cabrera  
  
Dra. Nilda Landradoy Barbieri  
  
Dr. Enrique Mechato Aldave  
  
Lic. Marissa Herrera Azabache  
Lic. Nancy Silvestre Jácome

Hospital I Octavio Mongrut.  
Policlínico Fiori  
Policlínico Fiori

Centro de Atención Primaria III Hna. María  
Donrose Sutmöller  
Centro de Atención Primaria III Luis  
Negreiros Vega  
Centro de Atención Primaria III  
Metropolitano  
CAP II Paramonga  
CAP II Sayan

**ENCARGAR** a la Gerencia Central de Gestión de las Personas incluir el presente documento al legajo de los profesionales que reciben el reconocimiento.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**

.....  
**DRA. ADA PASTOR GOYZUETA**  
Gerente Central de Prestaciones de Salud  
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

.....  
**Oswaldo A. Broncano Vásquez**  
Fidatario Titular  
Resolución N° 035-GOPS-ESSALUD-2011

**11 ABR 2013**

CARTA N° 599 -D-HIMMS-GDLI-EsSALUD-2003

Comas, 27 de junio de 2003

Licenciada  
**ELSA MAMANI SOLORZANO**  
Programa Control Tuberculosis  
Hospital Marino Molina Scippa  
Presente.-

Ref. : Carta N° 1348-GDLIMA-ESSALUD-2003

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y hacerle llegar la carta de la Gerencia Departamental de Lima en la que expresa su reconocimiento al personal del Programa de Control de la Tuberculosis por el esfuerzo desplegado para controlar la Tuberculosis, esfuerzo que ha sido reconocido a nivel internacional por la OMS, este Despacho se une a tal reconocimiento y exhorta a continuar laborando con calidad y calidez lo que redundará muy positivamente en la calidad de atención que brindamos a nuestros pacientes.

Atentamente,

  
DR. JORGE E. SANTA MARÍA ORTIZ  
DIRECTOR  
HOSP. MARINO MOLINA SCIPPA  
GERENCIA DEPARTAMENTAL DE LIMA  
ESSALUD

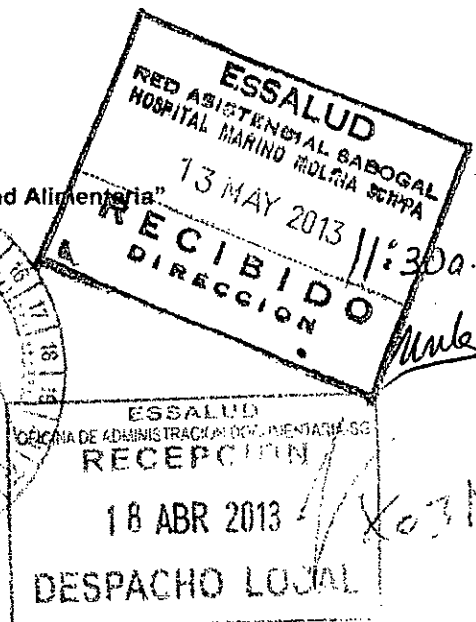
JSMO/D  
MSZ/s.d

"Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria"

Carta Circular N° 309 GCPs-EsSalud-2013

Lima, 18 ABR 2013

Señores Gerentes.  
**RED ASISTENCIAL ALMENARA**  
**RED ASISTENCIAL REBAGLIATI**  
**RED ASISTENCIAL SABOGAL**  
Presente.-



**Asunto: Remisión de Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 36-GCPs-EsSalud-2013**

Es grato dirigirme a usted para saludarlo(a) cordialmente y hacer de su conocimiento que esta gerencia ha hecho un reconocimiento público a los profesionales que por su esfuerzo, dedicación y competencia profesional han destacado en la labor preventiva de la tuberculosis. Como un incentivo motivacional para seguir cumpliendo con esmero su labor.

En este sentido agradeceré hacer llegar la presente resolución a su personal correspondiente de su Red

Sin otro particular, quedamos a su disposición.

Atentamente,

*[Signature]*  
**DRA. ADA PASTOR GOYZUETA**  
Gerente Central de Prestaciones de Salud  
ESSALUD

5887  
23 ABR 2013  
*[Signature]*  
Entregar a Destinatarios  
HMMS  
HIDAM  
POL. F. Op.  
HMMS - Melip  
CAR Negre  
Pasamanga  
Sayan

APG/JMV/HY/MVF  
NIT:167-2013-18

Proveído N° D-HMMS-RAS-ESSALUD-20

Paso: *[Signature]*

Para: Atribución  Acción correspondiente

Conocimiento y firma  Información

Opinión  Análisis  Observación

*[Signature]*

Fecha: 13 MAY 2013

11 ABR 2013

**RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 36-GCPS-EsSalud-2013**

Lima, 11 ABR 2013

**VISTA:**

La Carta N°162-GPPS-GCPS-2013 y el informe técnico N° 02-GPPS-GCPS-2013 emitida por la Gerencia de Prestaciones Primarias adjuntando el proyecto de resolución de reconocimiento por la labor que cumplen los profesionales de la salud en la lucha contra la tuberculosis

**CONSIDERANDO:**

Que de conformidad con el Numeral 1.2 del Artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud. ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 366-PE- EsSalud-2,010 se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud en cuyo literal a) del artículo 4° se establece como una de las funciones la de formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, objetivos, estrategias, planes y programas de las prestaciones de salud a ser ejecutadas, por las Redes Asistenciales, INCOR, Centro Nacional de Salud Renal y la Gerencia de Oferta Flexible;

Que, es necesario reconocer el trabajo, entrega y compromiso que vienen realizando profesionales de la salud en la prevención, diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la tuberculosis a fin de disminuir las fuentes de contagio en la comunidad y con ello proteger a nuestros asegurados.

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

**SE RESUELVE:**

1. **RECONOCER** públicamente a los profesionales que por su esfuerzo, dedicación y competencia profesional han destacado en la labor preventiva de la tuberculosis

**Red Asistencial Almenara**

Dr. Jesús Santiani Acosta  
Lic. Enf. Ana María Vera Pérez  
Dr. Wilfredo Flores Paredes  
Dr. Octavio Cubas Paredes  
Dra. Lourdes Rodríguez Piazze  
Dr. Sergio Teruya Uehara  
Lic. Enf. Rosa Tuse Medina  
Lic. Enf. Fiorella Zurita Flerindes  
Dr. Enrique Jara Laime  
Lic. Enf. Janet Narciso Pérez  
Lic. Enf. Mercedes Dávila Rojas  
Dr. Juan Villaverde Palomino

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen  
Hospital III de Emergencias Grau  
Hospital III de Emergencias Grau  
Hospital III de Emergencias Grau  
Hospital II Vitarte  
Hospital II Vitarte  
Hospital II Vitarte  
Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral



.....  
Oswaldo A. Broncano Vásquez  
Fedatario Titular  
Resolución N° 035-GC/PS-ESSALUD-2011

11 ABR 2013

Lic. Enf. Laura Leonor Vitela Castro	Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral.
Dr. Karina Riga Vivas	Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho
Lic. Enf. Janett Herencia Rubiños	Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho
Lic. Enf. Yolanda Aguirre Valle	Hospital II Castilla
Dr. Arnold Zegarra Filinich	Policlínico Francisco Pizarro
Lic. Enf. Drucila Espinoza Zúñiga	Policlínico Francisco Pizarro
Dr. Juan Villanueva Fernández	Policlínico San Luis
Lic. Enf. Soledad Maguiña Cortez	Policlínico San Luis
Dr. Francisco Carbajal Castillo	Policlínico Chosica
Lic. Enf. Jenny Apolinario Huancaya	Policlínico Chosica
Dr. Luis Gonzales Malpartida	Centro de Atención Primaria III Huaycán
Lic. Enf. María Gonzales Quevedo	Centro de Atención Primaria III Huaycán
Dr. Aland Bernal Lucar	Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts
Lic. Enf. María Leey Jáuregui	Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts
Dr. José María Lynch de Piérola	Centro Médico Ancije
Lic. Enf. Janet García Ninaja	Centro Médico Ancije
Lic. Enf. José Rosales Vicuña	Posta Médica Construcción Civil

### Red Asistencial Rebagliati

Dr. Luis Quispe Atuncar	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Dr. Max Small Mauro	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Dra. Raquel Levy Navarro	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Tec. Med. Sandra Adelaida Ortega Hinojoza	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Enf. Rosa Taica Nuñez	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Lic. Enf. Juana Pio Zeladita	Hospital I Uldarico Rocca Fernández
Dr. Adalberto Agüero Fernández	Hospital III Suárez Angamos
Dr. Alfredo Arróspide Medina	Centro de Atención Primaria III los Próceres de San Juan de Miraflores
Dr. Raúl Torres Gonzales	Policlínico Juan José Rodríguez Lazo
Lic. Enf. Ibis Guerrero Portilla	Policlínico Próceres

### Red Asistencial Sabogal

Dr. Juan Gonzales Angulo	Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
Lic. Enf. Carmen Caballero Yumpe	Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
Dra. Lidia Murgueytio Bolívar	Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
Tec. de Lab. Madeleyne Blanca Nieto Barreda	Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
Tec. de Enf. Rosa Maravi Orellana	Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
Tec. de Enf. Rosa Pérez Molina	Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
Lic. Enf. Esther Sanchez Rebaza	Hospital II Gustavo Lanatta Luján
Lic. Enf. Sara Méndez Carrera	Hospital II Gustavo Lanatta Luján
Tec. Enf. Felicidad Cubas Villalobos	Hospital II Gustavo Lanatta Luján
Dr. Efrain Estrada Choque	Hospital II Gustavo Lanatta Luján
Dr. William Gavidia Chavez	Hospital II Gustavo Lanatta Luján
Lic. Enf. Elsa Mamani Solórzano	Hospital I Marino Molina Scippa
Tec. de Enf. Gilda Benavente Diaz	Hospital I Marino Molina Scippa



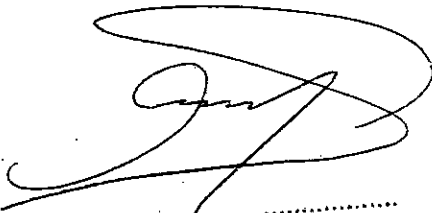
Lic. Enf. Miscelina Mestanza Manrique  
Dra. Gladis Verastegui Chávez  
Lic. Enf. María Esther Aiquipa  
Álvarez  
Lic. Enf. Vilma Zorrilla Cabrera  
  
Dra. Nilda Landradoy Barbieri  
  
Dr. Enrique Mechato Aldave  
  
Lic. Marissa Herrera Azabache  
Lic. Nancy Silvestre Jácome

Hospital I Octavio Mongrut.  
Policlínico Fiori  
Policlínico Fiori

Centro de Atención Primaria III Hna. María  
Donrose Sutmöller  
Centro de Atención Primaria III Luis  
Negreiros Vega  
Centro de Atención Primaria III  
Metropolitano  
CAP II Paramonga  
CAP II Sayan

**ENCARGAR** a la Gerencia Central de Gestión de las Personas incluir el presente documento al legajo de los profesionales que reciben el reconocimiento.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE**



.....  
**DRA. ADA PASTOR GOYZUETA**  
Gerente Central de Prestaciones de Salud  
ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL  
Seguro Social de Salud

.....  
**Oswaldo A. Broncano Vásquez**  
Fedatario Titular  
Resolución N° 035-GCPS-ESSALUD-2011

**11 ABR 2013**



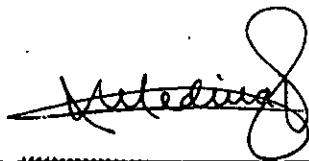
# *Diploma de Reconocimiento*

Otorgado a:

***Lic. Enf. Elsa Mamani Solórzano***

Por su trabajo, entrega y compromiso en la labor que viene realizando en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis a favor de nuestros asegurados en la Red Asistencial Sabogal.

Lima, 22 de marzo del 2013



.....  
**Dr. JULIO C. MEDINA VERASTEGUI**  
Gerente de Prestaciones Primarias de Salud  
Gerencia Central de Prestaciones de Salud  
ESSALUD



.....  
**URA. ADA PASTOR GOYZUE**  
Gerente Central de Prestaciones de Sa:  
ESSALUD