



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Cayetano Heredia



MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CAYETANO HEREDIA

Boletín Epidemiológico

N° 11— SE - 46— NOVIEMBRE- 2019

CONTENIDO

Trascendencia de la muerte materna.....	Pag_1
Vigilancia del EPC (Hasta Tercer Trimestre).....	Pag_2
Infección asociadas a la atención de salud (IAAS) Oct	Pag_4
Situación de las IRAs HCH SE_46-2019.....	Pag_5
Neumonías HCH SE_46-2019.....	Pag_5
Notificación Individual de casos SE_46-2019.....	Pag_6



EDITORIAL

TRASCENDENCIA DE LA MUERTE MATERNA

La trascendencia de la mortalidad materna es un importante problema de salud pública y de derechos humanos y refleja los efectos de los determinantes sociales sobre la salud de las mujeres. No sólo para los médicos y personal de salud e instituciones, sino que también refleja gran preocupación de economistas, políticos, académicos y en general de toda la sociedad y el Estado; debido a su impacto en los índices de desarrollo de cada uno de los países y en indicadores fácilmente medibles, como el índice de desarrollo humano y los índices de desigualdad que reflejan la importancia de estos temas dentro de las prioridades de una nación desarrollada o en vías de desarrollo. Desde hace un tiempo la preocupación se centra en la cuantificación de algunos eventos centinela, como son la morbilidad materna extrema y la mortalidad materna, y en la búsqueda de soluciones integrales en todo el sistema de salud.

Para superar el enfoque clásico de muerte materna (MM), se debe reconocer y tomar en cuenta la morbilidad materna grave (MMG), incluidas las complicaciones potencialmente fatales (CPF) asociadas con el proceso reproductivo, desde una perspectiva anticipatoria, en consonancia con lo propuesto por la OMS. La MMG es la proporción de mujeres embarazadas afectadas por alguna complicación grave durante el período de gestación, el parto o los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, sin causarles la muerte. Por su parte, las CPF asociadas con el embarazo comprenden situaciones clínicas que pueden poner en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, el parto o después del parto. Una guía de la OMS menciona cinco CPF: hemorragia grave posparto, pre eclampsia grave, eclampsia, sepsis o infección sistémica grave, y rotura uterina. En contraposición al enfoque tradicional de la MM generalmente limitado al análisis del número de muertes producidas y su estructura causal, un enfoque integral debe contemplar también los aspectos del trabajo interdisciplinario y el análisis del problema a lo largo de todo el proceso reproductivo. A este análisis se deben integrar las instituciones que trabajan en temas relacionados con la MM y la investigación para la acción.

En Perú el 11,7 % de muertes maternas ocurrió en mujeres ≤ 19 años, el 59,1 % en mujeres entre los 20 a 35 años y el 29,2 % en mujeres ≥ 35 años. Las muertes maternas institucionales son más frecuentes (74 %) y más de la mitad de estas ocurrieron principalmente en EESS de nivel III de atención (53 %). La etapa de puerperio representó una etapa más frecuente en la que ocurre la muerte (60,9 %). El 75 % de muertes maternas se producen en mujeres que recibieron atenciones prenatales, de este grupo la mayoría inicio sus atenciones oportunamente durante el I trimestre (52,2 %) y más de un tercio cumplió con tener el mínimo de atenciones establecidas (≥ 6 APN). El 58,7 % de las muertes ocurrieron debido a causas obstétricas directas, la hemorragia y los trastornos hipertensivos constituyeron las causas más frecuentes a nivel nacional.

La gran mayoría de las muertes maternas son evitables y frecuentemente prevenibles, ya que se conocen las principales causas y factores determinantes, y a la vez se cuenta con el material científico y tecnológico para evitarlas en la mayoría de los casos.

Lic. Elia Nerida Cornelio Bustamante

**VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES INFECTADOS/COLONIZADOS POR
ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS (EPC)
HCH , 3ER TRIMESTRE 2019**

Introducción:

Las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), continúan siendo en la actualidad, un importante desafío para la salud pública; su capacidad para diseminarse de manera horizontal y para compartir mecanismos de resistencia, a través de plásmidos, a otras familias de enterobacterias, así como el limitado arsenal terapéutico disponible para combatirlas, hace que el impacto en la morbimortalidad de los pacientes, que estas generan, alcance grandes dimensiones.

El hospital Cayetano Heredia, de acuerdo con lo detallado en la Directiva Sanitaria N° 001- OESA 2019/HCH V.01 “Disposiciones para la atención de pacientes portadores de Klebsiella productora de carbapenemasas (KPC) en el hospital Cayetano Heredia”, con Resolución Directoral N° 039-2019-HCH/DG, continúa con la vigilancia activa de pacientes infectados/colonizados por estos gérmenes multirresistentes.

Durante el primer semestre del año 2019, la vigilancia epidemiológica mostró un incremento en la identificación de pacientes colonizados y/o infectados por EPC, reportándose un promedio de 14.3 casos nuevos/mes, siendo los meses de mayor identificación enero y junio. El 96.5% de los pacientes identificados tenían la condición epidemiológica de colonizado y la enterobacteria aislada en todos los casos fue *Klebsiella pneumoniae* productora de metalobetalactamasa. El 40.7% de los casos correspondían a la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y el 60.5% de los casos fueron identificados en alguna otra unidad crítica. El segundo servicio, donde se identificó la mayor cantidad de casos fue Medicina, sin embargo, el 53.8% de estos casos, tenían como antecedente haber estado hospitalizados previamente en UCI-MED, UCI-CX o UCIN, por lo que es probable que la colonización por EPC la hayan adquirido en estos servicios. Dado este incremento de casos, es necesario el fortalecimiento de la vigilancia

activa y pasiva de gérmenes resistentes, y asimismo, fortalecimiento en la implementación de las medidas de prevención y control de estos gérmenes.

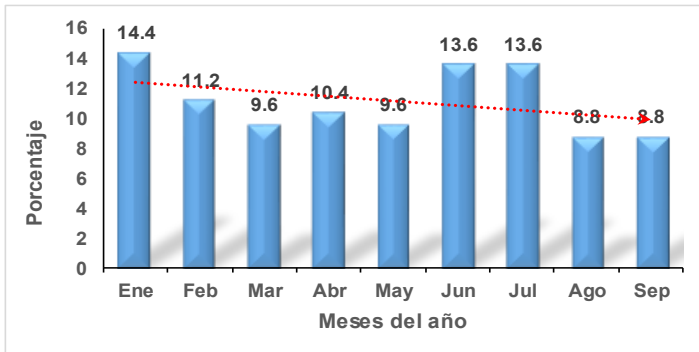
SITUACIÓN ACTUAL

Durante el tercer trimestre del año 2019, se identificaron un promedio de 13 casos nuevos/mes, siendo julio, el mes de mayor reporte de casos nuevos. En los meses de agosto y setiembre se observa una reducción considerable de casos nuevos con respecto al resto de los meses del año.

En el consolidado anual, hasta el mes de setiembre del 2019, se han identificado un promedio de 13.8 casos nuevos/mes, sin llegar al número alcanzado en el año 2018. Dentro de los datos demográficos evaluados, en los casos nuevos, el sexo masculino constituye el 51%, la mediana de edad de los casos identificados fue de 55 años. El 94.4% de los pacientes identificados tenían la condición epidemiológica de colonizado y la enterobacteria aislada en todos los casos fue *Klebsiella pneumoniae* productora de metalobetalactamasa.

El 10.4% de los casos tenía como antecedente haber estado hospitalizado previamente en los últimos 12 meses, el 85.5% tenía como antecedente haber estado hospitalizado en algún momento en una unidad crítica (UCI-MED, UCI-CX o UCIN) durante la última hospitalización, el 8.8% había sido transferido de otro centro de salud y dentro de las comorbilidades crónicas presentes en los pacientes identificados, el 6.4% tenían diabetes mellitus, el 2.4% tenía alguna neoplasia de órgano sólido o diagnóstico de insuficiencia renal crónica con requerimiento de diálisis, y sólo un caso tenía antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Gráfico N° 1: Pacientes nuevos colonizados y/o infectados por EPC. HCH 2019



Al analizar el servicio de procedencia del paciente (servicio donde se encontraba hospitalizado al momento de hacer la identificación de EPC), el 37.6% de los casos (47 casos) correspondían a la Unidad de Cuidados Intensivos de Medicina (UCI-MED) y el 62.4% (78 casos) de los casos fueron identificados en alguna unidad crítica (UCI-MED, UCI-CX, UCIN o UCE). El segundo servicio, donde se identificó la mayor cantidad de casos fue la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica, y en tercer lugar, Medicina B. Cabe destacar, que el servicio de medicina B no ha reportado ningún caso nuevo de paciente infectado/colonizado por EPC durante el tercer trimestre del año, y que los casos, son los reportados durante el primer semestre del año.

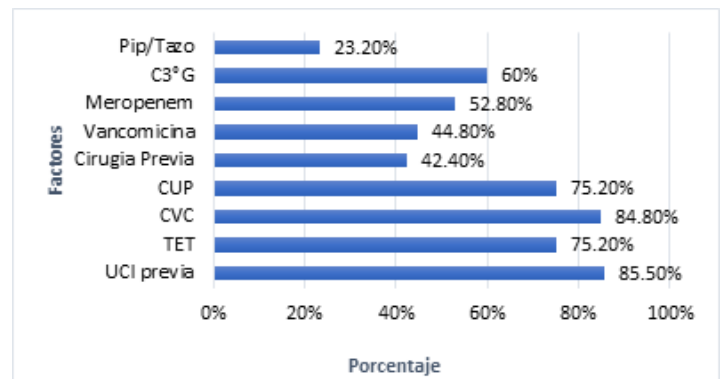
Asimismo, es importante destacar que, además del servicio de medicina B, el servicio de UCIN, tampoco ha reportado casos nuevos en el último trimestre. Los servicios de cirugía B y medicina tropical, que anteriormente habían reportado casos, no hay reportado casos nuevos en los últimos 2 meses del tercer trimestre.

Tabla N° 1: Pacientes nuevos colonizados y/o infectados por EPC según servicios. HCH ene - set 2019

MES	SERVICIO DONDE SE IDENTIFICÓ EL CASO														TOTAL	
	UCI-MED	CIX	UCIN	UCE	MED A	MED B	CIR A	CIR B	EMER	G-O	MED TRO	UCI-PED	PED 1	CENEX		SOP
Enero	1	2	1	0	5	7	1	0	1	0	0	0	0	0	0	18
Febrero	11	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Marzo	7	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	12
Abril	6	1	1	0	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0	13
Mayo	5	2	0	0	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	12
Junio	5	5	1	0	0	1	1	0	1	0	2	0	0	0	1	17
Julio	6	3	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	17
Agosto	2	2	0	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	10
Setiembre	4	4	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11
TOTAL	47	21	5	5	8	13	9	3	3	3	3	1	1	1	1	124

Se realizó el análisis de los principales factores que presentan una correlación positiva con la presencia de colonización por EPC, observándose que el principal factor es el antecedente de haber estado internado en una unidad crítica (UCI-MED, UCI-CX o UCIN) durante la última hospitalización. Asimismo, se observa que dentro de los dispositivos invasivos presentes en el paciente dentro de las últimas 48 horas de la identificación del caso, el uso de catéter venoso central es el dispositivo invasivo más frecuente en pacientes colonizados por EPC. Del mismo modo, los antibióticos más asociados a esta condición fueron los betalactámicos (Ceftriaxona/ceftazidima y meropenem).

Gráfico N° 2: Factores relacionados a la colonización/infección por EPC HCH



VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA

El 94.4% de pacientes identificados, tenían la condición de colonizados, y estos, el 93.2% fueron identificados gracias al sistema de vigilancia activa con hisopado rectal, y el 6.8% por vigilancia pasiva de muestras que llegan a laboratorio. De los pacientes catalogados como infectados por EPC, 2 tuvieron el hallazgo en sangre, 1 en orina, 2 en heces, 1 en secreción bronquial y 1 en secreción de herida operatoria. La mortalidad intrahospitalaria por todas las causas en los pacientes que desarrollaron infección por EPC fue del 33.3%, versus 12.4%, que fue la mortalidad observada en los pacientes colonizados.

Vigilancia Activa en Unidades Críticas

Se identificó 78 pacientes con EPC en unidades críticas de los cuales 76 fueron colonizados y 2 tuvieron infección por EPC. La vigilancia activa con hisopado rectal permitió identificar al 97.4% (74/76) del total de colonizados en unidades críticas. Mediante esta forma de vigilancia activa, se puede detectar tempranamente a los pacientes colonizados, permitiendo implementar las medidas de prevención y control de gérmenes multirresistentes que se transmiten por contacto, y se previene la transmisión cruzada otros pacientes con los que comparten el ambiente.

Vigilancia Activa de contactos en Unidades Semi-Críticas

Se identificó 47 pacientes con EPC en unidades semicríticas (servicios de hospitalización o sala común)

en este grupo se incluyó al servicio de emergencia, a pesar de ser esta una unidad crítica, 42 fueron colonizados y 5 tuvieron el diagnóstico de infección por EPC. El 83.3% (35/42) de los pacientes colonizados, fueron identificados mediante vigilancia activa de contactos con hisopado rectal. Esta técnica, al igual que en las unidades críticas, permitió implementar las medidas de prevención y control de manera temprano, y disminuir el riesgo de transmisión cruzada al resto de pacientes.

Vigilancia Pasiva de muestras biológicas

La vigilancia pasiva de muestras biológicas en unidades críticas y semicríticas, permitió identificar a 9 de los 118 pacientes colonizados reportados (7.6%), con lo que se reafirma la importancia de la vigilancia activa en los servicios con mayores factores de riesgo para colonización por EPC.

Tabla N° 02: Tasas de incidencia de las infecciones asociadas a la atención de salud según procedimiento invasión y servicio de hospitalización, HCH, octubre del 2019

(Tasa por 1000 días de exposición)

Infecciones asociadas a la atención de salud			TDIA acumulada HCH 2018	Tasa referencial por categoría III-1	Consolidación de la tasa de densidad de incidencia de las infecciones asociadas a la atención de salud										TDIA acumulada Hasta octubre año 2019	
Servicio	Tipo de infección	Factor de riesgo			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT		
UCI Neonatología	Infección al torrente sanguíneo	CVC	7.35	4.51	0.00	13.07	18.10	0.00	36.50	6.25	5.95	5.41	17.24	0.00	●	10.62
	Infección al torrente sanguíneo	CVP	0	1.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	●	0.00
	Neumonía	VM	7.5	3.78	0.00	0.00	34.68	10.53	0.00	13.16	0.00	9.71	0.00	0.00	●	9.81
UCI Pediatría	Infección del torrente sanguíneo	CVC	6.56	2.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	●	0.00
	Infección del tracto urinario	CUP	0	2.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	●	0.00
	Neumonía	VM	2.55	3.03	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	●	0.00
Medicina	Infección del tracto urinario	CUP	3.88	2.49	11.81	12.30	2.47	0.00	6.31	0.00	0.00	0.00	0.00	7.30	●	3.97
Cirugía	Infección del tracto urinario	CUP	2.64	1.69	0.00	2.98	6.04	16.67	0.00	0.00	8.88	2.40	6.35	6.90	●	4.19
	Infección de herida operatoria	COLE	0	0.21	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	●	0.00
	Infección de herida operatoria	HI	0	0.34	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	●	0.00
Gineco Obstetricia	Endometritis	PV	0.24	0.17	0.00	0.40	0.88	0.46	0.00	0.00	0.57	0.00	0.00	0.00	●	0.24
	Endometritis	PC	84	0.3	0.00	1.49	0.64	0.97	0.00	0.00	0.41	0.46	0.48	0.00	●	0.43
	Infección de herida operatoria	PC	1.08	1.2	0.48	1.49	1.91	1.45	0.00	0.00	0.82	0.92	0.48	0.00	●	0.72
UCI Medicina	Infección del torrente sanguíneo	CVC	3.14	1.71	0.00	5.99	16.00	0.00	0.00	0.00	9.35	0.00	7.94	5.49	●	4.07
	Infección del tracto urinario	CUP	6.66	3.31	0.00	0.00	8.13	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00	0.00	6.10	●	1.89
	Neumonía	VM	6.23	9.09	10.53	15.38	9.52	18.99	5.95	15.79	4.81	0.00	7.63	0.00	●	8.50
UCI Cirugía	Infección del torrente sanguíneo	CVC	6.12	1.71	0.00	0.00	0.00	26.32	0.00	11.76	6.90	9.43	7.94	0.00	●	5.43
	Infección del tracto urinario	CUP	1.61	3.31	12.05	18.52	0.00	0.00	10.99	21.98	0.00	0.00	0.00	0.00	●	5.15
	Neumonía	VM	2.96	9.09	0.00	0.00	0.00	0.00	12.50	12.20	0.00	0.00	7.25	0.00	●	2.98
UCI Adultos	Infección del torrente sanguíneo	CVC	2.24	1.71	0.00	3.79	8.16	8.13	0.00	4.39	7.94	4.35	7.94	3.32	●	4.65
	Infección del tracto urinario	CUP	3.56	3.31	2.78	8.06	5.41	5.71	2.66	9.40	2.97	0.00	0.00	3.48	●	4.18
	Neumonía	VM	5.04	9.09	6.02	9.26	5.00	12.00	8.06	14.71	2.89	0.00	7.43	0.00	●	6.31

LEYENDA: ROJO= ALTO RIESGO CON VALOR POR ENCIMA DEL PROMEDIO DEL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (CDC); AMARILLO= MEDIANO RIESGO, POR DEBAJO DEL VALOR REFERENCIAL VERDE= BAJO RIESGO CON VALORES IGUALES A CERO

CVC	Catéter Venoso Central	CUP	Catéter Urinario Permanente	COLE	Colecistectomía	PV	Parto Vaginal	END
CVP	Catéter Venoso Periférico	VM	Ventilación Mecánica	HI	Hernioplastia inguinal	PC	Parto por Cesárea	END
			PC		Parto por Cesárea	HO		

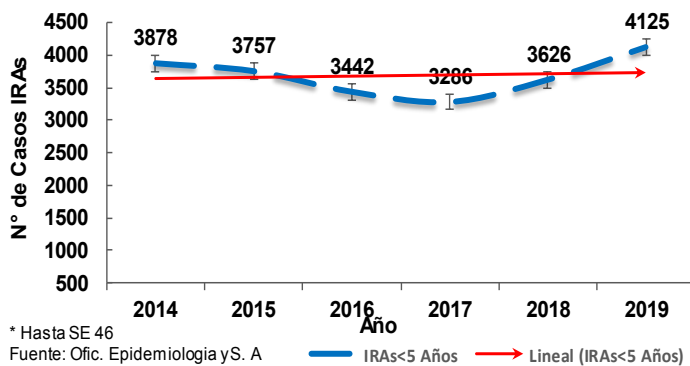
Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), HCH

1. Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años

Hasta la SE 46 del presente año, se han notificado 4,125 episodios de IRA presentados en niños menores de 5 años, 14% más que el 2018 y 26% más que el 2017 (comparando hasta las mismas semanas epidemiológicas)

El gráfico 03 muestra que desde el año 2017 hay una tendencia al incremento (Comparando todos hasta SE 46)

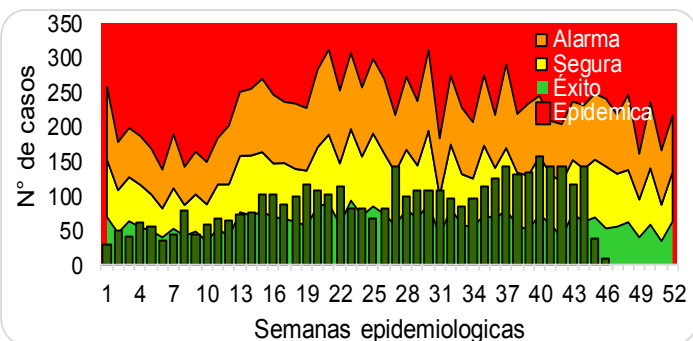
Gráfico N° 03: Infecciones respiratorias en menores de 5 años HCH 2014 - 2019 *



Del total de IRAs reportados por el HCH hasta la SE 46 del 2019, el 40% proceden del distrito de San Martín de Porres, 19% de Independencia, 15% de los Olivos, 5% Rímac, 3% Comas, Puente Piedra y de Ventanilla el 2% respectivamente.

En el canal endémico se observa en la SE 27 hubo un incremento inusual número de casos (pico) llegando a la zona de alarma.

Gráfico N° 04: Canal endémico de los casos de IRAs < 5 años, HCH –2019*

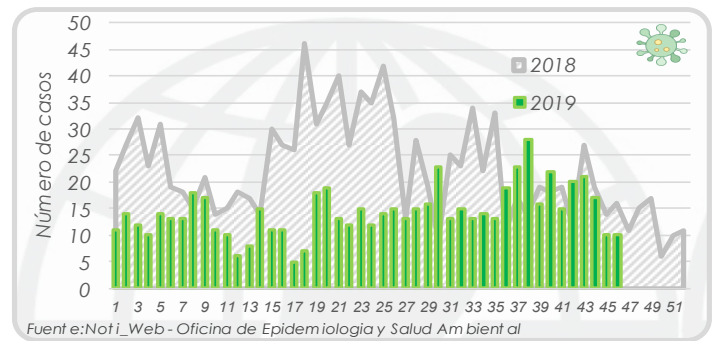


2. Neumonías

Hasta la SE 46 del presente año, el HCH notificó en total 660 episodios de neumonía, de los cuales el 17% se presentó en menores de 5 años y 83% en > = de cinco años. Comparado con el mismo periodo del 2018 se observa que ha disminuido en 39% de casos con respecto al 2018. (Hasta SE 46).

Sin embargo en el gráfico 05, se observa que en el 2018 se presentaron mayor cantidad de casos de neumonías con excepción en las SE 36 al 38 y la 40.

Gráfico N° 05: Casos notificados de neumonías según grupos de edad HCH 2017*- 2018*- 2019*



Según la procedencia el 30% fue del distrito del San Martín de Porres, 17% de independencia, 13% de los Olivos, 7% Rímac, 7% Comas.

El canal endémico de los casos de neumonías en < de 5 años reportados por el HCH hasta la SE 46 del 2019, muestra que en las SE 19 la frecuencia de casos alcanzó la zona epidémica y la semana 20 Y 26 estuvo en la zona de alerta.

Gráfico N° 06: Canal endémico de los casos de neumonías en < de 5 años, HCH, 2019

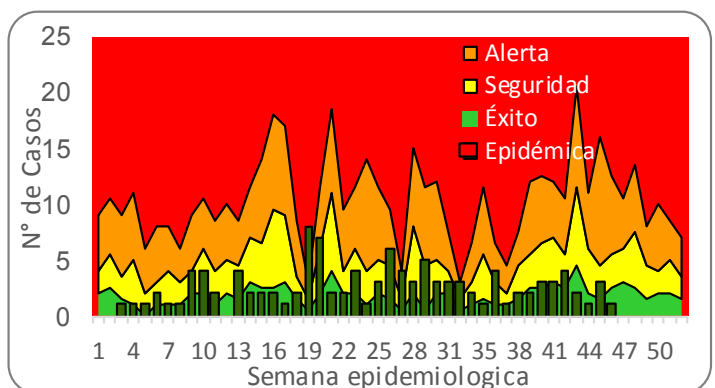


Tabla: N° 03 RESUMEN DE CASOS DE LAS ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA OBLIGATORIA Y EVENTOS 2018* - 2019*

Tipos	CIE10	Diagnosticos	2018				2019				
			Conf	Des	Prob	Total	Conf	Des	Prob	Sosp	Total
Inmunoprevenibles	A37	Tos Ferina	7	0	0	7	2	6	69	0	77
	A80.3	Paralisis Flacida Aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A95.0	Fiebre Amarilla Selvatica	1	3	0	4	0	2	0	0	2
	B01.8	Varicela con otras complicaciones	6	0	0	6	23	0	0	0	23
	B01.9	Varicela sin otras complicaciones	95	0	0	95	82	0	0	0	82
	B05	Sarampion	0	3	0	3	0	4	0	0	4
	B06	Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B15	Hepatitis A	43	0	0	43	2	0	0	0	2
	B16	Hepatitis B	71	0	0	71	46	0	0	0	46
	B26	Parotiditis	0	0	0	0	30	0	0	0	30
T88.1	Esavi Eventos Severos Supuesta	0	0	0	0	4	1	1	0	6	
Metaxenicas	A27	Leptospirosis	8	12	0	20	5	23	2	0	30
	A44.0	Bartonelosis Aguda	0	2	0	2	1	1	0	0	2
	A75.0	Tifus Exantematico	0	1	0	1	0	2	0	0	2
	A79	Otras Rickettsiosis	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	A92.0	Fiebre de Chikungunya	0	19	0	19	0	25	0	0	25
	U06.9	Fiebre de Zika	0	19	0	19	0	45	0	0	45
	A97.0	Dengue Con Señales De Alarma	5	27	0	32	6	39	2	0	47
	A97.1	Dengue Sin Señales De Alarma	1	5	0	6	2	6	1	0	9
	A97.2	Dengue Grave	0	5	0	5	1	0	0	0	1
	B50	Malaria P. Falciparum	10	0	0	10	5	0	0	0	5
	B50.1	Malaria Mixta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B51	Malaria Por P. Vivax	65	0	0	65	36	0	0	0	36
	B55.1	Leishmaniasis Cutanea	127	0	0	127	125	0	0	0	125
	B55.2	Leishmaniasis Mucocutanea	27	0	0	27	24	0	0	0	24
B57	Enfermedad de Chagas	5	2	0	7	2	5	0	0	7	
Zoonosis	A23	Brucelosis	17	17	32	66	1	5	0	0	6
	A28.1	Enfermedad por rasguño de gato	0	0	0	0	44	0	0	0	44
	A82.0	Rabia Humana Silvestre	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	W55	Mordedura O Ataque De Otros Ma	7	0	0	7	0	0	0	0	0
	W57	Mordedura O Picadura De Insect	0	0	0	0	4	0	0	0	4
	X20	Ofidismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	X21	Loxocelismo	100	0	0	100	125	0	0	0	125
Otros	A50	Sifilis Congenita	4	0	0	4	8	0	0	0	8
	A53.9	Sifilis No especificada	143	0	0	143	159	0	0	0	159
	A39.0	Meningitis meningococica (G01*)	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	B30	Conjuntivitis Viral	8	0	0	8	17	0	0	0	17
	G61.0	Sindrome de Guillain Barre	4	2	0	6	49	5	0	14	68
	O95	Mortalidad Materna Directa	1	0	0	1	3	0	0	0	3
	O96	Muerte Materna Indirecta	0	0	0	0	2	0	0	0	2
	O98.1	Sifilis Materna	3	0	0	3	28	0	0	0	28
	P35.0	Rubeola Congenita	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	T60.0	Insecticidas Organofosforados	59	0	0	59	71	0	0	0	71
Total			817	117	32	966	911	169	75	14	1169

* SE 46/ Conf. Confirmado, Des= Descartado, Prob = Probable, Sosp = Sospechoso,



Hospital Cayetano Heredia

Dra. Aida Cecilia Palacios Ramírez

Director General

Blgo. Nila Alejandrina Alarcón Velazco

Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

Sra. Olga Ortiz Núñez

Secretaria

Unidad de Evaluación e investigación

Responsable

Lic. Lilia Soriano Hidalgo

Dr. Carlos Medina Collado

Lic. Luis Feller Macedo Quiñones

Lic. Karo Jackeline Gutierrez Espinoza

Unidad de Vigilancia y control de Brotes

Responsable

Lic. Elia Cornelio Bustamante

Lic. Gladys Zarella Jorge Quispe

Lic. Gossie Nattaly Leyva Gonzales

Téc. Estad. Viviana Curaca Mendoza

ASS. Isabel Martínez Paredes

Téc. Adm. Miguel Ángel Rodríguez Córdova

Téc. Adm. Enma Jara

Unidad de Salud Ambiental

Responsable

Bach. Diego López Amaya

Ing. Yudi Mayhua Tintaya

Tec. Mario Lapa Gutiérrez

Tec. Enfermería. Jorge Luis Dávila Guevara