



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Cayetano Heredia

Boletín Epidemiológico

“Información oportuna para la acción inmediata”

Contenido

Editorial: VIRUELA DEL MONO: Enfermedad reemergente /emergente	Pag. 2
Mortalidad fetal y neonatal	Pag. 3
Infecciones Respiratorias Graves (IRAG)	Pag. 4
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	Pag. 5
Neumonía	Pag. 6
SOB/ASMA	Pag. 6
Notificación Individual	Pag. 7
Infección Asociada a la atención de salud (IAAS)	Pag. 8

N° 07

SE 28

2022

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica

Dirección: Av. Honorio Delgado 262, San Martín de Porres — Lima

Editorial

VIRUELA DEL MONO

La aparición y/o reaparición de enfermedades (conocidas también como enfermedades emergentes y/o reemergentes, respectivamente), se han venido dando a través de la historia, desde el descubrimiento y colonización de nuevas poblaciones, obedeciendo a varios factores entre los que destacan, la adaptación y cambios microbianos, la susceptibilidad de los humanos a la infección, cambios climáticos, cambios en los ecosistemas, cambios demográficos, el comercio y turismo internacional, el desarrollo de la tecnología e industria, la pobreza e inequidad, las guerras y hambruna, así como la carencia de políticas de salud adecuadas en los países, sobre todo en los que están en vías de desarrollo.

La Viruela del Mono o viruela símica es una zoonosis esporádica, cuyo agente etiológico es un virus del género Orthopoxvirus, de la familia Poxviridae que incluye al virus variólico (Viruela Humana). Su detección en humanos fue en 1970 en África, y desde entonces se ha presentado como brotes epidémicos en diferentes países del África Central y Occidental, razón por la cual la OMS ha instado a los países a implementar protocolos de vigilancia e investigación de estos casos.

La viruela símica, en países endémicos, se transmite principalmente por contacto directo o indirecto con sangre, fluidos corporales, lesiones de la piel o las mucosas de animales infectados. La transmisión secundaria o de persona a persona, que hasta antes de la epidemia actual se presentaba esporádicamente, pero que en la actualidad, se ha convertido en la principal vía de transmisión, se produce por contacto estrecho con secreciones infectadas de las lesiones cutáneas de una persona infectada, o con objetos contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión. La transmisión puede producirse también por gotículas respiratorias. Se ha reportado transmisión inoculación o a través de la placenta (viruela símica congénita).

No existe un tratamiento diseñado específicamente contra Viruela Símica, pero se acepta el uso de algunos antivirales como Tecovirimat, Cidofovir y Brincidofovir, en determinados grupos de riesgo y bajo ciertas condiciones clínicas. Los síntomas suelen resolver espontáneamente. La atención clínica de esta viruela debe optimizarse al máximo para aliviar los síntomas, gestionar las complicaciones y prevenir secuelas a largo plazo; sin embargo es imprescindible la implementación de protocolos de control y prevención de su transmisión.

La prevención primaria y/o profilaxis post exposición (dentro de los primeros 15 días post exposición a un caso confirmado, idealmente dentro de los primeros 4 días) ha sido aprobada para 2 vacunas diseñadas específicamente la viruela humana (Jynneos y ACAM2000), sin embargo la evidencia de estas vacunas en la vida real es muy limitada, y algunas, como ACAM2000 puede tener efectos adversos severos en mayor frecuencia.

Las recomendaciones sanitarias para disminuir el riesgo de transmisión dentro de la población son: a) Evitar el contacto con lesiones altamente sospechosas de Viruela símica, este contacto puede darse durante la atención de pacientes sospechosos, durante las relaciones sexuales (con o sin penetración) con personas desconocidas o bajo los efectos de drogas recreativas, b) uso de mascarilla, c) desinfección adecuada a los utensilios y ambientes donde se encuentre aislado un paciente con confirmación de viruela símica.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Revista Peruana de Medicina Experimental y salud Publica: Enfermedades infecciosas emergentes reemergentes y sus determinantes, César Cabezas-Sánchez, 2015.
2. MINSA-CDC: Documento Técnico: plan de preparación y respuesta frente a la viruela del mono, 2022.

Vigilancia epidemiológica de la mortalidad fetal y Neonatal en el HCH hasta la SE 28 - 2022

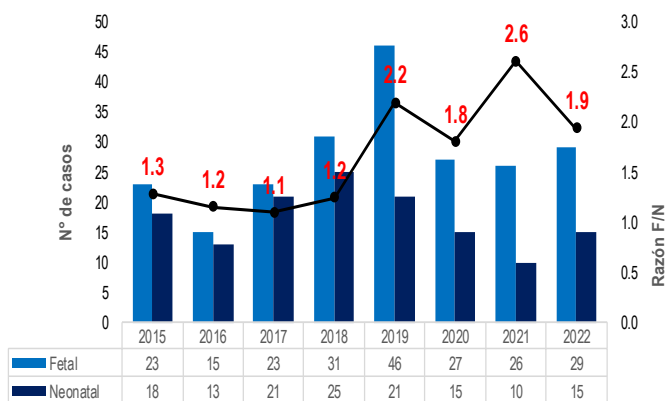
Hasta la semana epidemiología 28 del 2022, el sistema de vigilancia de mortalidad fetal y neonatal notifico 44 muertes de los cuales el 66%(29) correspondieron a muertes fetales y 34% (15) a neonatales.

Al comparar estos datos, con los obtenidos entre las SE:01 y SE:28 de los años 2021 y 2020, se observa un incremento de 22% y 5% respectivamente; sin embargo, durante el mismo periodo, con respecto al año 2019, se observó una disminución significativa de 34%.

En general, el pico más alto de mortalidad fetal, fue observado el año 2019, y en las muertes neonatales se dio en el año 2018.

La tendencia de la razón entre la muerte fetal y neonatal del año 2015 al 2018 el promedio fue de 1.2 y del 2019 al 2022 se incremento a 2.1 (por cada un muerte neonatal se notifico 2 fetales)

Gráfico 1: Mortalidad Fetal y Neonatal HCH 2015-2022-SE 28



La procedencia de los casos de muertes fetales y neonatales fueron principalmente los distritos de: San Martín de Porres (43%), Los Olivos (23%), Independencia (14%), Rímac (5%) y San Juan de Miraflores (5%).

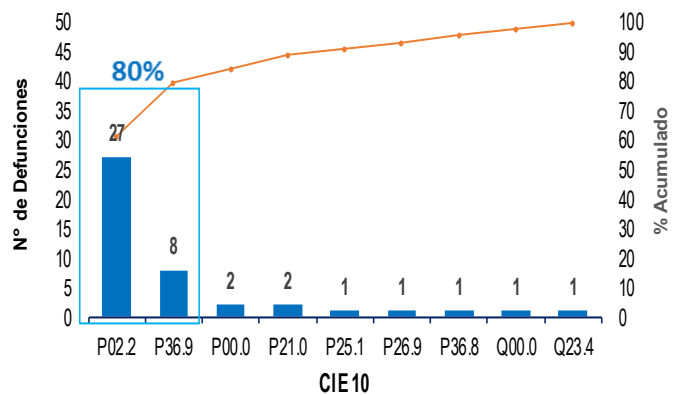
- ◆ El 16% fueron muertes neonatales con pesos mayor a 1500 gr. A mas.

Tabla 1: Mortalidad fetal y neonatal según tipo, momento y peso HCH SE 28 - 2022

Peso	Muerte Fetal		Muerte Neonatal
	Antes de Parto	Durante del Parto	Después del Parto
500- 1499	47% (21)		
1500- 2499	32% (14)	5%(2)	16% (7)
2500 a mas			

De las 44 muertes fetales y neonatales notificados hasta la SE 28 del 2022, el 55%(24) fueron del sexo masculino y 45% (20) femenino. Las causas básicas de muerte fueron: Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta (P22.2) y Sepsis bacteriana del recién nacido y no especificada (P36.9), que agrupan al 80% (35) de las muertes fetales y neonatales, como lo muestra el siguiente gráfico.

Gráfico 2: Mortalidad Fetal y Neonatal según causas básicas HCH 2022 – Hasta SE 28



Descripción del CIE10

- P00.0** Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre
- P02.2** Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta
- P21.0** Asfixia del nacimiento severa
- P25.1** Neumotórax originado en el periodo perinatal
- P26.9** Hemorragia pulmonar no especificada e originada en el periodo perinatal
- P36.8** Sepsis del recién nacido debida a otras bacterias
- P36.9** Sepsis bacteriana del recién nacido e no especificada
- Q00.0** Anencefalia
- Q23.4** Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo

Tabla 2: Características de la mortalidad Fetal HCH 2021-2022 (Hasta SE 28)

Características	Años de Notificación			
	2021	2021%	2022	2022%
Edad gestacional				
< 28 semanas	9	35%	10	34%
28 semanas a más	17	65%	19	66%
Momento				
Ante parto	26	100%	24	83%
Intra parto		0%	5	17%
Lugar de muerte				
Comunidad	25	96%	22	76%
Centro de salud	1	4%	7	24%
Sexo				
Femenino	14	54%	14	48%
Masculino	12	46%	15	52%

Causas Básicas de mortalidad fetal 2022

CIE10	Causas Básicas	n	%
P02.2	Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta	27	93%
P00.0	Feto y recién nacido afectados por trastornos hipertensivos de la madre	2	7%

Tabla 3: Características de la mortalidad Neonatal HCH 2021– 2022 (Hasta SE 28)

Características	Años de Notificación			
	2021	2021%	2022	2022%
Edad gestacional				
Prematuros (< 28)	4	40%	8	53%
Muy Prematuros (28-31)	3	30%	1	7%
Prematuro moderado o tardío (32-36)	2	20%	1	7%
No prematuro (37 a más)	1	10%	5	33%
Sexo				
Femenino	3	30%	6	40%
Masculino	7	70%	9	60%
Lugar del parto				
Centro de salud	10	100%	15	100%
Tiempo Vida				
Neonatal Precoz (0-7 días)	5	50%	11	73%
Neonatal tardía (8-28 días)	5	50%	4	27%
Peso al nacer				
500-1499 gr.	7	70%	8	53%
1500-2499 gr.	2	20%	2	13%
2500 gr. a más	1	10%	5	33%

Causas Básicas de mortalidad neonatal 2022

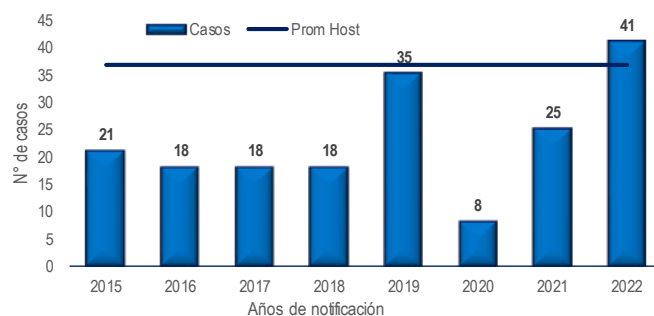
CIE10	Causas Básicas	n	%
P36.9	Sepsis bacteriana del recién nacido y no especificada	8	53%
P21.0	Asfixia del nacimiento severa	2	13%
P25.1	Neumotorax originado en el periodo perinatal	1	7%
P26.9	Hemorragia pulmonar no especificada y originada en el periodo perinatal	1	7%
P36.8	Sepsis del recién nacido debida a otras bacterias	1	7%
Q00.0	Anencefalia	1	7%
Q23.4	Síndrome de hipoplasia del corazón izquierdo	1	7%

Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Graves (IRAG) HCH 2022 Hasta SE 28

Hasta la SE 28 del 2022 se notificaron en total 425 casos probables de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAG), de los cuales solo en el 10% (41) se logró la identificación del germen por lo cual son considerados como positivos.

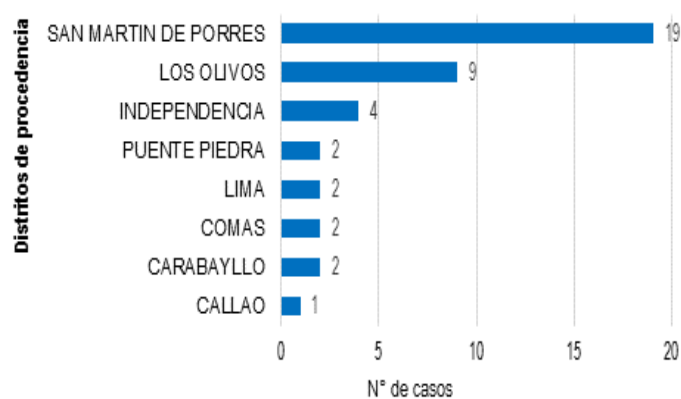
Comparando con los mismos periodos (hasta la SE 28) de los años 2020 y 2021, los casos positivos se incrementó en un 310% y 45% respectivamente.

El siguiente gráfico muestra la comparación de los casos positivos de IRAG, hasta la SE 28 para todos los años, y se puede observar que el pico mas alto de casos se registro en el 2022.

Gráfico 3: Casos positivos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) HCH 2015 -2022 (Hasta SE 28)

De los 41 casos positivos de IRAG notificados hasta la SE 28 del 2022, el 61% fueron del sexo masculino y 39% femeninos, y el 90% niños de 0 – 11 años.

La procedencia principal de estos casos, es el distrito de San Martín de Porres que agrupa al 46 % de los episodios de IRAG.

Tabla 4: Distrito de procedencia de los casos Positivos de IRAG HCH 2022 hasta SE 28

De los 41 casos Positivos de IRAG:

- ◆ El 100% no recibió vacuna para la influenza.
- ◆ El 80% fue atendido en el servicio de Emergencia, 17% Pediatría Hospitalización y el 2% UCI.
- ◆ El 59% fue hospitalizado
- ◆ El tipo de muestra por la cual se confirmo estos casos fue el Hisopado nasal y faríngeo (100%)
- ◆ Los síntomas presentados mas frecuentes fueron : tos (85%), dificultad respiratoria (76%) y fiebre (68%).
- ◆ Los principales virus fueron: Sincicial Respiratorio con el 54% seguido de Influenza A (H3N2) 12%, Influenza A 10% , Rinovirus 7% y Metaneumovirus 5%.

Gráfico 5: Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) según tipo de Germen HCH 2022 Hasta SE28

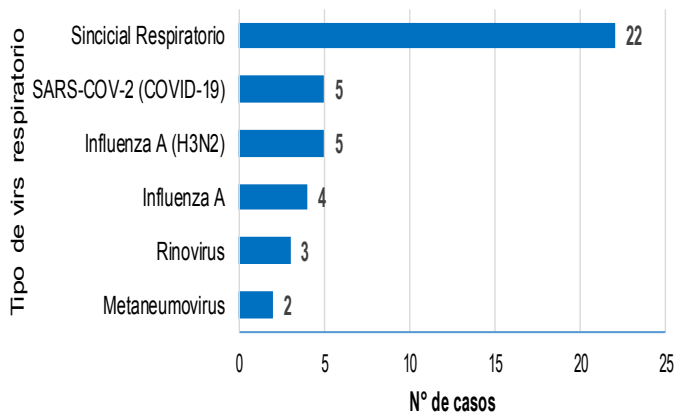


Tabla 4: Características clínicas de los casos positivos de IRAG HCH 2022 hasta SE 28

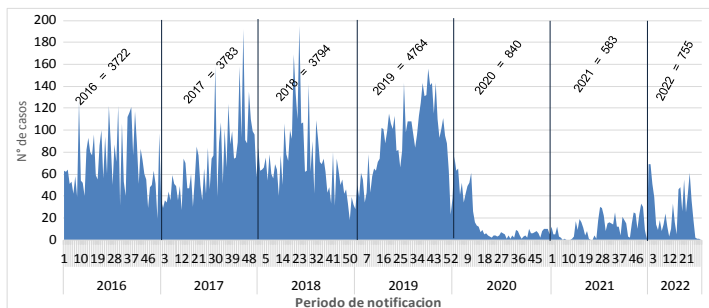
Características	n	%
Vacuna		
No	41	100.0
Fiebre		
No	13	32
Si	28	68
Tos		
No	6	15
Si	35	85
Dificultad respiratoria		
No	10	24
Si	31	76

Situación epidemiológica de las Infección Respiratoria Aguda (IRA) HCH 2022 (SE 28)

Hasta la SE 28 del 2022 se han notificado 755 episodios de Infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores de 5 años. En comparación con los mismos periodos del 2021 y 2020 se ha incrementado en 258% y 7% respectivamente, sin embargo en comparación con el 2019(Hasta SE 28) se observa que ha disminuido en 65%,

En general, el siguiente gráfico nos muestra que los episodios de IRAs ha disminuido significativamente en comparación con los años antes de la pandemia COVID – 19.

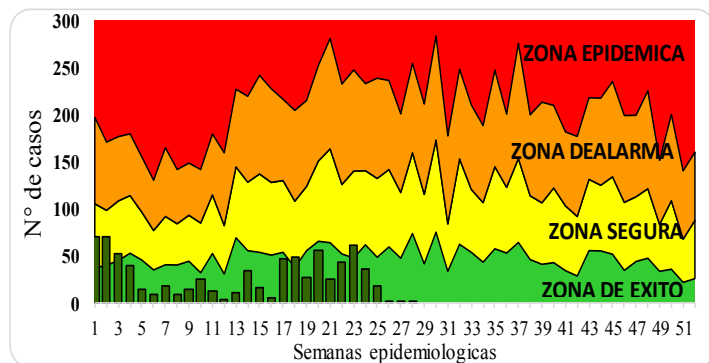
Gráfico 6: Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de 5 años HCH 2016- 2022 Hasta SE28



Los principales distritos de procedencia de los casos de IRAs fueron: San Martín de Porres con el 40%(278), Independencia 21%(148), Los Olivos 17% y Rímac 4%.

Según el canal endémico por semanas epidemiológicas, los casos de IRAs en menores de 5 años se encuentra dentro de la zona de éxito con excepción de la SE 1, 2 y 23 que alcanzaron a la zona segura.

Gráfico 7: Canal endémico de IRA en menores de 5 años HCH 2022 Hasta SE28



Neumonía

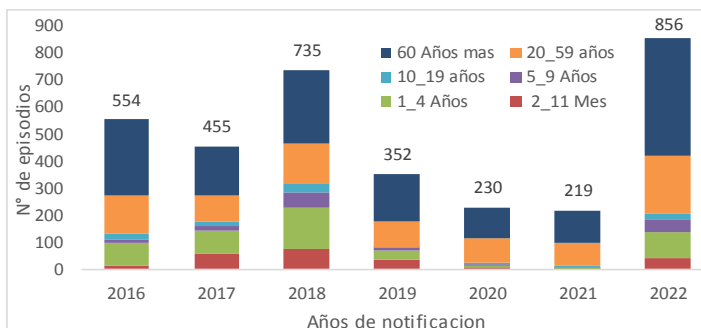
El total de neumonías notificadas hasta la Se 28 de 2022 fueron 856 episodios, y la distribución según grupos de edades de notificación fue la siguiente:

- ◆ 2 a 11 meses 5%
- ◆ 1-4 años 11%
- ◆ 5- 9 años 6%
- ◆ 10-19 años 3%
- ◆ 20- 59 años 25%
- ◆ 60 a mas años 51%.

Al comparar los episodios de neumonías notificadas hasta la SE 28 del 2022 con los mismos periodos del 2021 y 2020 se incremento de 291% y 272% respectivamente.

En el siguiente gráfico nos muestra que los picos mas altos de neumonías fueron en los años 2018 y 2022.

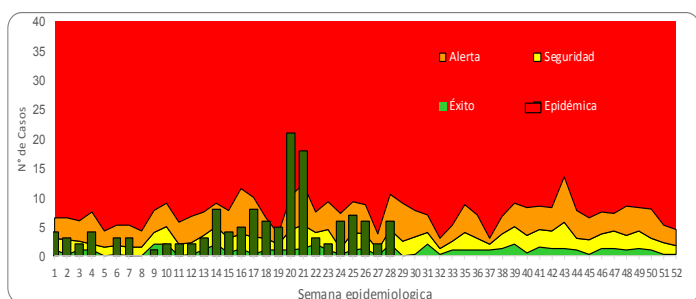
Gráfico 5: Neumonías notificadas HCH 2016-2022(*)



Las neumonías notificadas hasta la Se 28 procedieron principalmente del los distritos San Martín de Porres (25%), Los Olivos (15%), Independencia 14%.

El canal endémico de neumonías muestra que en las SE 20 y 21 del 2022 se llegó a la zona epidémica.

Gráfico 9: Canal endémico Neumonías en menores 5 de años HCH 2016-2022(*)

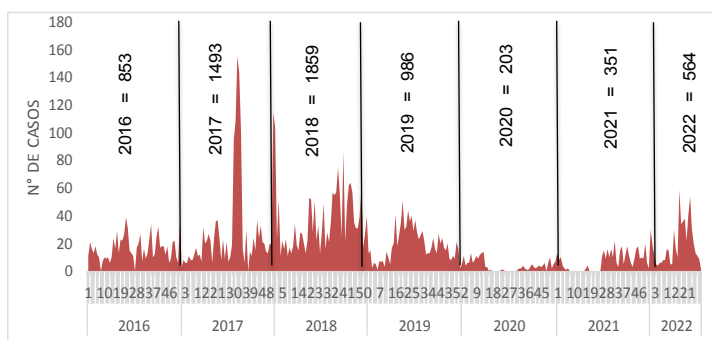


SOB/Asma en menores de 5 años HCH 2022 Hasta SE 28

Hasta la SE 28 del 2022 se ha notificado en total 54 episodios de SOB/ Asma en menores de 5 años, de los cuales el 55% fue en niños de entre 2 a 4 años y el 45% en menores de dos años.

El gráfico muestra que en los años del 2020 y 2021 se han notificado menor numero de casos de SOB y Asma, y para el 2022 hasta la SE 28 se aprecia una clara tendencia al incremento.

Gráfico 10: Tendencia de SOB/Asma en menores de 5 años HCH 2016-2022*



Las procedencias principal según distritos de los episodios de SOB/ Asma hasta la SE 28 del 2022 fueron: San Martín de Porres 41%, Los Olivos 20%, Independencia 14%, Rímac y Comas Con 5% cada uno.

Gráfico 11: Distritos de procedencia de SOB/Asma en menores de 5 años HCH 2016-2022*

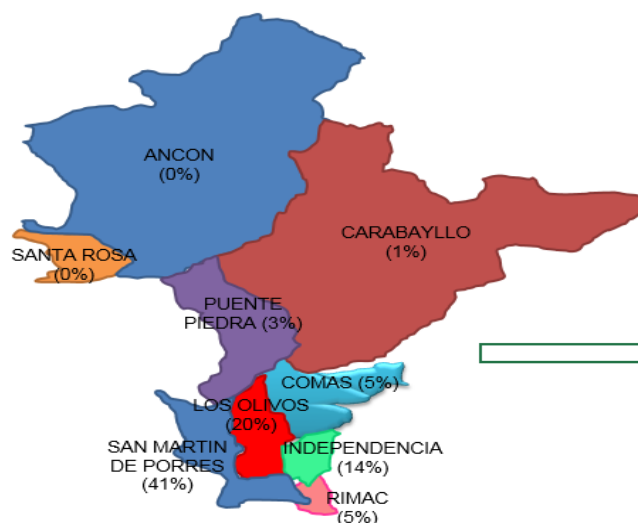


TABLA 5

NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL SEGÚN TIPO DE DIAGNOSTICO HCH 2021 - 2022 - SEMANA 28

Tipos	Codigo	Diagnosticos	2021 SE 28		Total 2021 SE 28	2022 SE 28				Total 2022 SE 28
			Confirmado	Descartado		Confirmado	Descartado	Probable	Sospechoso	
Inmunoprevenibles	A37	Tos Ferina	0	4	4	0	14	3	0	17
	A80.3	Paralisis Flacida Aguda	0	0	0	0	0	0	0	0
	A36	Difteria	0	2	2	0	0	0	0	0
	A95.0	Fiebre Amarilla Selvatica	0	1	1	0	1	0	0	1
	B01.8	Varicela con otras complicaciones	1	0	1	1	0	0	0	1
	B01.9	Varicela sin otras complicaciones	0	0	0	11	0	0	0	11
	B05	Sarampion	0	0	0	0	0	0	0	0
	B06	Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0
	B15	Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	0
	B16	Hepatitis B	8	0	8	11	0	0	0	11
	B26	Parotiditis	1	0	1	0	0	0	0	0
	A35	Otros Tetanos	0	0	0	0	0	0	0	0
Metaxenicas	A27	Leptospirosis	2	6	8	3	12	0	0	15
	A44.0	Bartonelosis Aguda	0	0	0	1	0	0	0	1
	A75.0	Tifus Exantematico	0	1	1	0	0	0	0	0
	A79	Otras Rickettsiosis	0	0	0	0	0	0	0	0
	A92.0	Fiebre de Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	0
	U06.9	Fiebre de Zika	0	0	0	0	2	0	0	2
	A97.0	Dengue Sin Señales De Alarma	18	21	39	29	14	11	0	54
	A97.1	Dengue Con Señales De Alarma	10	4	14	1	0	3	0	4
	A97.2	Dengue Grave	0	0	0	0	0	0	0	0
	B50	Malaria P. Falciparum	0	0	0	0	0	0	0	0
	B50.1	Malaria Mixta	0	0	0	0	0	0	0	0
	B51	Malaria Por P. Vivax	1	0	1	3	0	0	0	3
	B55.1	Leishmaniasis Cutanea	0	0	0	56	0	0	0	56
	B55.2	Leishmaniasis Mucocutanea	0	0	0	4	0	0	0	4
	B57	Enfermedad de Chagas	0	0	0	0	2	0	0	2
Zoonosis	A23	Brucelosis	0	1	1	0	1	0	0	1
	A28.1	Enfermedad por rasguño de gato	0	0	0	1	1	0	0	2
	A82.0	Rabia Humana Silvestre	0	0	0	0	0	0	0	0
	W55	Mordedura O Ataque De Otros Ma	0	0	0	0	0	0	0	0
	W57	Mordedura O Picadura De Insect	0	0	0	0	0	0	0	0
	X20	Ofidismo	0	0	0	0	0	0	0	0
	X21	Loxocelismo	19	0	19	35	0	0	0	35
Otros	A50	Sifilis Congenita	0	0	0	0	0	0	0	0
	A53.9	Sifilis No especificada	4	0	4	26	0	0	0	26
	A39.0	Meningitis meningococica (G01*)	0	0	0	0	1	0	0	1
	B30	Conjuntivitis Viral	0	0	0	0	0	0	0	0
	G61.0	Sindrome de Guillain Barre	5	3	8	2	0	0	2	4
	O95	Mortalidad Materna Directa	0	0	0	1	0	0	0	1
	O96	Muerte Materna Indirecta	0	0	0	0	0	0	0	0
	O98.1	Sifilis Materna	0	0	0	0	0	0	0	0
	P35.0	Rubeola Congenita	0	0	0	0	0	0	0	0
	T60.0	Insecticidas Organofosforados	17	0	17	20	0	0	0	20
Total			86	43	129	205	48	17	2	272

TABLA 6 : TASAS DE INCIDENCIA MENSUAL Y ACUMULADA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD SEGÚN PROCEDIMIENTO INVASIÓN Y SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, HCH, 2022 MAYO

SERVICIOS	Tipo de infección	Factor de riesgo	Tasa referencial por categoría III-1	Clasificación de riesgo de TDIA y TIA acumuladas	TDI de las infecciones asociadas a la atención de salud						TDJA acumulada Hasta Junio 2022
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	
UCI NEONATOLOGIA	Infección al torrente sanguíneo	CVC	3.97	Rojo	0.00	0.00	0.00	9.26	0.00	17.39	5.42
	Infección al torrente sanguíneo	CVP	0.51	Verde	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	Neumonía	VM	2.97	Amarillo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16.95	2.07
UCI/PEDIATRIA	Infección del torrente sanguíneo	CVC	1.71	Rojo	0.0	0.0	37.0	0.0	0.0	0.0	3.85
	Infección del tracto urinario	CUP	4.58	Verde	0.0	0.0	-	-	-	0.0	0.00
	Neumonía	VM	4.01	Verde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.00
MEDICINA	Infección del tracto urinario	CUP	2.29	Rojo	9.05	0.00	0.00	15.04	0.00	7.35	4.43
CIRUGIA	Infección del tracto urinario	CUP	1.73	Rojo	0.00	0.00	0.00	13.57	3.77	2.70	3.06
	Infección de herida operatoria	COLE	0.25	Verde	0.00	0.00	0.0	0.00	0.00	0.00	0.00
	Infección de herida operatoria	HI	0.45	Verde	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
UCI MEDICINA	Infección del torrente sanguíneo	CVC	3.66	Amarillo	1.5	3.9	0.0	0.0	3.3	0.0	1.72
	Infección del tracto urinario	CUP	3.21	Amarillo	3.2	0.0	0.0	0.0	2.9	3.8	1.72
	Neumonía	VM	15.54	Amarillo	12.0	2.2	13.0	12.5	14.7	9.7	10.12
UCI QUIRÚRGICA	Infección del torrente sanguíneo	CVC	3.66	Amarillo	9.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.31
	Infección del tracto urinario	CUP	3.21	Rojo	0.0	0.0	19.0	0.0	0.0	7.4	4.18
	Neumonía	VM	15.54	Amarillo	0.0	0.0	10.3	0.0	0.0	17.4	4.58
UCI ADULTOS	Infección del torrente sanguíneo	CVC	3.66	Amarillo	2.6	3.2	0.0	0.0	2.2	0.0	1.62
	Infección del tracto urinario	CUP	3.21	Amarillo	2.7	0.0	4.8	0.0	2.1	5.0	2.30
	Neumonía	VM	15.54	Amarillo	10.2	1.8	12.2	8.6	10.1	11.8	8.79
UCE EMERGENCIA	Infección del torrente sanguíneo	CVC	3.66	Verde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Infección del tracto urinario	CUP	3.21	Verde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Neumonía	VM	15.54	Rojo	43.5	0.0	24.1	11.2	24.1	40.8	19.7
OBSERVACION EMERGENCIA	Infección del torrente sanguíneo	CVC	3.66	Verde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Infección del tracto urinario	CUP	3.21	Verde	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Neumonía	VM	15.54	Rojo	0.0	52.6	0.0	0.0	0.0	0.0	27.0

LEYENDA: ROJO= ALTO RIESGO CON VALOR POR ENCIMA AL PROMEDIO HOSP. III-1 , AMARILLO= MEDIANO RIESGO , POR DEBAJO DEL VALOR REFERENCIAL VERDE= BAJO RIESGO CON VALORES IGUALES A CERO



**HOSPITAL
CAYETANO HEREDIA**

Hospital Cayetano Heredia
Dr. José Antonio Proaño Bernaola

Director General



**OFICINA
EPIDEMIOLOGIA Y S. A.**

Dra. Ana María Quintana Aquehua
Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
Marilu Navarro Toledo
Secretaria

Unidad de Evaluación e investigación

Dr. Carlos Alberto Medina Collado
Lic. Gloria Amparo Cisneros de Vega
Lic. Lilia Soriano Hidalgo
Lic. Luis Feller Macedo Quiñones
Lic. Marianela Bernal Barturen

Unidad de Vigilancia y control de Brotes

Lic. Gossie Nattaly Leyva Gonzales
Lic. Elia Cornelio Bustamante
Lic. Gladys Zarella Jorge Quispe
Blgo. Nila Alejandrina Alarcón Velazco
Téc. Estad. Viviana Curaca Mendoza
Lic. Cesar Branco Vilela Limaylla
ASS. Isabel Martínez Paredes
Téc. Adm. Miguel Ángel Rodríguez Córdova
Téc. Adm. Enma Jara

Unidad de Salud Ambiental

Bach. Diego López Amaya
Ing. Marco Tovar Taboada
Tec. Mario Lapa Gutiérrez
Tec. Enfermería. Jorge Luis Dávila Guevara