| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tema de la AT** | Fortalecimiento Vigilancia Meningitis Bacteriana-Enfermedad Meningocócica y Tos Ferina | | | | | |
| **Número de AT** | 2275 | | | | | |
| **Fecha de la AT** DD/MM/AA | 07-07-2022 | **Lugar** | Sede VSP Suba | | | |
| **Hora inicio** | 8:30 am | **Hora Fin** | 1:30 pm | | | |
| **Nombre de la entidad participante** | Subred Norte | | | | | |
| **Equipo de trabajo al que pertenecen los participantes*** | Grupo de enfermedades transmisibles<br>Equipos que realizan IEC disponibilidad fin de semana Sivigila, SISVAN, SISVESO, VSP no transmisibles, Salud sexual y reproductiva, EEVV. | | | | | |
| **Modalidad de AT** | Acompañamiento Técnico | X | Asesoría Técnica | | Capacitación | |
| **Forma de aplicación** | Presencial | X | Virtual | | Presencial y Virtual | |
| **Nombres y dependencia de quienes desarrollan la AT** | Eliana Sabogal- SVSP-EPV-SDS<br>Jenny Sánchez-SVSP-EPV-SDS | | | | | |

| PLANEACIÓN | |
|---|---|
| **Objetivo de la AT** | Realizar asistencia técnica a profesionales y especializados de subred Norte en lo referente a comportamiento de los eventos, definición de caso, diligenciamiento de ficha de notificación, justificación de la vigilancia, IEC y quimioprofilaxis de Meningitis bacteriana y Tos Ferina |
| **Agenda de la AT** | 08:30 a.m. a 09:00 a.m. Apertura contextualización de los eventos, plan de trabajo, presentación de los asistentes<br>09:00 a.m. a 10:30 a.m. Revisión Contexto evento, Clínica, Justificación de la Vigilancia Epidemiológica, profilaxis para contactos estrechos de casos probables/confirmados de Tos Ferina diligenciamiento ficha notificación evento 800 Tos Ferina.<br>10:30 a.m. a 12:00 a.m. Revisión Contexto evento, Clínica, Justificación de la Vigilancia Epidemiológica, profilaxis para contactos estrechos de casos probables/confirmados de Meningitis diligenciamiento ficha notificación evento 535 Meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica.<br>12:00 p.m. a 12:30 p.m. Postest<br>12:30 p.m. a 1:30 p.m. Sesión de preguntas, Comentarios finales y cierre |

Nota. Este formato se implementa en el marco del Lineamiento de Asistencia Técnica Salud Pública (SDS-GSP-LN-002).

## DESARROLLO DE CONTENIDOS

**Línea técnica dada por la SDS-SSP/Subredes:**

Se inicia asistencia técnica en fortalecimiento en la vigilancia Meningitis Bacteriana y Tos Ferina:

**TOS FERINA:**

**Definiciones operativas**

Agente etiológico: Bordetella pertussis

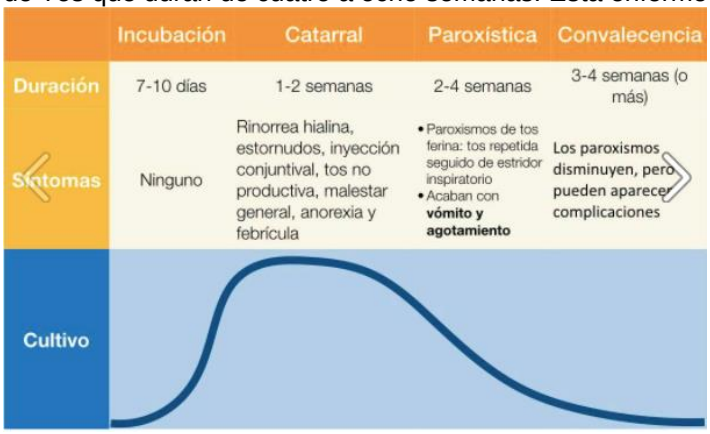
Transmisión: Se transmite por contacto directo (persona a persona) a través de las gotas de secreciones de las mucosas respiratorias de una persona infectada a una susceptible en un rango de un metro de distancia

Periodo de incubación: Entre 6 y 10 días, con un rango de 4 a 21 días.

Periodo de transmisibilidad: Es especialmente transmisible en la fase catarral temprana antes de la tos paroxística; por ello las mejores muestras en una investigación de campo son las de los contactos que apenas inician síntomas (5 a 7 días).
Se considera que la transmisibilidad se extiende desde la fase catarral hasta tres semanas después de comenzar los paroxismos, en pacientes que no han recibido tratamiento con antibiótico que sean contacto estrecho.
En caso de haberse iniciado terapia antimicrobiana, el periodo de infección puede durar alrededor de cinco días o menos, después de iniciar la antibioticorerapia.

**Aspectos Clínicos Tos Ferina**

La tos ferina es una enfermedad del tracto respiratorio altamente contagiosa, Causada por la Bordetella pertussis, que puede colonizar boca, nariz y garganta. En recién nacidos como en infantes presentan ataques de Tos que duran de cuatro a ocho semanas. Esta enfermedad se presenta en 3 fases:




**Se socializa las definiciones clínica según protocolo evento 800**

En menor de 3 meses, de 3 meses a 12 años y mayor de 12 años.
Caso probable, caso confirmado por laboratorio,casos confirmado por nexo epidemiológico, caso confirmado por clínica ( tener en cuenta el cuadro clínico frente a reporte de leucocitos entre 15.000 a 100.000mm3 en la fase catarral ó 30.000 a 40.000mm3 en la fase paroxística y linfocitosis entre 60% a 80%).

**Periodicidad de la notificación**

Inmediata: Todos los casos de tosferina probables, confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico, deben ser notificados de manera inmediata.
Ajustes: De acuerdo al protocolo 3: confirmado por laboratorio, 4: Confirmado por Clínica y 6: Descartado.

**Acciones Individuales**

- investigación epidemiológica de campo: la dirección municipal de salud realizará la investigación epidemiológica de campo en todos los casos probables dentro de las primeras 72 horas de notificado con el objetivo de establecer:
- Fuente de infección (tener en cuenta los contactos cercanos que hayan iniciados síntomas dentro de los 21 días previos al inicio de síntomas del caso notificado).
- Antecedentes de vacunación (numero de dosis de DPT recibidas según la edad del caso y los contactos menores de cinco años).
- Antecedentes vacunal de la madre con TdaP para menores de dos meses de edad.
- Antecedentes de contacto con otro caso confirmado por laboratorio (nexo). Identificación de los contactos cercanos* sintomáticos y asintomáticos de todas las edades e individuos susceptibles.

- Recolectar muestras de contactos cercanos sintomáticos sin importar edad o estado vacunal (hisopado nasofaríngeo).

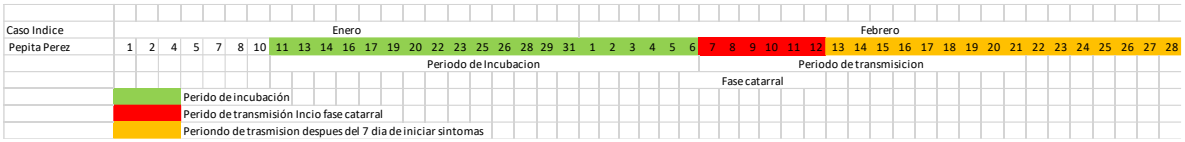
Otros factores que facilitan la transmisión de la enfermedad según la edad y ocupación del caso.

- Identificación de contactos para profilaxis

**Acciones Colectivas**

- Búsqueda activa de casos y contactos
- Proceder a la visita del hogar, avisando previamente y buscando que las personas residentes se encuentren en la vivienda.
- Verificar el cuadro clínico del caso y de contactos.
- Verificar el estado vacunal del caso y de los contactos.
- Verificar que se haya realizado correctamente la recolección de muestras.
- Realizar monitoreo rápido de coberturas de vacunación (MRCV) como herramienta de evaluación de las intervenciones. Este debe realizarse en cinco manzanas (incluida la del caso) en el área de ocurrencia si es urbano y en toda la vereda si es rural. Encuestar mínimo 20 viviendas y 25 niños menores de cinco años.

**Línea de tiempo**




**Profilaxis para contactos estrechos casos probables Tos ferina**

| Edad | Antibiotico | Dosis | Vía de administración |
|---|---|---|---|
| <1 Mes | Azitromicina Suspensión | 10mg/kg/día<br>Dosis diaria X 5 días | Oral |
| *1- 6 Meses* | Azitromicina Suspensiòn | 10mg/kg/día<br>Dosis diaria X 5 dias | Oral |
| >6 Meses | Azitromicina Suspensión | *10mg/kg/día el 1º día<br>5mg/kg/día del 2º al 5º día | Oral |
| Adolesentes y adultos | azitromicina Tableta | 500mg /dia por 3 días | Oral |
| * sin exceder los 500 mg día. | | | |

**MENINGITIS BACTERIANA:**

**Definición:** Inflamación de las membranas que recubren el cerebro, el cerebelo y la medula ósea, sitios anatómicos circundados por el espacio subaracnoideo, por donde circula el líquido cefalorraquídeo.
La meningitis es un evento infeccioso transmisible, hay diferentes microorganismos causantes de esta enfermedad, bacterias, virus, hongos, parásitos y medicamentos.
Los más importantes son las meningitis bacterianas (MB): Haemophilus Influenzae (Hi), Neisseria meningitidis (meningococo) y Streptococcus Pneumoniae (neumococo).
**Meningococococemia:** Es una forma rara de la infección que ocurre cuando se disemina por la vía sanguínea, o sea, una septicemia, la cual puede presentarse con o sin meningitis. Se observa un exantema que, al comienzo, es de tipo eritematoso y macular y que evoluciona rápidamente a erupción petequial y, eventualmente, equimosis.

**Meta OPS:** Para 2030, la estrategia cuenta con tres objetivos visionarios:

1. Eliminar las epidemias de meningitis bacterianas —la forma más letal de la enfermedad—.
2. Reducir el número de casos de meningitis bacteriana prevenible mediante vacunación en un 50 % y las defunciones en 70 %.

3. Reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida después de una meningitis debida a cualquier causa.

Como se logra:

Prevención y control de epidemias: mediante el desarrollo y el fortalecimiento del acceso a vacunas asequibles, estrategias profilácticas eficaces e intervenciones de control específicas.

Diagnóstico y tratamiento: mediante el mejoramiento de los medios de diagnóstico en todos los niveles de la atención de salud, la capacitación del personal sanitario y la gestión de casos temprana y eficaz.

Vigilancia de enfermedades: vigilancia de todos los principales patógenos causantes de meningitis bacteriana y sus secuelas, con el fin de orientar las políticas de control de la meningitis y hacer un seguimiento preciso de los progresos hacia los objetivos.

Apoyo y atención para las personas afectadas por la meningitis: mediante actividades dirigidas a asegurar que los sistemas de salud y las comunidades de manera eficiente puedan identificar y gestionar oportunamente las secuelas de la meningitis, y que las personas, las familias y los cuidadores afectados por meningitis puedan acceder a servicios de apoyo y atención adecuados que satisfagan sus necesidades de salud.

Promoción y compromiso: trabajar con los asociados para acrecentar la concienciación pública y política respecto de la meningitis y sus consecuencias, en particular su potencial para causar discapacidad, a fin de mejorar el interés por la salud y el acceso a servicios de prevención y atención

**Definición operativa de caso:** Para el diagnóstico etiológico de una meningitis o de la enfermedad meningocócica, es imprescindible y urgente la recolección de: LCR para el examen de tinción de Gram, citoquímico y cultivo, Sangre para las pruebas complementarias y hemocultivo. La apariencia turbia del líquido es sugestiva para meningitis bacteriana, no obstante, aunque sea transparente se deben realizar las pruebas de Gram y cultivo.

**Caso probable de meningitis bacteriana o enfermedad meningocócica:** Meningitis bacteriana: paciente que presente enfermedad de inicio súbito con fiebre mayor de 38 °C, cefalea y al menos uno de los siguientes síntomas y signos:

Rigidez de nuca, alteraciones de conciencia, señales de irritación meníngea, acompañado o no de rash purpúrico o petequial (meningococo), en menores de un año, abombamiento de la fontanela.

El examen de líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá contar con las siguientes condiciones: LCR turbio, recuento de leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual 80% , elevación de la proteína mayor de 100 mg/dl, disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl, gram de LCR positivo para bacterias:

*diplococos gram positivos (meningitis neumocócica)
*diplococos gram negativos intra o extracelulares (meningitis meningocócica)
*bacilos gram negativos (meningitis por Haemophilus influenzae)

Enfermedad meningocócica: paciente que presente deterioro rápido del estado de conciencia con sepsis de origen desconocido y rash purpúrico o petequial, o que en cultivo de sangre u otro fluido corporal estéril se identifique crecimiento de diplococos Gram negativos intra o extracelulares

**Caso confirmado por laboratorio de meningitis bacteriana o enfermedad meningocócica:**

Confirmado para meningitis por Streptococcus pneumoniae: caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo en LCR, sangre o antigenemia positiva para Streptococcus pneumoniae.

Confirmado para meningitis por Haemophilus influenzae: caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo en LCR, sangre o antigenemia positiva para Haemophilus influenzae.

Confirmado para enfermedad meningocócica: caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo, antiegenemia o PCR en tiempo real positiva para Neisseria meningitidis en LCR, sangre u otro fluido corporal estéril. Confirmado para meningitis por otro agente bacteriano: caso probable, confirmado por laboratorio con cultivo en LCR, sangre para otro agente bacteriano, causante de meningitis bacteriana.

**Agente etiológico:**

***Haemophilus influenzae:*** coco bacilo Gram negativo , serotipos B, A y no tipificable
***Streptococcus pneumoniae:*** diplococo Gram positivo, se han descrito 90 serotipos diferentes; sin embargo, la experiencia clínica mundial acumulada muestra que son pocos los serotipos con mayor impacto clínico y es así como 12 serotipos: 1, 3 , 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 18, 19 y 23 son responsables del 80 % o más de las infecciones neumocóccicas invasoras.
***Neisseria meningitidis:*** diplococo Gram negativo, se han descrito 13 serogrupos, de los cuales los que causan enfermedad invasora son: A, B, C, W, X y Y; sin embargo, en la literatura se ha descrito a los serogrupos A, C y W como los de mayor potencial epidémico

**Modo de transmisión:** Por contacto directo con secreciones de vías nasales y faríngeas de personas infectadas *El contacto directo con una persona con enfermedad neumocócica por lo general ocasiona un estado de portador nasofaríngeo del microrganismo sin afección clínica

**Período de incubación:** Haemophilus influenzae tipo B: dos a cuatro días Streptococcus pneumoniae: uno a cuatro días Neisseria meningitidis: dos a 10 días, con promedio de cuatro días.

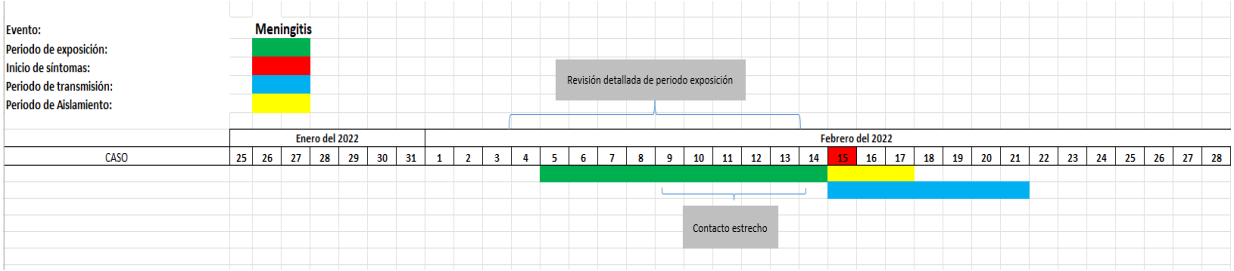
**FICHA DE NOTIFICACION CODIGO 535**
Cara A datos básicos
Cara B datos clínicos:
Verificar los antecedentes de vacunación de los casos probables y confirmados reportados por las UPGD.
Hallazgos de laboratorios: mencionar el laboratorio tomado
Si se coloca 0 indica que laboratorio no fue tomado la idea es colocar si 1 o no 2, colocar el valor numérico obtenido del resultado.

**Modulo SIVIGILA:**
Ajuste 0: casos que cumplen con la definición caso probable, con cultivo de LCR negativo y diagnóstico final de egreso meningitis bacteriana
Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio.
Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, descartado por clínica, no reúne criterios de caso probable
Ajuste D: caso descartado por error de digitación, no corresponde al evento

Se realiza explicación de ajustes de las variables del evento 535, aclaración de dudas en el ingreso de laboratorios. Se recuerda el tiempo de los ajustes son 4 semanas.

Notificación inmediata: La UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados de meningitis bacteriana por Haemophilus influenzae y de enfermedad meningocócica
Notificación semanal: La UPGD notificará de manera individual todos los casos probables o confirmados de meningitis bacteriana por Streptococcus pneumoniae o por otros agentes bacterianos.

**Línea de tiempo:**




Epidemiólogos realicen IEC evento que se va a investigar y en contexto complementar la información, revisión si el niño tiene hermanos, y contagio por núcleo familiar. Se enfatiza en los puntos clave al revisar en al IEC como antecedente vacunal, aspectos socioambientales: número promedio de personas por cuarto: número de personas que duermen por habitación. HACINAMIENTO: de acuerdo al espacio físico en relación con el

numero de personas que lo comparten, evaluar si existe o no hacinamiento (más de dos personas en una habitación de 4 x 4) hogares por vivienda: anotar el total de familias (padre, madres o hijos) que habitan en la vivienda (Ejemplo, número de hogares por número de cuartos en la vivienda), Factores de riesgo asociados con el evento, Estudio de contactos, medidas tomadas.

**Acciones de VSP:**

- Notificación del caso DE MANERA INMEDIATA desde probable para los 3 agentes bacterianos de vigilancia
- Activación del equipo de transmisibles y UYE de localidad y nivel central en brotes.
- Pre-crítica de la ficha de notificación
- Toma de muestras y envío de cultivos o LCR al Lab de Salud Pública Distrital
- Toma de necropsia clínica y envío a INS (formol patología y sol salina virología) y EAPB

Acciones en las primeras 24-48 horas

- Visita domiciliaria IEC, Visita institucional, Entrega de profilaxis
- Establecimiento de contactos estrechos y sintomáticos por línea de tiempo.
- BAC y revisión de carnet de vacunación
- Revisión de condiciones higiénico-sanitarias
- En brotes: Seguimiento de casos y contactos diario y entrega de Sitrep y hasta DOS PERIODOS EPIDEMIOLOGICOS a los contactos estrechos.

Acciones en la 4 semanas epidemiológicas

- Ajustes necesarios y calidad – Revisión de HC y laboratorios (AB, fechas dosis y cual previo a LCR y hemocultivos, Dx de egreso).
- Envío de HC con laboratorios: Hemocultivo y LCR con Gram y citoquímico.
- Unidad de análisis de caso sin muestra para los 3 agentes sin cepa en el Lab Salud Pública sin justificación.
- Unidades de análisis de casos de mortalidad (incluye: resumen de la atención, demoras y conclusión del caso.
- Ajustes necesarios en actas y certificados de defunción.

**Profilaxis para contactos estrechos casos probables de meningitis bacterianas:**

Meningitis por *Neisseria meningitidis*

**Recomendaciones profilaxis meningocóccica post exposición en Pediatría**
**Antibiótico, peso , vía y duración de acuerdo a disponibilidad de antibiótico**

| Peso (edad) | Antibiótico | Dosis y vía de administración | Duración | Alternativa |
|---|---|---|---|---|
| Menor de 1 mes | Rifampicina 5 mg/kg/dosis * | Oral cada 12 horas | 2 días | De no ser posible la administración de Rifampicina jarabe en las primeras 24 – 48 horas por disponibilidad, se debe administrar Azitromicina 10 mg/kg (dosis única). |
| Mayor de un mes hasta 25kg ** | Rifampicina 10 mg/kg/dosis cada 12 horas (máximo 600mg dosis)* | Oral cada 12 horas | 2 días | - En menores de 25 kg, (o mayor peso, sin posibilidad de deglutir capsulas) de no ser posible la administración de Rifampicina jarabe en primeras 24 – 48 horas por disponibilidad, se debe administrar Azitromicina 10 mg/kg (dosis única).<br>- Ceftriaxona ¥ < 15 años: 125 mg intramuscular dosis única |
| ≥25kg **- 50 kg | Rifampicina capsula 300 mg | Oral cada 12 horas | 2 días | Si no se dispone de forma inmediata, administre Ciprofloxacina *** 500 mg oral (dosis única) |
| > 50 kg | Rifampicina 600mg dosis (2 cápsulas de 300mg) | Oral cada 12 horas | 2 días | - Ceftriaxona ¥ < 15 años: 125 mg intramuscular dosis única; ≥15 años: 250 mg intramuscular dosis única.<br>- Ciprofloxacina ***500 mg oral (dosis única). |

*Requiere preparación de formula magistral
**Mayor de 25 kg y con posibilidad de pasar capsulas, puede administrar presentación de Rifampicina capsulas de 300 mg, de lo contrario deberá recibir suspensión
Ceftriaxona es una alternativa. En menores de 15 años se administra 125 mg dosis única y en mayores 150 mg IM. Es el antibiótico de elección en embarazadas.
*** Usar si no hay detección de resistencia a fluoroquinolonas. Uso institucional por activación de rutas a las EAPB
¥ La Ceftriaxona es el antibiótico de elección en embarazadas y es de uso institucional o por EAPB.

Meningitis por *Haemophilus influenzae*
Rifampicina menor un mes: 10mg/kg, via oral una vez al día (máximo 600 mg) por cuatro días
Rifampicina mayor un mes: 20mg/kg, via oral una vez al día (máximo 600 mg) por cuatro días

Se realiza post-Test con los siguientes resultados:

## Post-test Vigilancia Tos Ferina y Meningitis

| 29 | 03:31 | Activo |
|---|---|---|
| Respuestas | Tiempo medio para finalizar | Estado |

1. Las tres bacterias más importantes causantes de las meningitis bacteriana son

| | |
|---|---|
| S. pneumoniae, H. influenzae y ... | 26 |
| Meningococo, Neumococo y E. ... | 1 |
| L.monocytogenes, S aureus, C.n... | 0 |
| 1 y 2 son correctas | 2 |



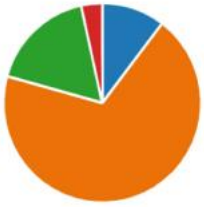
2. Que condiciones aumentan el riesgo de contraer meningitis bacteriana

| | |
|---|---|
| Edad | 0 |
| El hacinamiento, la pobreza | 0 |
| Las infecciones concurrentes de ... | 0 |
| Todas las anteriores | 29 |



3. Las meningitis por S.pneumonie más comunes están asociadas de 6 a 11 de los serotipos aproximadamente 70%, en el distrito ingreso una nueva vacuna al esquema regular que es:

| | |
|---|---|
| PCV10 | 3 |
| PCV13 | 20 |
| PCV23 | 5 |
| PCV16 | 1 |



4. En los casos de meningococcemia se observa signos y sintomas caracteristicos:

| | |
|---|---|
| exantema que evoluciona rápid... | 27 |
| Irritabilidad sin otra justificación... | 0 |
| Abombamiento de la fontanela ... | 2 |
| Vómitos en proyectil (explosivos) | 0 |



5. Ante a la sospecha clínica de meningitis se debe obtener muestra idealmente antes de iniciar tratamiento
antibiótico

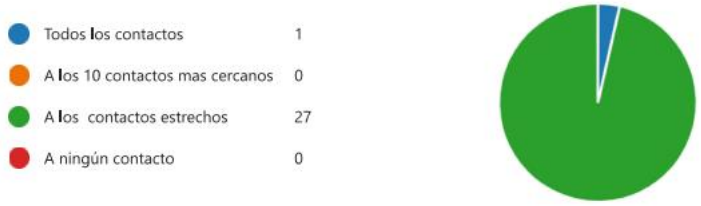
| | |
|---|---|
| Suero | 1 |
| LCR | 27 |
| Hemocultivo | 0 |
| Aspirado nasofaringeo | 1 |



6. Cual es el periodo de incubación de Tosferina




7. En un brote de Tosferina se debe entregar profilaxis a:




8. Todo caso probable de tosferina debe:




**Conclusiones:**

Es indispensable disponer de información exacta sobre los antecedentes de vacunación de los casos probables y/o confirmados, y actualizar en las bases SIVIGILA para los eventos 800 y 535.

El diagnóstico oportuno y la confirmación del caso por el laboratorio y la atención clínica adecuada revierten una importancia crucial. Especialmente, la intervención del laboratorio es fundamental para el diagnóstico diferencial de las meningitis bacterianas.

Con la reactivación de la notificación de eventos se recuerda realizar cruce con laboratorio para los EPV.

Dentro de la IEC los casos reportados como sintomáticos respiratorios para evento Tos Ferina se les debe garantizar la toma de muestra por la subred y remitirla a el LSP.

Es importante realizar el peso de los contactos y registrarlo en la formula médica como soporte de las dosis ordenadas por el médico, adicionalmente la fecha de la formula debe ser concordante con la fecha de entrega de la profilaxis.

**Observaciones (si aplica)**
Se evidencia participación activa del grupo de epidemiólogos y profesionales a cargo de las IEC.

Se recomienda fortalecer la articulación interna con los diferentes programas, entornos que permitan realizar un abordaje integral ante la detección de factores sociales que favorecen la inequidad haciéndolos más vulnerables a los eventos de salud pública.

*Equipo de trabajo al cual pertenece (ejemplo: PAI, SAN, Salud Mental, Entornos, Junta de acción comunal XXX, colectivo XXX, comunidad afro, madres y padres comunitarios, familias del Jardín XXX, etc.)

| COMPROMISOS | | |
|---|---|---|
| **ACCIÓN** | **RESPONSABLE** | **FECHA** |
| Aplicar las recomendaciones dadas en las próximas IEC frente a notificación de casos de meningitis y tos ferina | Subred Norte | A partir de la fecha |
| Realizar seguimiento a los casos notificados para meningitis bacteriana y tos ferina hasta su cierre y ajuste en aplicativo SIVIGILA | Subred Norte | A partir de la fecha |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA DE SALUD | SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>EJECUCIÓN ASISTENCIA TÉCNICA SALUD PÚBLICA<br>Código: SDS-GSP-FT 098. V 2 | Elaborado por: Melissa Acuña Marrero.<br>Revisado por: Adriana Ardila, Juan Carlos Cocomá, Ines Galindo, Lida Montenegro.<br>Aprobado por: Ilianan Curiel Arismendy, Diane Moyano Romero. |  |
|---|---|---|---|

**Tema de la AT:** Fortalecimiento Vigilancia TOS Ferina y meningitis. **Fecha de la AT:** 07/07/2022

| PARTICIPANTES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CORREO** | **TELÉFONO** | **DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD** | **FIRMA** |
| 1 | Diana Yaneth Cepeda Gutiérrez | dcepedamsbpid@gmail.com | 3115133769 | Transmisibles | |
| 2 | María Angélica Vergara Sichaffe | epiestadisticossubrednorte@gmail.com | 3172300456 | VSP- EEVV | Angélica Vergara |
| 3 | Nayibe Rocío Jiménez Ortega. | saludsexualsubrednortesdsbta@gmail. | 3112395693 | VSP-SSR | Nayibe Jiménez |
| 4 | Adriana Marcela Barreto | cronicossubsubrednorte@gmail.com | 3144889367 | VSP-Crónicos | |
| 5 | TAYLIN PINEDA JAIMES | sivesosubred-norte1@gmail.com | 3003006419 | VSP-SIVESO | |
| 6 | Adalva Gómez Hernández | adalvagomezepidemiologa@gmail.com | 3163293581 | VSP-No transmisibles | |
| 7 | Ximena Alexandra Tique Zubieta | alexandratqe@gmail.com. | 3212701732 | VSP-No transmisibles | |
| 8 | Jenny Carolina Rueda Montes | VSPssrengstiva@gmail.com jendino10@gmail.com | 3115727254 | VSP-SSR | Jenny Rueda R |
| 9 | Adriana Heredia Arévalo | vsaquenes@subredsuroccidente.gmail.com | 3176645260 | VSP-SSR. | |
| 10 | Liliana Ramos | gestionintegralcos@subrednortegmail.com | 3153517258 | VSP-Transmisibles | Liliana Ramos |
| 11 | [illegible] | transmisibles norte@gmail. | 3[illegible] | transmisibles | [illegible] |
| 12 | Jennifer Rosas Ortiz | transmisiblesrednorte1@gmail.com | 3114800779 | VSP-Transmisibles | |
| 13 | Julian Ricardo Barrera | julianb1998@gmail.com | 3112604318 | VSP- transmisibles | |
| 14 | Paola Leon | paopao210619987@hotmail.com | 3172853398 | V/sp-transmisibles | paola Leon |
| 15 | Sandra Lucia | sandraapoyosubred@gmail.com | 3107013241 | transmisibles | |
| 16 | [illegible] | [illegible] | 3[illegible] | Transmisibles | |
| 17 | ANDREA PALACIOS SALAZAR | ANDREAMARIA.1822@GMAIL.COM | 3118928308 | TRANSMISIBLES | |
| 18 | Allyson Conca RT | Allysonconca@hotmail.com | 3167284883 | Suvigila | |
| 19 | Lady J. Vargas | sivigila@subrednorte.gov. | 2426858 | SIVIGILA | |

Nota: Imprimir esta hoja según número de participantes.

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD | SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA<br>SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN<br>CONTROL DOCUMENTAL<br>EJECUCIÓN ASISTENCIA TÉCNICA SALUD PÚBLICA<br>Código: SDS-GSP-FT 098. V 2 | Elaborado por: Melissa Acuña Marrero.<br>Revisado por: Adriana Ardila, Juan Carlos Cocomá, Ines Galindo, Lida Montenegro.<br>Aprobado por: Ilianan Curiel Arismendy, Diane Moyano Romero. | |
|---|---|---|---|

**Tema de la AT:** Fortalecimiento Vigilancia Tos ferina y meningitis **Fecha de la AT:** 07/07/2022

| PARTICIPANTES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **CORREO** | **TELÉFONO** | **DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD** | **FIRMA** |
| 1 | Silvia Ceballos | silviaceballos2022@gmail.com | 3197512622 | Sivigila Nte | |
| 2 | Daniela Rodriguez | sivigila@subredsur.gov.co | 3209140966 | Sivigila | |
| 3 | Ernesto Delgado | odlabsur@gmail.com | 3147063677 | OID | |
| 4 | Sandra Liliana Vega | Sivigila@subredsur.gov.co | 3002233177 | SIVIGILA VSP | |
| 5 | | sivigila@subredsur.gov.co | 3013455557 | Sivigila VSP | |
| 6 | Ma. Lourdes Medina | mlourdessubred@gmail.com | 3144729414 | SISUAN VSP | |
| 7 | Luisa Garcia | Lcgmpsa@gmail.com | 3184648843 | VSP | |
| 8 | Adriana Vanguez | adrvsp@hotmail.com | 3158307603 | Transmisibles | |
| 9 | Andrea Ricardo | andricar@gmail.com | 3142983207 | TNR. | |
| 10 | Maria Alejandra Rojas R | saintalejo@gmail.com | 3144377884 | Transmisibles | |
| 11 | Jenny Alejandra Amaya | jebaby426@gmail.com | 3107559786 | Transmisibles EAPV. | Jenny A. Amaya R. |
| 12 | Elena M Sabogal R | emsabogal@saludcapital.gov.co | 3103314927 | SDS - SVSP. | |
| 13 | Jenny Sanchez | Jysanchez@saludcapital.gov.co | 3507223006 | SDS VSP | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |

Nota: Imprimir esta hoja según número de participantes.