Tema: Mesa Técnica SIVIGILA / Trasmisibles Subred Sur Occidente julio 2023

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Subdirección de Vigilancia en Salud publica	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL IVC

Objetivo	Fecha: 04/10/2023			
Desarrollar COVE distrital con el fin de fortalecer habilidades al equipo interdisciplinario de Vigilancia en Salud pública de las 4 subredes del Distrito.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (X) **Mesa Técnica**		
	Modalidad:	Presencial ()	Virtual (X)	Mixta ( )
	Lugar: Plataforma Microsoft Teams			
	Hora Inicio: 08:00 am Hora Fin: 12:30 m			
	Notas por: Subred sur occidente			
	Próxima Reunión: 01/11/2023			
	Quien cita: SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Siendo las 08:00 am horas del 04 de octubre de 2023, se da inicio al COVE Distrital del mes de octubre, en el cual se socializan la agenda a desarrollar durante el comité.

ORDEN DEL DÍA:

1. Saludo y lectura de agenda. Compromisos del mes anterior.
2. Sistema Alertas Temprana -Consumo de Benzodiacepinas y Opioides en Bogotá.
3. Comportamiento meningitis bacteriana y enfermedad meningococcica en el Distrito.
   Derrotar la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial
4. Claridades en la vigilancia de eventos transmitidos por vectores semestre.
5. Contexto de la circulación viral en los últimos picos respiratorios.
6. Receso
7. Vigilancia del evento adverso posterior a la vacunación
8. Alertas epidemiológicas
9. Varios

DESARROLLO:

1. **Saludo y lectura de agenda. Compromisos del mes anterior.**

La referente Dra Claudia Patricia Bernal da la bienvenida al COVE distrital socializa la agenda y da inicio al primer punto dando reglas para el desarrollo de la actividad como:

Mantener los micrófonos en silencio.
Si hay alguna pregunta acerca del tema que se está socializando se realizara a través del chat.
Si quieren intervenir levantar la mano al final de la intervención.

Se da inicio a la primera sesión del día:

2. Sistema Alertas Temprana -Consumo de Benzodiacepinas y Opioides en Bogotá.

Se presentan los resultados de un "estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá 2022, desde el observatorio con aportes y acompañamiento permanente de la oficina de las naciones unidades en materia de drogas y la SDS, y centro nacional de consultoría (recolección de información de la muestra definida para el estudio).
Presentan los contenidos del estudio así:
Antecedentes, objetivos del estudio, aspectos operativos y novedades del estudio, fases del estudio, ficha técnica.
Objetivos como:
Eliminar tasas de prevalencia e incidencias de consumo de sustancias lícitas e ilícitas.
Estimar la edad de inicio del consumo en la población general de 12 a 65 años.
Evaluar características asociadas el acceso a las drogas, y el riesgo percibido respeto del consumo de drogas.
Entre otros.
En relación a los antecedentes refiere que, se tiene previsto realizar cada 5 años en Bogotá, y que se han realizado estudios comparados en años atrás, en el 2022 fue posible realizar un comparativo y a partir de allí se determina la muestra y características para lograr una estructura similar con datos/hallazgos del 2016, con una ampliación de la muestra con respecto a 2016, (6.398 encuestas / 2022 10.912 encuestas), con inclusión de localidades urbanas y rurales, se incluyeron nuevas sustancias (NSP) y uso de dispositivos (vapeadores y dispositivos de calentamiento de tabaco), y así para el estudio 2022 la generación de nuevos capítulos de profundización.
En las fases del estudio comenta que se tomó una muestra más amplia, se organizó un instrumento (encuesta) con a participación de expertos, una prueba piloto y el trabajo de campo (aplicación de encuestar en casa) que permitió tener un acercamiento a las personas, y lugares en donde está la dinámica del consumo. Ya existe una publicación de este estudio, el cual incluye también algunos códigos QR que nos permiten tener una georreferenciación del mismo y a los resultados.
Ficha técnica: refiere que en ese análisis muestral del estudio se trata de un análisis cuantitativo, instrumento de medición por medio de un cuestionario estructurado, socializa población y demás información del diseño del estudio.



Algo importante es que posterior al estudio y con base a los resultados, poder implementar interesantes y coherentes estrategias de prevención del consumo, a través de las instituciones, teniendo como guía el

mencionado estudio.
La ficha técnica muestra las sustancias psicoactivas licitas e ilícitas:

5. Ficha técnica

Sustancias consultadas

Sustancias lícitas: tabaco/cigarrillo, alcohol, bebidas energizantes,

- Morfina, oxicodona/oxicontin, fentanilo/durogesic, hidromorfona, meperidina, tramadol/tramal, hidrocodona/vicodin/sinalgen/dovir
- Uso de vapeadores y dispositivos de calentamiento de tabaco.

Sustancias ilícitas: marihuana, cocaína, éxtasis, dick, popper, metadona sin prescripción, analgésicos opioides sin prescripción, LSD, hongos, yagé, cacao sabanero, ketamina, 2-CB, basuco, heroína y metanfetaminas.

UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Socializa la distribución de la muestra según localidad y zonas del estudio, que abordan las zonas rurales y urbanas.
En la caracterización de la población encuestada y la distribución de la muestra según grupo etario el mayor porcentaje se ubica en el 42,1% pertenece al grupo de edad de los 45 a los 65 años (n=2.735.716).
A continuación, se muestran los resultados del estudio:

Prevalencias consumo de tabaco según sexo



El 15,62% ha consumido tabaco en los últimos 30 días.

1.014.708 fumadores en Bogotá

805.490 hombres
418.224 mujeres

2016: 16,24% consumo actual

UNODC | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Prevalencia de consumo tabaco según edad

La edad de inicio de consumo de tabaco en promedio se ubica en los 17,1 años (hombres 16,5 años y mujeres de 17,8 años).

El grupo de edad con mayor consumo de tabaco en el último mes es de 18 a 24 años, con un 22,75%, seguido por el grupo de 25 a 34 años con el 19,48%.



UNODC | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Uso de vapeadores y dispositivos de calentamiento

Vapeador: Sistema electrónico inhalador diseñado para simular el consumo de tabaco. Contienen comúnmente, nicotina, saborizantes y otros productos químicos

- El 7,76% de las personas declararon haber usado vapeadores, vaporizadores o dispositivos de calentamiento de tabaco alguna vez en la vida (10,35% de los hombres y 5,29% de las mujeres).
- El 2,15% ha usado este tipo de dispositivo una vez en los últimos 30 días (3,33% de los hombres y 1,01% de las mujeres) y se consideran consumidores actuales. Esta cifra equivale a 139.026 consumidores. (Los vapeadores y cigarrillos electrónicos NO están aprobados para dejar de fumar)

UNODC | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

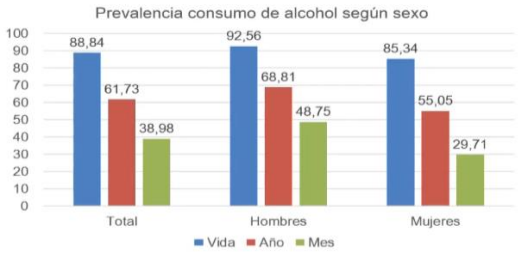
Uso de vapeadores y dispositivos de calentamiento



En cuanto a la edad, en el último mes la mayor tasa se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años con el 7%, seguido del grupo de 25 a 34 años con el 3,64%. Los jóvenes de 12 a 17 años presentan un 1,13% de consumo al mes, alrededor de 4.285 personas.

UNODC | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Prevalencia consumo de alcohol según sexo



Cerca del **39%** ha consumido **una vez en los últimos 30 días** alcohol.

2.533.364

1.538.493 hombres
991.647 mujeres

2016: 36,5% consumo actual

UNODC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Prevalencia consumo de alcohol según edad

La edad de inicio del **consumo de alcohol promedio** se ubica en los **17,5 años**, siendo los hombres quienes inician más temprano, antes de cumplir los 18 años edad (**16,3** años en **hombres** y **18,8** años en **mujeres**).

Las personas entre los **25 y 34 años** son las que presentan la **tasa más alta de consumo** de bebidas alcohólicas en el último mes, seguida de las personas entre los **18 y 24 años**, la tasa más baja corresponde a los adolescentes entre los **12 y 17 años con un 17.14%,**



Personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol

531 mil personas estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de bebidas alcohólicas → **21%** de los consumidores de alcohol del **último mes**

El mayor consumo reciente **(último mes)** de alcohol se encuentra en los **estratos 4, 5 y 6**, con **53,54%**, seguido del **estrato 2 y 3**, con el **36,8% y 36,7% respectivamente.**

De cuatro personas que cumplen criterios de abuso o dependencia, **tres son hombres y una es mujer**

Mayor peso:
25 a 34 años y 18 a 24 años

2016:
436.474 personas con consumo de riesgo o perjudicial

Prevalencia de consumo perjudicial de alcohol en el último año según estrato y zona

La prevalencia más alta de consumo de alcohol en el **último año** se registra en la **zona 2 (Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo)** con el **51,73%**, seguida de la **zona 10 (Usaquén)** con el **50,63%.**

El mayor consumo reciente **(último año)** de alcohol se encuentra en el **estrato 2**, con **9,54%**, seguido del **estrato 1**, con el **9,49%.**

Pese a que los **estratos 4, 5 y 6** tienen los **mayores porcentajes de consumo de alcohol** en todos los indicadores de prevalencia, son los **estratos 1 y 2** los que tienen **mayores porcentajes de consumo perjudicial** de esta sustancia.

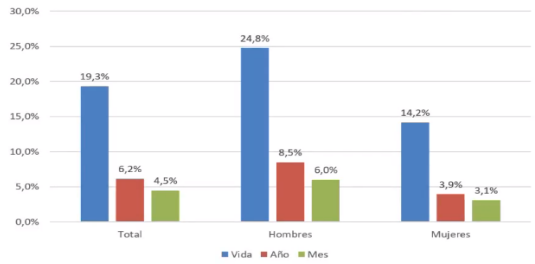
Prevalencias de consumo de cualquier sustancia ilícita* según sexo

El 19,31% ha consumido una vez en la vida cualquier sustancia ilícita

400.117 personas

24,77% hombres
14,17% mujeres

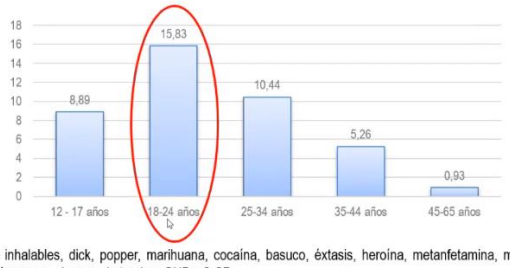
2016: 15,61% consumo una vez en la vida



Prevalencia de vida incluye: sustancias inhalables, marihuana, cocaína, basuco, èxtasis, heroína, metanfetamina, LSD, hongos, yagé, cacao sabanero, ketamina, GHB.
*** Prevalencias de último año y último mes incluyen las siguientes drogas: marihuana, cocaina, basuco, èxtasis, inhalables, heroina.*

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita* en el último año según edad

La edad de inicio promedio de cualquier sustancia ilicita es de 20,2 años.



El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de **18 a 24 años**, con el 15,83%, seguido por el grupo de **25 a 34 años**, con el 10,44%, y el de **12 a 17 años**, con el 8,89%.

* Sustancias inhalables, dick, popper, marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, metanfetamina, metadona sin prescripción, analgésicos opioides sin prescripción, LSD, hongos, yagé, cacao sabanero, ketamina, GHB y 2-CB.

Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año según estrato y zona

El mayor consumo reciente (último año) de sustancias ilícitas se encuentra en los estratos 4, 5 y 6, con el 13,04%, seguido del estrato 3, con el 5,52%.

La prevalencia más alta se registra en:

Zona 2 (Norte: Chapinero, Barrios Unidos, Teusaquillo) con 14,24%

Zona 10 (Usaquén), con 12,49%

Porcentaje de personas con abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita

161.799 personas presentan **uso problemático (abusivo o dependiente)**.

65,7% hombres (106.443 personas)
34,3% mujeres (55.356 personas)

El mayor número de personas:

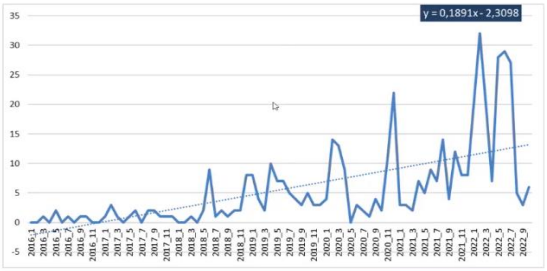
- Según edad: entre los 25 y 34 años, con 40,10%, que representan **54.452 personas**.
- Según estrato socio económico: estrato 3, con 35,75%, que representan **60.787 personas**.
- Según zona: la zona 5 (Suba) con el 38,78%, que representan **38,977 personas**

Comparativo prevalencias consumo de cualquier sustancia ilícita estudios 2016 y 2022

El consumo de **cualquier sustancia ilícita creció significativamente** entre 2016 y 2022 en sus tres indicadores de: vida, año y mes.

Prevalencia	Años	
	2016	2022
Vida*	15,61	19,31
Último año**	4,63	6,16
Último mes**	2,93	4,50

Casos de abuso y tendencia del consumo de ketamina periodo 2016 a 2022

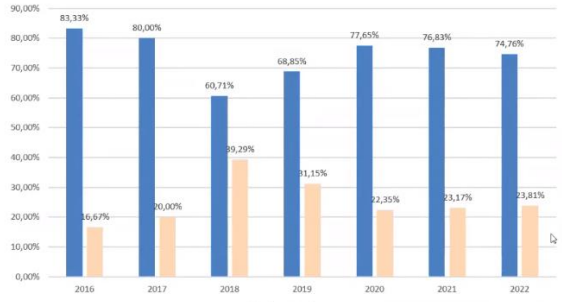


Porcentaje de variación de los casos de abuso de ketamina periodo 2016 a 2022

Vigencia	Casos	Variación(%)
2016	6	
2017	15	Mayor al 100%
2018	28	86,67%
2019	61	Mayor al 100%
2020	85	39,34%
2021	82	-3,53%
2022	177	Mayor al 100%

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Abuso de Sustancias Psicoactivas - VESPA. Secretaría Distrital de Salud.

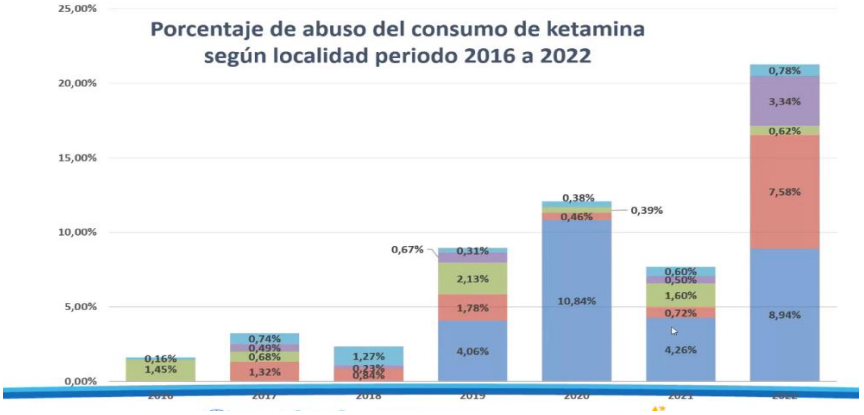
Casos de abuso y tendencia del consumo abusivo de ketamina según sexo - 2016 a 2022



Porcentaje de consumo de abuso de ketamina por grupo de edad periodo 2016 a 2022

Grupo de edad	Porcentaje
De 14 - 17 años	49,14%
De 18 - 26 años	38,37%

Porcentaje de abuso del consumo de ketamina según localidad periodo 2016 a 2022



3. Comportamiento meningitis bacteriana y enfermedad meningococcica en el Distrito. Derrotar la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial.

Presenta la doctora Eliana Milena Sabogal Rodríguez, referente de la Secretaria de salud Distrital, la meningitis es una Enfermedad caracterizada por la inflamación de las meninges en ocasiones meninges y encéfalo, provocada por invasión bacteriana del sistema nervioso central (SNC) Enfermedad grave y potencialmente mortal que evoluciona en pocas horas. La mayoría de las personas se recupera de la meningitis. Sin embargo, la infección puede tener como consecuencia discapacidades permanentes como daño cerebral, pérdida auditiva y dificultades de aprendizaje.

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.

Derrotar la meningitis para el 2023**:** la OMS ha propuesto 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.

Caso probable: En la meningitis bacteriana el paciente que presente cuadro clínico 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, Rash purpúrico o petequial o 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.

La 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.

Es una enfermedad de evolución rápida y fatal, el inicio de los síntomas, puede ser de 6 horas con la presencia de fiebre, somnolencia, náuseas y vomito en proyectil, el cuál evoluciona rápidamente a rash cutáneo y necrosis de zonas terminales como son las falanges distales de los dedos y en las 24 horas siguientes se presenta signos clínicos de sepsis temprana como: dolor en miembros inferiores, cambios en el color de la piel (rojo, café y negro) y frialdad de las extremidades.

Diagnóstico es obligatorio la realización de la Punción lumbar para realizar estudio citoquimico y bacteriológico del líquido cefalorraquídeo

El cuál se debe hacerse lo antes posible, una vez que se establece la sospecha clínica y preferiblemente antes de instaurar el tratamiento antimicrobiano. Recuerde: NO DEBE RETRASAR la instauración del tratamiento antibiótico porque está de por medio la vida del paciente.

Los **LCR VALORES NORMALES** son**: Presión de apertura:** 8-25 mmH2O, **Proteínas:** 15-50 mg/dl, **Glucosa:** 45-81 mg/dl, **Aspecto:** Claro tipo cristal de roca, **Recuento leucocitos:** 1 a 2/mm³

Dentro del árbol de decisiones para la MENINGITIS BACTERIANA es importante tener en cuenta la Presión de apertura: > 25 mmH2O Proteínas: > 100 mg/dl Glucosa: < 45 mg/dl Aspecto: Turbio Recuento leucocitos: 100-100.000/mm³ Célula predominante: Neutrófilos.

Meningitis viral la Presión de apertura: 8-25 mmH2O Proteínas: < 100 mg/dl Glucosa: 45-81 mg/dl Aspecto: Claro Recuento leucocitos: 5-1.500/mm³ Célula predominante: Linfocitos.

Meningitis tuberculosa: la Presión de apertura: > 25 mmH2O Proteínas: > 100 mg/dl Glucosa: < 45 mg/dl Aspecto: Con fibrina (en velo de novia) Recuento leucocitos: 50-1.500/mm³ Célula predominante: Linfocitos.

A partir del crecimiento bacteriano primario, se envía a la SDS la cepa aislada en medio de transporte Amies con carbón activado para todos los agentes bacterianos, la temperatura de envío: ambiente entre 18 y 25 °C. El tiempo máximo para ser recibido en el LSP después de recogido el aislamiento es de 24 horas. ¿Que se envía? TODAS las cepas implicadas en meningitis o enfermedad meningocóccica aisladas de sangre o LCR. *N.meningitidis, H. Influenzae, S. pneumoniae, L.monocytogenes, entre otros* con ficha de laboratorio para cada microorganismo según el caso.

Meningitis bacteriana: se debe tener en cuenta en el Análisis Químico: Proteínas y glucosa, en el Análisis citológico Recuento de hematíes y de glóbulos blancos, Análisis microbiológico Coloración de Gram, Tinta China y cultivo microbiológico
En el LCR es muy importante el recuento de los leucocitos mayor de 100/mm3 con recuento de neutrófilos mayor o igual al 80%, con elevación de las proteínas mayor de 100 mg/dl, La disminución de la glucosa menor de 40 mg/dl**.**

Los agentes bacterianos: Se tienen 3 agentes etiológicos para la vigilancia salud pública como ***Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae,***

Haemophilus influenzae: coco bacilo Gram negativo, serotipos B, A y no tipificable. Con un periodo de incubación PI de 2 a 4 días

Streptococcus pneumoniae: *es un* diplococo Gram positivo, donde 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 neumocócicas invasoras. Con un periodo de incubación **PI: 1 a 4 días**

Neisseria meningitidis: *es un* ***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. El periodo de incubación es **PI:** 2 a 10 días, con promedio de 4 días.

Por grupo poblacional esta: en los recién nacidos el agente que más se identifica es el Streptococcus del grupo B, Streptococcus pneumoniae, listeria monocytigenes, E. Coli. En adolescentes y adultos jóvenes esta la Neisseria meningitidis y el Streptococcus pneumoniae, en los lactantes y niños se tiene el Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Streptococcus del grupo B. Adultos mayores Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae tipo b (Hib), Streptococcus del grupo B, listeria monocytigenes.

Acciones de vigilancia salud pública: se tiene 4 estrategias muy importantes que son:

1. Objetivos: Estimar la incidencia y letalidad; Caracterizar serogrupos y serotipos circulantes;

Determinar el comportamiento en tiempo, lugar y persona

2. Acciones de laboratorio: toma de LCR y/o hemocultivo ; Envío de cepas al LSP para envío a INS y serotipificar; Post-Mortem: envio de muestras de Cerebro, meninges, cerebelo, tallo y glándulas suprarrenales
3. Acciones individuales: Notificación inmediata; investigación epidemiológica de campo IEC dentro de las 24-48 horas; Unidad de análisis a casos confirmados con condición final muerto.
4. Acciones colectivas: realizar búsqueda activa comunitaria BAC; búsqueda activa institucional BAI; administrar Quimioprofilaxis en las primeras 24 horas; garantizar el Aislamiento respiratorio según atente etiológico identificado; Seguimiento a contactos.

Proceso: 1. investigación epidemiológica de campo IEC ,2. Definir contactos estrechos, 3. Identificar la fuente de infección, 4. Administrar quimioprofilaxis y vacunación a contactos estrechos.
Puntos clave para la investigación epidemiológica de campo: muy importante para tener en cuenta

- Datos de identificación del caso, antecedentes clínicos, patológicos o de inmunodeficiencias, **Antecedente vacunal**
- Investigar posible fuente infección, verificar sobre antecedentes de viaje contacto con casos probables o confirmados.
- Identificar contactos estrechos comunitarios e institucionales, con el fin de prevenir casos secundarios.

En los Aspectos socio ambiéntales: tener en cuenta número promedio de personas por cuarto: número de personas que duermen por habitación. Determinar si hay HACINAMIENTO: de acuerdo al espacio físico en relación con el número 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)

- Realizar censo de contactos para administrar quimioprofilaxis y realizar seguimiento de contactos estrechos, con el fin de verificar la aparición de casos secundarios.
- Factores de riesgo asociados con el evento
- Orientar medidas de control como aislamiento respiratorio del caso, uso de tapabocas, higiene de manos, limpieza y desinfección de áreas y utensilios, evitar el contacto innecesario

Acciones de Vigilancia Colectiva Brotes: se debe tener en cuenta el tipo de población a intervenir

Población especial

1. **Cautiva y vulnerable** (cárceles, URI, lugares de retención, batallones, habitantes de calle, migrantes, etnias, centros de adulto mayor). El caso probable o confirmado se desplaza ERI de la subred junto con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC conjunta y de manera articulada. El Cierre 20 días sin nuevos casos

2. **Confinada** (empresarial y centros educativos). El caso probable o confirmado se activará ERI de la subred y se trasladará con el epidemiólogo de transmisibles para realizar IEC, BAC y acciones de control y se cierra a los 20 días sin nuevos casos.

Población general: Familiar: caso probable o confirmado de enfermedad meningocócica es un brote y se cierra a los 10 días sin nuevos casos. Solo en casos que se identifique el caso índice tiene nexo con institución se activa a ERI para la BAC
Contacto estrecho

1. **Comunitario**

- Contactos familiares de persona que habita en la misma vivienda por al menos 10 días antes de la aparición de los síntomas del caso probable.
- Menores de 2 años.
- Contactos en jardines, colegios o universidades: Todos los niños y personal del aula en la que ha concurrido el enfermo en los 10 días que preceden al inicio de la enfermedad.
- Contactos laborales.
- Exposición directa a secreciones del caso.
- Persona que haya tenido contactos próximos y repetidos en los últimos 10 días durante más de 4 horas consecutivas al día.
- Pasajeros sentados directamente al lado de un caso índice durante un viaje en avión en vuelo de más de 8 horas

2. Institucionales

- ✓ Exposición directa a las secreciones del paciente
- ✓ Reanimación boca a boca sin protección
- ✓ Contacto sin protección durante la intubación orotraqueal, aspirado de secreción nasofaríngea
- ✓ Personal de salud que no ha utilizado adecuadamente los elementos de protección personal para la atención de estos casos
- ✓ El personal de salud se considerará contacto si ha tenido relación estrecha con el paciente (intubación OT, manejo sobre vía aérea, contacto con secreciones respiratorias) sin utilizar medidas de barrera, previo a las 24 horas de iniciado de tratamiento.

Profilaxis Contactos estrechos Meningitis: para la atención clínica integral de pacientes con enfermedad meningocócica y por Haemophilus influenzae, se debe garantizar el aislamiento de tipo respiratorio de todos los contactos cercanos del caso probable e institucionales dentro de las 24 horas posteriores al evento, esto con el fin de prevenir la presencia de casos secundarios y garantizar al 100% la quimioprofilaxis, con seguimiento hasta los 10 días. (ver protocolo INS).

1. Quimioprofilaxis por Neisseria meningitidis: los antibióticos utilizados son la Rifampicina, Azitromicina y la ceftriaxona, donde se tiene la facilidad de administración vs el costo y efectividad.

En menores de un mes: el medicamento de elección es la Azitromicina a razón de 10 mg/kg/dosis, dosis única.

Mayores de un mes hasta 25 kg de peso: se debe administrar Azitromicina 10 mg/kg7dosis, dosis única.

Mayores de 25 kg a 50 kg de peso: en menores de 15 años administrar ceftriaxona 125 mg vía intramuscular dosis única.
Mayores de 50kg de peso: se cuenta con 3 antibióticos como: Rifampicina capsula por 600 mg no se encuentra dar 2 capsulas de 300 mg, vía oral cada 12 horas por 2 días.

Ciprofloxacina 500 mg vía oral, dosis única; la ciporfloxacina es una fluoroquinolona antibiótico sintético y en caso de presentarse resistencia a fluoroquinolonas, se debe hacer activación de rutas a las EAPB.

Ceftriaxona es una alternativa en menores de 15 años dar 125 mg vía intramuscular, dosis única y en mayores de 15 años 250 mg vía intramuscular, dosis única. La Ceftriaxona es el antibiótico de elección en embarazadas, es de uso institucional o por EAPB.

2, Quimioprofilaxis en Meningitis por Haemophilus influenzae
El riesgo de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenza*e aumenta entre los contactos estrechos no vacunados, en los menores de cuatro años se recomienda administrar un agente profiláctico para todos los contactos, en las guarderías o en los hogares de los casos índices donde habiten niños menores de 12 meses, niños inmunocomprometidos o niños de uno a tres años inadecuadamente inmunizados.

La Rifampicina erradica el *Haemophilus influenzae* de la faringe en el 95 % de los portadores y reduce el riesgo de enfermedad invasiva.

Rifampicina en Menor 1 mes dar 10 mg/kg una vez al día, máximo 600 mg por 4 días

Menores de un mes y más dar Rifampicina 10 mg/kg una vez al día, máximo 600 mg por 4 días
Vacuna usada en Brotes en Bogotá: Menveo®

La vacuna utilizada por la SDS está constituida por oligosacáridos meningocócicos A (10 µg), C (5 µg), W135 (5 µg) y Y (5 µg), conjugados con proteína CRM 197 de Corynebacterium diphtheriae. Tipo de vacuna: Polisacáridos capsulares inactivos o muertos de cada serotipo. Dosis: De 2 a 55 años la dosis es única. Aplicación: se administra vía intramuscular. No caminadores: vasto externo tercio medio cara anterolateral del muslo. Caminadores: región superior central del músculo deltoides (brazo). Serogrupos: A, C, Y y W135 de *Neisseria meningitidis*

Informe de reporte de situación (SITREP)
El informe en caso de brote por el grupo ERI, se realiza en el formato para informar alguna situación de alarma, brote o emergencia en salud pública a los niveles siguientes del flujo de información. La OPS: establece un documento de fácil consulta, consolida los datos más relevantes, permite un análisis que ayuda a comprender la situación y permite la definición de prioridades técnicas.
Periodicidad brote o situación de emergencia
A las 24 horas se debe emitir el SitRep1 donde se incluye en censo; a las 72 horas Sitrep2, SitRep3 o más para informar cambios en la dinámica del brote, Sitrep de cierre es un acta de visita de brote. Se debe dejar constancia en la bitácora o tablero de control de seguimiento telefónico diario que se hace para el evento

Clasificación o Ajuste final aplicativo SIVIGILA

AJUSTES: Se tendrá un tiempo máximo de 4 semanas epidemiológicas para ajuste. El Ajuste 0: casos que cumplen con la definición caso probable, con cultivo de LCR negativo y diagnóstico final de egreso meningitis bacteriana. Casos sin muestra o cultivo con clínica compatible y diagnostico final de egreso de meningitis bacteriana, Ajuste 3: caso confirmado por laboratorio.
Ajuste 6: caso descartado por laboratorio, descartado por clínica o no cumple con definición de caso, Ajuste D: caso descartado por error de digitación (en cumplimiento con los criterios de ajuste D, se debe volver a notificar correctamente)

Puntos clave en el análisis de resultados de laboratorio

Análisis de los resultados de laboratorio de LCR y hemocultivo se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:
Reporte de citoquímico de LCR

Tinción de Gram de LCR o Hemocultivo

Resultado de cultivo (Gold estándar)

Resultado Film Array
El cultivo y Film Array permiten la identificación del agente bacteriano causante de la enfermedad:
Cultivo positivo para Nm, Spn, Hib u otros agentes bacterianos se confirma el caso.

Film Array y cultivo positivo, para Nm, Spn, Hib u otros agentes bacterianos se confirma el caso.

Cultivo negativo y Film Array positivo, correlacionar con uso previo de antibióticos a la toma de muestra, resultado de citoquímico, tinción de Gram y clínica del paciente, para confirmar o descartar el caso.

Cultivo negativo, citoquímico compatible con meningitis bacteriana correlacionar con uso previo de antibióticos a la toma de muestra y clínica del paciente, para confirmar o descartar el caso.

Cultivo negativo y citoquímico normal, se descarta el caso

Cultivo y Film Array negativos, se descarta el caso.

Comportamiento de la notificación de las meningitis bacterianas en Bogotá D.C. Año 2018-2023 corte SE 35

Dentro de los datos preliminares del 2018 a 2023 a semana epidemiológica 35, tenemos a semana epidemiológica 35 de 2023 se han notificado 233 casos probables de meningitis, de los cuales 190 casos son residentes en Bogotá, donde hay un aumento en la notificación con relación al año 2022 del 40%.

Año notificación Población D.C/ Número de casos probables residentes Bogotá Proporción de notificación * 100.000 habitantes Número de casos probables residentes FDB

Según la proporción de casos notificados en los 6 años de 2018 - 2023 a SE 35, se tiene que en el 2018 con una población D.C 7412566, el número de casos probables residentes Bogotá 110, con una proporción de notificación * 100.000 hab de 1,48 el número de casos probables residentes FDB es de 27.

En el año 2019 con una población D.C 7592871, el número de casos probables residentes Bogotá 159, con una proporción de notificación * 100.000 hab de 2,09 el número de casos probables residentes FDB es de 33.

2020 con una Población D.C 7743955, el número de casos probables residentes Bogotá 92, con una proporción de notificación * 100.000 hab de 1,19 el número de casos probables residentes FDB es de 22.

2021 con una Población D.C 7834167, el número de casos probables residentes Bogotá 71, con una proporción de notificación * 100.000 hab de 0,91 el número de casos probables residentes FDB es de 38.

2022 con una Población D.C 7901653, el número de casos probables residentes Bogotá 135, con una proporción de notificación * 100.000 hab de 1,75, el número de casos probables residentes FDB es de 31

2023 con una Población D.C 7968095, el número de casos probables residentes Bogotá 190, con una proporción de notificación * 100.000 hab de 2,38 el número de casos probables residentes FDB es de 43.
Comportamiento de la notificación de las meningitis bacterianas en Bogotá D.C, según localidad de residencia a SE 35
Para la presentación se tiene en cuenta el número de casos notificado por cada una de las 20 localidades de la ciudad, es así como:

El total de número de casos notificados es de 190, la proporción de notificación * 100mil hab es 2,38, Número de casos confirmados 97, Incidencia * 100mil hab con 1,22 y el número de casos fallecidos residentes Bogotá DC es de 10 la letalidad es de 10%.

Las localidades que más casos presenta son Kennedy, Bosa y Suba, donde el mayor número de casos están en las localidades de Kennedy con 30 caso la proporción de notificación * 100mil hab es 2,90, Número de casos confirmados 13, Incidencia * 100mil hab con 1,26 y el número de casos fallecidos residentes Bogotá DC es de 2 la letalidad es de 15%.

En segundo lugar esta Bosa con número de casos notificados es de 17, la proporción de notificación * 100mil hab es 2,33, Número de casos confirmados 7, Incidencia * 100mil hab con 0,96 y el número de casos fallecidos residentes Bogotá DC es de 1 la letalidad es de 14%.

En tercer lugar, esta Suba con número de casos notificados es de 15, la proporción de notificación * 100mil hab es 1,16, Número de casos confirmados 9, Incidencia * 100mil hab con 0,70 y el número de casos fallecidos residentes Bogotá DC es de 0 la letalidad es de 0%.

Otras localidades que notifican mortalidad por meningitis están Fontibón (2) casos Engativá (2) Usaquén (1) y Ciudad Bolívar (1). Como Fuente de información está el SIVIGILA. Vigilancia de EPV a SE 35/2023 que corresponde a los datos preliminares

Comportamiento de la notificación de las meningitis bacterianas en Bogotá D.C, según edad de los casos a

SE 35

Los fallecidos por grupo de edad quinquenal para 2023 a SE 35 se tienen los rangos de edad de menores de un año hasta 70 años y más, es así como se presenta una tabla con la siguiente distribución.

El número de casos probables residentes Bogotá DC 190, Proporción de notificación * 100mil hab 2,38 Número de casos confirmados residentes Bogotá DC 97, Número de casos fallecidos residentes Bogotá DC 10, Incidencia * 100mil hab 1,22 y una Letalidad 10%. Donde hay una concordancia de los datos del 100% a SE 35 de 2023.

En el grupo de edad de 55 a 59 años se tiene un número de casos probables residentes Bogotá DC 14, Proporción de notificación * 100mil hab 3,07 Número de casos confirmados residentes Bogotá DC 12, Número de casos fallecidos residentes Bogotá DC 3, Incidencia * 100mil hab 2,63 y una Letalidad 25%.

En segundo grupo de edad esta de 1 a 4 años se tiene un número de casos probables residentes Bogotá DC 11, Proporción de notificación * 100mil hab 2,86 Número de casos confirmados residentes Bogotá DC 8, Número de casos fallecidos residentes Bogotá DC 3, Incidencia * 100mil hab 2,08 y una Letalidad 38%.

En el grupo de edad esta de 70 y más años se tiene un número de casos probables residentes Bogotá DC 19, Proporción de notificación * 100mil hab 3,60 Número de casos confirmados residentes Bogotá DC 97, Número de casos fallecidos residentes Bogotá DC 2, Incidencia * 100mil hab 2,27 y una Letalidad 17%.

En el grupo de edad esta de menores de 1 año se tiene un número de casos probables residentes Bogotá DC 22, Proporción de notificación * 100mil hab 22,56 Número de casos confirmados residentes Bogotá DC 13, Número de casos fallecidos residentes Bogotá DC 1, Incidencia * 100mil hab 13,33 y una Letalidad 18%. Grupo donde están centrada la vacunación, de ahí la importancia de la verificación de la aplicación de la pentavalente y es esta la razón por la que se establece el refuerzo a los 18 meses.

En el grupo de edad esta de 15 a 19 año se tiene un número de casos probables residentes Bogotá DC 8, Proporción de notificación * 100mil hab 1,55 Número de casos confirmados residentes Bogotá DC 2, Número de casos fallecidos residentes Bogotá DC 1, Incidencia * 100mil hab 0,39 y una Letalidad 50 %. Se tiene una concordancia del 100% entre los datos según localidad de residencia vs grupo quinquenal y como Fuente de información está el SIVIGILA. Vigilancia de EPV a SE 35/2023 que corresponde a los datos preliminares

Incidencia de meningitis bacteriana por agente etiológico en Bogotá, 2018-2023 corte SE 35

Para el análisis se tiene el comportamiento de la notificación de meningitis bacteriana de 2018 a 2023 a SE 35 por agente etiológico identificado es así:

La meningitis por Meningococo en el año 2018 se tienen 14 casos y una tasa de 0,2; para 2019 casos (19) tasa 0,3 ; 2020 casos (8) tasa 0,1: 2021 casos (1) tasa 0,0; 2022 casos (4) tasa 0,1; 2023 casos (18) tasa 0,2: Se debe resaltar como el número de casos disminuye considerablemente en los años 2020 y 2021 que son años donde se declara la pandemia y la población se encuentra en casa , pero ya para el 2023 como se regresa a la normalidad y la población se expone más hay un aumento significativo de casos como de la tasa, donde se trata de regresa al comportamiento de los años 2018 y 2019.
La meningitis por Neumococo en el año 2018 se tienen 18 casos y una tasa de 0,3; para 2019 casos (31) tasa 0,4 ; 2020 casos (8) tasa 0,1: 2021 casos (2) tasa 0,0; 2022 casos (30) tasa 0,4; 2023 casos (34) tasa 0,4:Donde se observa el mismo fenómeno donde se debe resaltar como el número de casos disminuye considerablemente en los años 2020 y 2021 que son años donde se declara la pandemia y la población se encuentra en casa , pero ya para el 2023 como se regresa a la normalidad y la población se expone más lo niños regresan a los jardines, colegios hay un aumento significativo de casos como de la tasa.

La meningitis por Haemophilus influenzae en el año 2018 se tienen 6 casos y una tasa de 0,1; para 2019 casos (7) tasa 0,1; 2020 casos (1) tasa 0,0: 2021 casos (4) tasa 0,1; 2022 casos (8) tasa 0,1; 2023 casos

(16) tasa 0,2:Donde se observa un comportamiento diferente para este agente etiológico ya que es en el 2020 donde se presenta la mayor disminución de casos por consiguiente de la tasa, dentro las probable causa está la población mundial (Bogotana) estuvo totalmente en aislamiento por ser el primer año de pandemia, pero al reabrirse las fronteras comerciales la población vuelve a exponerse al virus y es así como gradualmente se va aumentando exponencialmente el número de casos. Como Fuente de información está el SIVIGILA. Vigilancia de EPV a SE 35/2023 que corresponde a los datos preliminares
Incidencia de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en población general, Bogotá, 2018-2023 SE 35

El comportamiento para los años 2018 a 2023 de la incidencia de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Bogotá D.C. por agente etiológico objeto de vigilancia según protocolo INS están:

Meningitis por Neisseria meningitidis en el año 2018 casos (14) tasa 0,2; 2019 casos (19) tasa 0,3; 2020 casos (8) tasa 0,1; 2021 casos (1) tasa 0,0: 2022 casos (4) tasa 0,1; 2023 casos (18) tasa 0,2.

Meningitis por Haemophilus influenzae en el 2018 caso (6) tasa 0,1; 2019 casos (7) tasa 0,1; 2020 casos (1) tasa 0,0; 2021 casos (4) tasa 0,1: 2022 casos (8) tasa 0,1; 2023 casos (16) tasa 0,2.

Meningitis por Streptococcus pneumoniae en el 2018 caso (22) tasa 0,3; 2019 casos (31) tasa 0,4; 2020 casos (8) tasa 0,1; 2021 casos (2) tasa 0,0: 2022 casos (30) tasa 0,4; 2023 casos (34) tasa 0,4.

Donde se puede inferir que la pandemia tuvo una incidencia directa sobre la presencia de casos de meningitis, donde los casos presentados por agente etiológico fueron por Neisseria meningitidis y Streptococcus pneumoniae, es así como para el 2023 los tres agentes etiológicos objeto de vigilancia salud publica vuelven a su comportamiento inicial. La Fuente de información está el SIVIGILA. Vigilancia de EPV a SE 35/2023 que corresponde a los datos preliminares
Letalidad de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en población general, Bogotá, 2018-2023 SE 35

Con respecto a la letalidad de la meningitis bacteriana y la enfermedad meningocócica en la población general de Bogotá D.C. para los años 2018 a 2023 a SE 35
La confirmación de casos de meningitis y enfermedad meningocócica en Bogotá D.C por los diferentes agentes etiológicos en los años 2018 a 2023 a SE 35, se tiene un comportamiento en 2018 casos (12) letalidad 29%; 2019 casos (10) letalidad 18%;2020 casos (4) letalidad 24%;2021 casos (2) letalidad 29%;2022 casos (9) letalidad 21%;2023 casos (9) letalidad 13%.
Meningitis y enfermedad meningocócica por Neisseria meningitidis en 2018 se tiene casos (4) letalidad 29%; 2019 casos (3) letalidad 16%;2020 casos (3) letalidad 38%;2021 casos (1) letalidad 100%;2022 casos (1) letalidad 25%;2023 casos (3) letalidad 17%.

Meningitis y enfermedad meningocócica por Haemophilus influenzae en 2018 se tiene casos (1
) letalidad 17%; 2019 casos (1) letalidad 14%;2020 casos (0) letalidad 0%;2021 casos (0) letalidad 0%;2022 casos (0) letalidad 0%;2023 casos (0) letalidad 0%.

Meningitis y enfermedad meningocócica por Streptococcus pneumoniae en 2018 se tiene casos (7) letalidad 32%; 2019 casos (6) letalidad 19%;2020 casos (1) letalidad 13%;2021 casos (1) letalidad 50%;2022 casos (8) letalidad 27%;2023 casos (6) letalidad 18%. La Fuente de información está el SIVIGILA. Vigilancia de EPV a SE 35/2023 que corresponde a los datos preliminares.
Incidencia de meningitis bacteriana por *N. meningitidis* y localidad de residencia SE 35 de 2023

La incidencia de meningitis bacteriana por Neisseria meningitidis para las 20 localidad por residencia en Bogotá D.C. a SE 35 para el 2023 están:

Total, de casos SE 35 de 2023 en Bogotá D.C. de Neisseria meningitidis para una población año 2023 de 7968095, casos 18 tasa 0,2 letalidad 0,2
Localidad de Los Mártires con una población año 2023 de 82848, casos 3 tasa 3,6 letalidad 0,3; segundo lugar Suba con una población año 2023 de 1294358, casos 3 tasa 0,2 letalidad 0,0.
Le siguen Tunjuelito con una población año 2023 de 182943, casos 2 tasa 1,1 letalidad 0,0; después esta Ciudad Bolívar con una población año 2023 de 661592, casos 2 tasa 0,3 letalidad 0,5.
Para la localidad de Barrios Unidos con una población año 2023 de 153342, casos 1 tasa 0,7 letalidad 0,0; en la localidad de
Teusaquillo con una población año 2023 de 166428, casos 1 tasa 0,6 letalidad 0,0; en Usaquén una población año 2023 de 586954, casos 1 tasa 0,2 letalidad 0,0; en Puente Aranda con una población año 2023 de 256731, casos 1 tasa 0,4 letalidad 0,0; para Fontibón con una población año 2023 de 404252, casos 1 tasa 0,2 letalidad 0,0 y por último en Bosa con una población año 2023 de 729781, casos 1 tasa 0,1 letalidad 1.
Dentro de los serogrupos aislados de la Neisseria meningitidis son C (2) casos y del serogrupos Y (6) casos.

Dentro de la información relevante encontrada con respecto a las muestras enviadas se tiene: 5 casos no les radicaron muestra en el laboratorio de Salud Pública de la SDS; 3 muestras llegan con las cepas muertas, hay 2 casos que están pendiente por el reporte del INS.
Consideraciones especiales

- Las acciones de VSP se realizan desde la notificación de caso probable o confirmado en las primeras 24-48 horas después de la notificación por la UPGD
- Asegurar la administración de quimioprofilaxis antibiótica adecuada de acuerdo al peso y la edad a los contactos estrechos
- Recomendar aislamiento respiratorio de los contactos estrechos por 24 horas posterior a recibir la profilaxis
- Información sobre reconocimiento oportuno de signos y síntomas de enfermedad meningocócica y consulta inmediata al servicio de salud
- Recomendar acciones de prevención de la enfermedad como medidas de higiene general lavado frecuente de manos, desinfección de áreas comunes como baños y ventilación de espacios cerrados
- Es imprescindible realizar el seguimiento de contactos estrechos con el fin de verificar la aparición de casos secundarios
- La decisión de vacunar contra meningococo en la comunidad depende de la situación individual
- Es una vacuna que está disponible por lo que debe explicar a los padres la situación de la enfermedad meningocóccica invasiva
- Endémica baja
- Picos epidémicos impredecibles
- Grave, difícil de sospechar en fases iniciales
- Alta tasa de secuelas y muerte
- Por fuera de las indicaciones previstas debe ser pagada por los padres

LAS INFECCIONES DEL SISEMA NERVISOS CENTRAL EN LA ACTUALIDAD

Expositor Dr. Germán Camacho Moreno, Profesor asociado del Departamento de pediatría, Universidad Nacional de Colombia, Infectologo pediatra Fundación HOMI, Fundación Hospital Infantil Universitario de San José, Presidente Asociación Colombiana de Infectologia ACIN.

Se tiene como estrategia de la OMS derrotar la meningitis en el 2030 una hoja de ruta mundial; los agentes etiológicos son 4
Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae tipo b. Neisseria meningitidis, Streptococcus agalactiae

Objetivos Eliminar las epidemias de meningitis bacteriana, Reducir los casos de meningitis bacteriana prevenible en un 50% y las defunciones en 70%, Reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida después de una meningitis de cualquier causa.

Los pilares interrelacionados para derrotar a meningitis, con una vigilancia de la enfermedad oportuna, un diagnóstico acertado y un tratamiento adecuado, con una promoción y un compromiso desde la familia y comunidad, apoyo y atención a las personas afectadas por la meningitis, estrategias de prevención y control de la enfermedad.

Se hace comparativo de las vacunas por localidad de residencia, las coberturas no están en el 95% esto aumento el riesgo de tener caso susceptible.

2. Comportamiento meningitis bacteriana y enfermedad meningococcica en el Distrito, Derrotar la meningitis para 2030: una hoja de ruta mundial

Las infecciones del sistema nervioso central, por parte del doctor German Camacho Moreno, profesor asociado al departamento de pediatría; Universidad Nacional de Colombia, Infectologo Pediatra de la Fundación HOMI, Fundación Hospital Infantil San José, Presidente de la Asociación Colombiana de Infectologia. No tiene conflicto de interés para dar esta conferencia en la estrategia de la OMS derrotar la meningitis para el 2030 una hoja de ruta mundial.

Cuando se habla de meningitis bacteriana fundamentalmente se habla de 4 agentes etiológicos Estreptococo pnuemoniae, Haemophilus influenzae tipo b, Neisseria meningitidis, Streptococcus agalactiae que es más frecuente en los neonatos.

Los objetivos
1. Eliminar las epidemias por meningitis bacterianas
2. Reducir los casos de meningitis bacteriana prevenibles en un 50% y defunciones en un 70%
3. Reducir la discapacidad y la mejora de la calidad de vida después de una meningitis por cualquier causa.

Los pilares interrelacionados para derrotar la meningitis: en los cuales debemos centrarnos son explicados por el diagrama de Venn el cual explica las relaciones lógicas que la OMS `pide aterrizar en nuestros hospitales.
1. La vigilancia de las enfermedades
2. El diagnóstico y tratamiento
3. La prevención y control de la epidemia
4. La promoción y el compromiso
5. El apoyo y la atención a las personas afectadas por la meningitis.

Aquí hay acciones a nivel de IPS, Distrito como a nivel nacional, desde el punto de vista de salud pública.

El primer pilar es mejorar la vigilancia epidemiológica a nivel mundial; mejorando a nivel de nuestras regiones a nivel de nuestro Distrito y Nación como se puede logar
1. Con un sistema eficaz
2. Documentando la carga de la enfermedad
3. Documentando los efectos de la vacuna
4. Documentando las secuelas y seguimientos a los pacientes.

La tasa de incidencia de meningitis a nivel mundial: aquí tenemos la tasa de meningitis por 100.00o habitantes para Colombia está entre 10 por 100.000 habitantes. Vemos las latas nacionales y distritales de la meningitis bacteriana en Colombia en el IV periodo epidemiológico de los años 2018 a 2023, que se presentaban anteriormente.

El comportamiento del Streptococcus pneumoniae 2018 la tasa es de 0,17 x 100.000 habitantes, 2019 la tasa es de 0,17 x 100.000 habitantes, 2020 hay un descenso significativo de 0,09 y se mantiene en el 2021 con 0,05 x 100.000 habitantes, 2022 es de 0,19 x 100.000 habitantes y en el 2023 la tasa es de 0,21 x 100.000 habitantes., es la tasa más alta hasta el mes de junio, que puede ser una remergencia por Streptococcus pneumoniae, que es importante analizar que puede ser por el recambio de serotipo y mejoría de las técnicas diagnósticas.

También es importante ver que la tasa para Neisseria meningitis es de 0.8 y para Haemophilus influenzae es de 0,01 por lo que no se ha eliminado el Haemophilus influenzae

Para Hemophiluzae influenzae en el 2018 la tasa es de 0,03 x 100.000 habitantes, 2019 la tasa es de 0,05 x 100.000 habitantes, 2020 hay un descenso significativo de 0,02 y se mantiene en el 2021 con 0,02 x 100.000 habitantes, 2022 es de 0,04 x 100.000 habitantes y en el 2023 0,01 x 100.000 habitantes

El comportamiento de la Neisseria meningitidis 2018 la tasa es de 0,11 x 100.000 habitantes, 2019 la tasa es de 0,10 x 100.000 habitantes, 2020 hay un descenso significativo de 0,08 y se mantiene en el 2021 con 0,02 x 100.000 habitantes, 2022 es de 0,06 x 100.000 habitantes y en el 2023 la tasa es de 0,08 x 100.000 habitantes.

En cuanto a los indicadores por grupo de población tenemos el Haemophilus influenzae Hi en población general para el año 2022 es de 0,05 y para el 2023 es de 0,06; Neisseria meningitidis año 2022 es de 0,04 y para el 2023 es de 0,08; Streptococcus pneumoniae para el año 2022 es de 0,16 y para el 2023 es de 0,21.

Para menores de 5 años el Haemophilus influenzae Hi para el año 2022 es de 0,28 y para el 2023 es de 0,23; Neisseria meningitidis años 2022 es de 0,13 y para el 2023 es de 0,21; Streptococcus pneumoniae para el año 2022 es de 0,38 y para el 2023 es de 0,36.

En lo relacionado a la letalidad en la población general para Haemophilus influenzae Hi para el año 2022 es de 7% y para el 2023 es de 3,5%; Neisseria meningitidis años 2022 es de 19% y para el 2023 es de 12,5%; Streptococcus pneumoniae para el año 2022 es de 20% y para el 2023 es de 19;4%.
La letalidad en menores de 5 años para Haemophilus influenzae para el año 2022 es de 9% y para el 2023 es de 0%; Neisseria meningitidis en el año 2022 es de 40% y para el 2023 es de 25%; Streptococcus pneumoniae para el año 2022 es de 47% y para el 2023 es de 21%.

Serotipo neumococo 2019 a 2021: En cuanto a los serotipos circulantes de meningitis en Colombia desde el 2019 como en la pandemia con la circulación de otro virus respiratorios que son un cofactor para la infección, venos que el Streptococcus pneumoniae con el serotipo es el 19 A y el 6 C son los que más circula, donde hay una variedad de serotipos; esto fue lo que motivo en parte el cambio de vacuna de PCV 10 a PCV 13.

En la distribución de los serotipo del S. pneumoniae en Colombia en niños menores de 5 años del 2006 a 2021 en una población de 1797, con los datos del Instituto Nacional de Salud en los serotipos están distribuidos en el serotipo PCV 10, como los serotipo están incluidos como caen de una forma muy importante y hoy ocupan un menos del 5% ,ósea la vacuna PCV 10 fue muy importante, pero como sucede con la vacunas serocojugadas se presenta el recambio de serotipos es así como el 19 A tiene tendencia a aumentar y hay una reemergencia de los serotipos 6 C y 19 A y el 3 están en este grupo y están incluidos en la PCV13 ; esto lleva que el 19 A lleva a la meningitis y esto lleva que el 75% está en el PVC 13del serotipo circulando. En Colombia el problema está en el 19 A, en este momento lo importante es logar coberturas adecuadas con PCV 13.

Incidencia de la meningitis en Colombia: mirar que sucede cuando se da el recambio de los serotipos, miren como caen los datos, cae la incidencia en el 2019 y mire como en pandemia vuelve a caer; pero para el 2019 está emergiendo la incidencia, pero viene el fenómeno de la pandemia y vuelve aumentar, esto está publicado en un artículo de la revista de Infectologia miren como caen los datos.

Incidencia de la meningitis bacteriana aguda en Bogotá de la red neumológica: en este grafica se tiene tasa de incidencia del 2008 a 2019 en niños menores de 5 años, donde el 2008 la tasa de incidencia es de PCV 10 es de 1,2 x 100.000 menores de 5 años y cae llegando a ser de 0,2 en el 2016 , fenómeno que lleva al recambio de serotipos y estos datos son de datos de los hospitales de Bogotá donde el comportamiento es irregular en el tiempo debido a la introducción de la vacuna en el 2012 es así como la tasa cae a 0,3 x 100.000 menores de 5 años; para los siguientes años tiende a caer a 0,3 para los años 2012,2014 y 2015; para el 2016 la incidencia es de 0,2 ; a partir del 2017 se tiene el recambio de serotipos por lo que la incidencia tiende a subir eso explica que cuando la incidencia sube tiende a jalar los valores, en el 2018 es de 0,5; y 2019 de 0,5 ; pero no solo depende del recambio de serotipos , por eso en el 2016 muchas Hospitales de Bogotá dentro de sus pruebas diagnósticas incluyeron la reacción en cadena polimerasa RT_PCR y panel viral, FilmArray es así como hoy día tenemos 3 veces más incidencia de neumococo , sino porque esto se debe a la mejoría del diagnóstico; es decir por cada meningitis pneumocócica, tenemos por cultivo dos meningitis que no crecen en el cultivo pero tienen una PCR positiva.

Epidemiologia de la Neisseria meningitidis: en la distribución de los serotipos de la Neisseria meningitidis, para los años 2010 a 2019, se tienen una población de 514 personas, con el meningococo sucede algo similar que, en el Distrito, siendo los cero grupos B y C los más frecuentes.

Epidemiologia de la Haemophilus influenzae tipo b: en el aislamiento de H influenzae por grupo de edad, para un periodo de 2015 a 2019, se tiene una muestra de 382; seguimos viendo casos de H influenzae aun teniendo la vacuna, por lo que se puede mejorar la cobertura, eso fue lo que llevo a la implementación de la vacuna a los 18 meses.

Dentro de las complicaciones por el H influenzae tipo b en los años 2015 a 2019, fue causante de sepsis (84) casos, meningitis (73), neumonía (63), otras complicaciones (140) y sin dato (22). Estos datos son del INS.

Vemos que los grupos de edad más afectados por H influenzae son los menores de 12 meses (127) y de 12 a 23 meses (29); especialmente cuando tienen esquema de vacunación incompletos o atrasados

La vigilancia centinela de meningitis y neumonía que se realiza en menores de 5 años en HOMI
Es muy importante reconocer el esfuerzo que se hace desde la Secretaria de Salud de Bogotá, para sostener esta vigilancia de meningitis en menores de 5 años, es un esfuerzo conjunto con la OPS, Ministerio de Salud, La Secretaria de Salud con la Subred Centro Oriente y HOMI que nos lleva a tener datos consolidados de meningitis.

Colombia es líder de la red mundial, es el país que más datos está reportando a nivel de América Latina, nuestros datos ayudan a consolidar la red mundial, es importante cuando los datos ayudan a consolidar el conocimiento local sino aportan a la epidemiologia a nivel mundial por que los datos llegan hasta Suiza.

Un caso sospechoso de meningitis ,es un niño que tiene signos y síntomas y el medico puede decir tiene meningitis y a este niño se le toma muestra de líquido céfalo raquídeo y es compatible con meningitis bacteriana (según criterios protocolo) , en toces considera como un caso probable de meningitis y este caso probable ya debe recibir un tratamiento con antibiótico y si se documenta Haemophilus influenzae , Neisseria meningitidis o Estreptococo neumococo, se considera un caso confirmado , si no se documenta queda como un caso probable , si se documenta por hemocultivo se considera un caso confirmado , porque si no tiene un citoquimico de líquido y la bacteria no crece entonces se considera como caso positivo.

En la gráfica de tendencias de casos sospechosos de meningitis bacteriana, en menores de 5 años en el HOMI para los años 2016 a 2023 para el mes de junio, no hay comportamiento estacional para la meningitis, como si lo hay para las neumonías bacterianas por eso la gráfica se ve como muy irregular, estamos teniendo en HOMI unos 150 casos, MENOS EN LOS ANÑOS 2020 Y 2021, por las medidas tomadas por la pandemia.

En los indicadores de meningitis bacteriana en menores de 5 años, en el HOMI años 2016 a 2023 para el mes de junio, número de casos sospechosos 2016 (22); 2017 (48); 2018 (55); 2019 (97) 2020 (79) 2021 (5)2022 (61) 2023 (42).
Casos hospitalizados 2016 (8857); 2017 (12420) 2018 (10348) 2019 (9094) 2020 (5320) 2021 (14997)2022 (14081) 2023 (6372).

Porcentaje de hospitalizados 2016 (0,24%); 2017 (0,34%); 2018 (0,53%) 2019 (1,06%) 2020 (1,5%) 2021 (0,34%)2022 (0,43%) 2023 (0,63%).

Número de casos probables 2016 (12) 2017 (19) 2018 (11) 2019 (28) 2020 (8) 2021 (16)2022 (11) 2023 (6).

Porcentaje de casos probables 2016 (54%) 2017 (40%) 2018 (20%) 2019 (28,8%) 2020(10%) 2021 (32%) 2022 (18%) 2023 (14,3%).

Número de casos confirmados 2016 (5) 2017 (10) 2018 (6) 2019 (17) 2020 (2) 2021 (8)2022 (8) 2023 (6).

Dentro del aislamiento bacteriano para meningitis bacteriana en el HOMI para los años 2016 a 2023 los gérmenes más frecuentes están Estreptococo pneumoniae, Haemophilus influenzae y la Neisseria Mengitidis.

Es importante ver el esquema de vacunación en pacientes confirmados por Estreptococo pneumoniae en el HOMI 2016 a 2023 al mes de junio; la mayoría de ellos tienen esquema completo, como vemos los serotipos 23B, 19 A, 15 C y 6 C /6D no están cubiertos por la vacuna de PCV 10, ahora el 19 A y el 16 C estarán cubierto por la vacuna PCV 13

Como resumen de los resultado se tienen 454 casos sospechosos, de los cuales 111 son casos probable (24,4%), 343 casos son descartados (75;5%);se tienen 62 casos confirmados (55;8%) , por Estreptococo pneumoniae 12 casos (25,8%) siendo los serotipos más frecuentes los serotipos 19 A un caso (6,3%) , 23 B 2 casos (12,5%) , 15 C 2 casos (12,5%); en segundo lugar está el Haemophilus influenzae 11 casos (17,7%) siendo el serotipo b 6 casos (54,5%) segundo de NT 2 casos (18;2%) , para Neisseria meningitidis 6 casos (9,7%) de los serogrupos C 3 casos (50%) y serogrupos Y 2 casos (33,3%). Otras bacterias 29 casos (46,8%).

El diagnostico por edad : estos datos son de la red neumoColombia se tienen 946 casos, a corte de 30 de septiembre , donde la enfermedad neumocica invasiva es la más frecuente , las neumonías son 620 casos (65,5%) y en segundo lugar están las bacteriemias con 182 casos (19,2%) , es importante resaltar que casi el 20% de las bacteriemias son primarias y no se vigilan, por eso en neumococo se debe hacer como en meningococo por que hace un tiempo solo se vigilaba la meningitis meningocócica y no se vigilaba la meningococemia, miren como a cambia la incidencia y da datos importante .

En el grupo de menores de 2 años se tienen diagnosticados 389 casos (41%) para meningitis (37), neumonía (250), bacteriemia (79), neumonía más meningitis (10) otros (13).

De 2 a 5 años se tienen diagnosticados 356 casos para la meningitis (17), neumonía (270), bacteriemia (56), neumonía más meningitis (0) otros (13).

En el grupo mayores de 5 años meningitis (40), neumonía (100), bacteriemia (47), neumonía más meningitis (2) otros (2).

En la letalidad por la enfermedad neumococica en Colombia , es un trabajo que se está llevando en HOMI con apoyo de 10 hospitales de Bogotá , 4 de Cali , 2 de Medellín y uno de Cartagena, fue presentado en el congreso de Infectología pediátrica en Europeo en el mes de mayo, donde se tiene una tasa de letalidad

por meningitis 8(40%) en menores de 2 años,2 (25%) en niños de 2 a 5 años, 4 (16,6%) en mayores de 5 años , con un ingreso a UCI de un 100%, donde todos los niños con enfermedad neumococica van a la UCI, con un promedio de estancia de 10 días y con un promedio de resistencia a penicilina y ceftriaxona muy importante .

También se tiene un artículo "letalidad por enfermedad neumocócicas en adultos, realizado con la doctora Leal en 5 hospitales de Bogotá , es un artículo publicado, donde se tiene datos muy importantes siendo la meningitis neumocócicas es la tercer causa de enfermedad donde la tasa general es de 23(13,6%) en personas de 18 a 59 años 12(13,8%) mayores de 60 años 11 (13,4%) con un valor P de 0,942 y para la letalidad por meningitis en población general es 11 (47,8%) de 18 a 59 año 5 (41,7%) en mayores de 60 años 6 (54,5%) para un valor de P de 0,679. De igual forma el 100% van a UCI con un promedio de 5 a 7 días.

En la prevención y control de las epidemias hay datos de la vigilancia de datos locales para la prevención de la enfermedad neumocócicas, vigilando tos la enfermedad, con mayor cobertura de vacunación, desarrollo de nuevas vacunas, mejorando nuevas estrategias de prevención y asegurando una respuesta eficaz.

En América Latina muy pocos países tienen el esquema único de vacunación y tiene un riesgo alto de enfermedad en adultos mayores En Colombia tenemos el Mipress que facilita la vacuna para cubrir la población de riesgo, tenemos una cobertura de neumococo de un 80 a 89% la cual se puede mejorar, vemos que en el mundo el 32% de las enfermedades inmunoprevenibles son por neumococo. Anualmente 1.5 millones de niños mueren en el mundo por enfermedades prevenibles por vacunas y la mayoría por neumococo con cero dosis.

En la introducción de la vacunación contra Haemophilus influenzae tipo B, en 192 países han introducido la forma universal y en uno en población de riesgo, hay uno que no ha introducido la vacunación: Colombia tiene una cobertura alta pero muchos países tienen cobertura baja.

La cobertura de vacuna contra Neisseria meningitidis no está incluida en el PAI y esto se debe analizar. Recordemos que Colombia cambio la política y se cuenta con el lineamiento del cambio PCV10 a PCV13, que es el lineamiento técnico y operativo para la actualización de las vacunas contra el Neumococo en Colombia para el 2022.

Donde se cuenta con el esquema 2+1 (2m+4m+12m) con PCV 13 a los niños nacidos a partir del 1 de mayo de 2022.

Los primeros niños se vacunarán a partir del 1 de julio del 2022
Inician, continúan y termina el esquema con PCV 10 los niños nacidos antes del 30 de abril de 2022
Se debe completar el esquema con la vacuna que se inició.

RETOS POSTERIORES AL CAMBIO PCV 13 que nos quedan

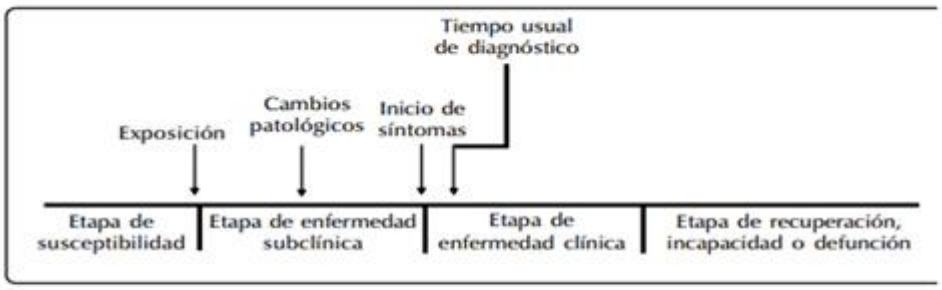
Fortalecer la vigilancia epidemiológica
Aumentar las coberturas de vacunación, podemos ver el impacto en 2 años con PCV13
Evaluar el impacto de las vacunas sobre los serotipos circulantes y sobre la resistencia bacteriana
Vacunación en adultos y grupos de riesgo
Evaluar serotipos reemergentes

El esquema nacional para la aplicación de Pentavalente: DPT /HB /HIB desde enero 1 enero 2023 se tiene niños entere las edades de 1 a 11 mese 29 días de edad; primera dosis a 2 meses con pentavalente, 4 meses pentavalente, 6 mese pentavalente, 1 refuerzo a los 18 meses pentavalente es el cambio muy importante para disminuir los casos residuales de Hib y el 2 refuerzo a los 5 años con DPT.

En el esquema atrasado se aplicará la dosis 1 refuerzo a los seis meses posterior a la última dosis de pentavalente. Las demás dosis de triple viral SRP, polio intramuscular VIP y fiebre amarilla FA del esquema pueden ser aplicados a los 18 meses y en zonas de alto riesgo para fiebre amarilla se aplicará a los 12 meses.

Vienen vacunas nuevas contra Estreptococo pneumoniae hay una vacuna de 10 serotipos, también vacunas para la gestante.

4. Claridades en la vigilancia de eventos transmitidos por vectores semestre.



Historia Natural de la Enfermedad.

• Fuente: Manual de Epidemiologia. Unidad 1 Curso 30-30-G Principios de epidemiología, Segunda edición. Introducción a la epidemiologia aplicada y a la bioestadística. Versión en español. INS, Colombia

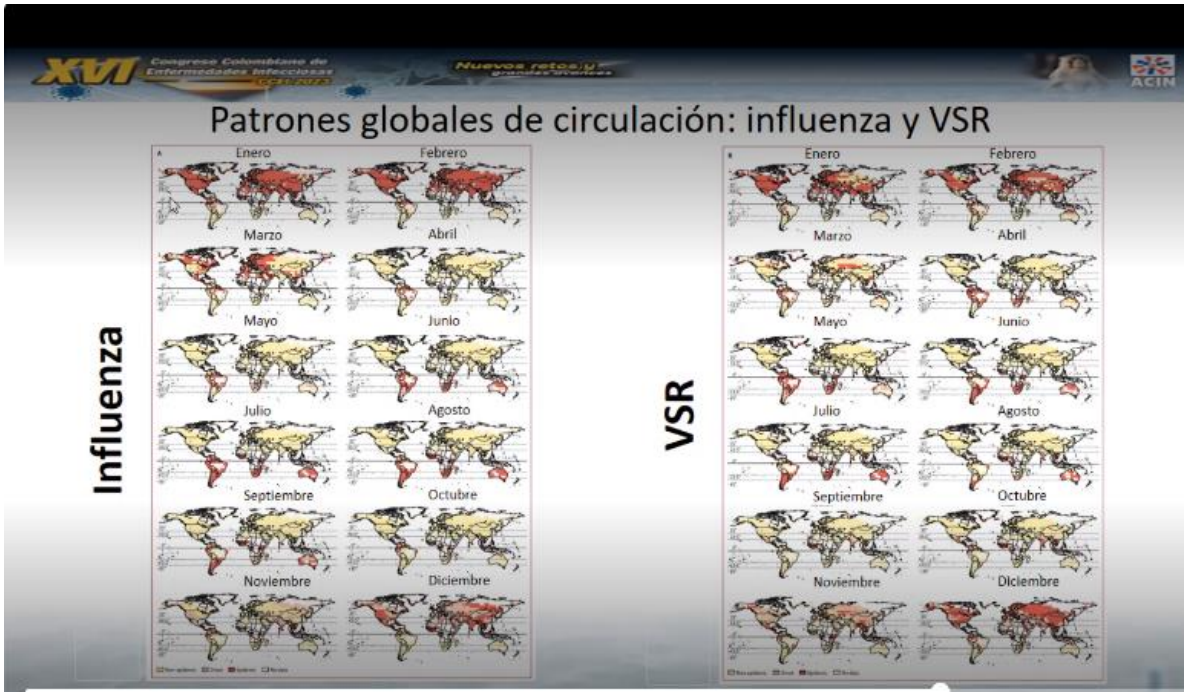
Se desarrolla la presentación de la historia de la enfermedad donde se dan las diferentes etapas descritas (susceptibilidad, enfermedad subclínica, enfermedad clínica y finalmente con la etapa de recuperación incapacidad o defunción, depende de la respuesta de cada organismo), desde el área de vigilancia de las enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis se está desarrollando mucho énfasis en la notificación del evento y la toma de muestra en razón que la ciudad de Bogotá presenta una población susceptible ya que ninguno de los vectores los cuales presentan alza en estos momentos en el país se encuentran en la ciudad; sin embargo como la población sale a viajar por diferentes motivos si se expone a esto. Que se encuentra sucediendo en estos momentos se está notificando eventos con origen de lugar (procedencia) donde se conoce que no existe el vector como un gran ejemplo “notificación de casos de malaria con procedencia del departamento de Cundinamarca a sabiendas que no existe transmisión en este departamento”; por esta razón se solicita tener claridad en la procedencia del caso y las pruebas que se le deben de tomar al paciente que se va a desarrollar la notificación y el resultado de dicha prueba

De igual manera se está notificando casos de evento 210 con procedencia de territorios que a la fecha el INS no ha categorizado como municipio que presente la presencia del vector, al igual con la notificación de casos de fiebre amarilla; se conoce que en Colombia existen muchos territorios donde el vector habita sin embargo Bogotá no presenta el vector transmisor además de no garantizar la toma de la muestra en tiempos establecidos según los diferentes lineamientos y el ente nacional solicita ajuste sin que la UPGD garantice la muestra a sabiendas que también puede presentarse confusión con la sintomatología para la fiebre del dengue, es por esto que se solicita amablemente que cuando se presente la notificación del evento de fiebre amarilla se garantice la toma de la muestra y en la parte posterior de la ficha se encuentra el diligenciamiento con que el profesional desarrollara la investigación epidemiológica de campo “donde procede el paciente, donde se encontró el paciente sospechoso las últimas 2 semanas antes de presentar sintomatología” y sucede que el lugar de procedencia el cual se describe en dicha ficha es un lugar que no tiene la presencia de

transmisión del vector lo cual genera problemas, en conocimiento que el único laboratorio el cual está autorizado para procesar dicha muestra es el laboratorio de salud pública del INS.
Recordar que la próxima semana es en el país es semana de receso escolar en donde se espera que muchas de las personas residentes de la ciudad de Bogotá viajen a diversos territorios donde se encuentra el vector Aedes aegypti en donde estarán expuestos y posiblemente a la siguiente semana serán casos sospechosos en donde las unidades generadoras de datos deben de estar pendientes ya que se puede presentar un repunte de casos sospechosos que cumplen con definición para notificación y toma de muestra es por esto que se solicita la toma de muestras correspondientes al igual que su debido procesamiento para que no se presente ningún problema
De igual manera recordar que para los casos notificados por sospecha de mortalidad asociada a dengue se debe de garantizar las muestras biológicas del fallecido para la confirmación o descarte de las muestras histopatológicas de los casos, a la fecha se presenta un caso por sospecha de mortalidad que a la fecha no tiene estas muestras por ende la familia solicita una necropsia médico legal la cual a la fecha Medicina legal no ha desarrollado entrega del certificado de esta necropsia por lo cual no se ha podido ajustar dicho caso
Recordar que se debe de tomar y procesar las muestras para IgM par dengue y lo que se debe de garantizar para los cierres de casos para no presentar más dificultades con el nivel central y por más acciones que desde la subdirección de vigilancia epidemiológica de ETV se está desarrollando se debe de evitar quedar con más eventos sin cerrar (casos sin muestras)

5. Contexto de la circulación viral en los últimos picos respiratorios.

Lo que van a ver a continuación fue presentado la semana pasada en el en el Congreso de la Sociedad de Infecto logia, pero es para muy a propósito de lo que viene pasando, la sensibilidad con los virus, la circulación que esperar para dónde vamos;



¿Lo primero que quiero transmitirles, es que recordemos cómo solía hacer la circulación viral, y miren que aquí vemos hemisferio sur hemisferio norte, vemos influenza y vemos sincitial respiratorio? En el hemisferio Norte, a Estados Unidos, vean como Empieza la Parainfluenza. Fíjense abajo, estamos en Julio, agosto, septiembre empieza a bajar para octubre noviembre, pero en cambio vean lo que pasa en el norte y para diciembre, enero, febrero, marzo, para Influenza y sincitial respiratorio es un comportamiento similar.

6. Receso.

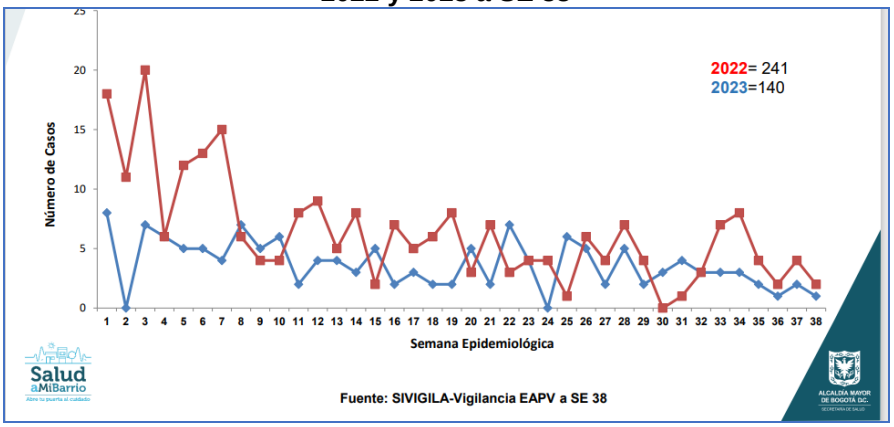
7. Vigilancia del evento adverso posterior a la vacunación.

Socialización de la vigilancia a cargo del referente Distrital Epidemiólogo Jeison Lozano y la Químico Farmacéutica Deisy Añasco. Inician con la línea cronológica de la vigilancia para el evento:
1995. Decreto 677/95 Responsabilidad de INVIMA para el cumplimiento de las buenas prácticas con el seguimiento de las normas técnicas de fabricación del producto.

- 2007. Resolución 1403, el Ministerio de Salud establece que las IPS deben Reportar los Eventos Adversos relacionados con vacunas.
- 2013. Con la resolución 1229 en Colombia inicia la Inspección Vigilancia y Control Sanitario y posteriormente para el mes de agosto inicia el convenio interadministrativo 646 del INS – INVIMA.
- 2014. Inicia la Cobertura en vacunación contra VPH la cual genera transcendencia social y científica por sus efectos adversos.
- 2016. Documento técnico de apoyo que muestra el Switch, o cambio de la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV) a la vacuna bivalente oral contra la poliomielitis (bOPV), con el fin que sea un proceso sincronizado al nivel mundial.
- 2017. Realizan prorroga de 5 años del convenio entre el INS – INVIMA creado en el 2013.
- 2021. Actualización del Protocolo y Lineamiento para vacuna COVID -19.
- 2023. El 14 de agosto finaliza el convenio.

Posteriormente el Dr. Jeisson socializa el comportamiento del Evento Adversos Posteriores a la Vacunación - EPAV en Bogotá D.C periodo 2022 y 2023 a SE 38.
Durante el 2023, en el Bogotá D.C notificaron al SIVIGILA, 140 casos de eventos supuestamente atribuidos a la vacunación, evidenciando una disminución del 58% respecto 2022, cuando se notificaron 241 casos. Importante resaltar, que durante el 2022 el reporte se concentró en la vacunación contra COVID-19.

Comportamientos variables de interés Evento Adversos posteriores a la vacunación en Bogotá D.C Año 2022 y 2023 a SE 38

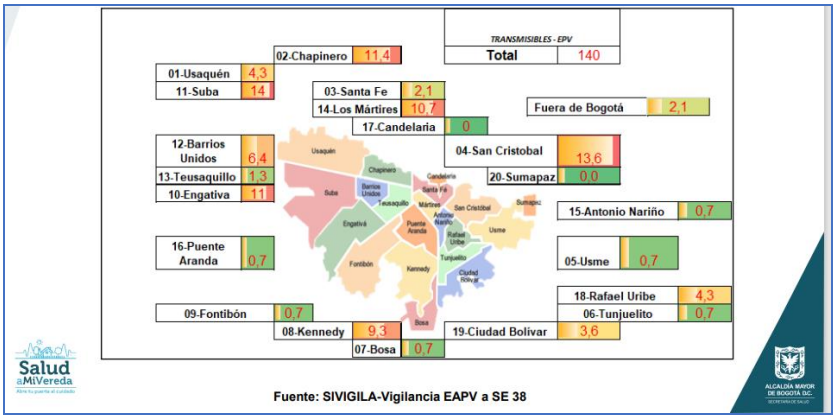


Fuente: SIVIGILA-Vigilancia EAPV a SE 38

Del total de 140 casos para el periodo 2023 la distinción biológica correspondiente con la masculinidad y la feminidad se evidencia que el reporte fue del 54% (n=76) casos para el sexo masculino. En cuanto al régimen el contributivo obtuvo el mayor número de casos 66% (n=93) casos. Se notificaron por fallecimiento 4% (n=5) casos para este evento.

En el Bogotá D.C, la tasa de notificación en 2023 por reacciones graves relacionadas con la vacuna fue de 12% para DPT y Pentavalente respectivamente, seguido de antipolio inyectable con 11% de los casos e influenza con 9% de los casos. En menor porcentaje Td/TD, anti VPH, Hexavalente y HiB con 1% para cada biológico. COVID 19 registra en el periodo evaluado el 8% de los casos con la empresa farmacéutica Moderna reportando eventos Graves clasificados en unidad de análisis por los expertos.
El protocolo de farmacovigilancia del INS clasifica los eventos en las siguientes categorías y por medio de las unidades de análisis Distritales la mayoría de los casos analizados fueron considerados Coincidentes con 51% (n=72) casos, seguido de Caso atribuido al programa de inmunización con 18% (n=25) casos siendo el de más relevancia los cuales se están realizando acciones desde cada subred con el fin de disminuir para mejorar el proceso. En cuanto a los pendientes se debe a reportes del mes anterior los cuales se encuentran convocados para la unidad de análisis y su concerniente clasificación final.

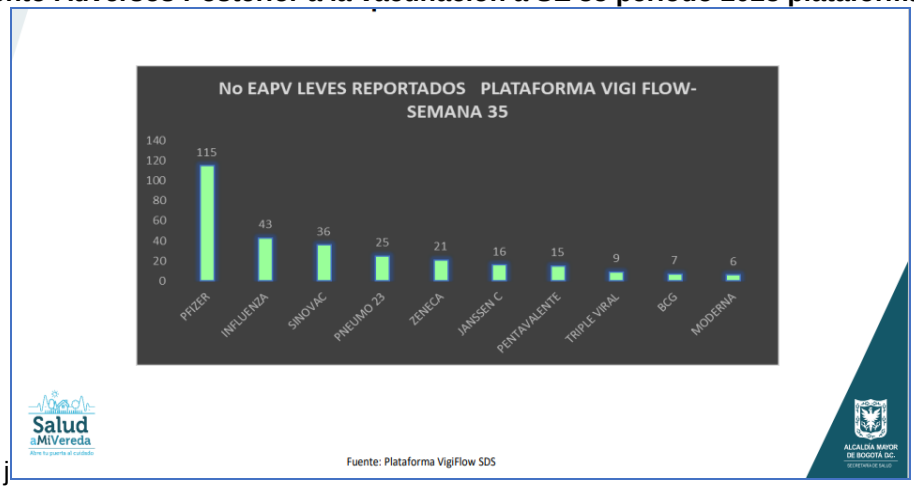
Comportamiento por localidad de Evento Adversos Posteriores a la Vacunación en Bogotá D.C a SE 38 2023



Fuente: SIVIGILA-Vigilancia EAPV a SE 38

A continuación, se observa en la siguiente gráfica el comportamiento por localidad del Evento Adversos Posteriores a la Vacunación en Bogotá D.C a SE 38 del periodo evaluado 2023.
El reporte del Evento Adversos Posterior a la vacunación a SE 35 del periodo 2023 en plataforma VIGIFLOW se muestra en el análisis que se llevan la mayor notificación en la aplicación Pfizer, Influenza y Sinovac con 115, 43 y 36 casos leves respectivamente, siendo Moderna y BCG la menor notificación de casos leves.

Reporte Evento Adversos Posterior a la vacunación a SE 35 periodo 2023 plataforma VIGIFLOW



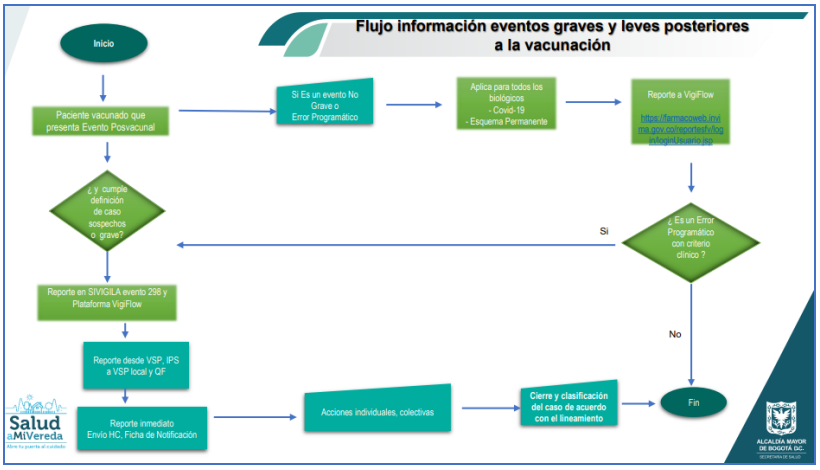
Fuente: Plataforma VigiFlow SDS

Normatividad Invima Circular 3000- 05262021, establece los lineamientos de articulación del programa Nacional de Farmacovigilancia que registra sobre la inscripción y uso de la plataforma para el reporte de eventos adversos y problemas relacionados con medicamentos a través del sistema Vigiflow por parte de las IPS en el territorio nacional. En dicha norma se comunica el mecanismo mediante el cual se asignan y activan los usuarios de la plataforma.
Normatividad SDS Circular 021-2022 establece la ampliación del plazo del registro anual de autoevaluaciones de Estándares Mínimos del SG-SST.
Realizar y aprobar el Curso Vigiflow -Meddra en la plataforma del INVIMA.
El curso debe ser realizado por cualquier profesional de salud que lo requiriera, pero con el seguimiento y control del referente de Fármaco Vigilancia en la Institución. El Correo aulavirtualfv@invima.gov.co
La solicitud y creación del Usuario a la entidad Territorial (SDS) por Correo Electrónico a farmacovigilanciabogota@saludcapital.gov.co y se debe adjuntar:

a) Certificado de Realización del Curso
b) Correo electrónico propuesto para usuario
c) NIT del prestador
d) Código de inscripción al PNF
e) Nombre del Referente
f) Teléfono de Contacto

¿Cómo se dará el manejo a la vigilancia epidemiológica en el periodo de transición del Protocolo de Farmacovigilancia de Vacunas 298 al Reporte de eventos adversos posterior a la vacunación Vigiflow?

- Aplicativo SIVIGILA: EAPV Graves COVID y EAPV Graves por plan regular
- Aplicativo Vigiflow: EAPV leves por COVID, EPRO por COVID y EAPV Graves y Leves por EPRO error programático plan regular.



Intervenciones en el Periodo de transición, Instituto Nacional de Salud –INVIMA

1) Acompañamiento Comités Programa Ampliado de Inmunización (PAI):

- Cove Locales
- Asistencias técnicas
- Instituciones Públicas y Privadas.

2) Articulación con los Subsistemas:

- Programa Ampliado de Inmunización (PAI)
- Farmacovigilancia
- Tecnovigilancia.
- Seguridad al Paciente.
- Epidemiologia

3) Lineamiento para el manejo de Errores Programáticos:

- PAI
- Subredes e Instituciones Públicas y Privadas
- Epidemiologia
- Infectología
- Pediatría,
- Seguridad al paciente.
- Químico Farmacéutico.
- Tecnovigilancia

4) Fortalecimiento en manual administrativo PAI para la adherencia en los inmunobiológicos y procesos de vacunación segura a las UPGD:

- Cadena de frío
- Almacenamiento adecuado de dispositivos médicos y técnica para disminuir el error programático

5) Evitar la pérdida real o potencial de la confianza en la vacunación.

6) Continuar con el fortalecimiento de la farmacovigilancia de vacunas en las UPGD y notificación para el Evento Adverso Posterior a la Vacunación

8. Alertas epidemiológicas.

Se inicia con el tema de brote de botulismo por alimentos, esta es una enfermedad que es muy grave, que es causada por la ingesta de las toxinas o la neurotoxina del Clostridium Botulinum, en Alimentos que siguieron. Esta enfermedad es muy grave por la ingesta de las neurotoxinas que pueden, en ocasiones puedes llevar a la muerte al paciente.

Sus primeros síntomas, pues incluyen la fatiga, marcada, la debilidad, el vértigo, puede ir seguido de la visión borrosa, re sequedad de la boca, dificultad para tragar y para hablar, aun cuando también puede presentar vómito, diarrea, estreñimiento e hinchazón abdominal.

El cuadro puede ser muy agresivo y los síntomas que pueden ir desde 8 desde pocas horas después de que 1 ingiere el alimento hasta después de 8 días, entonces en Francia te encuentran un clúster que se sospechaba era por botulismo, por la clínica que estaba presentando.

En cuanto al caso clínico, se trata de un paciente muerto en la región de Burdeos en al parecer y según la investigación epidemiológica de campo, se termina que es debido al consumo de sardinas caseras en conserva que preparan en un restaurante de allí de la región y que habían sido consumidos en diferentes fechas por los pacientes, pero que todos estaban en el consumo entre 4 y 10 de septiembre. Hasta el 2 de septiembre se habían identificado 15 casos, 10 fueron hospitalizados, 8 es encontraban en UCI, 14 de los 15 casos se reportan en extranjeros

El pacientes de Canadá, Alemania, Grecia, Irlanda, Reino Unido e Irlanda del Norte y Estados Unidos debido a que su periódico acción como hablamos ahorita puede ir hasta 8 días después del consumo y que allí se encuentra, pues mucho visitante internacional debido a la a que se está llevando un evento deportivo que la copia copa mundial de rugby, pues existe la probabilidad de que en otros países se hubieran encontrado casos con cuadros similares, entonces el instituto confirmó que la toxina se encontraba tanto en las muestras de suero de esos pacientes como en una muestra que lograron de de las sardinas el día 14 de septiembre.

Ellos llegaron al restaurante, inspeccionaron todo el restaurante, decomisaron los productos, los fueron los retiraron del mercado, los que se habían metido para esta época y eran del mismo lote y pues se dio una rueda de prensa, pues informando a todos los profesionales de salud la situación que se estaba presentando, se emitieron algunas recomendaciones no solo para el personal de salud, sino para también los pacientes que habían estado allí en esta temporada y que habían consumido el producto, como había casos en personal o en pacientes que venían de otros países.

Se ha relacionado mucho con sistemas de agua y de acueductos que no tienen mantenimiento, con torres de enfriamiento, condensadores de aire acondicionado y sistemas industriales. se han encontrado en edificios y en espacios con tienen hidromasajes, entonces allí, en Polonia, desde el 18 de agosto hasta el 11 de septiembre, se había notificado 166 casos confirmados por laboratorio, todos hospitalizados de 23 muertes asociadas, con una tasa de mortalidad del 14%.

Las acciones que se hicieron allí o que se han realizado allí es que te las autoridades sanitarias están realizando búsqueda activa, comunitaria, implementando medidas de control, han notificado los nuevos casos que se han encontrado se han recogido muestras del sistema de de agua del Servicio de Agua, no solamente en las residencias de los casos, sino en los centros de salud, en las torres de refrigeración, en las instalaciones de los edificios, con el fin de determinar cuál es la fuente, porque hasta el momento no se ha podido identificar sea el mapeado.

Todos los casos los casos positivos en todas sus rutas YY su ubicación de acuerdo a las en suministros de agua, y como una inmediata importante que tomó la ciudad, es cerrar todas las fuentes de agua públicas, piletas y sitios donde la gente pudiera tomar agua con el fin de determinar y pues donde está la fuente y cortar cadenas de transmisión.

Hay 5 países que te que, pues tiene la mayor carga de la enfermedad, que son Siria, Afganistán y Haití, Mozambique y Etiopía y los que aportan el mayor número de muertes esta Siria, Camerún, Haití, Etiopía y República Democrática del Congo. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud es muy enfática en recomendar a los viajeros, sobre todo quienes van por labores humanitarias o trabajadores de salud para y que tienen una exposición directa que se vacunen y la medida, pues es solamente para estas personas.

Específicamente para la actualización del brote en Haití, encontramos que sí ha tenido un aumento en las últimas semanas en el número de sospechosos ha aumentado un 3% del último mes en el número de confirmados ha aumentado en un 3.2% ya teniendo casi llegando a los 4000 casos y los fallecidos también han tenido un momento en el 2.8% de los de los casos. cierta alarma el virus del Zika es una enfermedad infecciosa

emergente tipo zoonótico que tiene una tasa de letalidad alta que puede ir hasta del 40 al 75%.
No se conoce tratamiento ni vacunas que ayude, pues a mejorar o prevenir de la enfermedad y el tratamiento se basa solamente en las medidas de apoyo a todos los síntomas que el paciente pueda presentar. La transmisión se puede dar por contacto directo con murciélagos del tipo frugívoro de la familia Es que eso es muestra, digamos que el huésped natural para la enfermedad está en contacto con cerdos o con o con personas que ya se encuentran infectadas en los seres humanos.
Presenta varias presentaciones, puede ir desde una PC, infección asintomática, su clínica hasta una infección respiratoria aguda y llevar a una encefalitis que puede ser letal. Los síntomas que puede presentar son, fiebre, dolor de cabeza, somnolencia, desorientación o confusión, pero también puede incluir esos síntomas respiratorios y neurológicos.
El segundo caso que fallece es un hombre de 40 años que acompañó a otro paciente al hospital donde se atendía el primer caso y fallece el 11 de septiembre por una neumonía hasta el 27 de septiembre, pues ellos han logrado identificar aproximadamente 1288 contactos que tuvieron.
El contacto, especialmente con el primer caso, así hayan sido negativos, pues ellos se continúa el seguimiento, el seguimiento, se recomienda hacerlo hasta 21 días después y el personal de salud que tuvo contacto con estos casos allí en el servicio que son, pues los profesionales, médicos, enfermeras y demás se encuentran en aislamiento preventivo por 21 días.
Allí, dentro del mismo hospital y pues hasta el momento ha presentado algunos de ellos síntomas leves, esta alerta por difteria también hablábamos en el en el comité anterior que teníamos una alerta en Europa que continúa en el número de casos. Para este país desde el 2022, Nigeria ya cuenta más de 8353 casos. De estos 4717 se confirmaron por laboratorio, solo 169 por nexo biológico.
Se presentaron 117 casos por clínica el resto de los casos se han descartado 1857 y hay más de 1000 casos pendientes de clasificar. 731 casos pues anterior diagnóstico es conocido de esos casos confirmados de esos 4717, 3466 tenían entre 1 y 14 años.
De estos, 699 tenían entre 0 y 4505, entre 5 y 9 y 1264 entre 10 y 14, es decir, que la población más afectada va el tercero a 14, a más de la mitad de los casos son de mujeres hd a los 1074 de los casos confirmados estaban completamente vacunados. Contra difteria 299 están parcialmente vacunados y más de la mitad no estaba vacunado.
Pide biológico y por laboratorio los rojos, que son muy pocos realmente dentro del diagnóstico se han podido identificar en los aislamientos que la mayoría de los casos están haciendo producida por el Caribe. En este brote, la evaluación que hace la Organización Mundial de la Salud es que, aun cuando el riesgo es alto, allí dentro del país y localmente, pues todavía no es un riesgo alto para los viajeros, sin embargo, se recomienda que quienes visiten esta zona estén vacunados contra la enfermedad.
Ahora pasamos a las alertas nacionales, entonces habremos escuchado que en las últimas semanas este último periodo el número de casos de dengue aumenta a este momento ya se registran más de 83000 casos. El 70% se focaliza en unos departamentos como son el metal, Tolima, Santander, Cali, César Bolívar, Antioquia azul que Cundinamarca, Córdoba, Norte de Santander y Huila.
Ha semana 38 a nivel nacional, se confirmó solo el 74.5% de los casos de dengue con signos de alarma. Y 9.9 de los casos con dengue grave se hospitalizó el 82.5 de los casos con dengue con signos de alarma y el 97. Signos de alarma y el 97.6 de los casos con dengue grave a la semana de pie biológica 38, pues la incidencia sigue estando muy por encima de la del histórico en este momento.
Es de más o menos 251 casos por 100000 habitantes en riesgo en el mismo periodo del año pasado, pues la incidencia estaba más o menos en 135 casos por 100000 habitantes. Este es el canal endémico, entonces hay departamentos y ciudades que continúan con incidencias muchísimo más altas, de 300 casos por 100000 habitantes.
Se observa una tendencia a los momentos del 11.3 en el último periodo analizado, sean las últimas 4 semanas de la 34 a la 37 comparado con el periodo anterior que iba de la semana 30 a la 33. El canal endémico, pues ahora nos permite observar que ninguno se encuentra los dentro de lo esperado, o sea, todas las entidades territoriales están fuera de lo esperado.

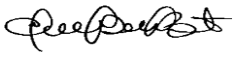
9. Varios

Durante el COVE no se presentaron varios, se da por cierre a la reunión.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Envío de acta y presentaciones del COVE mes de octubre.	Subred Sur Occidente	18 de octubre

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/	FIRMA
1	Claudia Beltrán	cpbeltran@saludcapital.gov.co	3167873305	Referente Distrital Transmisibles	

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

ID	Hora de inicio	Nombres y apellidos	Cargo	Dependencia o Entidad	Correo electrónico	Teléfono
1	10/4/23 9:02:54	Jeison Steven Lozano Oyuela	Profesional Especializado	SDS	jslozano@saludcapital.gov.co	3175802713
2	10/4/23 9:02:51	William Leonardo Medina Muñoz	Enfermero jefe	ESPRI Bg. Edgar Yesid Duarte Valero Torre B		3174400843
3	10/4/23 9:02:59	MAYELA CAROLINA MUÑOZ MOLINA	ENFERMERA	TELEPERFORMANCE S.A.S	SALUDTP@TELEPERFORMANCE.COM	3044506943
4	10/4/23 9:03:12	KAREN JIMENEZ R	REFERENTE IRA - PEDIATRA	VIGILANCIA DE SALUD PUBLICA-SDS-BOGOTA	KLJIMENEZ@SALUDCAPITAL.GOV.CO	3176984236
5	10/4/23 9:02:52	Rosa Alejandra Gutiérrez Cifuentes	Coordinadora SST	UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA	sivigila@usa.edu.co	3257500 ext 2129
6	10/4/23 9:03:08	ANGELICA LIZETH BARRIOS MARTINEZ	ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	CENTROS MEDICOS COLMEDICA	angelicabm@colmedica.com	3165366006
7	10/4/23 9:03:31	ANYI PAOLA LOPEZ CAICEDO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO EPIDEMIOLOGIA	CLINICA PALERMO	epidemiologia@clinicapalermo.com.co	5727777 ext 16070
8	10/4/23 9:03:31	laura carolina silva parra	coordinadora desede	bulevar clinicos	lsilva@clinicos.com.co	3212390154
9	10/4/23 9:03:22	Elkin Osorio	Profesional Especializado	SDS	EJOSORIO@SALUDCAPTITAL.GOV.CO	36490909079

10	10/4/23 9:03:37	Diego fernando Oviedo perdomo	Epidemiólogo	Usa vista hermosa	Diego321oviedo@gmail.com	3015774568
11	10/4/23 9:03:10	july katherine ropero cucunuba	Auxiliar de enfermeria	tarjeta de todos suba sas	suba.salud@ipsdetodos.com	3004974144
12	10/4/23 9:03:51	LINA FERNANDA ORJUELA RODRIGUEZ	ENFERMERA	SUBRED SUR OCCIDENTE TRANSMISIBLES	linafda93.19@gmail.com	3132104132
13	10/4/23 9:03:17	ANA MARTINEZ ATENCIA	ENFERMERA JEFE	DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERI MEJÍA	SIVIGILADMGEM@GMAIL.COM	3022595871
14	10/4/23 9:03:33	Yeisson Andres Caevajal Galindo	Epidemiologo	Subred Sur	2023iec2023@gmail.com	3505446788
15	10/4/23 9:03:13	Yeni Alexandra Barrera Ramos	Aux salud publica	Centro Medico Sura Plaza Central	cgsacmix@colsubsidio.com	3143870526
16	10/4/23 9:04:06	Jeimy Ivone Beltrán Chacón	Epidemiologa	Subred sur	inmunoprevenibles subredsur@gmail.com	3105566522
17	10/4/23 9:03:00	Diego Fernando Caicedo Diaz	Contratista	Secretaria Distrital de Salud	dfcaicedo@saludcapital.gov.co	3058127952
18	10/4/23 9:03:02	Gina Paola Linares Farías	Enfermera Referente Infecciones y Vigilancia Epidemiológica	Hospital Universitario Barrios Unidos - Méderi	epidemiologiahubu@mederi.com.co	3123769975
19	10/4/23 9:04:21	HILLARY ODERAY REALES QUEJADA	ENFERMERA	UNIVERSIDAD EAN	ATENCIONMEDICA@UNIVERSIDADEAN.EDU.CO	3168748119
20	10/4/23 9:04:31	MAIRA SUAREZ BARROS	ENFERMERA	VSP	MAIRASUAREZ0727@GMAIL.COM	3007141277
21	10/4/23 9:04:10	Ruben Rodriguez	Profesional Especializado	Secretaria Distrital de Salud	Rdrodriguez@saludcapital.gov.co	3002979179
22	10/4/23 9:04:49	ELICZALITH VELEZ ORTEGA	VIG EPIDEMIOLOGICA	CLINICA LOS NOGALES	VIGILANCIAEPIDEMIOLOGIA@CLINICANOGALES.COM	5937000
23	10/4/23 9:04:27	Jessen Geraldine Rizo Fuentes	Auxiliar de epidemiología	Sociedad Médica de Ortopedia y Accidentes Laborales	notificacionsmo@coal.clinic	3508591529
24	10/4/23 9:04:32	CLAUDIA LEONOR BASTIDAS RAMIREZ	EPIDEMIOLOGA TRANSMISIBLES	SUBRED SUR OCCIDENTE	clbastidas2@gmail.com	3002652379
25	10/4/23 9:04:48	Glenis Paola Vargas gamba	Epidemiologa	Subred sur	Paolavargas.jm@glail.com	3213725378
26	10/4/23 9:03:17	ANGELICA LOZANO GATAN	LIDER OPERATIVO TRANSMISIBLES	SUBREDSUR	lidertransmisibles@gmail.com	3012628057

27	10/4/23 9:02:59	Diana Patricia Castro Aguilar	Profesional especializado - Contratista	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	dpcastro@saludcapital.gov.co	3649090 ext 9535
28	10/4/23 9:05:09	Laura Zenaida Delgado Medina	Enfermera	Subred Sur	lauradm169@gmail.com	3118727070
29	10/4/23 9:05:10	Sergio Alejandro López Madero	Auxiliar Administrativo	Ayuda Medica Domiciliaria y Empresarial SAS	auxiliar.operaciones@ayudamedica.com.co	3164793935
30	10/4/23 9:05:30	Adriana Nieto Delvasto	Lider salud mental VSP	Subred sur	Saludmentalvsp@subredsur.gov.co	3002128898
31	10/4/23 9:04:16	Maria José Ladino Bocanegra	Enfermera	Centro Médico y Atención Prioritaria Gran Estación	admon.capgrane@fsfb.org.co	3155772574
32	10/4/23 9:06:58	YADIRA EZLEIDA LOPEZ MARTINEZ	DIRECTORA SIVIGILA	AM SALUD SAS	sivigila@amsalud.com.co	3123090781
33	10/4/23 9:06:33	Claudia Angelica Rodríguez Sánchez	Profesional Universitario	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	ca4rodriguez@saludcapital.gov.co	3649090 ext 9535
34	10/4/23 9:07:02	Magda Liliana AviLA Espejo	Enfermera	colsubsidio calle 100	CMEPIDEM@COLSUBSIDIO.COM	3208737960
35	10/4/23 9:07:42	kELLY PAOLA SERRATO	SIVIGILA	HOCEN	kelly.serrato@correo.policia.gov.co	3014296823
36	10/4/23 9:07:41	Samir Orlando Gonzalez	epidemiologo	Clinica universitaria Colombia	uepidemicuc@colsanitas.com	3138085185
37	10/4/23 9:08:02	Alexa Moreno Murillo	Epidemiologa	Uss Kennedy	epidemiologiainstitucional5@subredsuroccidente.gov.co	3112626336
38	10/4/23 9:07:47	DEICY YOHANA MORA MORA	ENFERMERA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	COLSUBSIDIO CLINICA 127	epidemiologia.c127@colsubsidio.com	3123651803
39	10/4/23 9:07:46	ADRIANA ELSA BOLIVAR CORTES	ODONTOLOGA	UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL	abolivar@pedagogica.edu.co	3153367042 -
40	10/4/23 9:08:51	Narda Cecilia González Rincón	Epidemiologa	Subred Norte VSP Transmisibles	unidadesdeanalisissubrednorte@gmail.com	3118397642
41	10/4/23 9:09:21	RUBY TRUJILLO	EPIDEMIOLOGO	HOCEN	ruby.trujillo@correo.policia.gov.co	3123812509
42	10/4/23 9:07:15	Susana Perdomo	Asistente de calidad	Asociación médica para la atención integral SAS CLÍNICA NUEVO	monterreyvepidemiologica@gmail.com	3208314254
43	10/4/23 9:08:54	María Constanza galán díaz	Odontologo	Unidad médica rafha	rafhamedica@hotmail.com	4345234
44	10/4/23 9:07:58	JUAN MOLINA MUÑOZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	SDS SVSP	jsmolina@saludcapital.gov.co	3197668241
45	10/4/23 9:10:25	Claudia FajardoLozada	Ingeniera de Calidad	Centro Cardiovascular	epidemiologia@cencardio.com	3208359996

				Colombiano		
46	10/4/23 9:09:14	Karem Johanna Delgado Garcia	Pediatra epidemiólga	Vigulancia de la Salud Ambiental	kjdelgado@saludcapital.gov.co	3204439158
47	10/4/23 9:12:49	Paola Gutierrez	Epidemiologa	Subred sur IRA	lrasubredsur@gmail.com	3174289642
48	10/4/23 9:13:04	RANULFO CASQUETE PRIETO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CENTRO MEDICO SURA PAC SANTA BARBARA	cgsacmhv@colsubsidio.com	3014685267
49	10/4/23 9:13:53	María Fernanda Fandiño Rodriguez	Epidemiologa	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	mffandinhor@hotmail.com	3004389993
50	10/4/23 9:14:01	Eliana Milena Sabogal Rodriguez	Profesional especializado	SDS-SVSP	emsabogal@saludcapital.gov.co	3103314925
51	10/4/23 9:09:19	LADIS JOHANNA MADRID CUELLO	REFERENTE IRA	SISS SUR OCCIDENTE	covid@subredsuroccidente.gov.co	3126760418
52	10/4/23 9:16:50	CRISTINA AMADO REYES	REFERENTE SALUD PUBLICA	CLINICA METERNO INFANTIL EUSALUD	CMATERNO.VIGILANCIAEPIDEMIOLOGICA@EUSALUD.COM	3153694040
53	10/4/23 9:18:44	Pilar Bibiana Gonzalez Medina	Fisioterapia	Subred Sur Occidente	bibigon30@hotmail.com	3046806607
54	10/4/23 9:19:21	Yirlessa Mendoza	Epidemiologa	Subred suroccidente	yirlessamc@gmail.com	3113811912
55	10/4/23 9:07:52	LEYDY MILENA MORENO RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CLINICA COLSANITAS	SALUDPUBLICAAMB@COLSANITAS.COM	3505102335
56	10/4/23 9:21:25	LEYDY MILENA MORENO RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CENTRO ODONTOLOGICO Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO NORTE	SALUDPUBLICAAMB@COLSANITAS.COM	3505102335
57	10/4/23 9:22:06	Laura Rada	Profesional especializado	Subred Sur Occidente	lauraradaperez82@gmail.com	3044186708
58	10/4/23 9:21:33	Tatiana Rojas Villamil	Profesional especializado	Sds	Tfrojas@saludcapital.gov.co	3134979648
59	10/4/23 9:10:48	Giovanny Mosquera Sanchez	Profesional Especializado	Secretaria Distrital de Salud	g1mosquera@saludcapital.gov.co	6586
60	10/4/23 9:22:33	LEYDY MILENA MORENO RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	SALUDPUBLICAAMB@COLSANITAS.COM	3505102335
61	10/4/23 9:25:57	Yohana avila bustos	aux de enfermeria	Programa de salud centro medico del FBSCGR	CENTROMEDICO@FBSCGR.GOV.CO	3779892
62	10/4/23 9:25:54	LEYDY MILENA MORENO RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	OFTALMOSANITAS	SALUDPUBLICAAMB@COLSANITAS.COM	3505102335

63	10/4/23 9:26:15	Nathaly Ramírez Marquez	Enfermera	Subred sur occidente	Natal_240@hotmail.com	3103016350
64	10/4/23 9:26:33	Jhon Hawey Ramirez Yepes	Técnico en sistemas	Vsp-Transmisibles	vspsaludmental2022@gmail.com	3212780952
65	10/4/23 9:26:50	LEYDY MILENA MORENO RUIZ	AUXILIAR DE ENFERMERIA	UNIDAD RENAL SANITAS	SALUDPUBLICAAMB@COLSANITAS.COM	3505102335
66	10/4/23 9:26:46	Yuzzy Norella	Enfermera	Fundación educativa de Inglaterra	areadesalud@englishschool.edu.co	3108846596
67	10/4/23 9:28:22	Martha Patricia Padilla	Profesional especializado	SDS VSP	mp1padilla@saludcapital.gov.co	3132840782
68	10/4/23 9:30:10	DIANA CAROLINA GUERRERO BAHAMON	CONTRATISTA	SDS-SVSP	dcguerrero@saludcapital.gov.co	3007628190
69	10/4/23 9:30:03	Maria Betancourt Guivay	Auxiliar Salud Pública	ASISTIR SALUD SAS ENGATIVA	saludpublicaalamos@asistirsalud.com	3104654753
70	10/4/23 9:30:51	Johanna Miranda	Epidemióloga	Ayudas Diagnósticas SURA	notificacioncentro@suramericana.com.co	3160273152
71	10/4/23 9:30:31	SANDRA MAYERLY MARTINEZ MURILLO	EPIDEMIOLOGA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE	pterapiarespiratorio@gmail.com	3143350919
72	10/4/23 9:31:05	INGRID TATIANA LOZANO RIAÑO	ENFERMERA	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA -ICCAL	sivigila@fsfb.org.co	3134577628
73	10/4/23 9:31:22	Astrid Fernanda Martinez Acuña	Enfemrera	Clinica Azul	calidadca@clinicaazul.co	3103074158
74	10/4/23 9:33:16	JULY VIVIANA DUARTE ALVAREZ	ENFERMERA JEFE PYP	UNIDAD MEDICA SANTA FE UNICENTRO	UNICENTROENFERMERIA@UMS.COM.CO	3507205199
75	10/4/23 9:32:15	Alberto sarmiento v	Técnico oerativo	subsecretaría de vigilancia en salud publica	a1sarmiento@saludcapital.gov.co	3649090
76	10/4/23 9:34:18	LINA GAITAN AYALA	ENFERMERA INFECCIONES	CLINICAINFANTIL COLSUBSIDIO	VIGILANCIAEPIDEMIOLOGICA.CLINICAINFANTIL@COLSUBSIDIO.COM	7467310
77	10/4/23 9:34:09	Luz Amparo Sastoque Diaz	Profesional especializado	SVSP IAAS	lasastoque@saludcapital.gov.co	3132869643
78	10/4/23 9:34:10	ZULY MORENO PERILLA	ENFERMERA	LOS COBOS MEDICAL CENTER	ZEMORNEOP@LOSCOBOSMC.COM	3163660862
79	10/4/23 9:34:15	Katherine Andrea borda julio	Enfermera epidemióloga	Clínica azul	Epidemiologia@clinicaazul.co	3133212986
80	10/4/23 9:34:19	AURA NELLY PRIETO ROJAS	EPIDEMIOLOGA	SC EMCOSALUD - FERROCARRILES NACIONALES	epidemiologia.ferro@emcosalud.com	3107745468

81	10/4/23 9:35:14	ZULY MORENO PERILLA	ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	CLINICA MAGDALENA	EPIDEMIOLOGIACLINICAMAGDALENA@GMAIL.COM	3163660862
82	10/4/23 9:35:16	ALEJANDRA GONZALEZ	TECNICO	TRANSMISIBLES	ALEJANDRA970109@GMAIL.COM	3202427288
83	10/4/23 9:35:38	YORJANETH SANCHEZ	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	SUBRED NORTE	eapv@subrednorte.gov.co	3132277642
84	10/4/23 9:34:26	GLORIA DEL PILAR LEON RAMIREZ	ENFERMERA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	INSTITUTO DEL CORAZON DE BUCARAMANGA	EPIDEMIOLOGIABOG@INSTITUTODELCORAZON.COM	3105596411
85	10/4/23 9:35:52	Claudia Patricia Beltran Beltran	profesional especializado transmisibles	SDS SVSP	cpbeltran@saludcapital.gov.co	3167873305
86	10/4/23 9:35:41	Andrea borda julio	Epidemiologa	Sociedad médica de ortopedia y accidentes laborales	Notificacionsmo@coal.clinic	3133212986
87	10/4/23 9:36:43	Diana Carolina Vanegas Moreno	Enfermera	Colegio mayor de nuestra señora del rosario quinta mutis	Diana.vanegas@urosario.edu.co	3203391483
88	10/4/23 9:35:35	Arley corzo	Epidemiologo	Sur occidente	arley.epi.24@hotmail.com	3202731794
89	10/4/23 9:36:53	YAMILE ALGARRA VACA	ENFERMERA SALUD PUBLICA	CLINICA COLSANITAS 103	UEPIDEMICL103@KERALTY.COM	3144273296
90	10/4/23 9:35:30	Monica Jimenez Noguera	Enfermera	Centro Medico Coomeva Medicina Prepagada Torre 102	vigiilaciaepidemiologica102@christus.co	3212155832
91	10/4/23 9:37:01	Luisa Fernanda Romero Lopez	aux. operativo asistencial	cruz roja colombiana scb sede norte	sn,auxoperativo@cruzrojabogota.org.co	7460909
92	10/4/23 9:38:48	Carolina Malagón Sintura	médico epidemiologo	Secretaria Distrital de Salud	ycmalagon@saludcapital.gov.co	3045401797
93	10/4/23 9:38:10	ALEXANDRA ALFONSO	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CAPS EMAUS	EMAUSPYD@SUBREDNORTE.GOV.CO	3204477970
94	10/4/23 9:39:17	Gilberto Acero Diaz	Analista Gestión del Riesgo	Instituto Roosevelt	gacero@ioir.org.co	3103894919
95	10/4/23 9:38:40	OSIRIS MIRANDA TIQUE	ENFERMERA LIDER DE AUDITORIA	KOM CARE IPS	omiranda@komcareips.com.co	3102162747
96	10/4/23 9:39:52	PAULA URUEÑA SERRANO	PROFESIONAL ESPECIALZIADO EPIDEMIOLOGÍA	SUBRED INTEGRADA DE SERVIIOS DE SALUD SUR OCCIDENRE	epiaa2010@gmail.com	3115972547
97	10/4/23 9:39:59	Karol Tatiana Garcia Prieto	Enfermera	HUM Mederi	vigilancia.epidemiologica@mederi.com.co	3153519613
98	10/4/23 9:40:03	Brigel Manuel Parejo Lizcano	Analista Gestión del Riesgo	Instituto Roosevelt Sede Propace	sivigilap@ioir.org.co	3534000

99	10/4/23 9:40:26	INGRID YAZMIN CERVANTES GARCIA	TECNICO ADMINISTRATIVO	SUBRED SUR OCCIDENTE	iycervantesg14@gmail.com	3142485436
100	10/4/23 9:39:57	Mariluz Muñeton Diaz	Lider Operativo	Subred Sur Occidente	lidertransmisibles@subredsuroccidente.gov.co	3208606328
101	10/4/23 9:40:10	Adriana Paola Ulloa Virgüez	Profesional especializado	Subdirección de vigilancia en salud pública	apulloa@saludcapital.gov.co	3143485135
102	10/4/23 9:40:36	NOHORA CABRA	RECEPCIONISTA	INES SIMONETH USECHE RODRIGUEZ	doctorasimonethusechе@gmail.com	3123061404
103	10/4/23 9:40:56	Yenny Paola Meneses Cardenas	Enfermera	Sub red Norte	yennypm18@gmail.com	3115808394
104	10/4/23 9:39:31	DANIEL VEGA ESCARRAGA	AUX ENFERMERIA	CENTRO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CENDIATRA NORTE	laboratorionorte@cendiatra.com	7443001
105	10/4/23 9:41:05	Ruth Espinosa Ocampo	Coordinador de Gestión del Riesgo	Instituto Roosevelt	respinosa@ioir.org.co	3534000
106	10/4/23 9:41:45	Rudy Paola Sandoval Pimiento	Epidemiologa	Subred Norte-Transmisibles	gestionepinorte@gmail.com	3135711891
107	10/4/23 9:42:15	PAULA FERNANDA HERRERA	JEFE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	CLINICA 94 COLSUBSIDIO	vigilanciaepidemiologica.clinica94@colsubsidio.com	3185326856
108	10/4/23 9:40:41	Mario diego Gutiérrez	auxiliar de asuntos regulatorios	kom care ips	mgutierrez@komcareips.com.co	3002846248
109	10/4/23 9:42:02	Martha lucia Alzate Posada	Docente	Universidad Nacional de Colombia y HUN	mlalzatep@unal.edu.co	30100241012
110	10/4/23 9:38:23	Andrea Liliana León Avendaño	Enfermera	Area de Salud de Bienestar de Universidad Nacional sede Bogota, UNAL y CASE	alleona@unal.edu.co	3016320268
111	10/4/23 9:43:22	Jenny Paola Torres	Profesional Universitario	Subred Sur	irasubredsur@gmail.com	3138946276
112	10/4/23 9:43:32	Diana Alejandra Rios Hernandez	Asistente	ALFREDO SAAVEDRA	neumologia.marly@yahoo.com	3213343100
113	10/4/23 9:42:36	Tatiana Quiza Ordoñez	Auxiliar Administrativa	Consultorio Medico Dr Juan Jose Cediel Mendoza	juanjose.cedielm@yahoo.com	3102007512
114	10/4/23 9:46:30	Karen Castiblanco	Profesional Especializado	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Klcastiblanco@saludcapital.gov.co	3208205677
115	10/4/23 9:46:58	Angélica Gutiérrez	Asistente	UPGD Guido Cardona	neumologia1.marly@yahoo.com	2497539

116	10/4/23 9:47:26	MARIA CAMILA ACEVEDO VARGAS	ENFERMERA JEFE	CENTRO MEDICO COLSANITAS EL DORADO	SALUDPUBLICAAMB@COLSANITAS.COM	3103432722
117	10/4/23 9:46:05	LETTY ACOSTA GARZON	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CONSULTORIO DE EMPRESA EL TIEMPO	consultorio.etiempo@colsubsidio.com	2940100
118	10/4/23 9:47:29	PATRICIA ALVAREZ	GESTORA ADMINISTRATIVA	UI JULIO CESAR ORTEGA	DR.JULIOCESARORTEGA@OUTLOOK.COM	3214620063
119	10/4/23 9:47:16	AURA GINETH LARROTA VELOZA	DIRECCIÓN DE OPERACIONES	MOVILMEDICA ATENCIÓN INTERGRAL DOMICILIARIA	diroperativo@movilmedica.com.co	3142516912
120	10/4/23 9:47:42	Jenny Yazmin Sanchez	Profesional Especializado	SDS-SVSP	jysanchez@saludcapital.gov.co	3507273065
121	10/4/23 9:49:14	Marcela Gómez Upegui	Ingeniera de Sistemas	SDS-SAC-PAI	mgomez@saludcapital.gov.co	3114781545
122	10/4/23 9:50:13	Yuly Andrea Hernández Jiménez	Profesional Especializado	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública/ Subsistema de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria	yahernandez@saludcapital.gov.co	3046762336
123	10/4/23 9:51:53	FABIAN RODRIGUEZ GOMEZ	Tecnologo en sistemas	SDS/ SVSP	f1rodriguez@saludcapital.gov.co	3506036085
124	10/4/23 9:52:47	Nidia Teresa Rincón Franco	Líder de Epidemiologia	Servisalud qcl	salñudpublica.region10@utservislud.com.co	3208129354
125	10/4/23 9:52:49	NUBIA AMPARO GARCIA OSPINA	ENFERMERA	LIGA CONTRA EL CANCER SECCIONAL BOGOTA	ngarcia@ligacontraelcancer.com.co	3043807427
126	10/4/23 9:54:00	Ximena Chacón Rey	Epidemiologa	Subred Sur	micobacteriassubredsur@gmail.com	3124729432
127	10/4/23 9:58:00	Juliana María Damelines	Contratista	ACCVSyE	Jmdamelines@saludcapital.gov.co	3007427258
128	10/4/23 9:56:50	Claudia P. pardo Borrero	Enferma	UPG Ana María Mejía Múnera, UI Paula Alfonso, Claudia Villacis, Consulta Externa CM piso	cpardo@clinicadelamujer.com.co	3153161230
129	10/4/23 9:59:49	NIDIA ALVAREZ SANCHEZ	EPIDEMIOLOGA	TRANSMISISBLES	nidiaalvarezsanchez9@gamil.com.	3173938851
130	10/4/23 9:36:19	DERSY AÑASCO	REFRENTE DE FARMACOVIGILANCIA	SECRETARIA DISTRITAL DE SLUD	DLANASCO@SALUDCAPITAL.GOV.CO	3176436042
131	10/4/23 10:03:53	Zair Alexandra Guzmán Pachón	Contratista	Secretaría Distrital de Salud	zaguzman@saludcapital.gov.co	3649090

132	10/4/23 10:04:41	ERIKA YISEL CONGO MEDINA	AUXILIAR ENFERMERIA	USS 71 PATIO BONITO-URGENCIAS	NOTIFICACIONCAMIPBONITO@GMAIL.COM	3223031055
133	10/4/23 10:05:38	Clara Lucia Álvarez	Asistente	Consultorio	angela.cor2010@hotmail.com	3212617438
134	10/4/23 10:06:47	Angela coronado	Asistente	Dora Patricia Díaz yamal	angela.cor2010@hotmail.com	3212617438
135	10/4/23 10:06:22	Diana yamile polo	Enferemera	Cm colsubsidio Calle 26	Zpypcl26@colsubsidio.com	3160553961
136	10/4/23 10:08:33	YULI PAOLA MOYA MONROY	AUXILIAR ADM	CLINICA LOS NOGALES	VIGILANCIAEPIDEMIOLOGIA@CLINICANOGALES.COM	5937000 EXT 2014
137	10/4/23 9:35:58	Luisa Acevedo	Jefe de Apoyo epidemiología	Asociación de Amigos contra el cáncer	epidemiologia@proseguir.org	316 5281639
138	10/4/23 10:09:08	Yeimi Rocio Rátiva Morales	Contratista	Secretaria Dsitrital de Salud	yrrativa@saludcapital.gov.co	3198778467
139	10/4/23 10:10:44	Evelyn Alvarez	Auxiliar de epidemiología	Centro de cuidado intermedio	epidemiologia@proseguir.org	316 5281639
140	10/4/23 10:11:57	Leidy Pineda	Epidemiologa	Proseguir IPS	epidemiologia@proseguir.org	316 5281639
141	10/4/23 10:12:36	Angie Rodriguez	Enfermera Epidemiolog.	IPS Especializada	mdireccionmedicaips@gmail.com	3118135523
142	10/4/23 10:10:11	Constanza Gonzalez Garzon	Auxiliar de enfermeria	PSQ sede Country	saludpublicapsq.country@gmail.com	3138057888
143	10/4/23 10:14:22	Carolina Cohen Fontalvo	Profesional universitario	VSP - TRANSMISIBLES	Carolinacohen96@gmail.com	3114934906
144	10/4/23 10:17:01	Carlos Andrés Cortaza Cabana	Líder de calidad en salud	Consultorio Biológico Mandalay SAS	cortazaroctavio_14@hotmail.es	3118605367
145	10/4/23 10:17:05	JOHANA MARCELA RICO D´ALEMAN	AUXILIAR SIVIGILA	RIESGO DE FRACTURA - CAYRE PONTEVEDRA		3153763392
146	10/4/23 10:18:38	MONICA TATIANA ANDRADE LEIVA	EPIDEMIOLOGA	SUBRED SUR OCCIDENTE	casossinmuestras@gmail.com	3188659367
147	10/4/23 10:20:27	Alex Fabián Cuervo Moreno	Epidemiólgo	Aliansalud EPS	alexcm@aliansalud.com.co	3142985153
148	10/4/23 10:04:12	Jhon Jiro Abella F	Contratista	SVSP - SDS	jjabella@saludcapital.gov.co	3227278879
149	10/4/23 10:23:38	NELLY YANETH RUEDA CORTES	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA	nyrueda@saludcapital.gov.co	3012737806
150	10/4/23 10:29:15	INGRID TATIANA LOZANO	ENFERMERA	FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA	sivigila@fsfb.org.co	3124577628

151	10/4/23 10:31:06	INGRY PAOLA VILLAR GAONA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INSTITUTO DE CANCER CARLOS ARDILA LULLE - ICCAL -	auxsivigila2@fsfb.org.co	3046577784
152	10/4/23 10:37:04	Leidy Moncada	Aux enfermería	Usss bosa centro	capsbosasivigila@gmail.com	3203599843
153	10/4/23 10:43:23	cristian camilo castro duran	tecnico en sistemas	subred sur occdente	sivigila.tec.8@gmail.com	3195091536
154	10/4/23 10:44:04	Melissa Chevy Dyan Gantiva Téllez	Técnico en sistemas	Subred sur occidente	meshedygt@gmail.com	3136148676
155	10/4/23 10:44:43	YEIMI KATHERINE GALLEGO	AUX EPIDEMIOLOGIA	EPIDEMIOLOGIA	COOR.EPIDEMIOLOGIA@CLINICAMEDICAL.COM.CO	3197146272
156	10/4/23 10:44:51	GINNA MEDINA	AUYXILIAR DE ENFERMERIA	IPS DE TODOS USAQUÉN	ENFERMERIA.IPSUSAQUEN@GMAIL.COM	3015941962
157	10/4/23 10:49:26	ALBA NELLY GOMEZ	ENFERMERA	SALUD SURA USAQUEN	angomezg@sura.com.co	3017160759
158	10/4/23 10:51:06	ALBA NELLY GOMEZ GOMEZ	ENFERMERA	SALUD SURA CALLE 100	angomezg@sura.com.co	3017160759
159	10/4/23 10:56:32	CAMILA SARAVIA CARDENAS	ENFERMERA	ADMINISTRATIVA	CAMILASARAVIA@CEMDI.INFO	3105896620
160	10/4/23 11:01:27	Gina Paola Polania	Enfermera Jefe	Centro Medico Colsanitas Premium 108	sivigilacmc108@colsanitas.com	5718167
161	10/4/23 11:03:50	Gina Alejandra Abril	Enfermera Jefe	Centro Medico Colsanitas Calle 96	saludpublicacalle96@colsanitas.com	5718167
162	10/4/23 11:04:30	Yaniz Rocio Hernandez G	Profesional especializado SDS - VSP.	Secretaria Distrtital de Salud de Bogota	yrhernandez@saludcapital.gov.	3138906900
163	10/4/23 11:09:44	Libardo Alberto Renteria Ledezma	Profesional especializado	Subdirección de Vigilancia en Salud Publica	larenteria@saludcapital.gov.co	3153154201
164	10/4/23 11:10:23	Leidy Real	Epidemióloga	Subred sur Occidente	Leidyreal777@hotmail.com	3203987790
165	10/4/23 9:41:03	MAYERLY GUERRRO BERNAL	JEFE NUCLEO	CM ESPECIALISTAS EPS SANITAS	enfercmespecialistas@epssanitas.com	316333452
166	10/4/23 11:23:43	CLAUDIA PATRICIA CORREA CASTRO	ENFERMERA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO	vigilanciaepidemiologica.clinicainfantil@colsubsidio.com	3012212566
167	10/4/23 11:25:19	Maria Paula Cortes Vargas	Enfermeria	Centro medico Sanitas premium galerías	Mariapcortes98@gmail.com	3023629722
168	10/4/23 11:26:35	Diana Carolina Guevara Rocha	Enfermera	Centro medico castellana	Dicguevara@epssanitas.com	

169	10/4/23 11:26:34	Ricardo Andrés Gelvez Severino	Lider Transmisibles	Subred Norte	lidervspnortetransmisibles3@gmail.com	3015894975
170	10/4/23 11:35:57	LAURA CAMILA ROJAS	AUXILIAR EPIDEMIOLOGIA	CLINICA DE LA MUJER	ENFEPIDEMIOLOGIA@CLINICADELAMUJER.COM.CO	3124714261
171	10/4/23 11:38:27	DIANA CAROLINA PLAZAS SIERRA	ENFERMERA JEFE	FUNDACION CARDIOINFANTIL IC	DCPLAZAS@LACARDIO.ORG	6672727 EXT 53308
172	10/4/23 11:37:07	Ma Alexandra Martinez C	Coordinadora Salud Publica y epidemiologia	Clinica Infantil Santa Maria del Lago	saludpublicacisml@colsanitas.com	43067675713227
173	10/4/23 11:46:40	JUANITA RIOS	TEC. SALUD PUBLICA	CM SURA NUESTRO BOGOTA	CGSALLAG@COSUBSIDIO.COM	3134243878
174	10/4/23 11:46:33	YULY FERNANDA GARNICA JOVEN	BACTERIOLOGA	CLINICA COLSANITAS	yfgarnica@colsanitas.com	3112520492
175	10/4/23 11:46:35	Yenniffer Garcia Garcia	Enfermera	Unidad Renal Sanitas	yenniffer.garcia@clinicacolsanitas.com	3203065574
176	10/4/23 11:46:43	ANGELICA NIETO	AUX DE EPIDEMIOLOGIA	SALUD PUBLICA	saludpublicapsq.corferias@gmail.com	3045511966
177	10/4/23 11:47:05	María Manuela Durango Pérez	Enfermera profesional	Establecimiento de sanidad policial primario chapinero	Disan.upb-unchh@policia.gov.co	3135766100
178	10/4/23 11:47:00	MARIA ALEJANDRA SANTOS P	ENFERMERA	FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA CAP UNICENTRO	ADMON.CAPUNICENTRO@FSFB.ORG.CO	6030303
179	10/4/23 11:46:51	Diana Yaneth Cepeda Gutiérrez	Epidemióloga	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte-VSP-Transmisibles	dcepidemiologia@gmail.com	3115133769
180	10/4/23 11:47:15	AUDREY PÁEZ	CALIDAD	PORSALUD	auditoriamedica@porsaludips.com	7462603
181	10/4/23 11:47:15	ANDREA ESPINOSA HERRERA	ENFERMERA	VIVA 1A SUBA	jefepes.suba@viva1a.com.co	3105253879
182	10/4/23 11:47:38	Caren Andrea Mendoza León	Líder um	Consulta externa	umsantalibrada@servimedips.com	3106494772
183	10/4/23 11:47:15	María del Pilar Pinto Mora	Referente evento 113	Secretaría Distrital de Salud SVSP	mppinto@saludcapital.gov.co	3153148891
184	10/4/23 11:46:51	CIELO TAHIRY RODRIGUEZ ARCINIEGAS	EPIDEMIOLOGA	CLINICA RED HUMANA	epidemiologia@redhumana.co	3174316903
185	10/4/23 11:47:20	MONICA JIMENEZ NOGUERA	ENFERMERA	CENTRO MEDICO COOMEVA MEDICINA PREPAGADA TORRE 102	vigiilaciaepidemiologica102@christus.co	3212155832

186	10/4/23 11:47:52	Edith johanna cubides peñaloza	Enfermera	Cm colsubsidio ipanema	Pep.ipanema@colsubsidio.com	3203712217
187	10/4/23 11:48:05	CLAUDIA MARCELA SERNA ZAMBRANO	ENFERMERA	ASMEDAN SUBA	EPIDEMIOLOGIASUBA@GRUPOASMEDAN.COM	3124784702
188	10/4/23 11:47:59	maritza cecilia gonzalez avila	gerente	TU IPS SAS	GERENCIA@TUIPS.COM.CO	3118126730
189	10/4/23 11:48:03	María Manuela Durango Pérez	Enfermera profesional	Establecimiento de sanidad policial primario chapinero	Disan.upb-unchg@policia.gov.co	3135766100
190	10/4/23 11:47:49	MARIA ELENA POLO RAMIREZ	GERENTE	SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL COLOMBIANA. IPS SOINCO	gerencia@soincoips.com	3102093200
191	10/4/23 11:48:17	YENNIFFER ANDREA CALDERON	ENFERMERA	COLSANITAS - SIVIGILA	yenacalderon@colsanitas.com	3194354260
192	10/4/23 11:47:43	SANDRA CILENA MONTOYA ARBOLEDA	CONTRATISTA	SDS	SCMONTOYA@SALUDCAPITAL.GOV.CO	3152505292
193	10/4/23 11:48:18	Gabriela Zambrano Naranjo	Jefe de enfermería	Cafam Bosque-vidamedical ips	enfermeriaseg1.bosque@vidamedicalips.com.co	3214695981
194	10/4/23 11:47:59	Diana Marcela Castellanos Pérez	Enfermera Especialista	Epidemiologia	vigilancia.epidemiologica@hospitalinfantildesanjose.org.co	3152940037
195	10/4/23 11:48:28	HILLARY ODERAY REALES QUEJADA	ENFERMERA	UNIVERSIDAD EAN	ATENCIONMEDICA@UNIVERSIDADEAN.EDU.CO	3168748119
196	10/4/23 11:48:21	BLANCA ESNEIDER NIÑO	ENFERMERA AUXILIAR	IPS SOINCO SAS	bnino2023@hotmail.com	3178453469
197	10/4/23 11:48:24	DORIS MIRYAM CASTRO PERALTA	AUXILIAR DE ENFERMERIA	CORSANEMOS S.A.S	direccionmedica@corsanemos.com	3108540785
198	10/4/23 11:48:43	ELIZABETH RUBIO CASTIBLANCO	ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	CAFAM	erubio@cafam.com.co	3102538041
199	10/4/23 11:48:38	GUILLERMO DIAZ GUEVARA	MEDICO GENERAL	GUILLERMO DIAZ GUEVARA	doc.gdg@hotmail.com	3102862891
200	10/4/23 11:49:04	ALEJANDRA CARVAJAL	ENFERMERA EPIDEMIOLOGA	CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGIAS CLINICA SAN DIEGO CIOSAD	INFECCIONESCIOSAD@HOTMAIL.COM	3208400
201	10/4/23 11:49:21	Laura Natalia Cruz Prada	Auxiliar de Salud Pública	Clinica VIP	laura.cruzp@miclinicavip.com	3213969021
202	10/4/23 11:51:31	Sandra Milena Mancera González	Epidemióloga	Secretaria Distrital de Salud VSP	Samimago3@hotmail.com	3114739829

203	10/4/23 11:48:34	leidy johanna ramos segura	asistente operativo	cruz roja colombiana scb sede av.68	a.operativosamu68@cruzrojabogota.org.co	3115401080
204	10/4/23 11:55:06	YOHANA AVILA BUSTOS	AUX DE ENFERMERIA	PROGRAMA DE SALUD CENTRO MEDICO DEL FBSCGR	CENTROMEDICO@FBSCGR.GOV.CO	3779892
205	10/4/23 11:59:17	Janneth Milena Cordero Blanco	Lider no transmisibles	subred Sur Occidente	lidernotransmisibles@subredsuroccidente.gov.co	3174359658
206	10/4/23 12:27:45	DIANA MARCELA DIAZ	AUX OPERATIVO	CRUZ ROJA ALQUERIA	ASISTENTEOPERATIVO@CRUZROJABOGOTA.ORG.CO	3133201113
207	10/4/23 16:00:13	Ingrid Katherine Hernandez Torres	enfermera	CAP Unicentro Fundacion Santafe de Bogota	ingrid.hernandez@fsfb.org.co	3163124581

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

Evaluación y cierre de la reunión

¿Se logró el objetivo?	Observaciones (si aplica)
Si (x) **No ( )**	

***** Se podrán incluir o eliminar filas de acuerdo con el requerimiento.