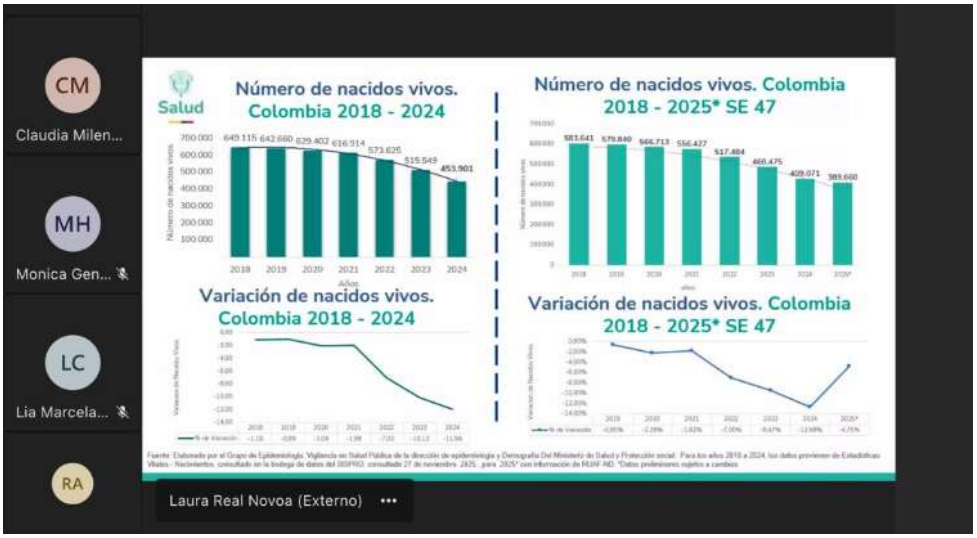
Tema: Seguimiento a las acciones y resultados del "Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna"

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD	GESTIÓN SOCIAL Y TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

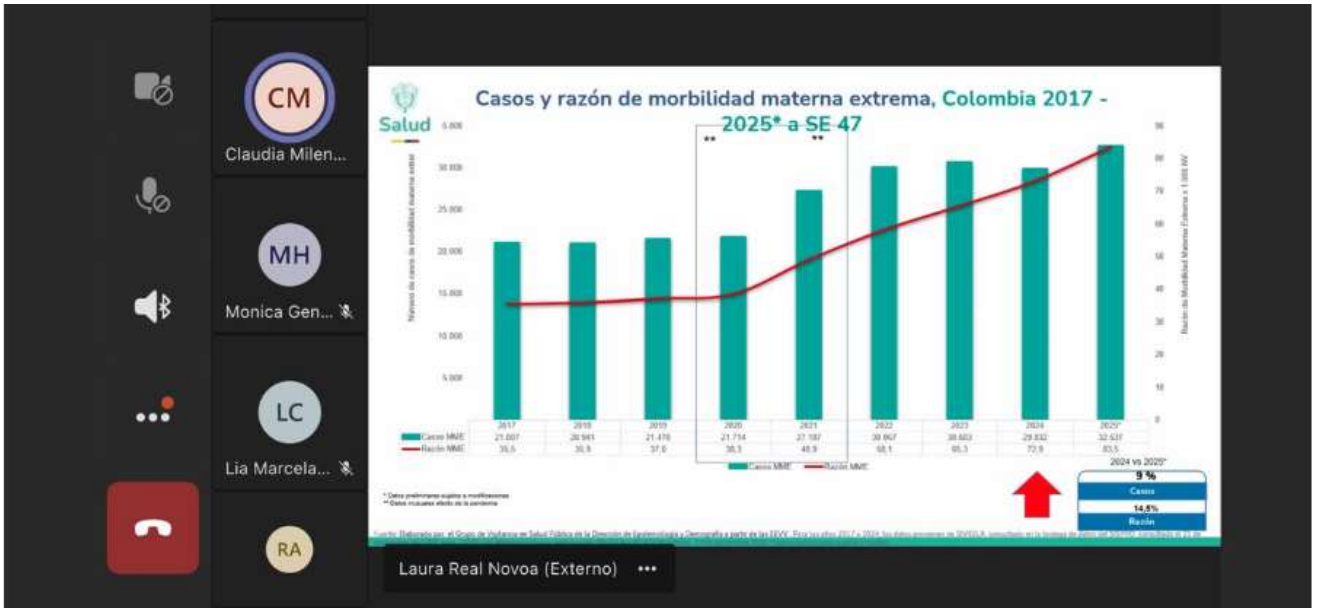
Objetivo				
Participar en reunión de seguimiento a las acciones y resultados del Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna	Fecha: 04 diciembre 2025			
	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación ( ) Acompañamiento ( )		
		Otro (x) _____		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (x)	Mixta ( )
	Lugar: Teams			
	Hora Inicio: 07:00 a.m. Hora Fin: 12:00			
	Notas por: Notas por: Maryerly Ardila y Lianis Ramos			
	Próxima Reunión: Por definir			
	Quien cita: Ministerio de Salud y Protección Social			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

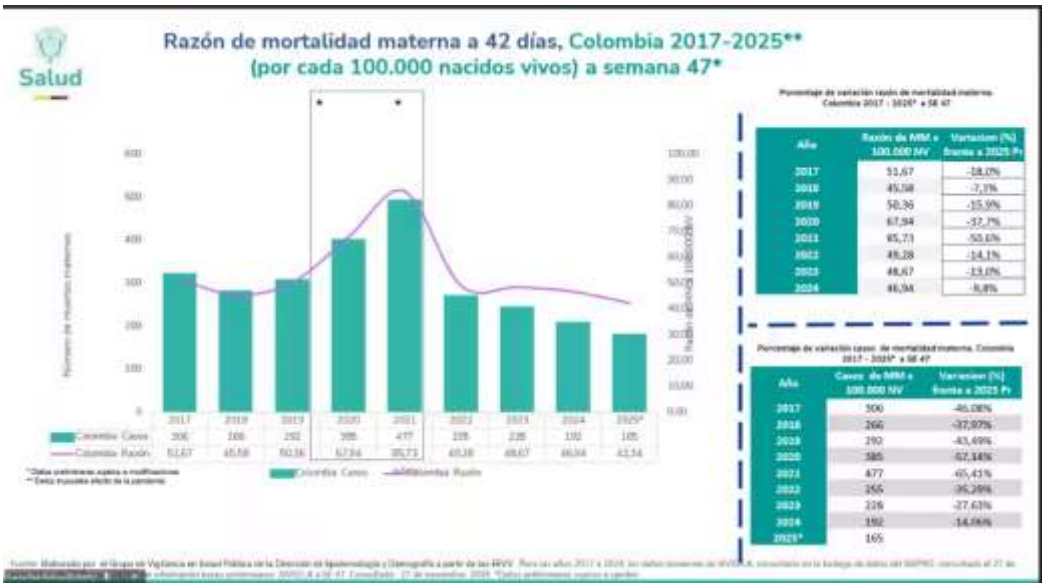
Se da inicio al Comité de Seguimiento número 150 del *Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna*, en el cual se presenta la situación epidemiológica correspondiente a la semana 47 del 2025, adicionalmente en la agenda del día se presenta: Practicas que salvan vidas de las gestantes con neumonía. Asimismo, se analiza el comportamiento de las muertes registradas, destacando los avances y las áreas que requieren fortalecimiento para continuar disminuyendo las muertes maternas.



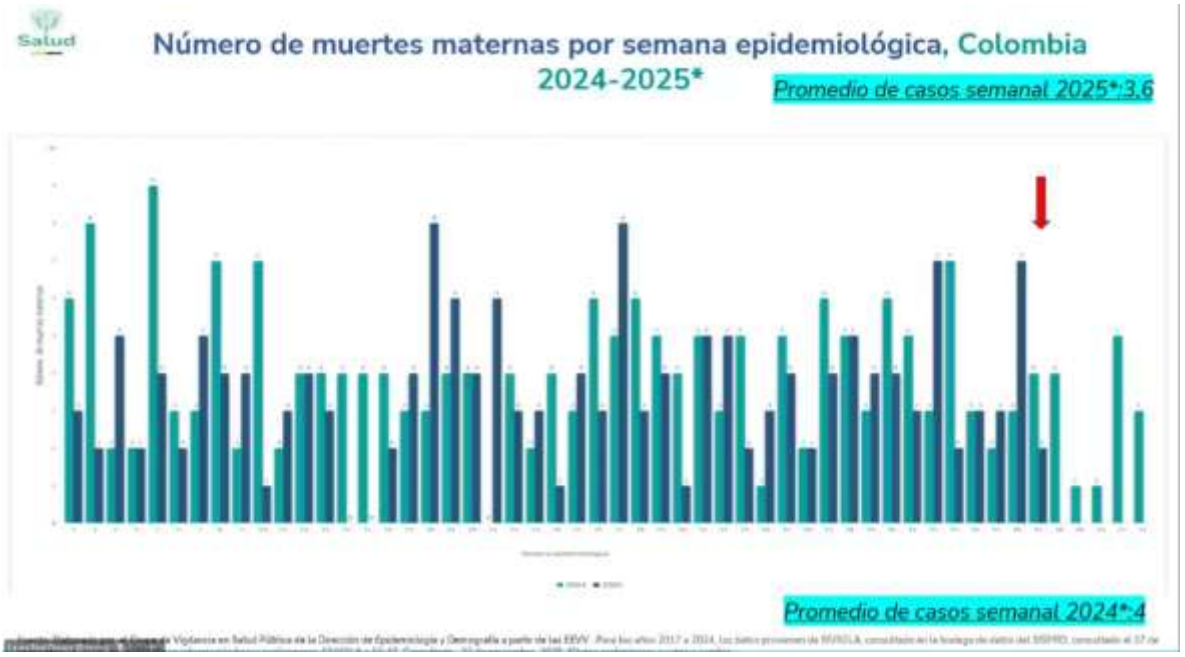
Nacidos Vivos: durante la semana epidemiológica 47, se presenta un acumulado de 389.660 nacidos vivos a la fecha de corte, con una variación del -4.75%.



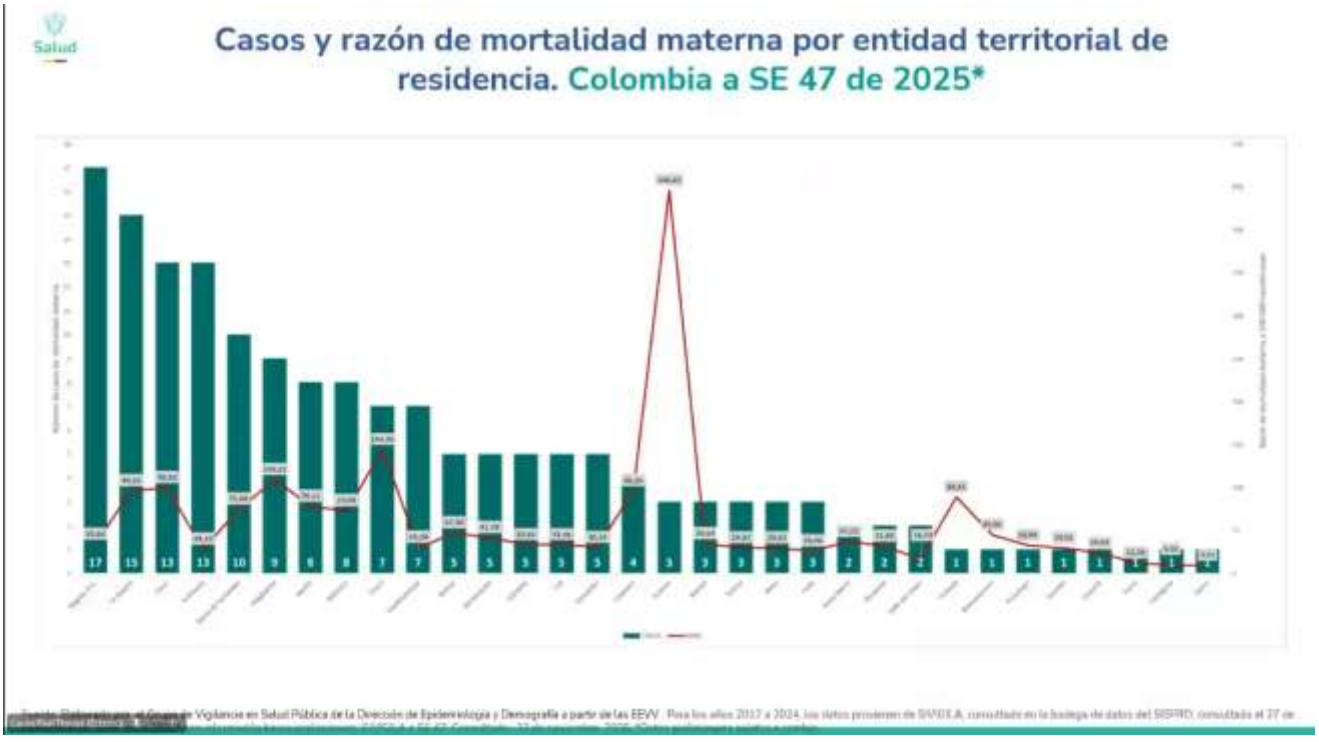
Morbilidad materna extrema: frente a los casos y razon de morbilidad materna extrema en colombia, se realiza comparacion de los periodos 2017 a 2025 (semana 47),evidenciando un aumento alcanzando los 32.537 casos notificados y una razón de morbilidad materna extrema de 83.5; con aumento del 9% para casos y de 14% en la razón.



En relación con la Razón de mortalidad materna a 42 dias, durante el mismo periodo, se observa una leve disminución respecto a años anteriores, con 165 casos reportados a nivel nacional y una razón de 42,34 por cada 100.000 nacidos vivos.

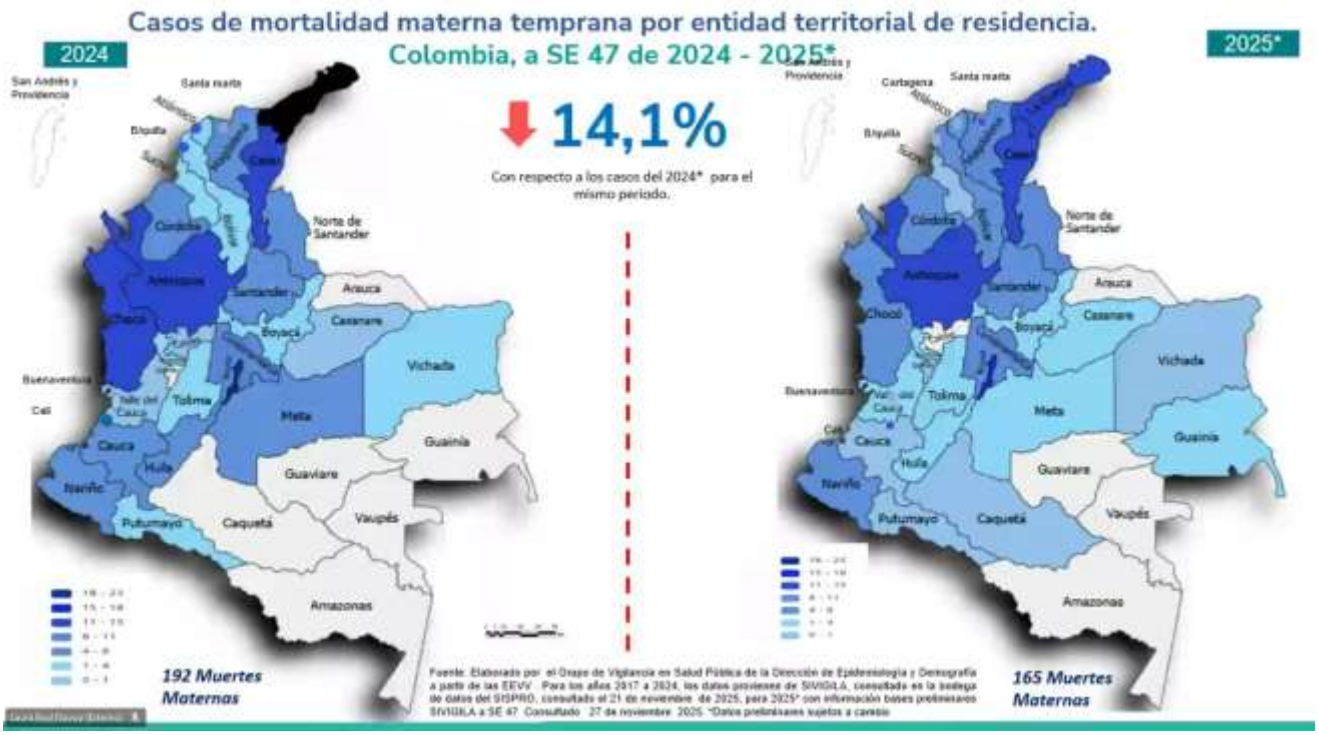


De acuerdo con el número de muertes maternas por semana epidemiológica, para la semana 47 se reportan dos (2) casos. Sin embargo, en 2025 el promedio semanal se encuentra en 3,6 casos, mientras que el promedio correspondiente al año anterior fue de 4 casos, evidenciándose una ligera disminución en la semana reportada.



Respecto al número de casos notificados y razón por entidad territorial de residencia, a semana 47 de 2025; se observa mayor número de casos en las entidades de Bogotá, Guajira, cesar, Antioquia y Norte de Santander,

respectivamente, sin embargo, la mayor razón de mortalidad materna se concentra en el departamento de Guainía, debido a la proporción con su población.

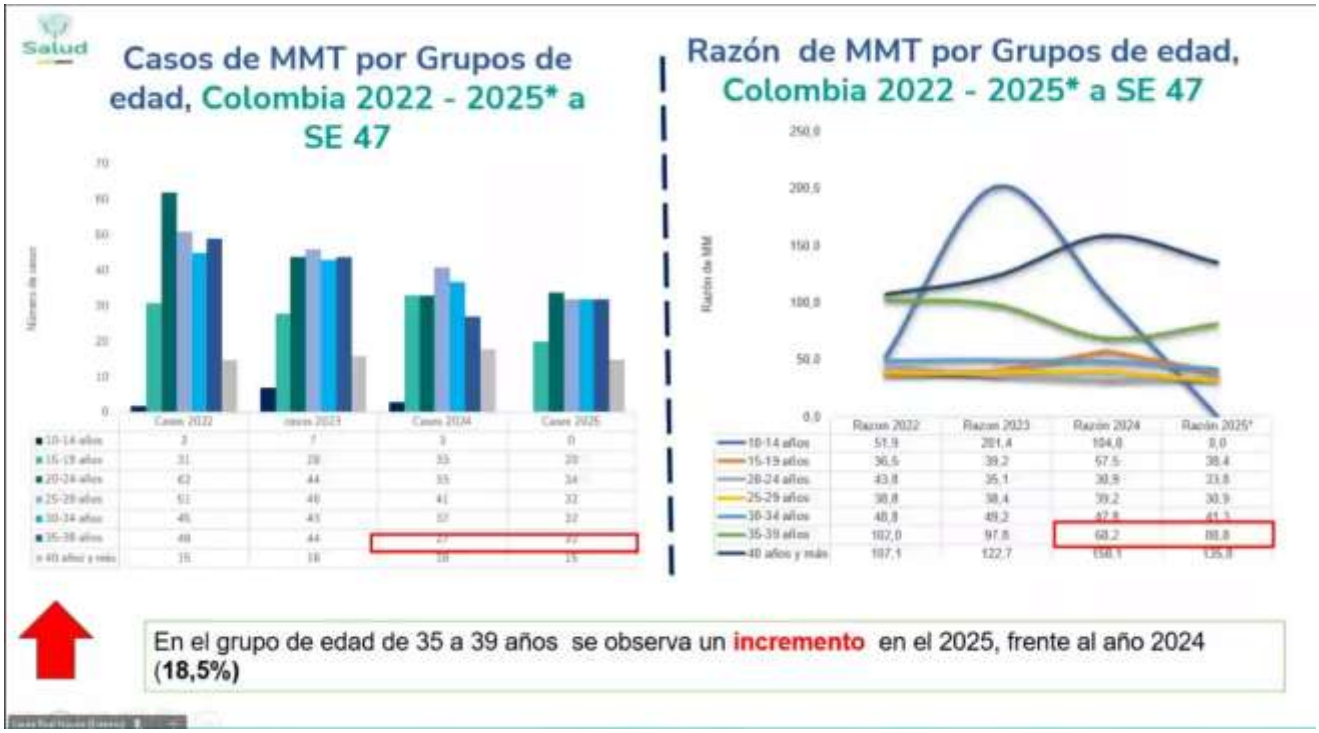


Teniendo en cuenta los casos de mortalidad materna temprana a semana 47, se observa un 14.1 % de disminución en Colombia con respecto a los casos del año 2024 para el mismo periodo.





En cuanto al comportamiento inusual de la mortalidad materna, el distrito residencia con mayor número de casos a 2025, para Bogotá D.C, se observa que ha disminuido el número de casos.



Frente a los casos y razón de mortalidad materna temprana, para la semana 47, se observa un incremento de casos de mortalidad para el grupo de edad de 35 a 39 años y se observa una disminución en casos en el grupo etario de 15 a 19 años. Respecto al grupo de menores de 14 años no se ha notificado casos de mortalidad materna durante el periodo evaluado.

Casos de mortalidad materna. Colombia, semana epidemiológica 47 de 2025*

Departamento	Municipio	EAPB	Causa Agrupada
CHOCO	QUIBDO	EPSS41. NUEVA EPS S.A.	HEMORRAGIA OBSTETRICA
MAGDALENA	FUNDACION	EPSS41. NUEVA EPS S.A.	OTRAS CAUSAS INDIRECTAS: UROLITIASIS



Durante la semana epidemiológica 47 se notificaron dos (2) casos de mortalidad materna, notificados en las entidades territoriales de Chocó (1 caso), Magdalena (1 caso).

Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 47 de 2025*

Causa agrupada. Número de casos y proporción a SE 47 2023-2025	2023		2024		2025		Tendencia % 2023-2025
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
DIRECTA	**146**	**68,2**	**117**	**63,9**	**99**	**60,0**	
Trastorno hipertensivo asociado al embarazo	43	20,1	34	18,6	31	18,8	
Hemorragia obstétrica	34	15,9	36	19,7	28	17,0	
Sepsis obstétrica	19	8,9	11	6,0	12	7,3	
Evento tromboembólico como causa básica	22	10,3	11	6,0	9	5,5	
Embarazo ectópico	11	5,1	8	4,4	7	4,2	
Embarazo terminado en aborto con causa directa: sepsis	4	1,9	6	3,3	7	4,2	
Embarazo terminado en aborto con causa directa: hemorragia	3	1,4	3	1,6	2	1,2	
Embolia de líquido amniótico	4	1,9	4	2,2	2	1,2	
Embarazo terminado en aborto con causa directa: evento trom	1	0,5	2	1,1	0	0,0	
Otras causas directas	1	0,5	1	0,5	0	0,0	
Complicaciones derivadas del tratamiento	4	1,9	1	0,5	1	0,6	
INDIRECTA	**65**	**30,4**	**62**	**33,9**	**55**	**33,3**	
Otras causas indirectas	25	11,7	27	14,8	21	12,7	
Otras causas indirectas: neumonía	13	6,1	6	3,3	18	10,9	
Sepsis no obstétrica	11	5,1	10	5,5	6	3,6	
Otras causas indirectas: cáncer	10	4,7	9	4,9	5	3	
Otras causas indirectas: malaria	1	0,5	0	0	3	1,8	
Otras causas indirectas: tuberculosis	3	1,4	4	2,2	2	1,2	
Otras causas indirectas: dengue	1	0,5	4	2,2	0	0	
Otras causas indirectas: VIH-SIDA	0	0	1	0,5	0	0	
Otras causas indirectas: neumonía por Covid 19	1	0,5	1	0,5	0	0	
Desconocida / indeterminada	**2**	**0,9**	**1**	**0,5**	**1**	**0,6**	
En estudio	**1**	**0,5**	**3**	**1,6**	**10**	**6,1**	

Respecto a los tipos y causa principal agrupada, de los casos de mortalidad materna en el país, se observa que el 60% está asociado a causas directas, ubicando en primer lugar los trastornos hipertensivos asociados al embarazo con un porcentaje en 2025 del 18,8% seguido de la hemorragia obstétrica 17% y sepsis de origen obstétrico 7,3%.

En cuanto a las causas indirectas, agrupa el 33 % de los casos; evidenciando en mayor proporción “otras causas indirectas” 12,7 %, otras causas indirectas: neumonía 10,9% y sepsis no obstétrica con un 3,6%.

Así mismo; las causas de origen desconocido/indeterminado, las cuales representan un 0,6% y en estudio 6,1%.



De acuerdo con las principales causas agrupadas de mortalidad materna, por proporción de las principales causas por entidad territorial de mortalidad materna temprana se encuentra Hemorragia obstétrica con mayor porcentaje en la entidad territorial de Choco: 18%, Sepsis de origen obstétrico, Guajira: 25% y trastorno hipertensivo asociado al embarazo, Cesar: 17%.



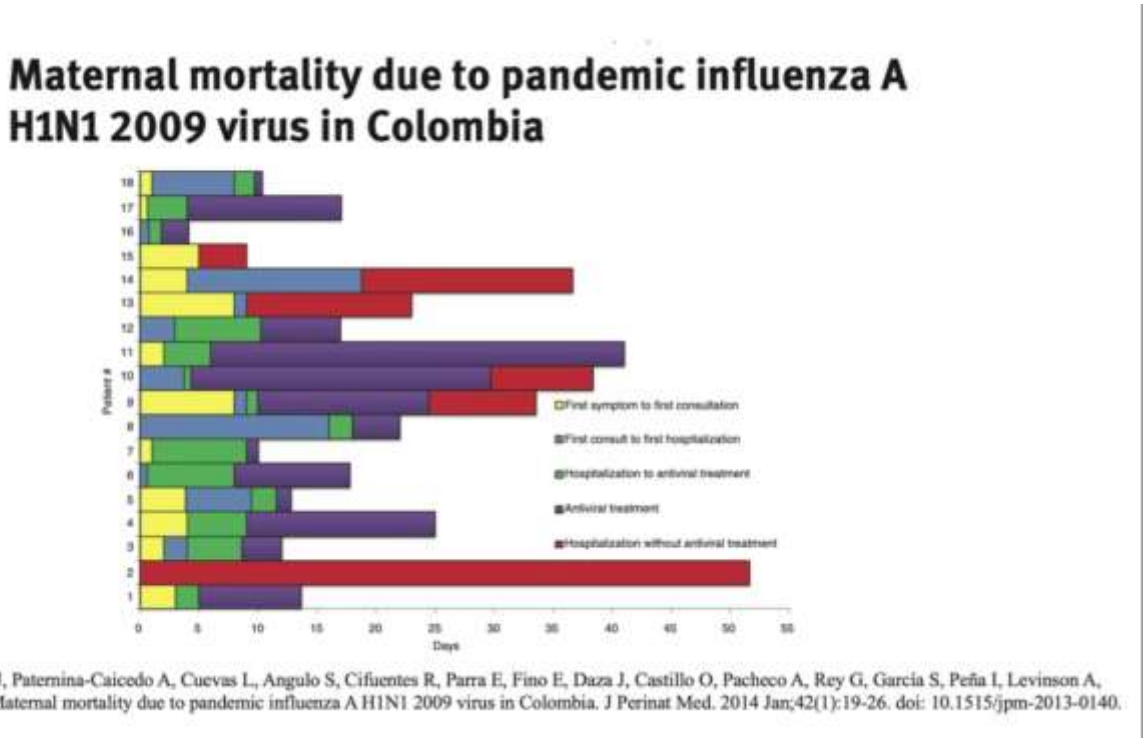
En cuanto entidades territorial se observa casos como dos casos o más donde Barranquilla, Cartagena, Casanare, Cesar, Atlántico y demás semaforizadas en color rojo.

Año

2.3 MME por año y causa agrupada

CAUSA	2022	2023	2024	2025	Porcen_cambio	p_value
1. Trastornos hipertensivos	21672	21240	19520	21421	2.9	0
2. Complicaciones hemorrágicas	4229	4510	5065	5860	27.4	0
3. Complicaciones del aborto	564	814	921	977	27.5	0
4. Sepsis de Origen Obstétrico	1518	1551	1558	1470	-4.7	0.067
5. Sepsis de Origen No Obstétrico	241	410	540	640	61.2	0
6. Sepsis de Origen Pulmonar	187	110	139	157	3.9	0.619
7. Enf Preexistente que se complica	386	727	944	931	35.8	0
8. Otra Causa	992	1015	1145	1105	5.2	0.096
Total	29789	30377	29832	32555	8.5	0

Durante la sesión se lleva a cabo el desarrollo de webinar académico “Prácticas que salvan vidas de las gestantes en neumonía”



Rojas-Suarez J, Paternina-Caicedo A, Cuevas L, Angulo S, Cifuentes R, Parra E, Fino E, Daza J, Castillo O, Pacheco A, Rey G, García S, Peña I, Levinson A, Bourjeily G. Maternal mortality due to pandemic influenza A H1N1 2009 virus in Colombia. J Perinat Med. 2014 Jan;42(1):19-26. doi: 10.1515/jpm-2013-0140.



Hidalgo JL,. Crit Care Med. 2025 Jul 16.

1. Identificar la infección de manera temprana
2. Como identificamos la severidad
3. Implementar paquetes de intervenciones en sepsis para facilitar la atención: gasometría arterial, llenado capilar

POSITION PAPER

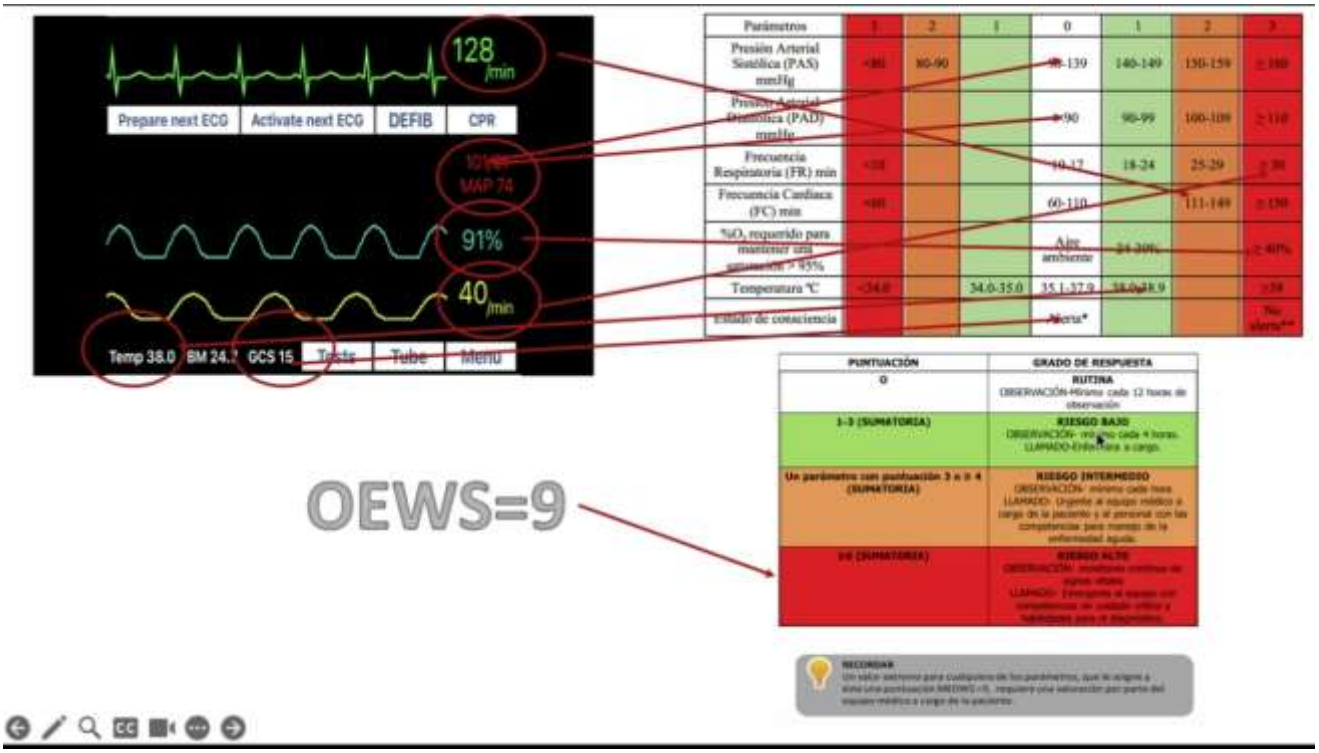
SOMANZ position statement for the investigation and management of sepsis in pregnancy 2023

omSOFA

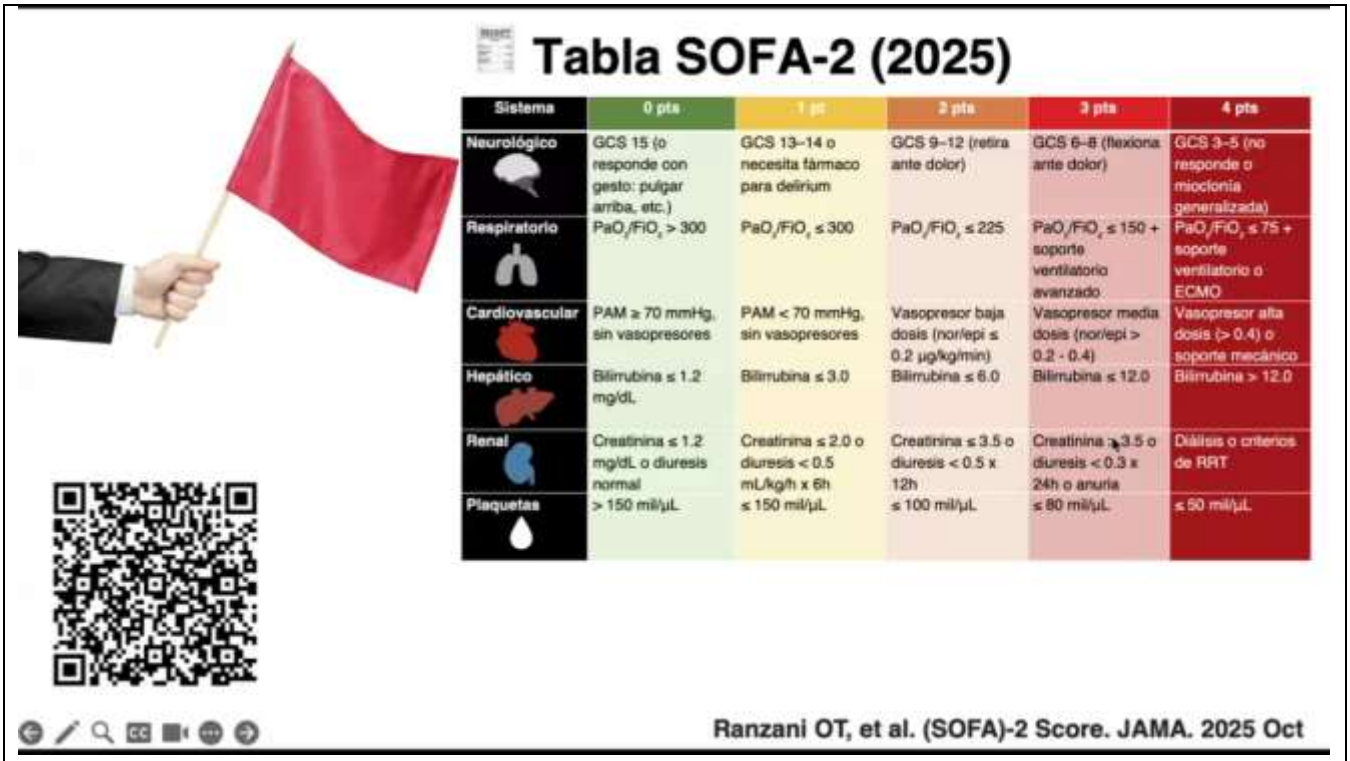
Parámetro del sistema	Puntuación		
	0	1	2
Respiración PaO2/FIO2	≥400	300 - <400	<300
Coagulación Plaquetas,x106/L	≥150	100-150	<100
Hepático Bilirrubina (µmol/L)	≤20	20-32	>32
Cardiovascular Presión arterial media (mm Hg)	MAP>70	MAP<70	Vasopresores necesarios
Sistema Nervioso Central	Alerta/ Orientado	responde al llamado	Responde al dolor
Renal Creatinina (µmol/L)	≤90	90-120	>120

Bowyer L, Cutts BA, Barrett HL, Bein K, Crozier TM, Gehlert J, Giles ML, Hocking J, Lowe S, Lust K, Makris A, Morton MR, Pidgeon T, Said J, Tanner HL, Wilkinson L, Wong M. SOMANZ position statement for the investigation and management of sepsis in pregnancy 2023. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2024 Jun 24. doi: 10.1111/ajo.13848.





Cuando se acrua en los 6 puntos se reacciona



Tiene cambios en la fradación de la severidad, se incluye cambios de oxigenacion, evaluación del nivel de conciencia que con este dan herrasmientas para el sistema de puntuación, permite hacer el cambio en el sistema de cardiovascular y sistemrespitario, sin sacrificar los pacientes graves , por lo tanto puede identificar los pacientes menos graves.

- ✓ Implementar paquetes de intervenciones en sepsis para facilitar la atención.

La sepsis es una condición tiempo dependiente.

Preguntar en los hospitales: ¿se cuenta con equipos de respuesta rápida para causas que no sea obstétricas?

Gases durante el embarazo.





Gases arteriales durante el embarazo

Medida de gases arteriales	No-embarazada	Embarazada (trimestre)		
		1	2	3
PaO_2 (mmHg)	100		107	
pH	7.40		7.42-7.45	
$PaCO_2$ (mmHg)	40		26-32	
HCO_3 (mEq/Lt)	24		18-22	

El Desafío Fisiológico Gestacional

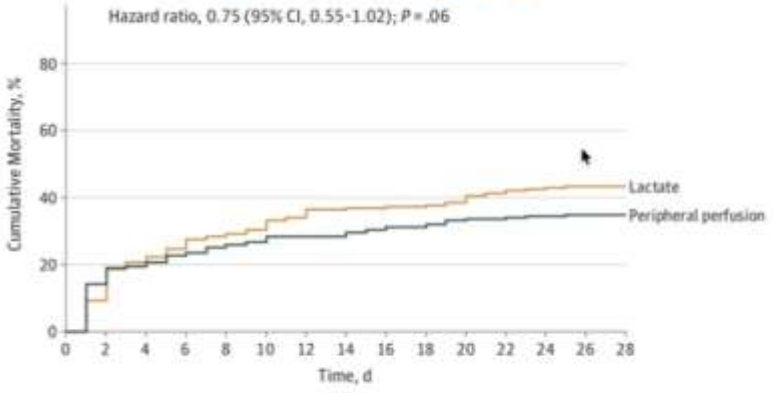
- **Concepto Central: Fisiologia del embarazo**

Medida de gases arteriales	No-embarazada	Embarazada (trimestre)		
		1	2	3
PaO_2 (mmHg)	100 →	107 ↑	→	→
pH	7.40 →	7.42-7.45↑	→	→
$PaCO_2$ (mmHg)	40 →	26-32↓	→	→
HCO_3 (mEq/Lt)	24 →	18-22↓	→	→

Lapinsky & Vasquez, Crit Care Clin, 2024



llenado capilar > 3 seg



Hernández G, Ospina-Tascón GA. JAMA. 2019 Feb 19;321(7):654-664.


Shock Séptico: Un Enfoque Personalizado Mejora los Resultados
El ensayo clínico ANDROMEDA-SHOCK-2 comparó dos estrategias de tratamiento para el shock séptico temprano en 1,467 pacientes, evaluando un nuevo protocolo de reanimación hemodinámica personalizada (TRC-PHR) frente al cuidado habitual para determinar si mejoraba los resultados a los 28 días. Participaron 88 centros de 19 países.
Grupo de Intervención: Reanimación Personalizada (TRC-PHR)
Protocolo guiado por el Tiempo de Relleno Capilar (TRC) para personalizar fluidos y medicamentos.
Grupo de Control: Cuidado Habitual
Tratamiento según los protocolos locales y las guías internacionales estándar para el shock séptico.
Tasa de Victorias (Win Ratio):
1.16 (Superior)
TRC-PHR (n=720)
Victorias Individuales:
48.9%
Cuidado Habitual (n=747)
Victorias Individuales:
42.1%
Resultados Clave a los 28 Días
Menor Duración del Soporte Vital
Vasopresores
Ventilación
Dialysis
Los pacientes necesitaron menos tiempo de vasopresores, ventilación mecánica y terapia de reemplazo renal.
La Estrategia Personalizada Fue Superior
El grupo TRC-PHR tuvo más "victorias" (mejores resultados) en comparación con el cuidado habitual.
Menos Fluidos de Reanimación
Diferencia media:
-251 mL
Los pacientes del grupo TRC-PHR recibieron menos fluidos de reanimación en comparación con el grupo de cuidado habitual.
ANDROMEDA-SHOCK-2 Investigators. JAMA. 2025 Oct


Instituto Nacional de Salud
La salud es de todos
Minsalud
Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema
Reducción en llenado capilar

Estudios de laboratorio: Cuales? Cuando? Para que?

- Diagnóstico etiológico y diferencial.
- Evaluar severidad.



Gram y cultivo de esputo: ¿vale la pena?

Aspecto evaluado	Resumen de evidencia
Impacto en desenlaces clínicos	✗ No mejora mortalidad, estancia hospitalaria ni duración de antibióticos IV. (Evidencia de muy baja calidad)
Cambio en el tratamiento antibiótico	✗ En estudios observacionales, rara vez modificó la terapia antibiótica.

PANEL RESPIRATORIO FilmArray™

El **Panel respiratorio FilmArray™** permite una detección rápida y precisa de los principales patógenos causantes de infecciones respiratorias. Panel con 18 virus y 4 bacterias que causan infecciones del tracto respiratorio superior con una sensibilidad y especificidad globales de entre el 95% al 99% respectivamente.

VIRUS
- Adenovirus
- Coronavirus HKU1
- Coronavirus NL63
- Coronavirus 229E
- Coronavirus OC43
- **Coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2)**
- Metapneumovirus humano
- Rinovirus/Enterovirus humano
- Influenza A
- Influenza A/H1
- Influenza A/H3
- Influenza A/H1-2009
- Influenza B
- Virus de la parainfluenza 1
- Virus de la parainfluenza 2
- Virus de la parainfluenza 3
- Virus de la parainfluenza 4
- Virus sincicial respiratorio

BACTERIAS
- *Bordetella pertussis*
- *Bordetella parapertussis*
- *Chlamydia (Chlamydophila) pneumoniae*
- *Mycoplasma pneumoniae*

TIPO DE MUESTRA:

HISOPADO NASOFARINGEO
(MEDIO DE TRANSPORTE)

¿Cuándo hacer pruebas moleculares respiratorias en gestantes con síntomas respiratorios?

Escenario clínico en gestantes	¿Recomendar prueba molecular?	Justificación clínica
Síntomas moderados o severos (fiebre persistente, disnea, taquipnea, hipoxia, tos productiva)	Alta prioridad	Puede cambiar manejo: uso de antivirales, antibióticos, remisión, oxigenoterapia o decisión obstétrica.
Contexto epidemiológico activo(circulación de influenza, VSR, SARS-CoV-2, brotes institucionales)	Alta prioridad	Impacto en salud pública, prevención de transmisión, decisiones clínicas y aislamiento.

Coinfecciones virales en neumonía adquirida en la comunidad (NAC)

Prevalencia

- Hasta **20%** de pacientes con influenza grave tienen coinfección

Agentes más comunes:

- *S. pneumoniae* (más frecuente)
- *H. influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*
- *S. aureus*, *Legionella spp.*
- *Aspergillus spp.*

S. aureus + Influenza

- Coinfección en 39–50% de hospitalizados

Tiempo del antibiótico

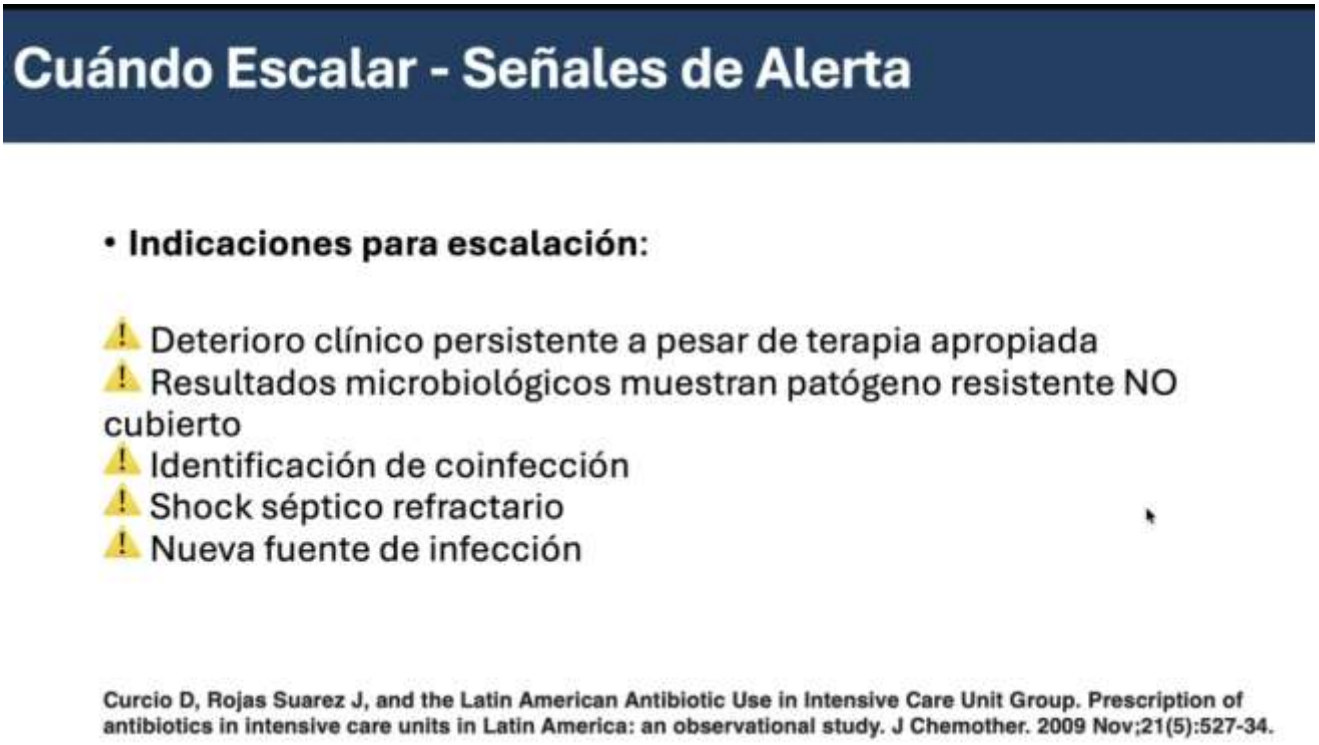
	Con choque	Sin choque
Sepsis definitiva o probable	Administre antibioticos de manera **inmediata**, idealmente dentro de la primera hora del reconocimiento	
Sepsis posible	Administre antibioticos de manera **inmediata**, idealmente dentro de la primera hora del reconocimiento	Evalue rapidamente otras posibles causas infecciosas o no infecciosas Administre antibioticos dentro de las **tres primeras horas** si la preocupación persiste

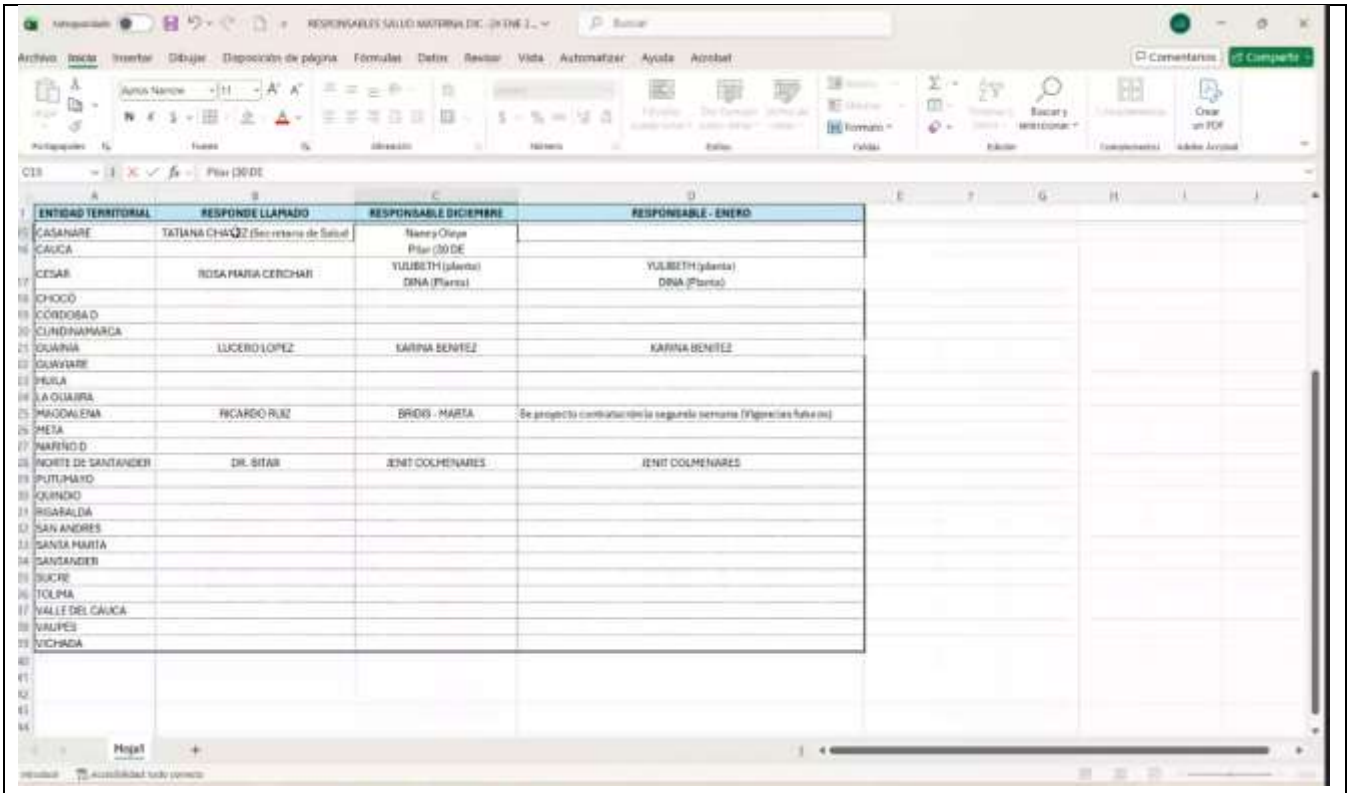
Surviving Sepsis Campaign

Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021 Oct 2:1–67. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y.



En que paciente debo correr en la primera hora, en paciente que tiene shock.





ENTIDAD TERRITORIAL	RESPONDE LLAMADO	RESPONSABLE DICIEMBRE	RESPONSABLE - ENERO
CASANARE	TATIANA CHAVEZ (Secretaria de Salud	Nancy Olaya	
CAUCA		Pilar (3) DE	
CESAR	ROSA MARIA CERCHAR	YULIBETH (planta) DINA (Planta)	YULIBETH (planta) DINA (Planta)
CHOCO			
CÓRDOBA D			
CUNDINAMARCA			
GUAINIA	LUCERO LOPEZ	KARINA BENITEZ	KARINA BENITEZ
GUAVIARE			
HUILA			
LA GUAJIRA			
MAGDALENA	RICARDO RUIZ	BRIDIS - MARTA	Se proyecto contratación la segunda semana (Vigencias futuras)
META			
NARIÑO D			
NORTE DE SANTANDER	DR. SITAR	JENIT COLMENARES	JENIT COLMENARES
PUTUMAYO			
QUINDIO			
RISARALDA			
SAN ANDRES			
SANTA MARTA			
SANTANDER			
SUCRE			
TOLIMA			
VALLE DEL CAUCA			
VAUPES			
VICHADA			

Se realizó revisión de contratación de talento humano para diciembre y enero 2026 de algunos territorios prriorizados.



COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Enviar el PARE 2026 al correo de quien corresponde, teniendo en cuenta las mesas del mes de octubre y noviembre (tener en cuenta egreso seguro).	Entidades territoriales	martes 9 de diciembre 2025.
Llamado a los secretarios de los que estamos en amarillo (envían listado esta semana para informar a los directivos).	Ministerio de Salud y protección social	martes 11 de diciembre 2025.
Socialización del tablero en la siguiente reunión de cómo vamos en ISABEL.	Ministerio de Salud y protección social	martes 11 de diciembre 2025.
Socialización de nuevas herramientas para el PARE 2026 (MSPS)	Ministerio de Salud y protección social	martes 11 de diciembre 2025.
Diligenciamiento de formulario con el número de talleres realizados en el Distrito, cuantas personas y perfiles participaron en estos ejercicios de simulación. (envió antes del 12 de diciembre). **Deben ser de capacitaciones no simulacros institucionales.**	Entidades territoriales	martes 12 de diciembre 2025.

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Maryerly Ardila Martinez	M1ardila@saludcapital.gov.co	3195802321	SDS - SCSSS	
2	Lianis Ramos Viloria	LARamos@saludcapital.gov.co	3154896838	SDS - SIVCSS	
3	Andrea Paola Villamizar	ap1villamizar@saludcapital.gov.co	3192395734	SDS – DPS	
5	María Eugenia, Delgado Méndez	medelgado@saludcapital.gov.co	3115404970	SDS – DSS	

ASISTENTES

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

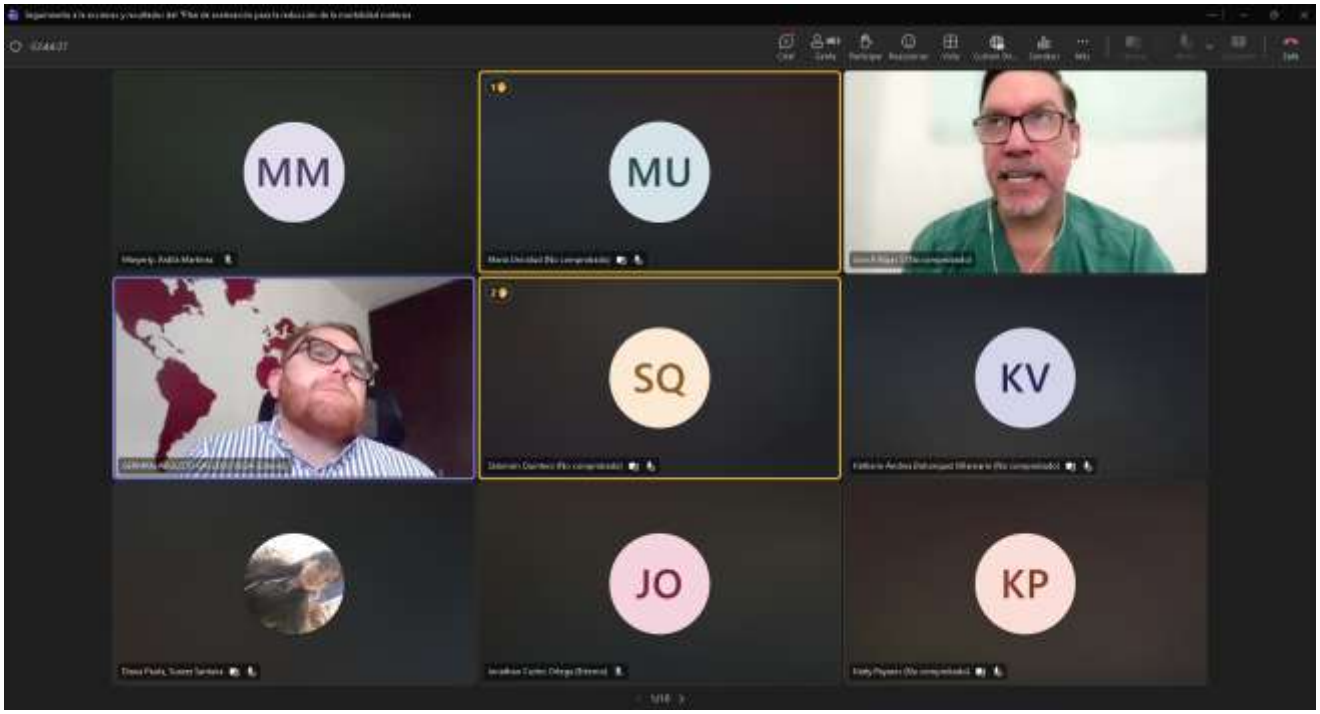
Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

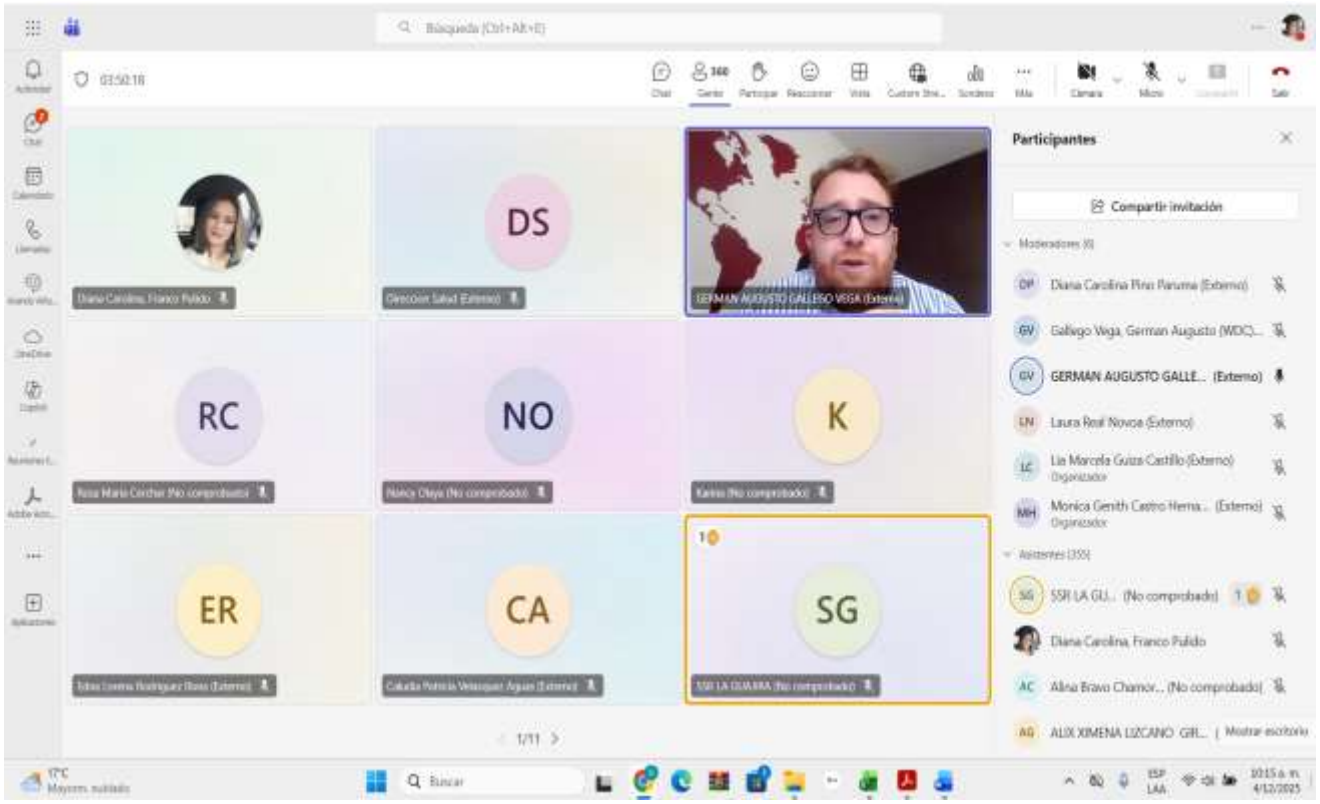
Evaluación y cierre de la reunión

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

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

Registro fotográfico




Participantes
Compartir invitación
DS
RC
NO
K
ER
CA
SG
GERMAN AUGUSTO GALLE... (Externo)
Laura Real Novoa (Externo)
Diana Carolina Franco Pulido