Mesa ampliada Distrital de seguimiento Materno perinatal N°23

Secretaria Distrital de Salud

Subsecretaria Salud Pública

Diciembre 2025

Agenda

Agenda

Hora	Presentación	Responsable
7:00– 7:30 a.m.	Ingreso	Participantes
7:30 – 7:45 a.m.	Saludo y apertura	Dr. Alexander Moscoso Osorio Secretario de salud de Bogotá (E)
7:45 – 8:05 a.m.	Acciones conjuntas Alcaldía Local de San Cristóbal y APS	Carlos Macias Montoya: Alcalde Local de San Cristóbal Tatiana Romero Líder APS San Cristóbal
8:05 – 8:30 a.m.	Situación epidemiológica de la salud materno perinatal en el Distrito.	Dr. Julián Fernández Subsecretario Salud Pública
8:30 – 8:50am	Presentación Tablero de indicadores al seguimiento: Morbilidad materna extrema	Enf. Martha Becerra Subdirección de Aseguramiento en salud
8:50 - 9:10 am	Presentación Tablero de indicadores al seguimiento: Criterios de tamizaje para preeclampsia.	Dr. Diego Becerra Cornejo Ginecólogo - Dirección provisión de servicios.
9:10 - 9:30 am	Socialización vacunación contra la Bronquiolitis y EAPV – Vacunación (gestantes semana 28 – 36)	Enf. Diana Ayala Coordinadora PAI Enf. Fernando Diaz Castro
09:30 – 9:40 am	Presentación casos de muerte materna SE 48 Famisanar - Capital Salud	Dra. Melissa Sierra Subdirección Vigilancia Salud Pública
09:40 – 9:45 am	Compromisos y cierre	Dr. Julián Fernández Subsecretario Salud Pública

1. Saludo y apertura

Dr. Alexander Moscoso Osorio
Secretario de salud de Bogotá (E)



2. Acciones conjuntas Alcaldía Local de San Cristóbal y APS



Carlos Macias Montoya
Alcalde Local de San Cristóbal
Tatiana Romero
Líder APS San Cristóbal



Mesa de Seguimiento a la Mortalidad Materna y Perinatal Loc. San Cristóbal Acciones de Coordinación con equipo APS y Secretaría Distrital de Salud

Carlos Macías Montoya
Alcalde Local

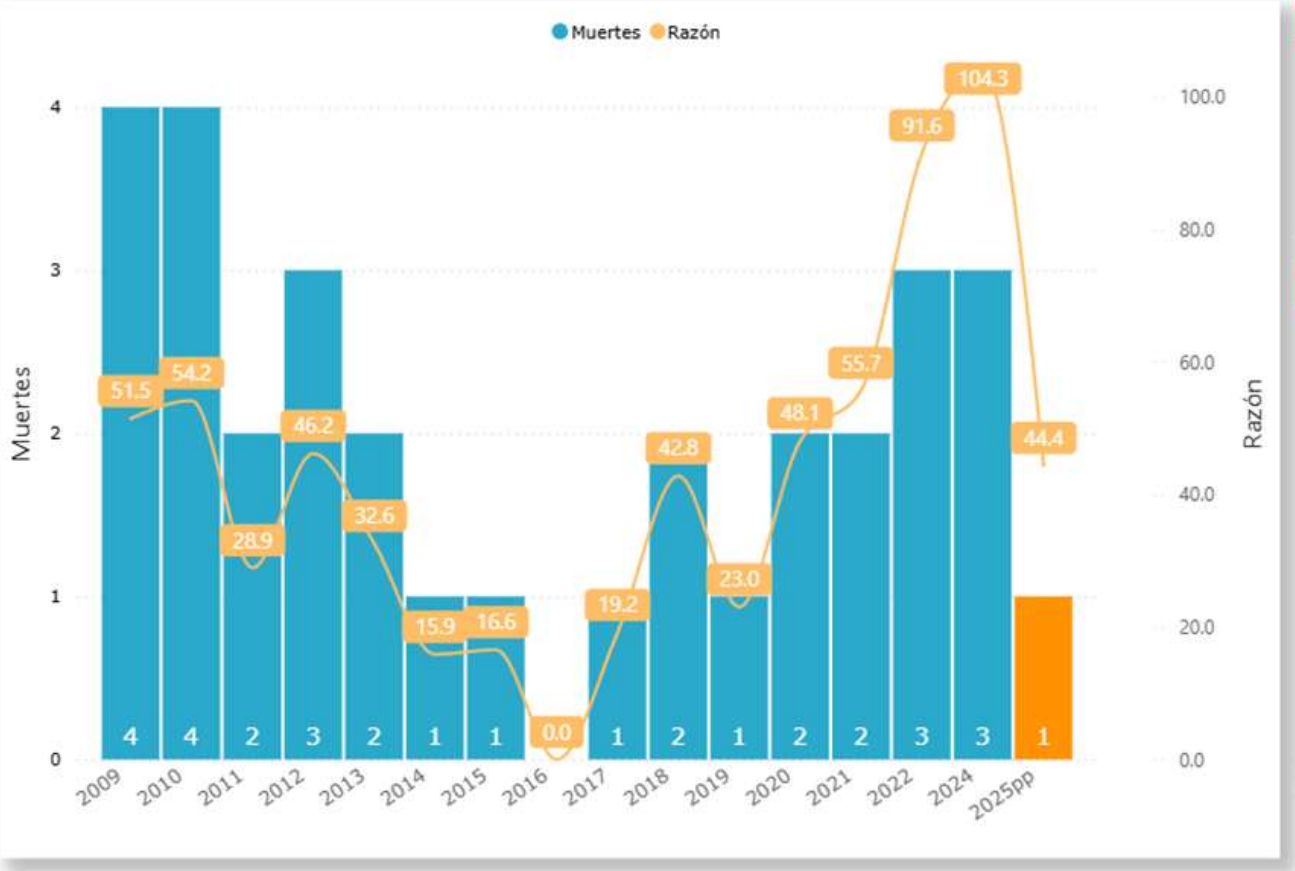
Mortalidad materna en Bogotá D.C.

Fecha de corte: 31/10/2025
Fuente: ver ficha del indicador

Localidad: Distrito | Usaquén | Chapinero | Santa Fe | San Cristóbal | Usme | Tunjuelito | Bosa

Año: 2025pp

Régimen de afiliación: Todas



Nacionalidad



Razón por localidad



pp. Información parcial y preliminar

Evento registrado en el mes de Septiembre/2025

Acción 1. Socialización de la RIA Materno Perinatal con rectores y rectoras de la Localidad

Articulación APS – Subred Centro Oriente, DILE – Instituciones Educativas y Alcaldía Local

01 de octubre/2025

Temas Analizados

• La mortalidad materna **tiene determinantes sociales** y educativos, no solo clínicos.
• El entorno escolar es un escenario determinante para la **prevención** del embarazo adolescente.
• Importancia de la **detección temprana** de alertas (deserción, embarazo, vulneraciones).
• Socialización de la Ruta Materno Perinatal y **derechos en salud sexual y reproductiva** (IVE y demás)

Aportes del Sector Educativo

•Compromiso de las IED para apoyar procesos de **orientación, remisión y acompañamiento**.
•Disposición para articular acciones pedagógicas en el marco del **plan de acción 2026**.

Resultado de la acción

•Sector Educación vinculado como aliado estratégico del PAREMM en el territorio.
•Base para acciones sostenidas de prevención desde el ámbito escolar.





Acción 2. Articulación con EPS para la Reducción de la Mortalidad Materna

Reunión Técnica PAREMM – San Cristóbal
03 de octubre/2025
Participantes
• Alcaldía Local de San Cristóbal
• Secretaría Distrital de Salud – Aseguramiento, Líder APS
• Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
• EPS: Famisanar, Nueva EPS y Compensar

Hallazgos
• Teniendo en cuenta que el **68 % de la población** en la localidad pertenece al **régimen contributivo**, es determinante la corresponsabilidad del sector privado (EPS), en la implementación de la Ruta Materno Perinatal.
• Persisten **barreras administrativas** en algunas EPS (autorizaciones, trámites) que retrasan la atención oportuna.
• Se identifican **consultas tardías**, asociadas a desinformación, dificultades de transporte y desconocimiento de la Ruta Materno Perinatal.
• La mortalidad materna es un **problema intersectorial**, no exclusivamente asistencial.

Recomendaciones acordadas según tipo de Aseguramiento
Régimen contributivo:
•Garantizar atención inmediata sin barreras administrativas en la Ruta Materno Perinatal.
•Fortalecer la divulgación de derechos y puntos de atención cercanos.
Régimen subsidiado:
•Enfoque diferencial para mujeres migrantes, adolescentes y población vulnerable.
•Acompañamiento intersectorial (salud, integración social, educación).
Resultado de la acción
• Insumos técnicos elevados al nivel distrital de aseguramiento.
• Compromiso de EPS y sector salud para fortalecer la implementación de la Ruta Materno Perinatal en el territorio.
• Definición de acciones de comunicación y promoción lideradas desde la Alcaldía Local.





BOGOTÁ
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Acción 3. Socialización y abordaje con orientadores y orientadoras escolares de la localidad

Prevención, detección temprana y activación de rutas 22 de octubre/2025

Temas abordados

- Socialización de la **RIA Materno Perinatal**.
- Identificación de **signos de alerta** en estudiantes gestantes o en riesgo.
- Rutas de atención para:
  - Embarazo adolescente
  - Salud mental y duelo gestacional
  - Violencias basadas en género
  - Importancia de la **orientación oportuna y sin estigmas**

Rol estratégico de los orientadores

- Primer punto de contacto y confianza para niñas y adolescentes.
- Puente entre la comunidad educativa, la familia y el sector salud.
- Determinantes para evitar **consultas tardías** y barreras de acceso.

Resultado de la acción

- Orientadores fortalecidos como **agentes de prevención y protección de la vida**.
- Mejora en la articulación Educación–Salud–APS – Alcaldía Local en el territorio en lo correspondiente a prevención de la mortalidad materna.





Acción 4. Difusión de información - Puntos de atención y signos de alarma

Difusión de piezas gráficas dirigidas a mujeres gestantes y sus familias, con información clara y accesible sobre puntos de atención en salud, signos de alarma durante el embarazo, parto y postparto, y orientación para la consulta oportuna, con el fin de prevenir consultas tardías y reducir riesgos asociados a la mortalidad materna en la localidad.





Acción 5. Espacio de análisis técnico con el sector salud para la definición de acciones, indicadores y Plan Local de Bienestar 2026

24 de noviembre/2025

Espacio de análisis técnico con el sector salud para la definición de acciones, análisis de indicadores y **Plan Local de Bienestar 2026** orientadas a la prevención del embarazo en adolescentes (15 a 19 años), incorporando el enfoque de derechos sexuales y reproductivos, la difusión y apropiación de la **Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal**, la detección temprana de riesgos y la reducción de barreras de acceso, en articulación con los sectores educación, integración social y comunitario.



12 de diciembre/2025

Se realizó la socialización ante el **Consejo Local de Gobierno** de las acciones desarrolladas durante la vigencia 2025 por el **sector salud**, destacando la implementación del **Modelo MAS Bienestar** en la localidad. En este espacio se presentaron los avances en articulación intersectorial, las acciones territoriales priorizadas y los aprendizajes obtenidos. Asimismo, se expuso la **proyección de acciones del Plan Local de Bienestar 2026**, orientadas al fortalecimiento de la atención primaria, la prevención y la garantía de derechos en el territorio.





3. Comportamiento Epidemiológico
Morbilidad materna extrema
Mortalidad materna
Mortalidad Perinatal

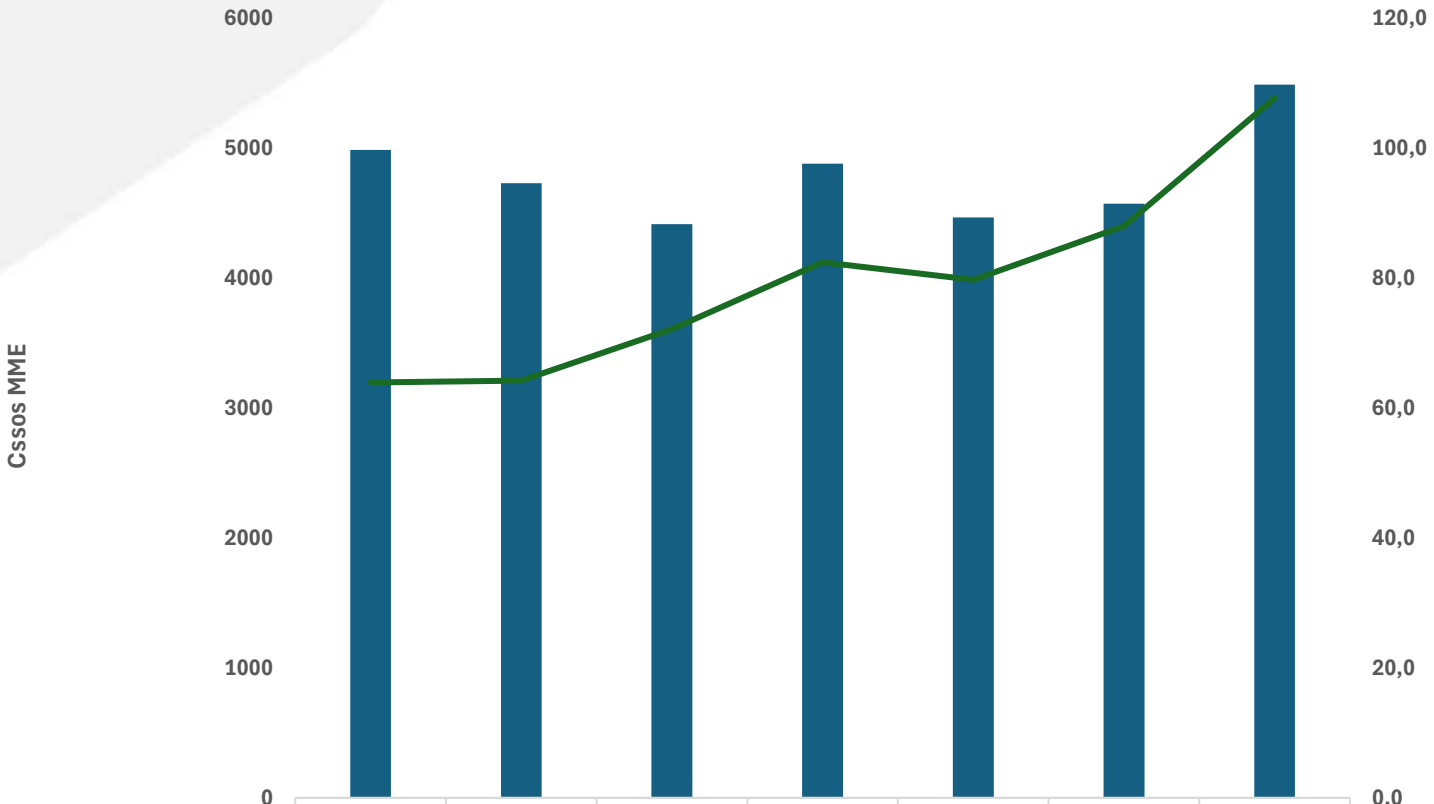


Dr. Julián Fernández Niño
Subsecretario Salud Pública

1 Morbilidad Materna Extrema

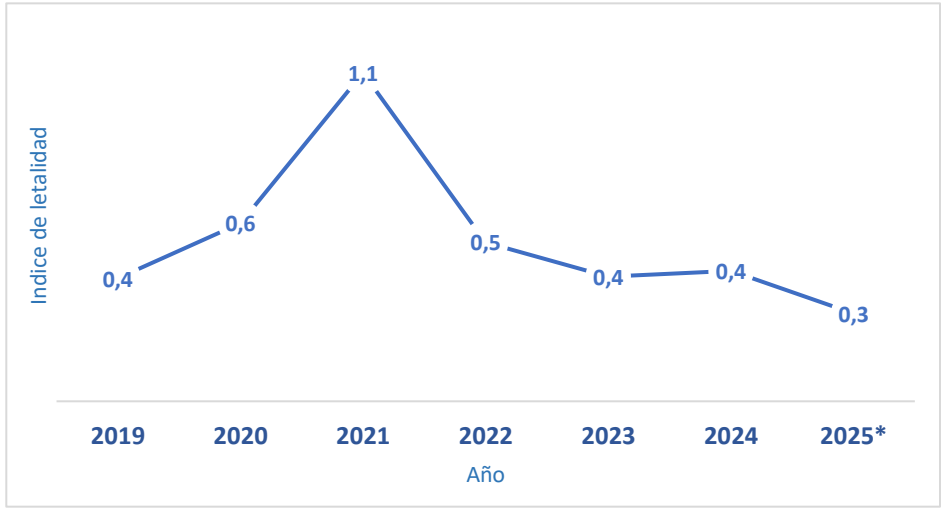
Comportamiento epidemiológico de morbilidad materna extrema. Enero – Noviembre 2019 – 2025*

Casos – Razón morbilidad materna extrema

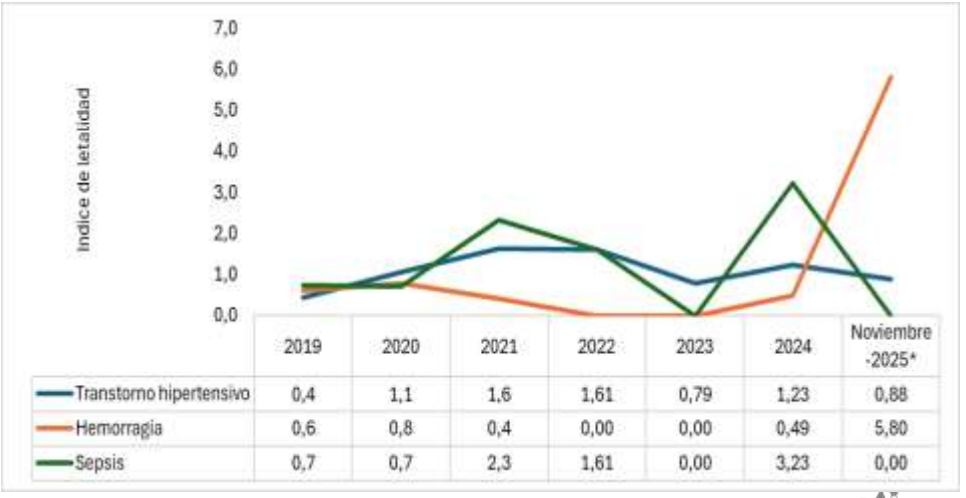


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
CASOS MME	4986	4731	4415	4881	4466	4572	5488
RAZÓN MME BOGOTÁ	63,9	64,2	72,2	82,4	79,8	88,0	107,7

Índice de letalidad



Índice de letalidad de severidad (3 o más criterios) por causas



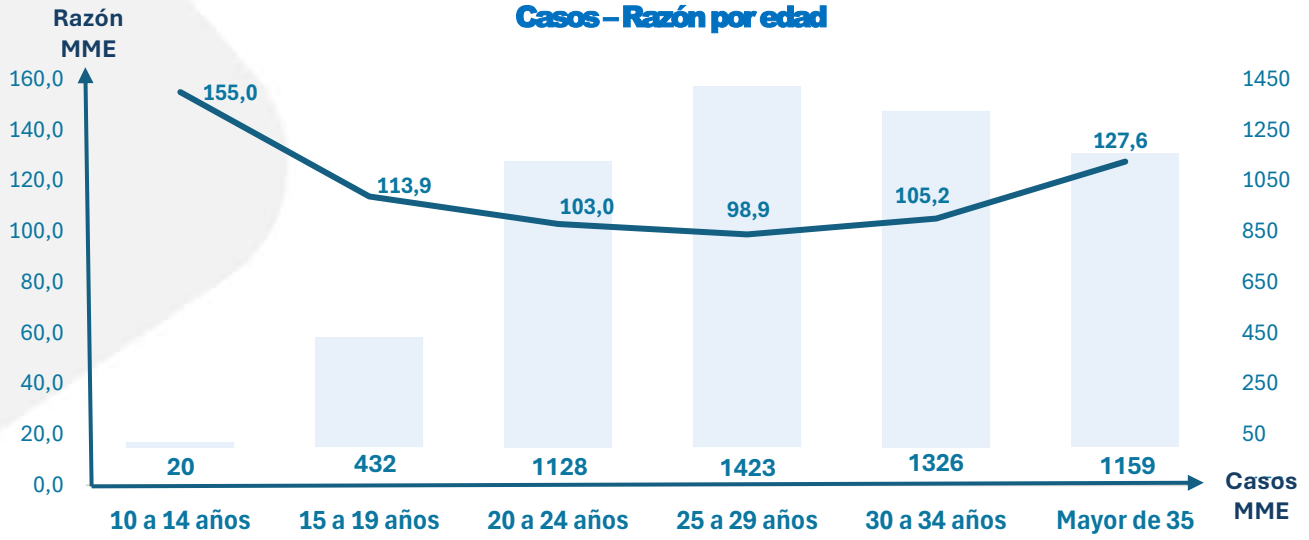
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Noviembre -2025*
Transtorno hipertensivo	0,4	1,1	1,6	1,61	0,79	1,23	0,88
Hemorragia	0,6	0,8	0,4	0,00	0,00	0,49	5,80
Sepsis	0,7	0,7	2,3	1,61	0,00	3,23	0,00

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS - EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025. Fuente 2025:Sivigila 549: SE48

Caracterización morbilidad materna extrema Bogotá, D.C. Enero – Noviembre 2025*

Casos – Razón por edad



Casos – índice letalidad por criterio



Pertenencia Étnica



Nacionalidad



Casos – Razón por localidad

SUBRED	LOCALIDAD	Razón morbilidad materna extrema		
		Casos	Nacidos Vivos	Razón
RED NORTE	13. Teusaquillo	96	657	118,2
	11. Suba	**863**	**7576**	**113,1**
	10. Engativá	493	4706	106,2
	01. Usaquén	339	3362	104,0
	02. Chapinero	98	1023	90,7
	12. Barrios Unidos	92	807	87,7
Total RED NORTE		**1981**	**18131**	**107,4**
RED SUR OCCIDENTE	16. Puente Aranda	185	1473	134,0
	08. Kennedy	**817**	**7195**	**105,8**
	07. Bosa	514	5110	98,5
	09. Fontibón	236	2458	89,9
Total RED SUR OCCIDENTE		**1752**	**16236**	**103,7**
RED CENTRO ORIENTE	17. La Candelaria	28	111	252,3
	03. Santafé	137	778	176,1
	14. Los Mártires	104	743	140,0
	15. Antonio Nariño	75	622	120,6
	04. San Cristóbal	**257**	**2458**	**104,6**
	18. Rafael Uribe Uribe	242	2628	92,1
Total RED CENTRO ORIENTE		**843**	**7340**	**114,9**
	20. Sumapaz	3	27	166,7
	06. Tunjuelito	106	1195	90,5
	19. Ciudad Bolívar	**515**	**5371**	**90,0**
	05. Usme	246	2626	88,4
Total RED SUR		**870**	**9219**	**89,8**
SIN LOCALIDAD	99. Sin Información	42	24	1750,0
Total SIN LOCALIDAD		**42**	**24**	**1750,0**
TOTAL		**5488**	**50950**	**107,7**

Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025. SIVIGILA Evento 549_SE48

Morbilidad materna extrema, Bogotá D.C. Enero – Noviembre 2025*

Comportamiento morbilidad materna extrema por aseguramiento

Regimen	Casos 2025*	NV	RAZON
Contributivo	3639	35651	102,1
Subsidiado	1392	12217	113,9
No asegurada	331	2103	157,4
Excepción	113	945	119,6
Regimen Especial	13	34	382,4
Total general	**5488**	**50950**	**107,7**

Comportamiento morbilidad materna extrema por régimen contributivo

EAPB	Casos	NV	Razón MME
Otras EAPB	41	251	401,4
Nueva EPS Contributivo	345	2476	142,7
Capital Salud	53	418	133,0
Sura EPS	319	2997	114,7
Salud Total SA.EPS	**703**	**6037**	**114,7**
Famisanar EPS	532	5553	95,7
Compensar EPS	**634**	**6734**	**88,1**
Sanitas EPS	**931**	**10116**	**82,2**
Aliansalud	80	1069	62,3
Total general	**3638**	**35651**	**100,2**

Comportamiento morbilidad materna extrema por régimen subsidiado

EAPB	Casos	NV	Razón MME
Coosalud ESS	75	474	164,7
Otras EAPB	107	754	125,6
Nueva EPS Subsidiado	**227**	**1769**	**123,1**
Capital Salud	**568**	**4532**	**122,4**
Sanitas EPS	68	641	104,0
Famisanar EPS	**118**	**1140**	**95,2**
Sura EPS	31	304	87,8
Compensar	66	982	72,5
Salud Total SA.EPS	130	1621	62,1
Total general	**1390**	**12217**	**107,8**

Comportamiento morbilidad materna extrema por régimen especial, excepción, indeterminado y no aseguradas

EAPB	Casos	NV	Razón MME
Otras EAPB	38	160	1550,0
No Asegurado	**344**	**2103,0**	**165,8**
Fuerzas Militares	42	278	149,7
Policia Nacional	36	541	58,3
Total general	**460**	**3082**	**160,7**

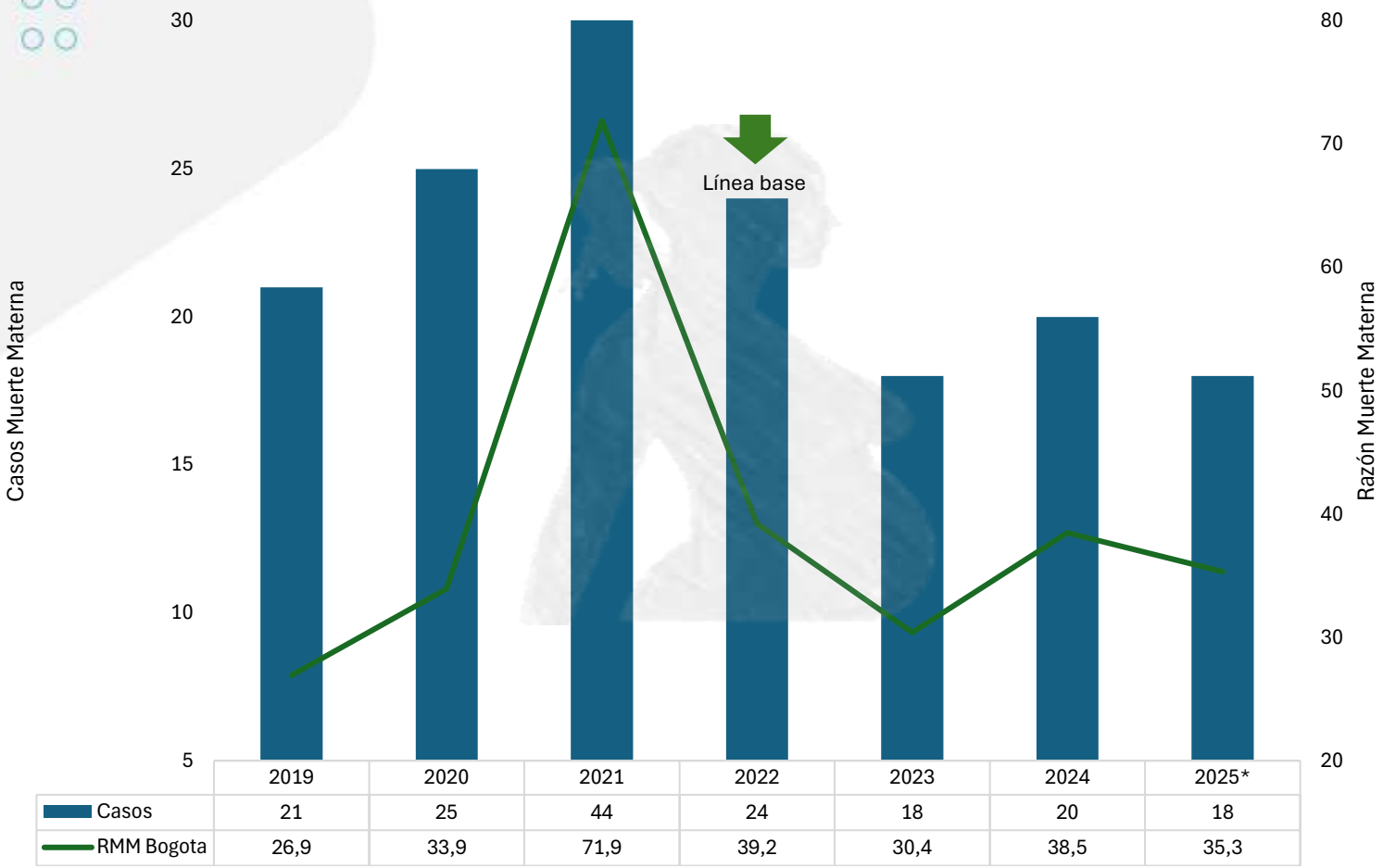
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

*Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025. *Fuente 2025: SIVIGILA 549_Semana epidemiológica 48

2 Mortalidad Materna

Comportamiento epidemiológico mortalidad materna Bogotá, D.C.

Casos - razón de mortalidad materna. Enero – Noviembre 2019 – 2025*



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Casos	21	25	44	24	18	20	18
RMM Bogota	26,9	33,9	71,9	39,2	30,4	38,5	35,3

Nota 2025*: Dos de los casos reportados se encuentran pendientes de ajuste y reporte por medicina legal.

Meta 1. A 2027 Mantener la razón de mortalidad materna a menos de 27,5 x 100.000 NV

Ranking de EAPB Por Razón muerte materna

Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)

#	EAPB	Casos	RAZON
1	Cajacopi	1	641,03
2	Fuerzas Militares	1	359,71
3	No Asegurado	2	95,10
4	**Famisanar**	**3**	**44,82**
5	Capital Salud	2	40,40
6	**Salud Total**	**3**	**39,17**
7	**Compensar**	**3**	**38,88**
8	Sura	1	30,29
9	Nueva EPS	1	23,56
10	Sanitas	1	9,30

Régimen	N° de casos de MM	%
Contributivo	12	66,7 %
Subsidiado	3	16,7 %
No asegurado	2	11,1 %
Régimen especial	1	5,6 %

Fuente: 2019 - 2023: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2024: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS - EEVV-PRELIMINARES ajustado 13-01-2025. *Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD BOGOTÁ

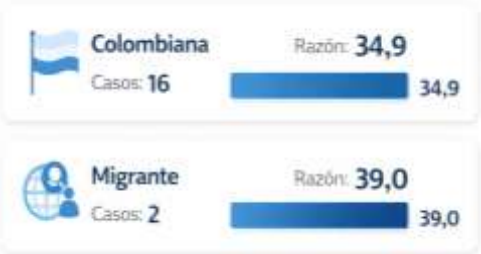
Caracterización de muertes maternas 2025*

Grupo Etario



10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 24 años	25 - 29 años	30 - 34 años	35 años y más
0	2	5	4	2	5
0%	11%	28%	22%	11%	28%

Nacionalidad



Pertenencia Étnica



Número CPN

Controles Prenatales	casos	porcentaje
Sin CPN	4	22%
De 4 - 10	4	22%
De 1 - 3	10	56%

Antecedentes

Patología	Casos	Porcentaje
Ningna	9	50%
Obesidad	4	22%
Enfermedad trofoblástica	1	6%
Enfermedad varicosa MI	1	6%
Endometriosis	1	6%
Migraña	1	6%
Diabetes gestacional	1	6%

Método de Anticoncepción

Anticonceptivo oral	1	6%
Pomeroy	1	6%
Sin Informacion	5	28%
Sin anticonceptivo	11	61%

Causas de Mortalidad Materna

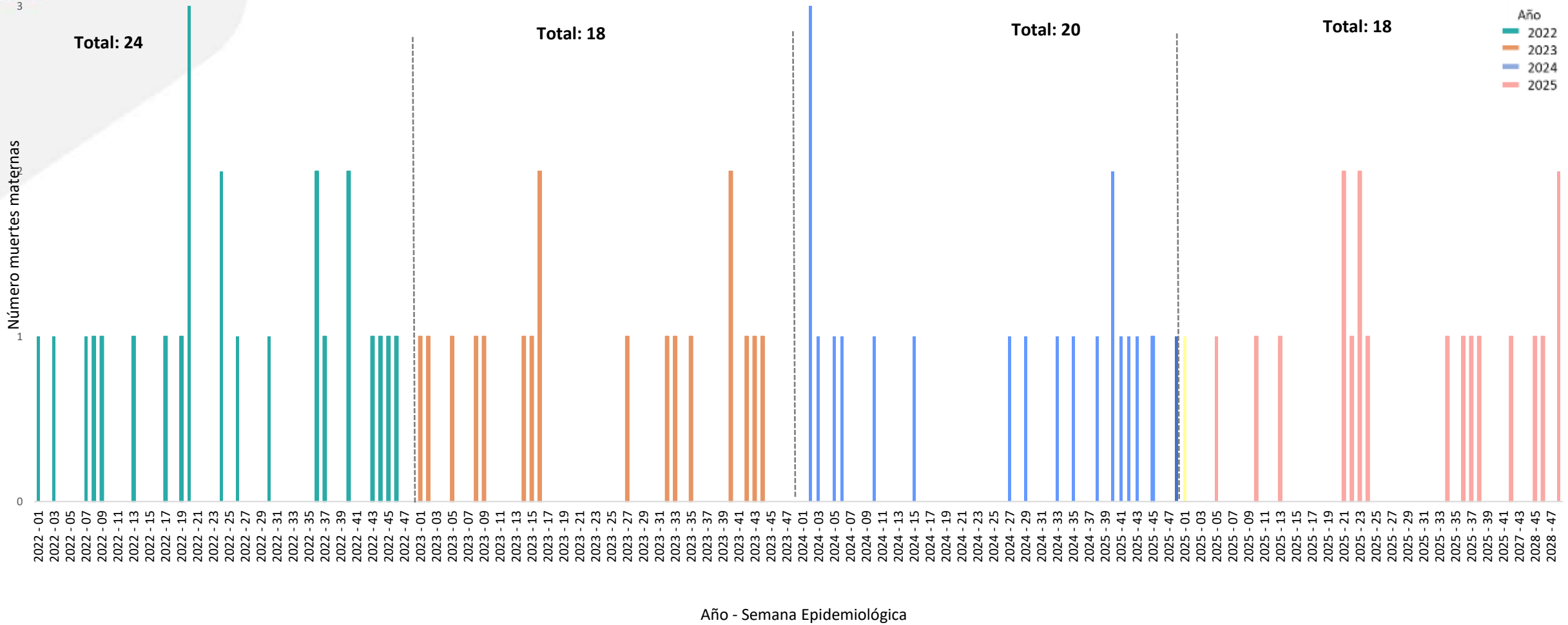


Localidad

Subred	LOCALIDAD	2025*		
		Casos	NV	Razón
RED NORTE	02. Chapinero	1	1023	97,8
	10. Engativá	**3**	**4706**	**63,7**
	11. Suba	2	7576	26,4
	01. Usaquén	0	3362	0,0
	12. Barrios Unidos	0	807	0,0
	13. Teusaquillo	0	657	0,0
Total Red Norte		**6**	**18131**	**33,1**
RED SUR OCCIDENTE	09. Fontibón	2	2458	81,4
	08. Kennedy	**3**	**7195**	**41,7**
	07. Bosa	2	5110	39,1
	16. Puente Aranda	0	1473	0,0
Total Red Sur Occidente		**7**	**16236**	**43,1**
RED CENTRO ORIENTE	04. San Cristóbal	2	2458	81,4
	18. Rafael Uribe Uribe	1	2628	38,1
	14. Los Mártires	0	743	0,0
	15. Antonio Nariño	0	622	0,0
	17. La Candelaria	0	111	0,0
	03. Santa Fe	0	778	0,0
Total Red Centro Oriente		**3**	**7340**	**40,9**
RED SUR	06. Tunjuelito	1	1195	83,7
	05. Usme	1	2626	38,1
	19. Ciudad Bolívar	0	5371	0,0
	20. Sumapaz	0	27	0,0
Total Red Sur		**2**	**9219**	**21,7**
SIN LOCALIDAD	99. Sin Información	0	24	0,0
Total Sin Localidad		**0**	**24**	**0,0**
TOTAL		**18**	**50950**	**35,3**

*Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 15-12-2025. Base de datos unidades de análisis.

Comportamiento de la mortalidad materna a semana epidemiológica 48 2022 – 2025 Bogotá, D.C.



SE1: Caso de muerte materna 31 diciembre 2024
SE21: Un caso en medicina legal – Ocurrencia ET Barranquilla
SE23: Un caso en medicina legal – Muerte domicilio

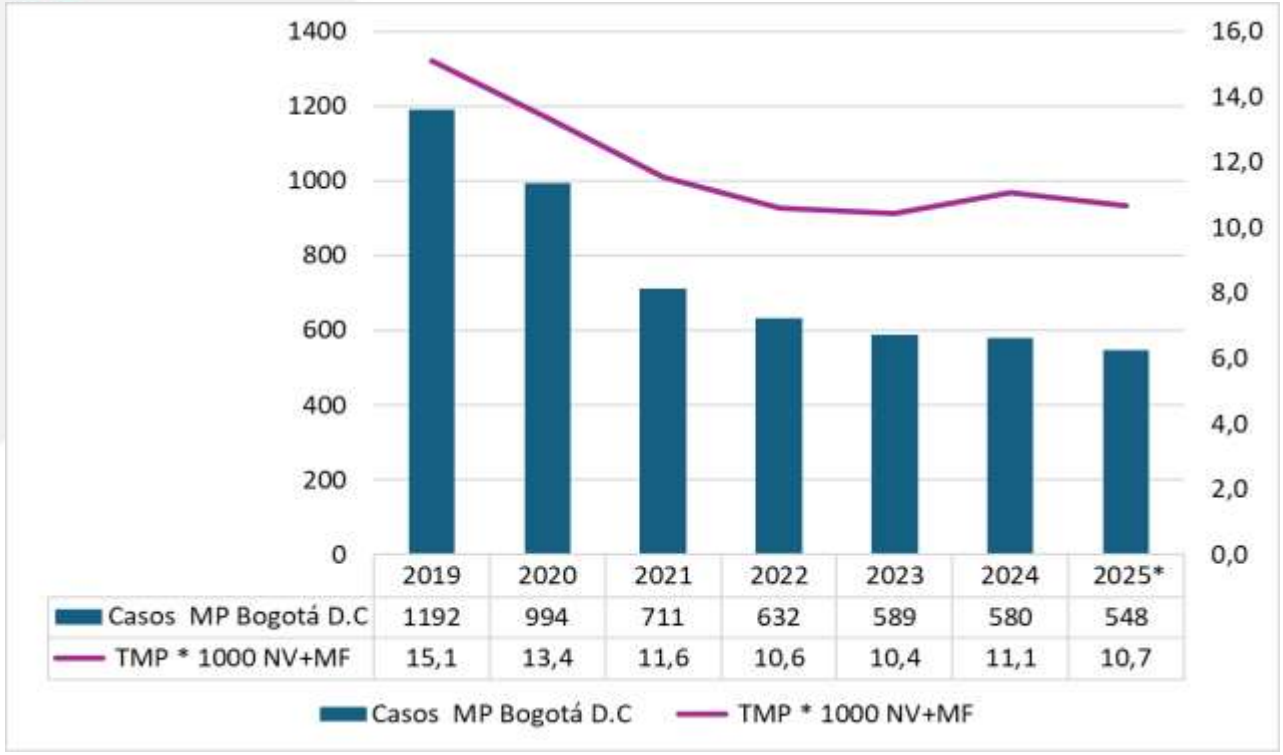
Fuente: SIVIGILA Evento 549_SE46

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

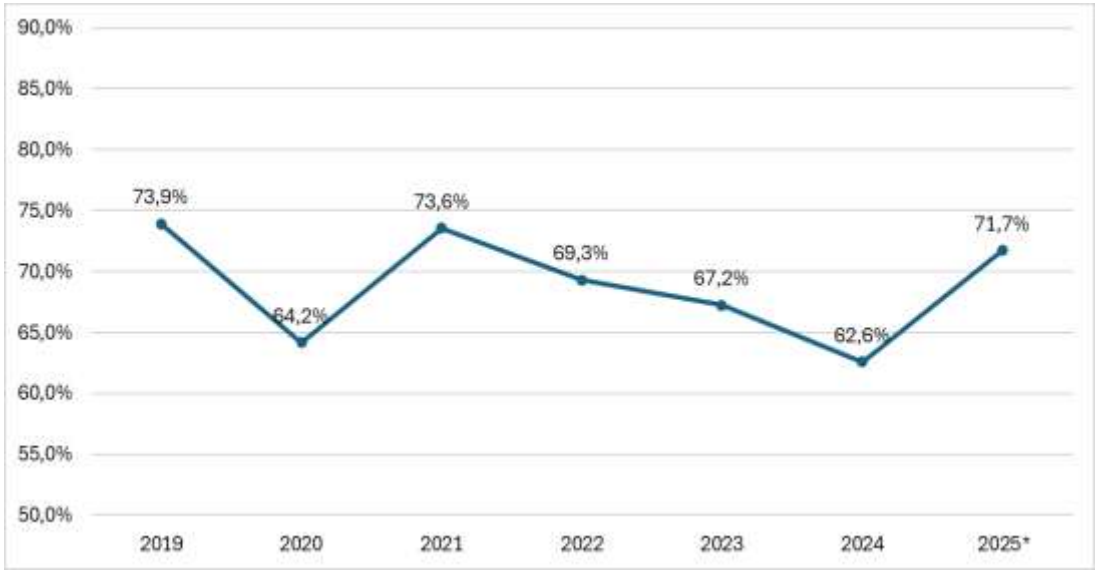
3 Mortalidad Perinatal

Casos y tasas de mortalidad perinatal en Bogotá D.C

Casos - tasas enero - noviembre 2019 – 2025*



Porcentaje de muertes fetales enero – noviembre 2019 – 2025*



Línea base

Para el año 2022 se reportaron 692 muertes perinatales
Tasa: 10,6 x 1.000 NV + MF

Meta PTS

A 2027 mantener la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 10,0 x 1.000 NV + MF

Avance 2025

Reporte a noviembre TMP: 10,7 x 1.000 NV+MF
Línea base 2022 TMP: 10,6 x 1.000 NV +MF
Cumplimiento 2025: 93%

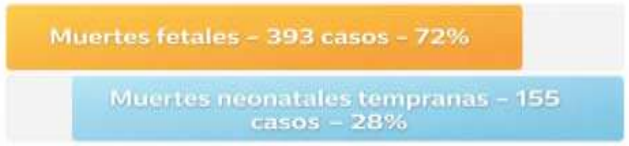
Fuente 2019 - 2024: Fuente 2024 : Base Dane -Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025
Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Causas agrupadas de mortalidad fetal y neonatal en Bogotá D.C, corte noviembre 2025 preliminar

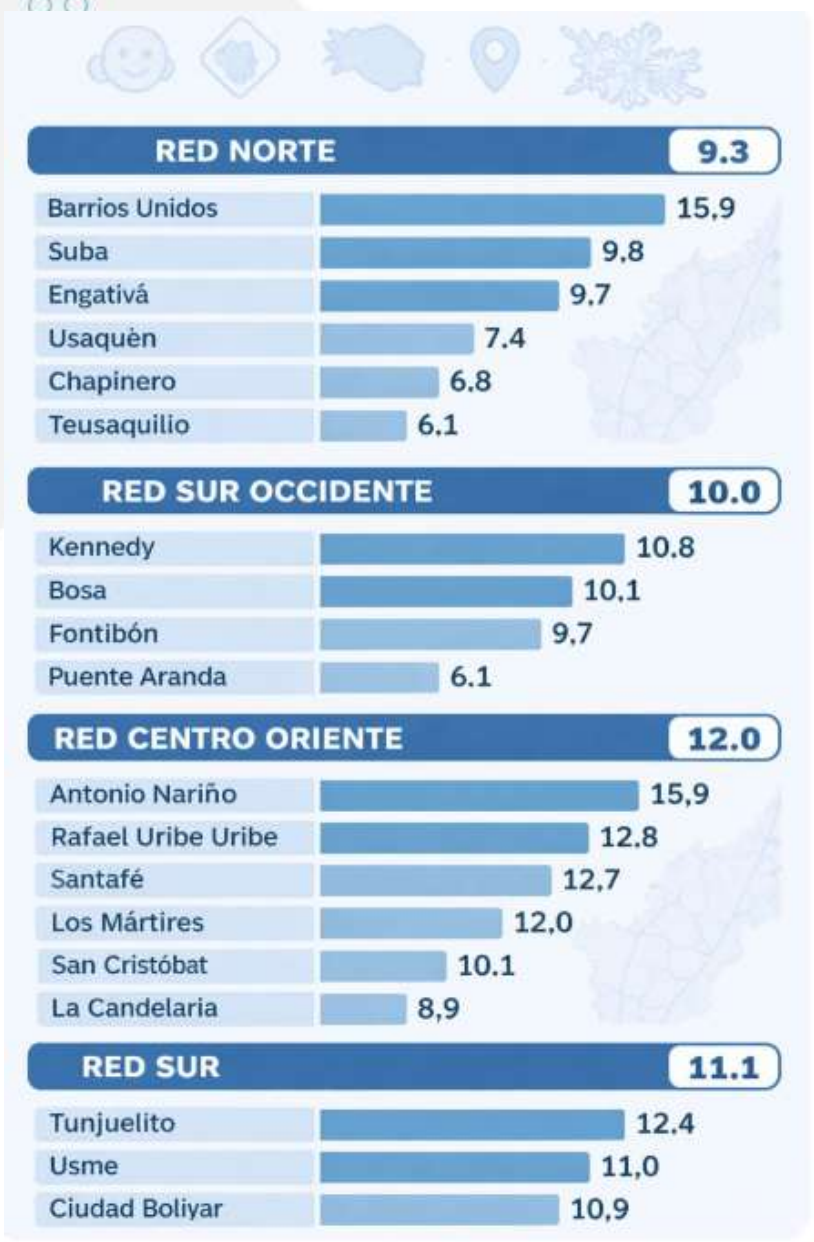






Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025

Tasas de mortalidad perinatal por localidad de residencia en Bogotá D.C, corte noviembre 2025 preliminar

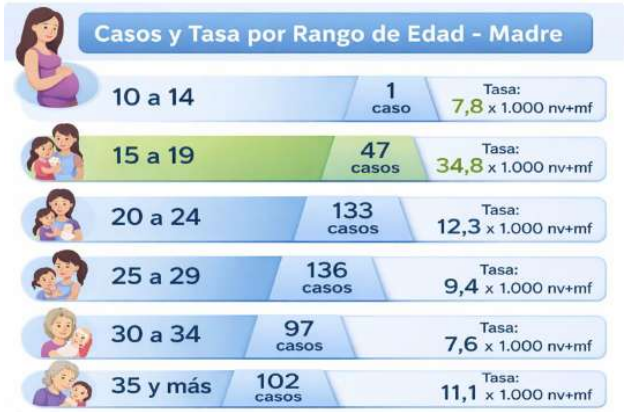


Caracterización de la mortalidad perinatal, en Bogotá D.C, corte noviembre 2025 preliminar

Tasa por régimen de afiliación



Tasa por grupo de edad materna



Nivel educativo materno



Nacionalidad



Pertenencia étnica



Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025

Caracterización de la mortalidad perinatal, en Bogotá D.C, corte noviembre 2025 preliminar

Tasa por régimen de afiliación



Tasa por grupo de edad materna



Nivel educativo materno



Pertenencia étnica



Nacionalidad



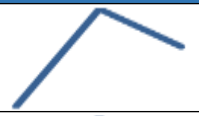
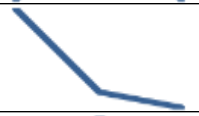
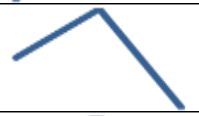
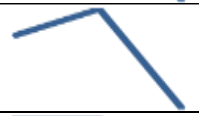
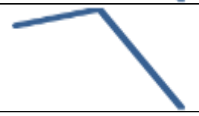
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Fuente 2025 : Aplicativo RUAF-ND.Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 10-12-2025

4 Resultados 2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Indicadores Trazadores
Salud Materno Infantil

INDICADOR	LINEA BASE 2022	META 2027	Periodo enero - noviembre				
			2023	2024	2025 *	Variación % en relación a la meta	Linea de tendencia
Razón de Mortalidad Materna	39,2	27,5	30,4	38,5	35,3	28,4	
Tasa especifica de fecundidad 10 - 14 años	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,0	
Tasa especifica de fecundidad 15 - 19 años	20,9	18	19,5	16,8	16,3	-9,4	
Tasa de mortaidad perinatal por 1.000 nacimientos mas muertes fetales	10,6	10,0	10,4	11,1	10,7	0,7	
Tasa de mortaidad Infantil por 1.000 nacimientos	9,1	< 9,0	8,6	9,3	7,9	-13,1	
Tasa de mortaidad en menores de 5 años por 1.000 nacimientos	10,8	< 10,3	10,5	11,0	9,2	-14,9	
Tasa de incidencia de Sífilis Congénita	2,7	2,0	1,9	1,9	1,4	-28,2	
Tasa de incidencia de VIH	49,4	53,6	47,3	48,2	43,1	-19,6	

Fuente 2023: Nacimientos- Bases de datos SDS - RUAF ND-Sistema de estadísticas Vitales SDS Fuente 2024: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES-(corte 31-12-2024)-ajustada 14-01-2025 -Datos preliminares*Fuente 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (descarga base 10-12-2025) [2:45 p. m., 18/12/2025] Diana Carolina Franco: Vale[3:44 p. m., 18/12/2025] Adriana Ulloa: Fuente aseguramiento: * Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de abril 2025. * Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre 2025 Sivigila evento 550_SE49

Indicadores Trazadores
Salud Materno Infantil

EAPB	Muerte materna		Muerte perinatal		Muerte infantil		TEF 10 - 14 años		TEF 15 - 19 años		Sífilis congénita	
	Casos	Razón	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Incidencia
Capital Salud	2	**40,4**	65	**13,0**	62	**12,5**	32	**1,0**	792	**23,2**	11	**2,2**
Salud Total	3	**39,1**	100	**12,9**	57	7,4	30	**0,8**	653	15,4	14	**1,8**
Nueva EPS	1	23,5	71	**16,5**	31	7,3	15	**1,4**	434	**30,9**	9	**2,1**
Coosalud	0	0,0	9	**15,6**	2	3,5	5	**4,0**	117	**76,8**	1	**1,7**
Sura	1	30,3	32	9,6	22	6,7	3	0,2	96	6,2	2	0,6
Compensar	3	**38,8**	56	7,2	46	6,0	3	0,1	243	5,1	5	0,6
Sanitas	1	9,3	83	7,7	59	5,5	6	0,1	337	6,3	3	0,3
Famisanar	3	**44,8**	53	7,9	52	7,8	16	0,4	384	8,8	4	0,6
Aliansalud	0	0,0	5	4,6	6	5,5	1	0,1	18	2,4	2	**1,8**
Policia Nacional	0	0,0	6	**11,0**	2	3,7	1	0,0	36	0,0	0	0,0
Ecopetrol	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mallamas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	500,0	5	**1250,0**	0	0,0
Unisalud	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ferrocarriles	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Fuerzas Militares	1	**359,7**	0	0,0	1	3,6	0	0,0	11	0,0	0	0,0
Magisterio	0	0,0	0	0,0	1	8,4	0	0,0	3	0,0	1	**8,4**
No asegurado	2	95,1	0	0,0	0	0,0	9	0,0	435	0,0	0	0,0
Otras EAPB	1	641,0	14	15,3	5	5,5	7	0,0	228	0,0	1	1,1
Sin información	0	0,0	54	-	57	-	0	0,0	0	0,0	20	-
Total general	**18**	**35,3**	**548**	**10,7**	**403**	**7,9**	**129**	**0,6**	**3792**	**16,3**	**73**	**1,4**

Fuente 2023: Nacimientos- Bases de datos SDS - RUAF ND-Sistema de estadísticas Vitales SDSFuente 2024: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, datos PRELIMINARES-(corte 31-12-2024)-ajustada 14-01-2025 -Datos preliminares*Fuente 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (descarga base 10-12-2025) [2:45 p. m., 18/12/2025] Diana Carolina Franco: Vale[3:44 p. m., 18/12/2025] Adriana Ulloa: Fuente aseguramiento: * Contributivo BDUA - ADRES, corte a 30 de abril 2025. * Subsidiado BDUA - ADRES, corte a 30 de noviembre 2025

Subsistema Salud Sexual y reproductiva y Salud Materno Infantil

Logros

Intensificación de Asistencias técnicas: UPGD y SISS que conforman la red de operadores de la Vigilancia en Salud Pública para los eventos del salud materna perinatal. (PARE).

Activación de la vigilancia de base comunitaria, a través de la identificación de redes sociales y comunitarias.

Implementación de pruebas rápidas a población general (n=67.000)

Emisión de la Resolución 943 que orienta las acciones para fortalecer el trabajo articulado entre los actores del sistema.

Vacuna de virus sincitial respiratorio – Vacuna en gestantes semana 28 - 36 RSVpreF (Abrysvo™).

“Multiplicando embajadoras de la vacunación”.







BOGOTÁ

Subsistema Salud Sexual y reproductiva y Salud Materno Infantil

Retos

Materno

Disminución de embarazos no planeados. aumentando la cobertura de la consulta preconcepcional

Mayor detección temprana de riesgos en la gestación por medio de la notificación de la MME, dando prioridad a mujeres con más de tres criterios.

Incrementar el tamizaje de preeclampsia en gestantes.

Infantil

Potenciar la implementación y aplicación de la vacuna para virus sincitial, en gestantes y recién nacidos.

Aumentar la detección antenatal de los defectos congénitos (proyecto piloto Corazón Bogotá).

Reducir barreras administrativas entre IPS – EAPB para atención preventiva (tamizaje neonatal).

ITS

Asegurar cumplimiento de protocolos de prevención y tamizaje universal.

Reducir la transmisión materno fetal de ITS.

Ampliar pruebas rápidas y tamizaje oportuno en servicios de salud, universidades, entornos laborales y territorios priorizados.

Asegurar tratamiento en el mismo día a la gestante y sus contactos, seguimiento activo y cierre de los casos.

- ★ Reducir las brechas de atención en salud mediante el fortalecimiento de la vigilancia territorial diferenciada en las localidades.
- ★ Enfoque diferencial territorial y fortalecimiento de equipos extramurales.

5. Tablero de indicadores al seguimiento: Morbilidad materna extrema



Enf. Martha Patricia Becerra

Subdirección Garantía del Aseguramiento

https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZGU2NDI3YWEtOWRiNi00YTA5LWFjYmUtZjY4YjlyZjNjZmJjIiwidCI6IjRhYjExODNlLTc1ZDYtNGI4Ny1iNGI1LWJmY2I5NjhjMWQ1NyIsImMiOjR9&embedImagePlaceholder=true

Cohorte Gestantes Distrital 2025

Mujeres gestantes únicas que ingresaron a la corte con FPP mayor al 01 enero de 2025 al día de corte de la presentación del tablero

Gestantes con FPP mayor al 15 de diciembre 2025, No se encuentran en NV, no se encuentran en M. Perinatal, No tienen marcación de Finalización del Embarazo.

Cargues de cohorte

Mes

Todas

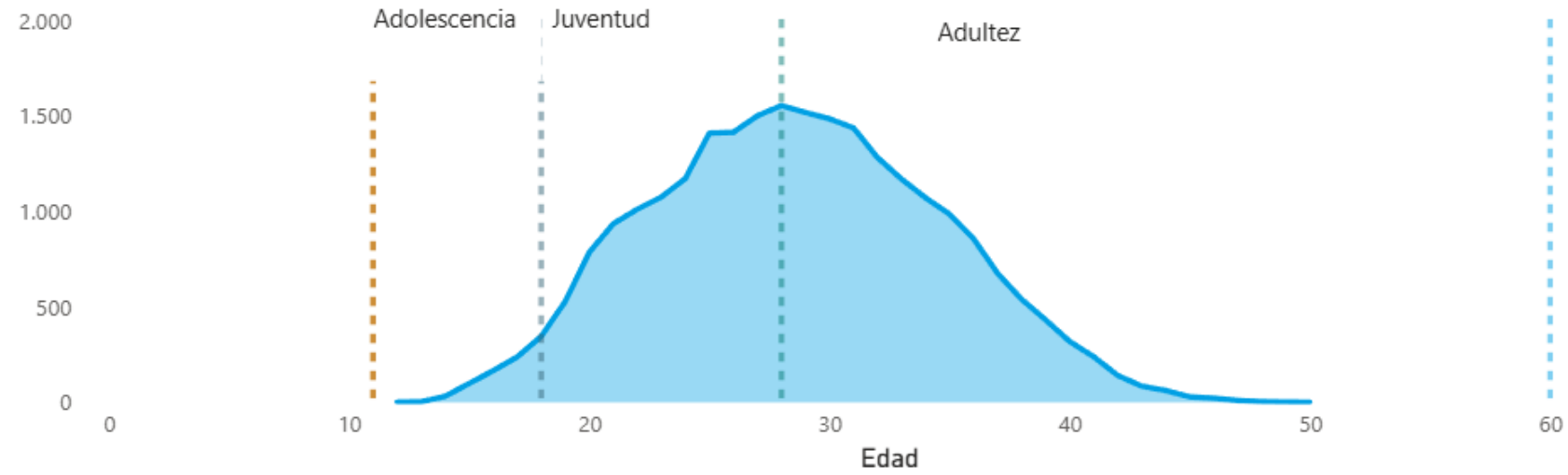
Gestantes cohorte 2025

72.368

Gestantes actuales

25.277

Distribución por edad gestantes actuales



2 Gestantes de 12 años, 1 de 50 años

SaluData Observatorio de Salud de Bogotá Datos abiertos, gobierno transparente

ValiData

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. | Secretaría de Salud | Bogotá

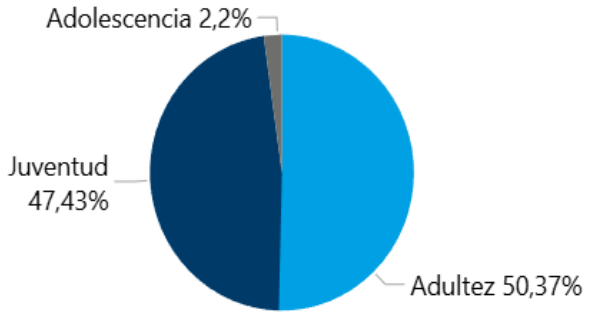
Cohorte Gestantes Distrital 2025

Adolescencia
556

Adultez
12722

Juventud
11979

Curso de vida gestantes actuales

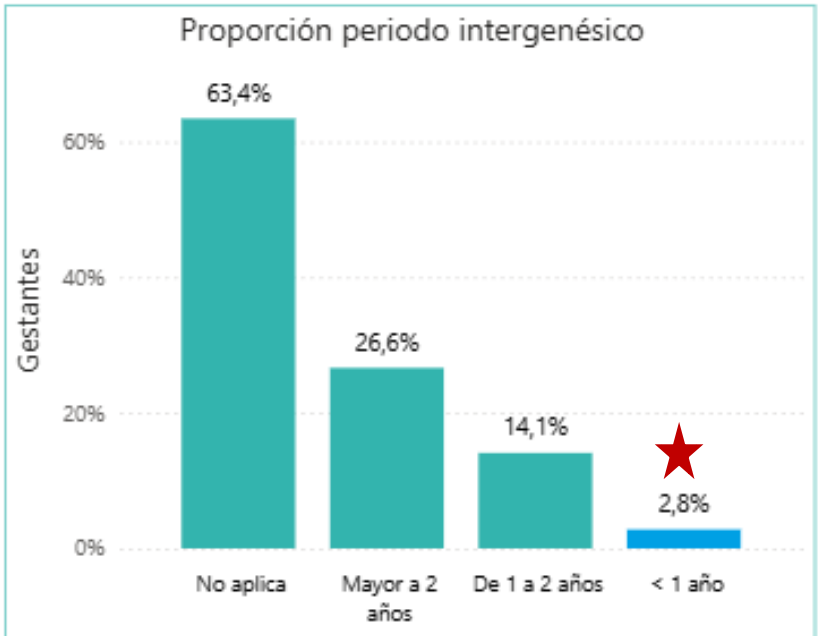


Antecedentes gestantes actuales

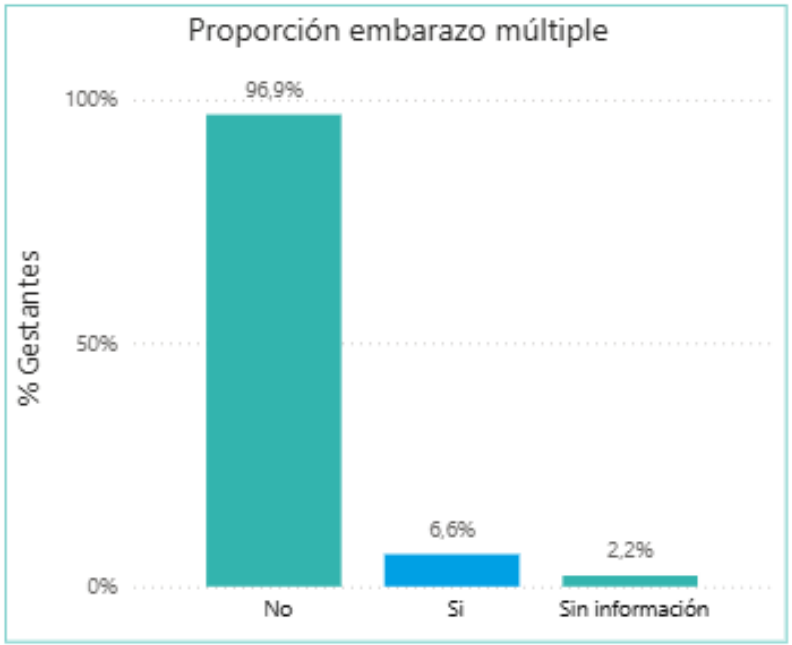
Hipertensión crónica	Preeclampsia	Diabetes	Trombofilia
503	559 ★	257	331

Anemia	Enf. Renal Crónica	LES Autoinmunes	Sind. Metabólico
33	571	225	1.233 ★

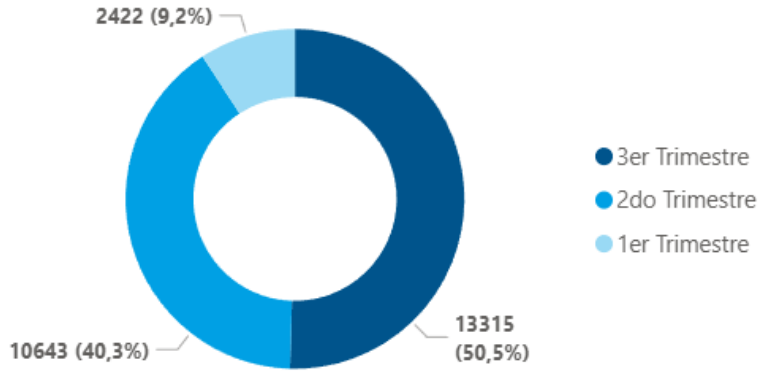
Proporción periodo intergenésico



Proporción embarazo múltiple



Distribución por trimestre según FPP



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Cohorte Gestantes Distrital 2025

Mes

Todas

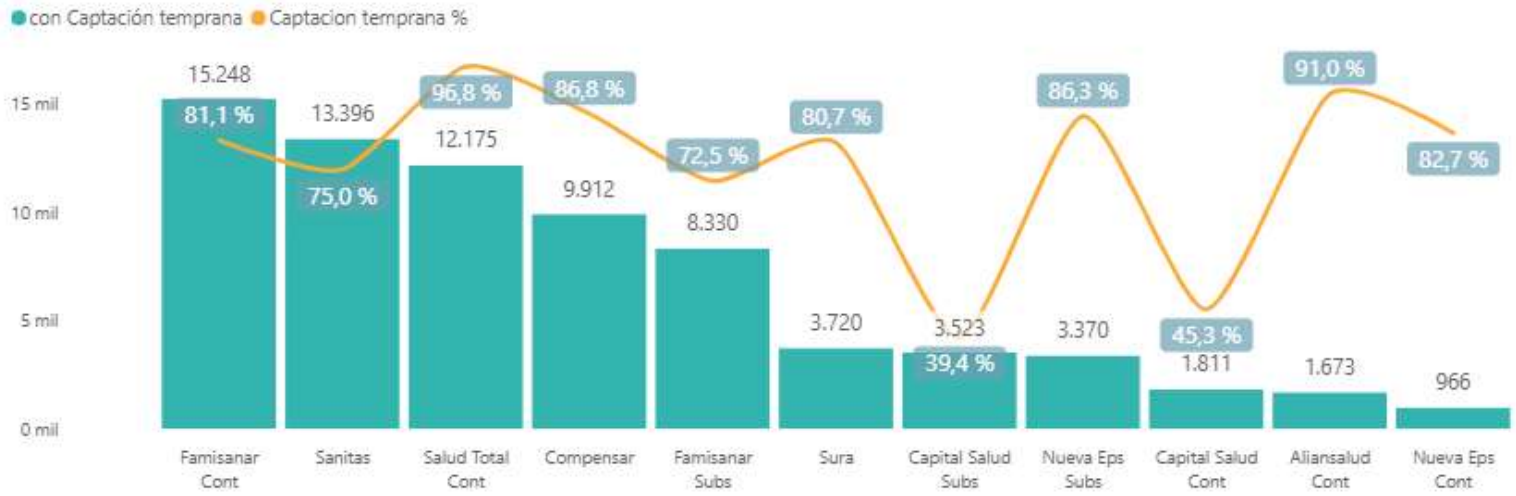
Proporción Captación temprana

80,6 %

Gestantes captación temprana

61.999

Captación temprana (primer CPN <12 sem)



Proporción gest. consulta nutrición

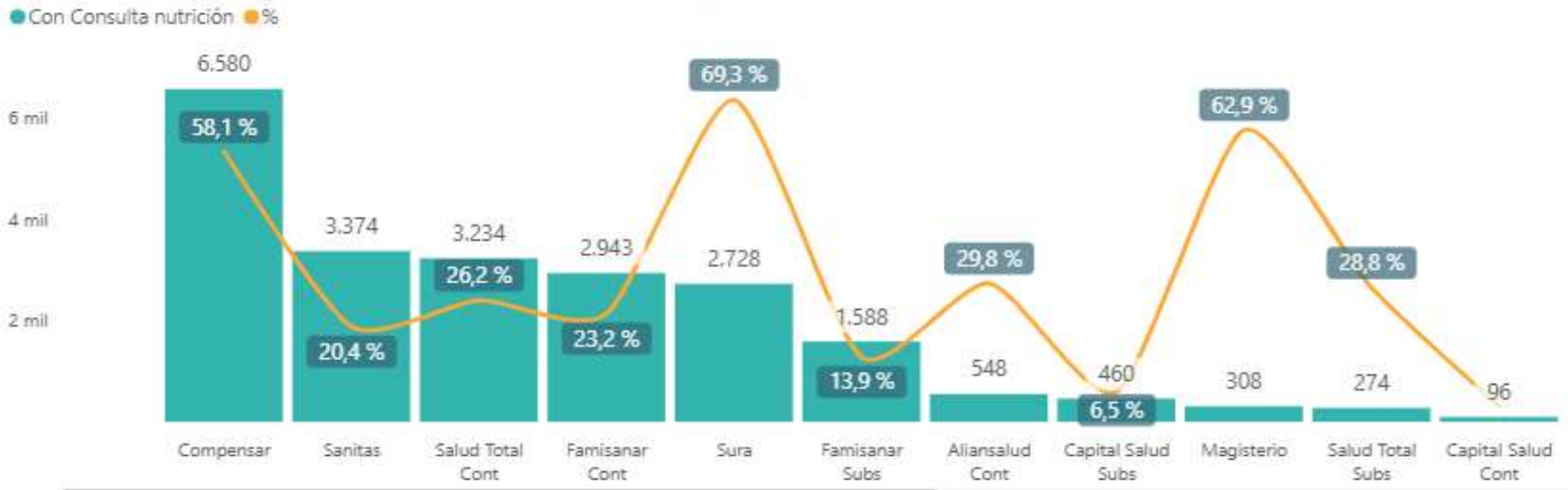
★28,5 %

Gestantes con consulta nutrición

21.024

CUPS: 890106,890306,890206,

Proporción gestantes con consulta de nutrición



Proporción suministro MNT

78,2 %

Gestantes con al menos un MNT suministrado

56.620

Gestantes cohorte

72.369

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Seguimiento Inmediato MME

Martha Patricia Becerra Profesional Especializado

Enero 31 a Marzo de 2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Objetivo

Realizar seguimiento inmediato a gestantes reportadas con morbilidad materna extrema para garantizar la atención integral y continua, con el fin de prevenir complicaciones adicionales, promover su recuperación y mejorar los resultados de salud tanto para ellas como para sus recién nacidos.



Seguimiento Inmediato MME

Recepción Alerta SIVIGILA

Validación Aseguramiento

Registro en Matriz de MME SDS

Cargue ONE DRIVE 4:00 p.m. todos los días a la carpeta de cada EAPB

Seguimiento a Respuesta de EAPB

Revisión datos registrados por cada momento

Seguimiento Telefónico Línea MAS Bienestar

Tablero semaforizado por Momento y General

Retroalimentación semanal





TABLERO DE OPORTUNIDAD DE SEGUIMIENTO

Evaluación de la Oportunidad	Seguimiento Inmediato	1er Seguimiento	2do Seguimiento	3er Seguimiento	4to Seguimiento	5to Seguimiento	Total General
1. Oportuno	0	0	0	0	0	0	0
2. Inoportuno	0	0	0	0	0	0	0
En Seguimiento	0	0	0	0	0	0	0
Total Seguimientos	0	0	0	0	0	0	0

Datos Estadísticos

Casos Evento 549 Enero – Marzo de 2025 por EAPB

Total, de Casos Reportados en Bogotá

N=5440



2 N=129

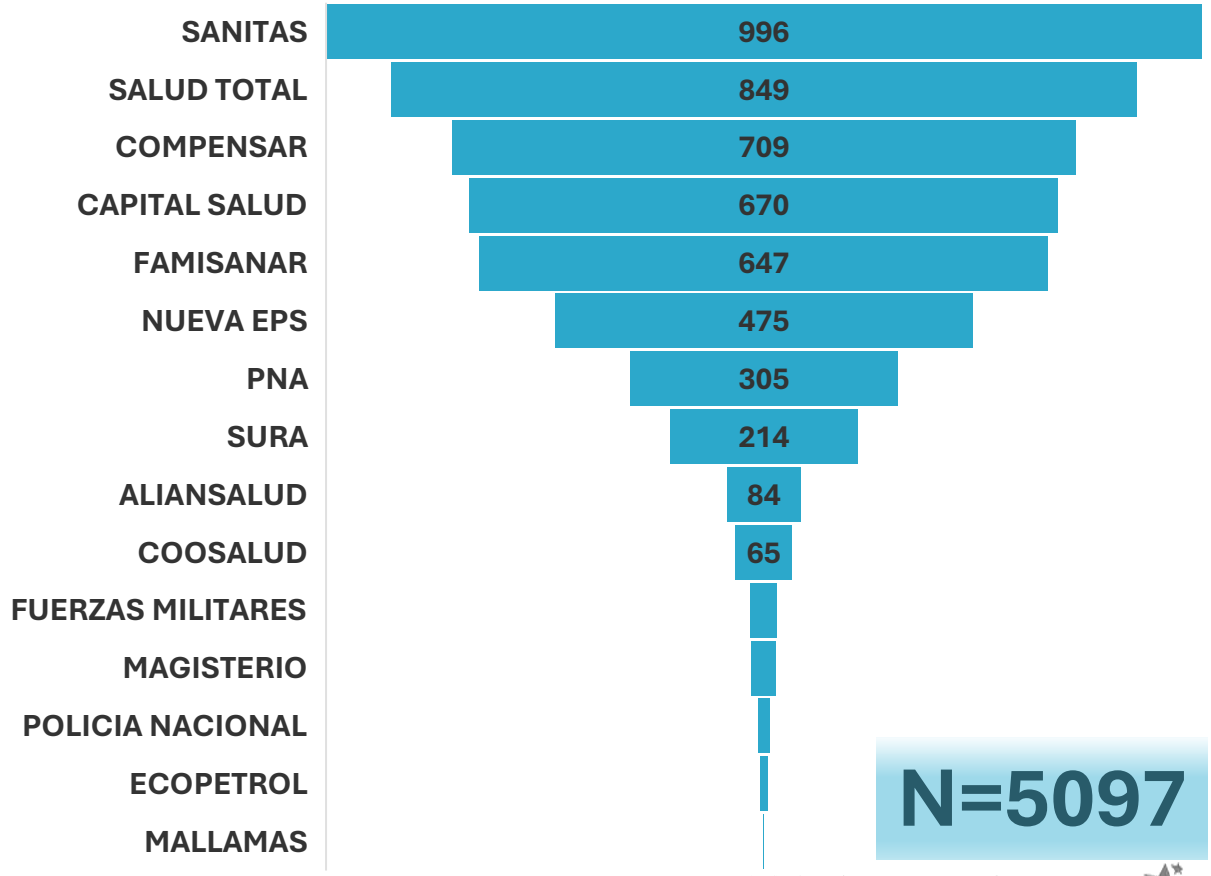
3 N=5

4 N=1

5 N=1

Fuente: Construcción Propia, datos SIVIGILA Evento 549

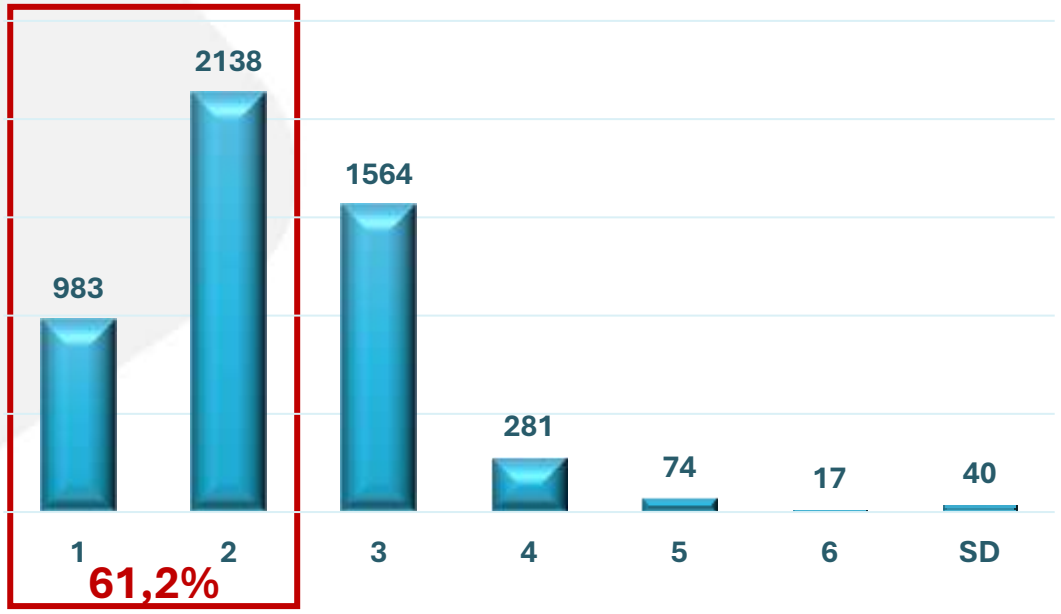
Casos Reportados con Residencia Bogotá por EAPB



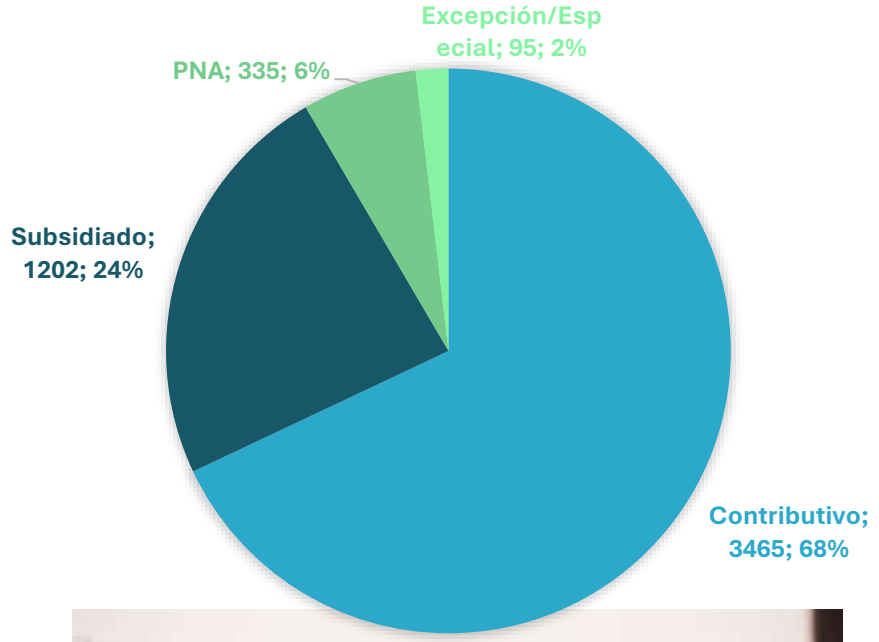
N=5097

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

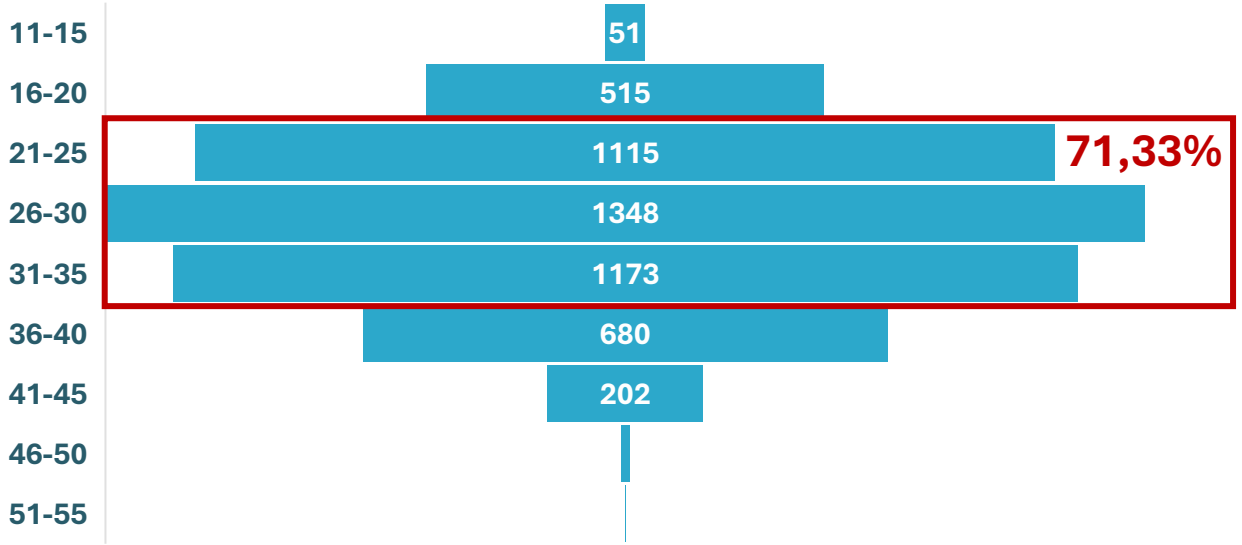
Gestantes con MME según Estrato



Gestantes con MME según Aseguramiento



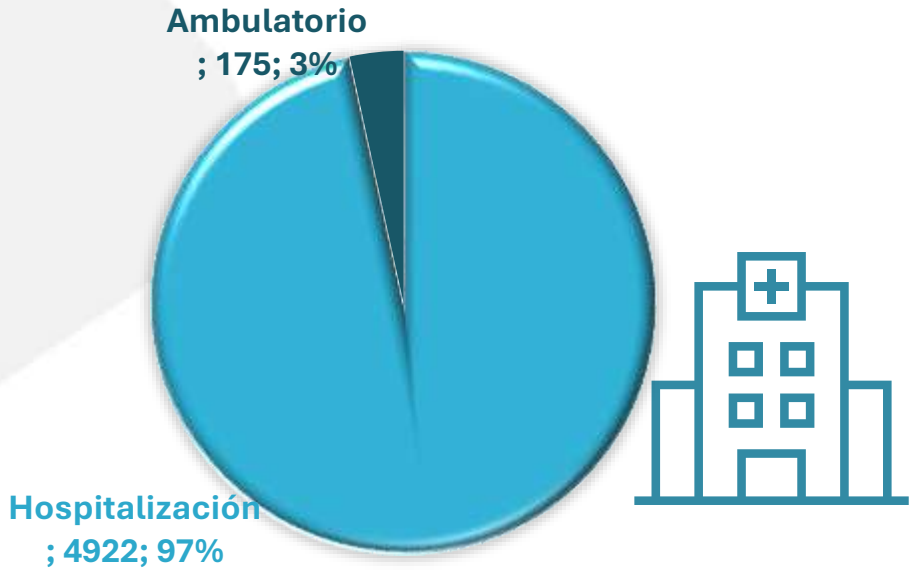
Gestantes con MME por Grupo Edad



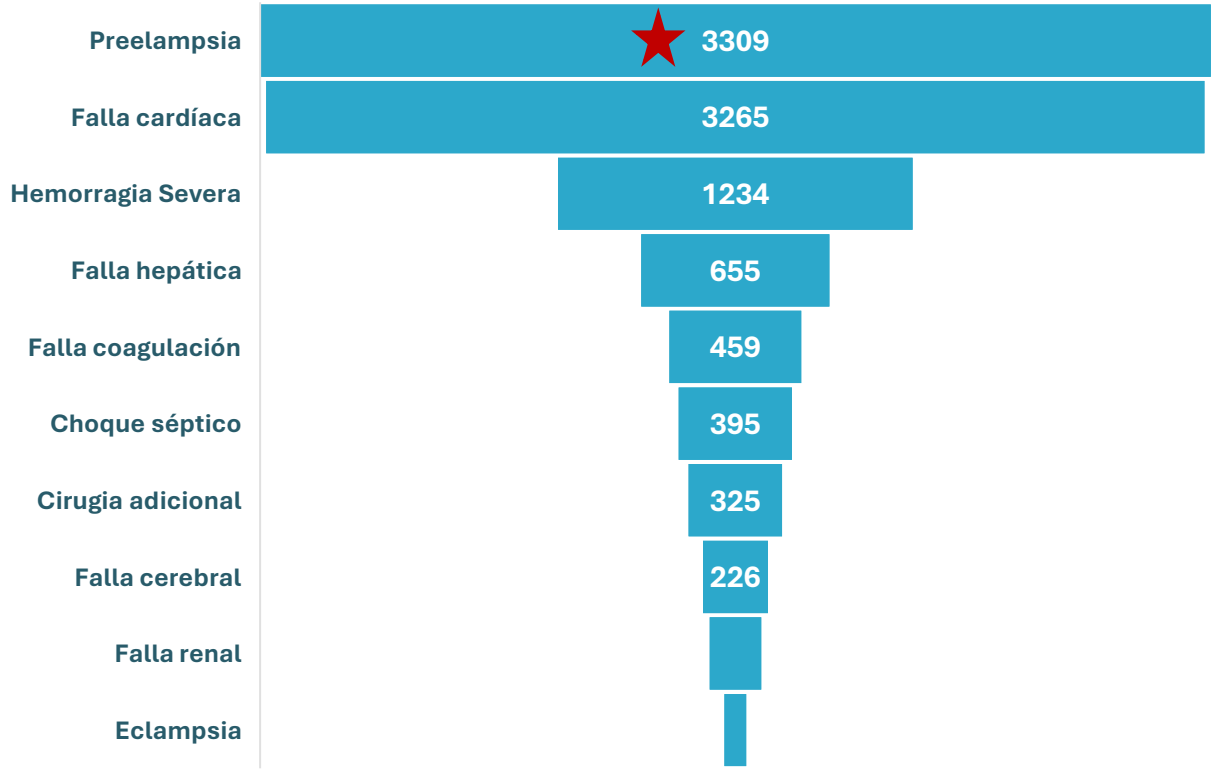


ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Datos de Hospitalización



Gestantes con MME por Criterios de Inclusión



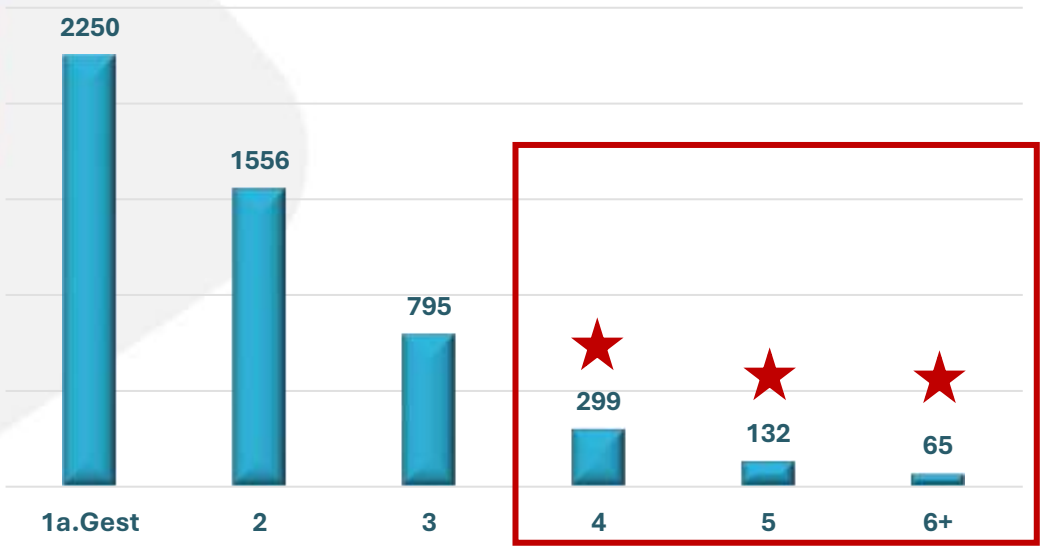
Terminación de la Gestación



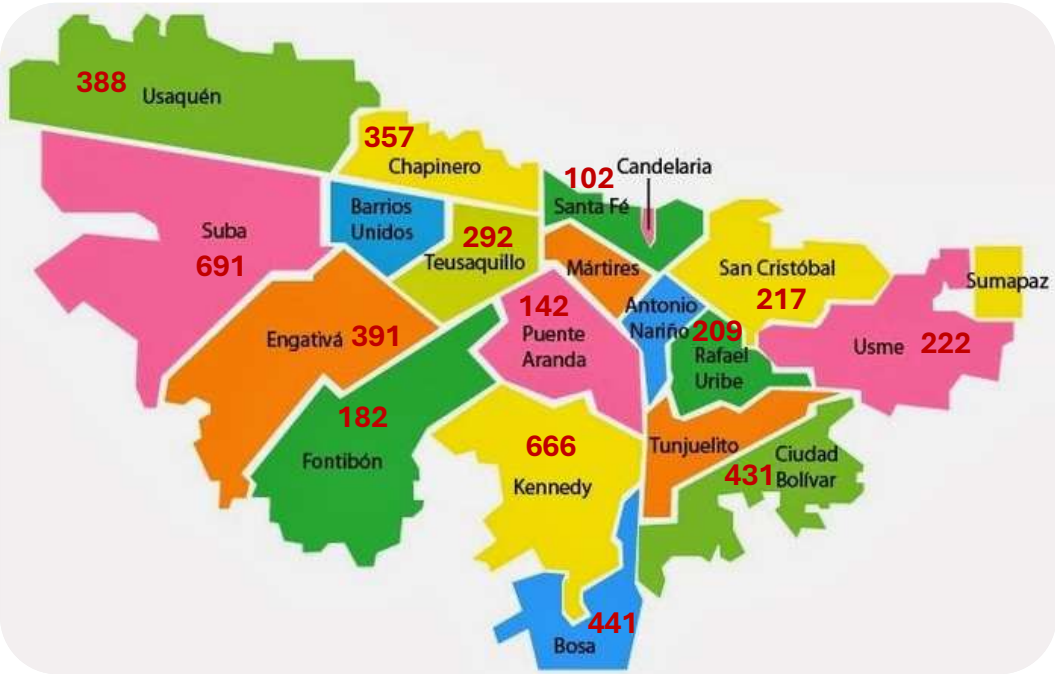


ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

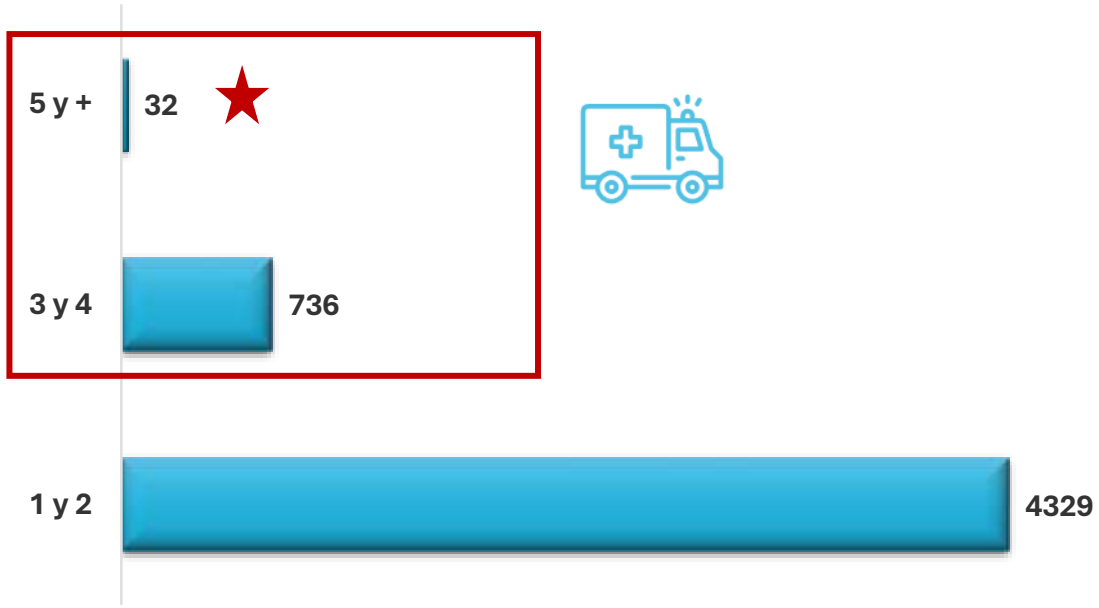
Antecedentes de Gestaciones



de Gestantes con MME por Localidad



Gestantes con MME por # de Criterios de Inclusión





Fuente: Construcción Propia, datos SIVIGILA

Seguimiento Inmediato MME Enero – Noviembre 2025 por EAPB

EAPB	Seguimiento Inmediato	
	1. Oportuno	2. Inoportuno
ALIANSALUD EPS	81,8%	18,2%
CAPITAL SALUD EPS	22,1%	77,9%
COMPENSAR EPS	66,4%	33,6%
COOSALUD EPS	0,0%	100,0%
ECOPETROL	33,3%	66,7%
EPS SANITAS	16,0%	84,0%
EPS SURA	60,1%	39,9%
FAMISANAR EPS	77,7%	22,3%
FUERZAS MILITARES	5,9%	94,1%
MAGISTERIO	50,0%	50,0%
NUEVA EPS	8,3%	91,7%
POLICIA NACIONAL	72,7%	27,3%
SALUD TOTAL EPS	4,6%	95,4%
TOTAL	33,1%	66,9%

Barreras Identificadas Línea MAS Bienestar
Enero a Noviembre de 2025

CITAS MEDICAS

- Demora en asignación de citas para control postparto, control recién nacido, pediatría y especialidades médicas.
- Citas canceladas, sin reprogramación oportuna.
- EAPB no cuentan con prestadores externos para algunos servicios o los asignados no cuentan con agenda disponible.

METODO DE PLANIFICACION

- Pacientes sin método de planificación por demora en asignación de cita o falta de entrega oportuna de preservativos por parte de algunas EAPB, muchas han realizado compra de inyectable para poder llevar continuidad en su tratamiento.
- Demora en la autorización para realizar el proceso de cirugía POMEROY

Barreras Identificadas Línea MAS Bienestar
Enero a Noviembre de 2025

MEDICAMENTOS

- No disponibilidad de medicamento en la farmacia
- Entregas incompletas generando pendientes de medicamentos

VACUNACION

- Demora en la autorización para la vacuna de PALIVIZUMAB
- Falta de adherencia de los padres

6. Tablero de indicadores al seguimiento: Criterios de tamizaje para preeclampsia.



Dr. Diego Becerra

Dirección provisión de servicios

LA PREECLAMPSIA: UN DESAFÍO DE SALUD MATERNA

La preeclampsia (PE) es un trastorno multisistémico.. Las formas de inicio temprano, antes de las 34 semanas, presentan la mayor severidad y requieren intervención urgente.

Dada la gravedad del trastorno, la detección y y prevención precoces son cruciales para mejorar mejorar los resultados maternos y perinatales en perinatales en todo el mundo.

2-8%

Prevalencia Global

De todos los embarazos

34

Semanas Críticas

Inicio temprano más severo

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

EL MODELO DE CRIBADO FIGO: VENTANA DE OPORTUNIDAD

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia **(FIGO)** respalda y promueve la estrategia de cribado universal para la PE pretérmino mediante el Test Combinado del Primer Trimestre.

Dada la gravedad del trastorno, la detección y prevención precoces son cruciales para cruciales para mejorar los resultados maternos y perinatales en todo el mundo.
mundo.

Modelos de cribado

ENFOQUE NICE: SOLO FACTORES DE RIESGO

Factores de Alto Riesgo

- Hipertensión crónica
- Enfermedad renal crónica
- Diabetes
- Enfermedad autoinmune

Factores de Riesgo Moderado

- Nuliparidad
- Edad ≥40 años
- IMC ≥35 kg/m²
- Antecedentes familiares de PE
- Intervalo largo entre embarazos

Las directrices del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) se basan en una lista de verificación de características maternas y antecedentes médicos para clasificar el riesgo.

LIMITACIONES DEL ENFOQUE NICE



39%

Detección PE Pretérmino

Sensibilidad inadecuada



34%

Detección PE a Término

Rendimiento deficiente



10.3%

Tasa Falsos Positivos

Clasificación incorrecta

Este enfoque, aunque simple y de bajo costo, ha demostrado un rendimiento predictivo inadecuado y inadecuado y deficiente. La falta de cuantificación del riesgo individual y la baja sensibilidad lo hacen sensibilidad lo hacen insuficiente para una predicción efectiva.

TRES PILARES DEL CRIBADO COMBINADO

Factores de Riesgo Maternos

Edad, peso, altura, origen racial, hábito hábito tabáquico, paridad, antecedentes antecedentes de PE previa, hipertensión hipertensión crónica, diabetes, síndrome síndrome antifosfolípido/lupus, y método método de concepción.

Marcadores Biofísicos

Presión Arterial Media (MAP) y el el Índice de Pulsatilidad de la Arteria Arteria Uterina (UtA-PI), medidos medidos mediante protocolos estandarizados.

Marcadores Bioquímicos

Factor de Crecimiento Placentario (PlGF).

1 en 100

El modelo utiliza el teorema de Bayes para calcular un riesgo individualizado que integra todos los parámetros maternos, biofísicos y bioquímicos en una única evaluación.

RENDIMIENTO SUPERIOR DEL MODELO COMBINADO

90% Detección

PE de inicio temprano

75% Detección

PE pretérmino

10% Falsos Positivos

Alta especificidad

Los estudios demuestran que la incorporación de biomarcadores supera sustancialmente a los enfoques basados únicamente en factores de riesgo, mejorando significativamente la capacidad predictiva.

Implementación en la Práctica Clínica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

FACILITADORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN



Costo-Efectividad

La predicción y prevención temprana de la de la PE son costo-efectivas en general, ya general, ya que los ahorros por la reducción de partos pretérmino y estancias en UCIN superan los costos del del cribado. El AAS es una intervención de intervención de bajo costo.



Alta Aceptación

El alto nivel de aceptación del cribado de cribado de PE por parte de las pacientes y, pacientes y, en general, de los profesionales de la salud, es un factor factor favorable para su introducción.



Integración con Aneuploidías

La PE se evalúa en el mismo período (11-14 semanas) que el cribado de aneuploidías.

BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN

1

Costo y Recursos

La implementación universal del cribado con PlGF conlleva a mayor costo, especialmente en países de ingresos bajos y medianos.

2

Capacitación Profesional

La implementación de modelos multivariables requiere programas específicos de capacitación y calidad. La calidad. La medición precisa del UtA-PI UtA-PI requiere que los ecografistas ecografistas estén certificados.

3

Integración de Sistemas

Requiere la unificación de software software y protocolos. La necesidad necesidad de realizar el cálculo del del riesgo en un sitio separado puede presentar limitaciones operacionales.

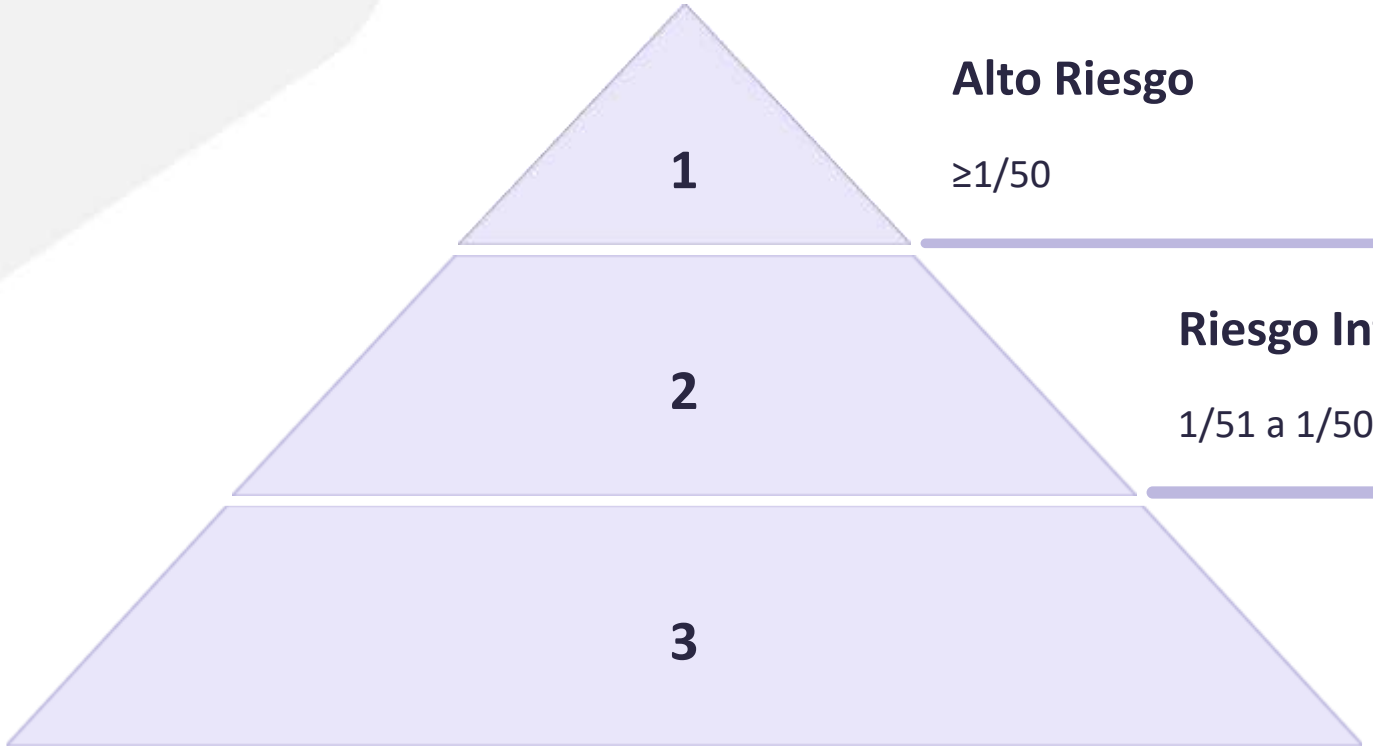
Cribado en dos pasos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

MODELO CONTINGENTE DE DOS PASOS

El modelo de cribado **contingente de dos pasos** es una estrategia de implementación pragmática diseñada para mantener una alta eficacia predictiva mientras se mitigan las barreras económicas asociadas a la determinación universal de biomarcadores como el PlGF.

PASO 1: TAMIZAJE BÁSICO Y ESTRATIFICACIÓN



Alto Riesgo

≥1/50

Riesgo Intermedio

1/51 a 1/500

Bajo Riesgo

≤1/501

En el primer paso, se realiza el cribado a toda la población utilizando factores de riesgo maternos, MAP, maternos, MAP, UtA-PI. Basado en el riesgo inicial calculado, la población se estratifica en tres grupos. tres grupos.

PASO 2: APLICACIÓN SELECTIVA DE PLGF

El PlGF, el biomarcador con mayor poder predictivo, se se determina solo en las pacientes del grupo de riesgo riesgo intermedio y bajo.

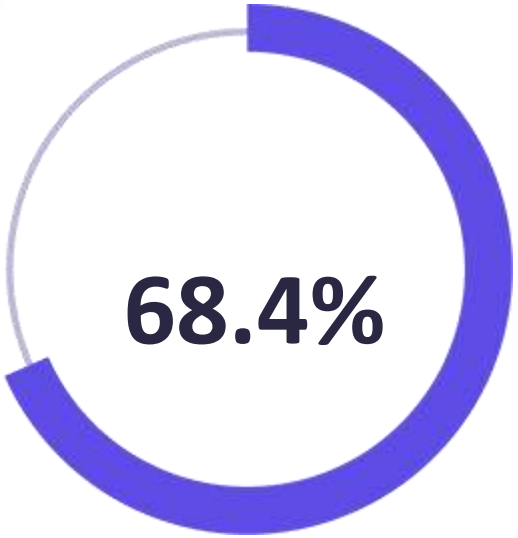
La incorporación del valor de PlGF en el modelo de riesgo riesgo recalcula el riesgo de PE de estas pacientes, estratificándolas definitivamente en alto o bajo riesgo final. riesgo final.

30-40%

Reducción Teórica

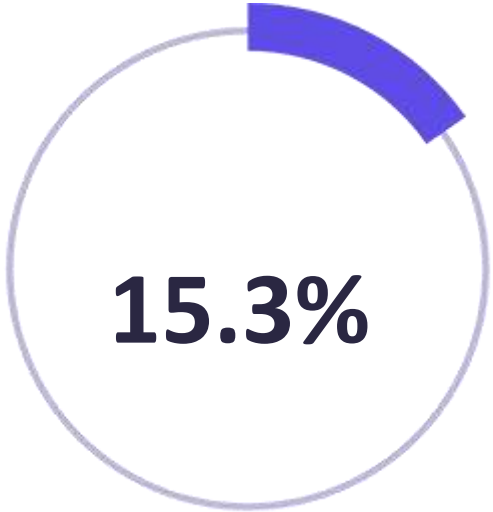
De determinaciones PlGF

EFICIENCIA DEL MODELO CONTINGENTE



Reducción PE Pretérmino

1.9% antes vs. 0.6% después



Población con PlGF

Uso selectivo del biomarcador

Un estudio clínico de validación en la práctica rutinaria implementó un modelo contingente y logró reducir la determinación de PlGF a solo el 15.3% de la población. La implementación de este modelo se asoció con una reducción significativa del 68.4% en la incidencia de PE pretérmino.

Avance en la implementación en Bogotá

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

AVANCE SEMAFORIZADO TAMIZAJE

EAPB	SOCIALIZADO	ELABORACIÓN DE PLAN	CONTRACIÓN DE RED DE ECOGRAFIA	CONTRATACIÓN DE RED DE LABORATORIO	IMPLEMENTACIÓN TOTAL DEL TAMIZAJE
Capital salud					
Nueva EPS					
Famisanar					
Compensar					
Sanitas					
Aliansalud					
Unisalud					
Coosalud					
Ferrocarriles					
Fuerzas Militares					
Policía Nacional					
Ecopetrol					
Fomag					
Salud Total					
Mallamas					
Sura					

Conclusión

HACIA UNA PREVENCIÓN EFECTIVA

Profilaxis con AAS

150 mg diarios reducen 62-75% la PE pretérmino en mujeres de alto riesgo

Modelo Contingente

Estrategia costo-efectiva que mantiene alta eficacia con recursos limitados

Implementación Global

Viable para sistemas de salud diversos mediante estrategias adaptadas

BIBLIOGRAFIA

1. **Lin, T.-Y., Huang, H.-Y., Chan, K.-S., Chen, Y.-T., Chu, F.-C., & Shaw, S. W.** (2020). Current update of first trimester preeclampsia screening in Asia. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* DOI: 10.1111/jog.14524.

2. **Malligiannis Ntalianis, K., Resta, C., Daher, L., Raajkumar, S., Saridi, M., Sarafis, P., & Konstantinidis, T. I.** (2025). First-Trimester Preeclampsia Screening During the COVID-19 Pandemic: A Quality Improvement Comparison of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guidelines vs. Simplified Fetal Medicine Foundation Algorithm. *Cureus*, *17*(3). DOI: 10.7759/cureus.81371.

3. **Mostova, N. V., Kovalev, V. V., & Kudryavtseva, E. V.** (2024). Прогнозирование гипертензивных расстройств при беременности у пациенток в «серой» зоне риска по результатам комбинированного скрининга I триместра (Prediction of hypertensive disorders in pregnant women in the «gray» risk zone following combined first-trimester screening). *Akusherstvo, Ginekologia i Reprodukcia = Obstetrics, Gynecology and Reproduction*, *18*(2): 200–210. DOI: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2024.454.

4. **Nguyen-Hoang, L., Dinh, L. T., Tai, A. S. T., et al., & Poon, L. C.** (2024). Implementation of First-Trimester Screening and Prevention of Preeclampsia: A Stepped Wedge Cluster-Randomized Trial in Asia. *Circulation*. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.124.069907.

5. **Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., et al.** (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, *145*(Suppl 1): 1–33. DOI: 10.1002/ijgo.12802.

6. **Ronzoni, S., Rashid, S., Santoro, A., et al.** (2025). Preterm preeclampsia screening and prevention: a comprehensive approach to implementation in a real-world setting. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *25*(32). DOI: 10.1186/s12884-025-07154-6.

7. **Trilla, C., Luna, C., De León Socorro, S., et al., & Oros, D.** (2022). First-Trimester Sequential Screening for Preeclampsia Using Angiogenic Factors: Study Protocol for a Prospective, Multicenter, Real Clinical Setting Study. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, *9*(931943). DOI: 10.3389/fcvm.2022.931943.

8. **Trilla, C., Mora, J., Ginjaume, N., et al., & Llurba, E.** (2022). Reduction in Preterm Preeclampsia after Contingent First-Trimester Screening and Aspirin Prophylaxis in a Routine Care Setting. *Diagnostics*, *12*(8), 1814. DOI: 10.3390/diagnostics12081814.

9. **Trottmann, F., Mollet, A. E., Amylidi-Mohr, S., Surbek, D., Raio, L., & Mosimann, B.** (2022). Integrating Combined First Trimester Screening for Preeclampsia into Routine Ultrasound Examination. *Geburtshilfe Frauenheilkunde*, *82*(3): 333–340. DOI: 10.1055/a-1534-2599.

10. **Wright, A., Wright, D., Syngelaki, A., Georgantis, A., & Nicolaides, K. H.** (2019). Two-stage screening for preterm preeclampsia at 11–13 weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *220*(2): 197.e1–197.e11. DOI: 10.1016/j.ajog.2018.10.092.

7. Socialización vacunación contra la Bronquiolitis y EAPV – Vacunación (gestantes semana 28 – 36)

Enf. Diana Ayala
Coordinadora PAI

Far. Dersy Añasco Bolaños
Farmacovigilancia

Estrategia hibrida de inmunización en la prevención VSR





Vacúnate y sé un 'vacán'

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Implementación de tecnologías contra el VSR en Bogotá

Adquisición de Vacuna y Anticuerpo Monoclonal

Proceso con el Fondo rotatorio



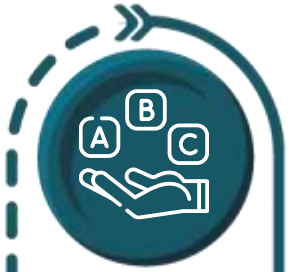
Construcción de lineamientos

Para la incorporación de tecnologías de prevención del VSR



Desarrollo de Guías ABC - VSR

Crear guías educativas para la comunidad y los profesionales de la salud



Validación de expertos

Obtener consenso de expertos sobre los lineamientos



Campaña de Comunicación

Lanzar una campaña para crear conciencia sobre la prevención del VSR



Fortalecimiento del Talento Humano

Mejorar las habilidades y el conocimiento de los profesionales de la salud



Fortalecimiento de la Vigilancia

Vigilancia EAPV
Vigilancia Centinela



Estudio de Evaluación de impacto

Evaluar el impacto de la introducción de la vacuna



Estudio de Efectividad

Determinar la efectividad de la inmunización en la prevención de infecciones respiratorias graves



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

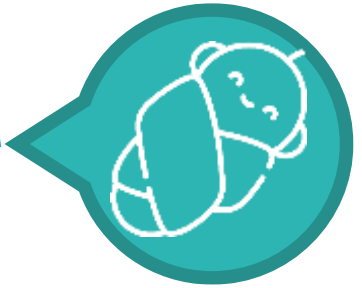
Objetivo

Establecer las directrices técnicas y operativas para la **implementación y estandarización de la estrategia hibrida para la inmunización contra el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) en el Distrito Capital.** Esto incluye la administración de la vacuna en gestantes entre la semana 28 y 36 (Vacuna Abrysvo), **complementada con la aplicación de monoclonal (nirsevimab) para recién nacidos a partir de la semana 33 a la 35 que no cumplen con criterios de riesgo para administración monoclonal palivizumab, además de recién nacidos a partir de semana 36 hij@s de gestantes que no accedieron a la vacunación oportunamente o por no adherencia al programa.**



Estrategia Híbrida

Enfocada en la protección de recién nacidos sería viable y altamente costo – efectiva para Bogotá



Vacunación de gestantes con Abrysvo



Inmunización con nirsevimab de recién nacidos a término que sean hijos de madres que no fueron vacunadas

Todos los análisis técnicos, discusión y decisión partieron del trabajo con los diferentes actores quienes hicieron aportes importantes para la decisión adoptada desde la SDS

Desde la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá se decide **adoptar una estrategia híbrida**

Se recomienda al Ministerio de Salud y Protección Social incorporar nirsevimab en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, para la aplicación en los recién nacidos pretérmino



Estrategia de prevención contra el Virus Sincitial Respiratorio en Bogotá

Con el propósito de fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las enfermedades respiratorias que representan una alta carga hospitalaria y generan un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad infantil, la Secretaria Distrital de Salud, desde el año 2024, inició un proceso integral de evaluación de tecnologías orientadas a la prevención del Virus Sincitial Respiratorio (VSR). El cual incluyó: estimación de la carga de enfermedad, estudios de costo-efectividad y análisis de impacto presupuestal; desarrollados en el marco del convenio suscrito con la Universidad de Antioquia.

Los resultados obtenidos permitieron contar con evidencia robusta y de alta calidad técnica, la cual se constituyó en el fundamento para solicitar al Ministerio de Salud y Protección Social la incorporación de dos nuevas tecnologías de inmunización al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Distrito, contribuyendo así al proceso de modernización del mismo y a la adopción de intervenciones costo-efectivas, equitativas y basadas en evidencia científica.

El proceso de toma de decisiones se llevó a cabo de manera participativa, con el acompañamiento de sociedades científicas, instituciones académicas, prestadores de servicios de salud y actores del sistema, e incluyó un análisis multicriterio que permitió ponderar aspectos epidemiológicos, económicos, técnicos, operativos y éticos. Este ejercicio concluyó en la adopción de una estrategia híbrida de inmunización contra el VSR para Bogotá, considerada pionera en la región y orientada a garantizar la protección universal de los recién nacidos mediante la articulación de vacunación materna y anticuerpo monoclonal en recién nacidos hijos de madres no vacunadas.

Este micrositio pone a disposición diversos recursos diseñados para facilitar la implementación de esta estrategia. Entre ellos se destacan las Guías ABC dirigidas tanto a las gestantes, los cuidadores y la comunidad, como al talento humano en salud; y el Lineamiento Técnico para la Inmunización contra la Bronquiolitis por VSR, documento validado por expertos que define los criterios, rutas, responsabilidades y procedimientos para la ejecución de la estrategia en el Distrito.

1. Estudios SDS y Universidad de Antioquia

* Anexo 1. Informe carga enfermedad
* Anexo 2. Revisiones sistemáticas a la literatura
* Anexo 3. Análisis de costo efectividad
* Anexo 4. Análisis de impacto presupuestal

2. Solicitud incorporación de tecnologías y respuesta del Minsalud (en esta sección incluir ministerio)

* Solicitud de incorporación
* Documento soporte Respuesta de MinSalud

3. Guías ABC

* Guía para la inmunización contra la bronquiolitis por VSR - TH en salud
* Abecé vacunación contra la bronquiolitis por VSR Lineamientos y protocolos

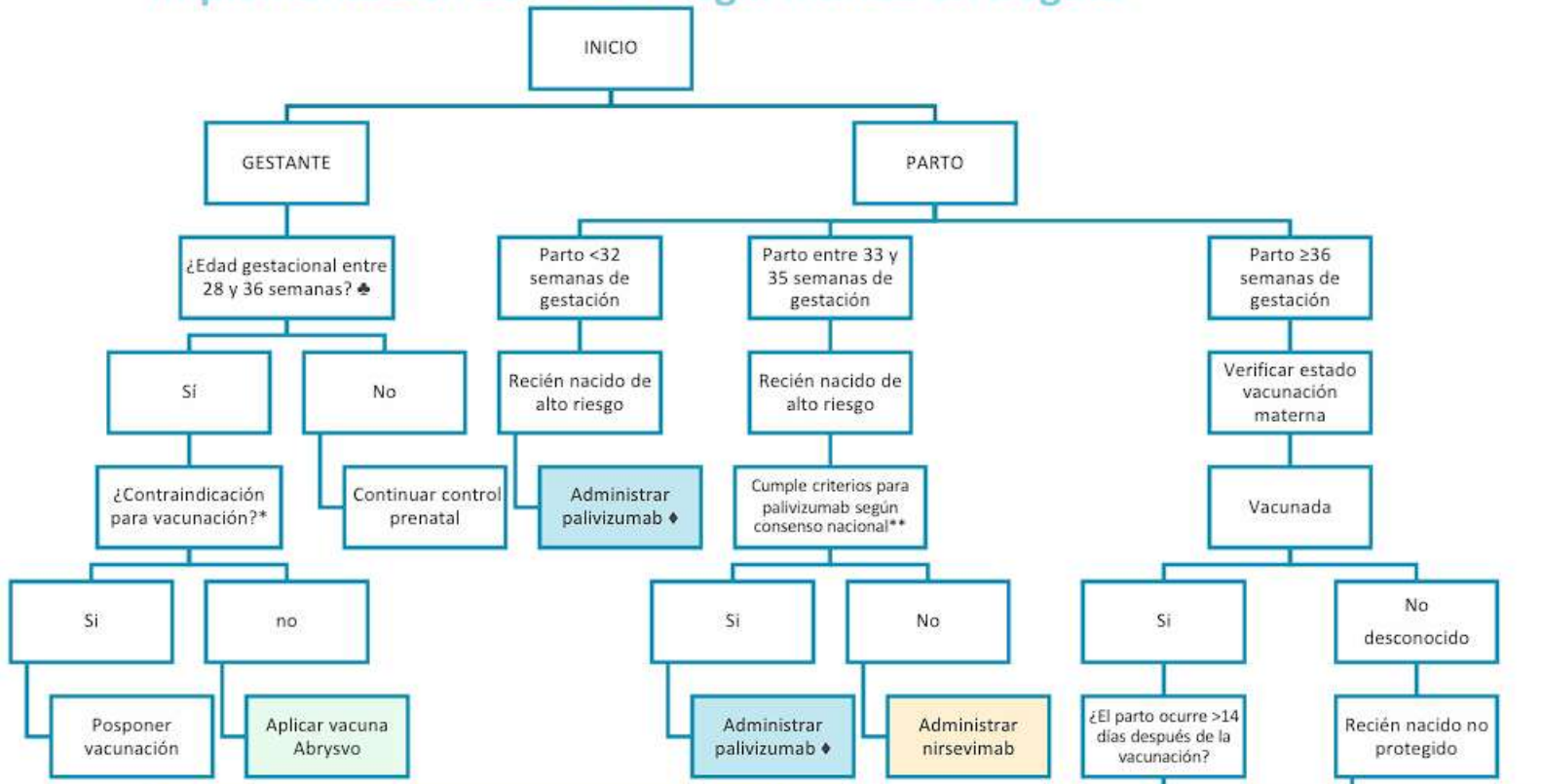
4. Lineamientos y protocolos

* Lineamientos para inmunización contra la bronquilitis por VSR Bogotá

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Árbol de decisiones para la orientación de los equipos de salud en la implementación de la estrategia hibrida en Bogotá

♦ Se ha insistido al Ministerio de Salud y Protección Social a través de comunicados basados en evidencia científica, considerar la actualización del Plan de Beneficios en Salud (PBS) en estos grupos, garantizando el acceso a las nuevas tecnologías



* Contraindicaciones de la vacuna

- Hipersensibilidad grave (incluida anafilaxia) a la vacuna.
- Enfermedad moderada o grave que pueda llevar a la terminación del embarazo en los próximos 14 días, según criterio clínico obstétrico (por ejemplo, preeclampsia grave,
- Hemorragia obstétrica o cualquier condición materna que requiera finalización inminente del embarazo).
- Antecedente de reacción alérgica grave después de la administración de cualquier vacuna que contenga el antígeno prefusión F de RSV.

**Criterios alto riesgo para palivizumab según consenso nacional

- Asistencia a guardería
- Presencia de hermanos en el hogar, o vivir con niños menores de cinco años permanentemente en el mismo Hogar
- Ausencia de lactancia materna
- Exposición al humo de tabaco en el hogar
- Madre fumadora durante el embarazo
- Antecedente de atopia familiar
- Educación materna de nivel primario o inferior

*** Criterios especiales para administración de monoclonal en recién nacidos independiente de antecedente vacunal de la madre

- **Hijos de madres con inmunosupresión** o enfermedades que puedan afectar la respuesta inmune o la transferencia placentaria de anticuerpos.
- Recién nacidos sometidos a bypass cardiopulmonar, ECMO o exanguinotransfusión
- **Recién nacidos de alto riesgo para VSR**
  - Displasia broncopulmonar
  - Cardiopatía congénita cianótica o acianótica con inestabilidad hemodinámica
  - Hipertensión pulmonar grave
  - Cirugía cardiaca con bypass cardiovascular
  - Cardiopatía congénita intervenida (endovascular o quirúrgica) con lesiones residuales y repercusión hemodinámica o cianosis persistente
  - Errores innatos de la inmunidad
  - Enfermedades neuromusculares
  - Fibrosis quística con compromiso respiratorio severo y/o desnutrición
  - Trisomía 21 con cardiopatía compleja significativa y/o enfermedad pulmonar crónica y/o defectos confirmados de la inmunidad

♣ La vacunación en gestantes se debe (en lo posible) aplicar idealmente **entre la semana 28 a 32**, aunque podría aplicarse hasta la semana 36

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ

Compromiso de los ginecobstetras, médicos y enfermeras frente a la vacunación en gestantes

Integración de la vacunación en el marco del Control Prenatal: Asegurar que la vacuna se ofrezca de manera rutinaria y oportuna durante las citas de control prenatal



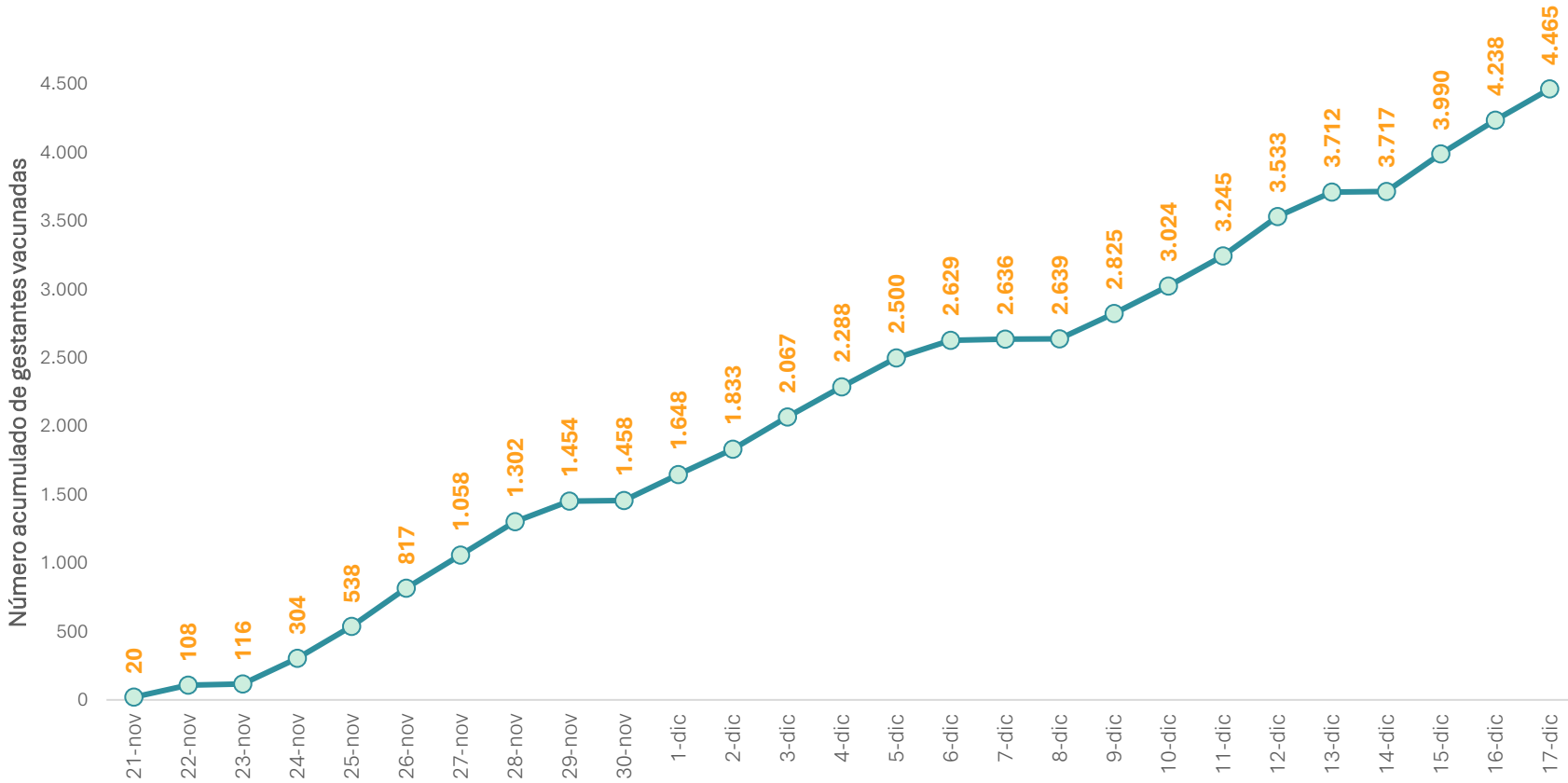
Desafíos en poblaciones especiales: migrantes

Coexistencia de Palivizumab con las nuevas tecnologías de inmunización genera desafíos programáticos

Desinformación en redes sociales, desconfianza histórica post-COVID: temor a “otra vacuna nueva”.

Aceptación de la Población y reticencia a la vacunación: Superar la desconfianza generalizada hacia las vacunas

Progreso en la vacunación de gestantes contra la bronquiolitis por Virus Sincitial Respiratorio (VSR) Bogotá, D.C. 2025





Fuente: aplicativo PAI 2.5 de Secretaría Distrital de Salud Bogotá. Base de datos PAI. Sistema de información. 21 noviembre – 17 diciembre2025. Preliminar

Vigilancia Epidemiológica del EAPV- VSR

Subdirección de Vigilancia en Salud Publica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

ANTECEDENTES

El biológico RSVpreF presenta un perfil de seguridad favorable tanto en gestantes como en recién nacidos y lactantes.

Las RSL documentan los eventos adversos notificadas con mayor frecuencia en gestantes son: Dolor en el lugar de vacunación (40.6%), cefalea (31.0%), mialgia (26.5%) y náuseas (20.0%).

Se han aplicado más de 1 millón de dosis en 12 países y no se han reportado eventos adversos GRAVES.

Eventos muy frecuentes (≥ 1 en 10 personas)	Eventos frecuentes (≥ 1 en 100)
- Dolor en el lugar de la inyección. - Cefalea. - Mialgia - Nauseas	- Enrojecimiento y edema en el lugar de la inyección

JUSTIFICACION PARA LA VIGILANCIA

La vacunación materna con RSVpreF (Abrysvo™) presenta un desafío único para la farmacovigilancia, ya que se requiere una evaluación exhaustiva de los beneficios y riesgos para las gestantes y para el feto/lactante. Esto se traduce en un monitoreo simultáneo de la gestante vacunada y el seguimiento de los desenlaces del embarazo y del estado de salud del recién nacido.

La vigilancia del EAPV RSVpreF (Abrysvo™) se centra en el perfil de seguridad conocido de la vacuna, con énfasis en el monitoreo de los eventos de especial interés (AESI).

OBJETIVOS

- Detectar, notificar e investigar oportunamente los EAPV en gestantes vacunadas contra VSR en el Distrito.
- Gestionar las acciones que permitan minimizar la repercusión negativa en la salud del binomio madre-hijo y en el PAI.
- Realizar la evaluación clínica y de laboratorio que apoyen la investigación clínico-epidemiológica necesarios para la evaluación de los EAPV.
- Estimar la proporción de EAPV de RSVpreF y la clasificación final de los casos.

DEFINICIONES

Evento Adverso Posterior a Vacunación

- Es cualquier situación de salud (signo, hallazgo anormal de laboratorio, síntoma o enfermedad) desfavorable, no intencionada, que ocurra posterior a la vacunación/inmunización y que no necesariamente tiene una relación causal con el proceso de vacunación o con la vacuna. Se clasifican en eventos graves y no graves.

EAPV Grave

- Todo EAPV que causa la muerte de la persona vacunada, pone en peligro inminente la vida de la persona vacunada, es necesario hospitalizar al vacunado o prolongar su estancia, causa discapacidad o incapacidad persistente o significativa, se sospecha que produjo o generó una anomalía congénita

EAPV NO Grave

- Todo evento que aparece, por lo general a las 24 o 48 horas de la aplicación de la vacuna, no pone en riesgo la vida del vacunado, se resuelve sin necesidad de tratamiento y no produce consecuencias a largo plazo o discapacidad

VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS POSTERIORES A LA VACUNACIÓN – EAPV

Vigilancia pasiva	Vigilancia activa
Notificación desde la IPS a través de Vigiflow	**Detección de señales – Eventos de Especial Interés**
➢ Detectar, notificar e investigar oportunamente los EAPV en gestantes vacunadas contra VSR en el Distrito. ➢ Realizar la evaluación clínica y de laboratorio que apoyen la investigación clínico-epidemiológica necesarios para la evaluación de causalidad. ➢ Gestionar las acciones que permitan minimizar la repercusión negativa en la salud del binomio madre-hijo y en el PAI. ➢ Obtener datos más completos y oportunos sobre la seguridad de ambas tecnologías en el contexto local.	➢ Implementar la detección de señales para robustecer el perfil de seguridad de la vacuna RSVpreF (Abrysvo™). ➢ Estimar la incidencia de reactogenicidad común y de AESI seleccionados en una cohorte. ➢ Detectar rápidamente cualquier evento adverso inesperado que pueda constituir una señal de seguridad.

VIGILANCIA EAPV - VSR 2025

Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá



Vacunación a la Gestante para VSR semana 28 a la 36 de gestación

IPS
- Urgencias
- Consulta externa
- Gineco obstetricia
- UCI (neonatal, pediátrico, adulto)
- Hospitalización

Detección EAPV - IPS

Vigilancia Pasiva

Equipo IPS: (Notificación del caso)
- Epidemiología
- PAI
- Farmacovigilancia

Notificación al Vigiflow del EAPV

Eventos Esperados Abrysvo
Fiebre, fatiga, dolor de cabeza, dolor muscular, nauseas, dolor articular, diarrea y vomito

EAPV NO GRAVE → Se cierra caso y se delega a SDS - FV

EAPV GRAVE: Cuando presente los criterios de gravedad → Acciones Lineamiento Distrital EAPV → SUBRED

- Investigación Epidemiológica de Campo
- Visita a Punto de Vacunación
- Unidad de Análisis

- Mortalidad
- Peligro inminente de la vida
- Hospitalización o prolongar estancia
- Discapacidad o incapacidad persistente
- Anomalía congénita, muerte fetal o sospecha de aborto

- **Comite de expertos:** todo caso que cumpla con criterios

COMUNICACIÓN DEL RIESGO - Cadena de llamadas y voceria en IPS, Subredes y Secretaria Distrital de Salud

Vigilancia Activa

Secretaría Distrital de Salud

Señales a Vigilar en VSR

Cualquier información de múltiples orígenes que sugiere una nueva asociación causal potencial, o un aspecto nuevo de una asociación conocida entre una intervención y un evento o un grupo relacionado de eventos, ya sea adversos o benéficos que se juzga tiene suficiente probabilidad de ser cierta como para justificar acciones de verificación.

Fuentes de Información

- Estadisticas Vitales
- SIVIGILA
- Base de Cohorte Gestantes
- RIPS
- Otros

Fuentes:
Ficha técnica ABRYSVO - vacuna contra el virus respiratorio sincitial - Pfizer Laboratories Div Pfizer Inc
Practical aspects of signal detection in pharmacovigilance. Report of CIOMS Working Group VIII. Geneva. CIOMS. 2010

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD +MAS Bienestar

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD BOGOTÁ

COMUNICACIÓN DE RIESGO

- El proceso se activa con la notificación obligatoria en las primeras 24 horas, en Bogotá se ejecuta como un sistema continuo que integra la investigación técnica con la gestión estratégica de la información garantizando la **confidencialidad** del caso y la coherencia del **mensaje institucional**.

- La vocería oficial corresponde al Secretario Distrital de Salud o a quien el delegue.

- Proceso articulado con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), y la oficina asesora de comunicaciones OAC, Dirección de epidemiologia y Subdirección de VSP.

- La información fluye desde las IPS hacia las subredes y el nivel distrital, siguiendo una cadena de llamadas y canales formales previamente definidos, con el fin de evitar filtraciones, proteger la identidad del usuario y asegurar que toda comunicación externa se realice exclusivamente a través de los voceros autorizados

Indicadores

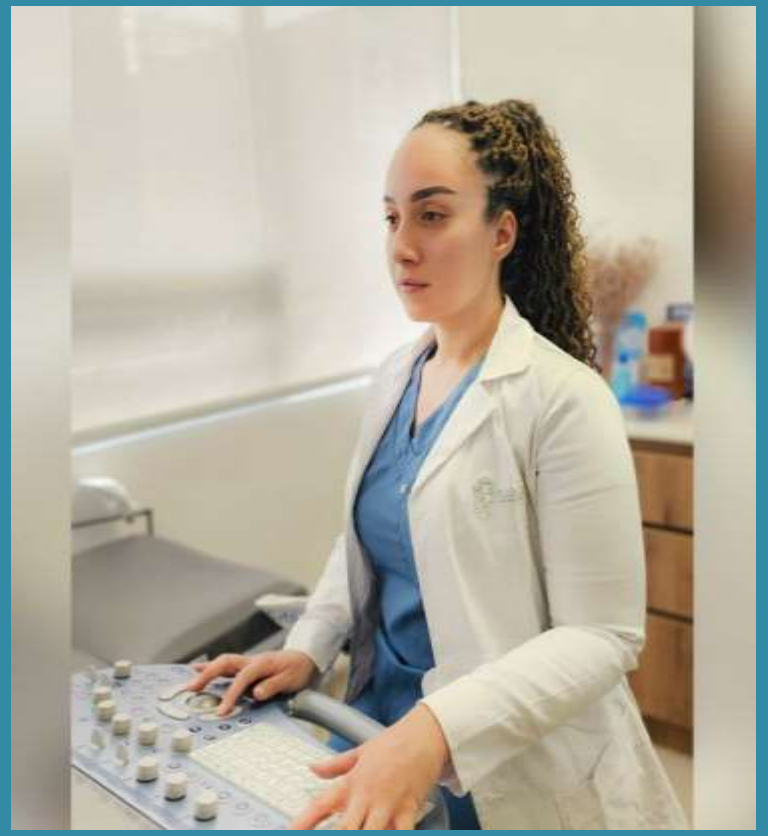
Tasa de notificación de EAPV x 100 mil dosis de RSVpreF (Abrysvo™) aplicadas	Numerador: número de EAPV notificados por la vacuna. Denominador: número de dosis administradas de la vacuna.
Tasa de EAPV graves x 100 mil dosis de RSVpreF (Abrysvo™) aplicadas	Numerador: número de EAPV graves clasificados relacionados con la vacuna y/o error programático por la vacuna. Denominador: número de dosis administradas de la vacuna.
Proporción de casos con investigación completa (IEC, visita a punto de vacunación).	Numerador: (número de EAPV con investigación completa por la Subred) Denominador: total de los casos del evento notificados por la Subred

8. Socialización de casos de Muerte materna SE 48

Lugar Ocurrencia
Domicilio
EAPB Famisanar

Dra. Melissa Sierra
Ginecóloga
Subdirección Vigilancia Salud Pública

Enf. Natalia Estupiñán
Famisanar



Fecha de Muerte: 28/11/2025

FECHA DE MUERTE	SEM EPID	INSTITUCIÓN DONDE FALLECE	EDAD	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EAPB	LOCALIDAD	ANTECEDENTE	# CPN	CLASIFICACIÓN RIESGO	ESTADO CIVIL
28/11/2025	48	Domicilio	20	Contributivo	Famisanar	Fontibón	Ninguno	6	Alto dado por obesidad IMC 36.5 peso 85 kg e ingreso tardío	Casada

CPN

- Planificación previa: Ninguno
- 4 controles por ginecobstetricia
- 2 consultas de enfermería
- 3 consultas de nutrición
- 2 consultas de psicología
- 2 consultas de odontología
- 3 consultas trabajo social
- 3 cursos de preparación para maternidad y paternidad
- **Fecha último control prenatal**: 08/10/2025
- **Tamizajes** VIH, Sífilis, Hepatitis B, chagas: Negativo

29/09/2025

- EG 31 SEMANAS
- Consulta por urgencias por salida de liquido
- Pruebas de bienestar fetal satusfactorias
- Se descarta RPM
- Se dan signos de alarma
- Hallazgo de feto creciendo en P96, se indica nueva PTOG

23/10/2025

- EG 36 SEMANAS
- Asiste a control
- Hallazgo de tensiones arteriales estadio I
- Se remite a urgencias para estudio intrahospitalario de THAE

23 al 25/10/2025

- Estudio intrahospitalario de THEA
- Prtoteinuria en 24 horas negativa
- Paraclinicos que no indican daño a organo blanco
- Bienestar fetal
- Control de cifras tensionales con farmaco antihipertensivo (Nifedipina 30 mg cada 12 horas)
- Se clasifica THEA como hipertensiongestacional, se da alta con faraco antihipertensivo, indicacion de toma y registro de tension arterial en casa, claros signs de alarma para consult por urgencias
- Se cita el 30/10/2025 para definir via de part

30/10/2025 a 02/11/2025

- Embarazo de 37 semanas por FUR
- Ingresa para inducción de parto
- Pruebas de bienestar fetal (PBF) satisfactorias, paraclinicos de severidad negativos
- Se indica inducción de parto con oxitocina.
- Parto vaginal eutocico 31/10/2025 Peso 3045 gr
- Puerperio sin complicaciones
- Alta con recomendaciones y signos de alarma 2/11/2025

5/11/2025

- Cita control puerperio
- No hallazgos positivos el exxamen fisico
- Adeciado control de tensiones arteriales
- Continuar antihipertensivo
- Se reclasifica riesgo tromboembolico a Intermedio
- Se dan recomendaciones y signos de alarma
- Control por consulta externa de giencologia en 8 dias.

12/11/2025

- Tensiones arteriales en metas con dosis actual. Registro en casa normal
- Se disminuye dosis de Nifedipina a 30 mg cada 24 horas por 2 dias, luego suspender
- Si tensiones arteriales se elevan , reiniciar medicamento.
- Se dan signos claros de alamra para consulta por urgencias
- Control en 8 dias

19/11/2025

- Tensiones arteriales ne metas sin medicamento.
- Se da alta medica.
- Se indica control en 3 meses por su seguro

28/11/2025

- Llamada 123
- 10:02 “ciudadano reporta que encuentra a su hermana inconciente, morada y no reacciona”
- Movil TAB 6980 responde ha llamado. Médico de ambulancia encuentra paciente sin signos vitales. Se entrega certificado de defunción a familiar. Policia hace presencia.
- Se lleva a estudio anatomopatologico por medicina legal

En estudio Medicina legal

Matriz DOFA

Debilidades

-Fallas en demanda inducida a la consulta preconcepcional y planificación familiar a la mujer en edad fértil

-En el seguimiento a los procesos de afiliación de la gestante

Fallas en la captación temprana a control prenatal

01

Oportunidades

- ✓ Acceso a consulta preconcepcional
- ✓ Acceso a consulta planificación familiar y suministro de método con oportunidad.
- ✓ Captación oportuna al control prenatal y seguimiento de acuerdo a los riesgos identificados en la cohorte de gestantes
- ✓ Fortalecimiento de las estrategias de información, educación y comunicación en consulta preconcepcional y anticoncepción, así como demanda inducida.
- ✓ Fortalecimiento del seguimiento a las novedades presentadas por gestantes frente a afiliación.

03

Fortalezas

- ✓ Articulación con la red de prestadores para la gestión de riesgo de las usuarias
- ✓ Reporte por parte de la IPS primaria en la cohorte de gestantes
- ✓ Gestión con IPS de atención primaria para asesoría preconcepcional y de anticoncepción a pacientes en edad fértil pertenecientes a grupos de riesgo: obesidad, sobrepeso, hipertensión y diabetes.
- ✓ Seguimiento a pacientes hospitalizadas

02

Amenazas

- ✓ Sobreocupación de los servicios de urgencias.
- ✓ Cierre de servicios de ginecobstetricia en el distrito.

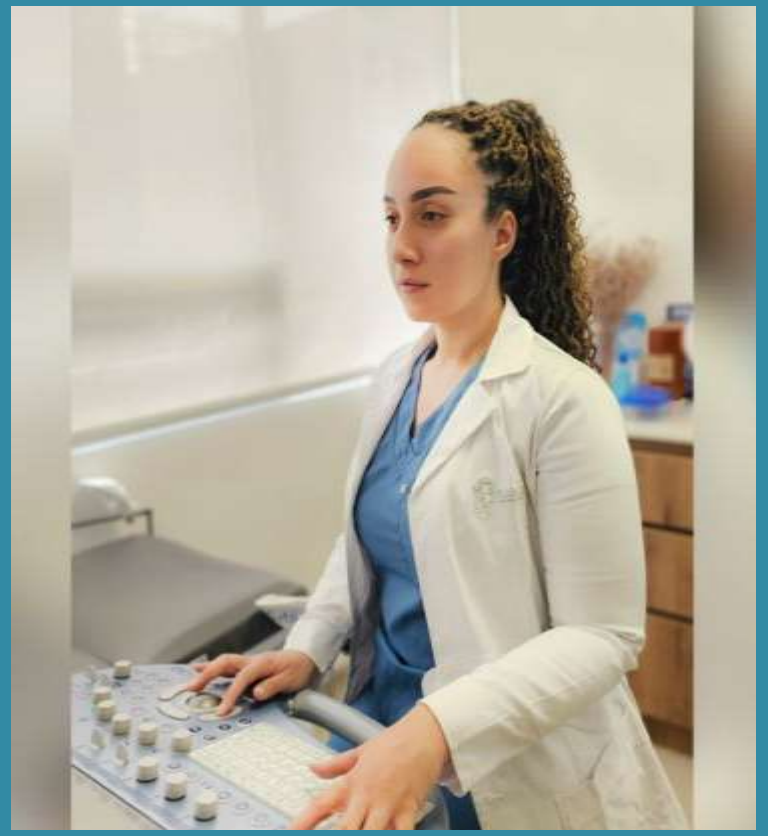
04

8. Socialización de casos de Muerte materna SE 48

Lugar ocurrencia
ESE Occidente Kennedy
EAPB Capital Salud

Dra. Melissa Sierra
Ginecóloga
Subdirección Vigilancia Salud Pública

Enf. Angela Rengifo
Capital Salud



Fecha de Muerte: 29/11/2025

FECHA DE MUERTE	SEM EPID	INSTITUCIÓN DONDE FALLECE	EDAD	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EAPB	LOCALIDAD	ANTECEDENTE	# CPN	CLASIFICACIÓN RIESGO	ESTADO CIVIL
29/11/2025	48	ESE Occidente Kennedy	21	Subsidiado	Capital Salud	Puente Aranda	Ninguno	7	Bajo	Soltera

CPN

- 7 CPN por ginecología.
- Clasificación: Bajo riesgo obstetrico, Bajo riesgo psicosocial, Bajo riesgo tromboembolico
- Consulta de planificación

24/11/2025

- Ingresa a urgencias con embarazo de 30 3/7 semanas, cefalea 6 dias, tinnitus, fosfenos.
- Hallazgo de tensión arterial, se inicia farmaco antihipertensivo.
- Paraclinicos de severidad negativos

25/11/2025

- Paciente en vigilancia intrahospitalaria
- Recolección de proteinuria en 24 horas
- Seguimiento de tensiones arteriales

26/11/2025

- Pruebas de bienestar fetal satisfactorias
- Proteinuria en 24 horas negativa
- Maduración pulmonar fetal completa

27/11/2025

- Hallazgo de Obito fetal
- Se lleva a partp por cesarea 7:53 pm
- 8:15 se activa codigo rojo causa atonia uterina posterior a DPPNI 100%, se agotan medidas farmacologicas, requerimiento sutura de B-lynch
- Traslado a UADO

28/11/2025

- Anemización; hb 6.5
- Tendencia a la hipotension
- Requerimiento de transfusion, fibrinogeno en descenso
- Se decide nuevo tiempo quirurgico, se evidencia hemoperitoneo de 500 cc, requerimiento de HAT + salpingetomia bilaeral.

Requerimiento transfusional de 5 UGRE + 5 U Plasma + 4 U Plaquetas + 6 U criprecipitados.

- RXN alergica a transfusion
- Malas condiciones generales
- Requerimiento de soporte vaspresor
- Traslado a UCI para manejo,

29/11/2025

- 7:27 am – paro cardiorespiratorio. Respuesta a maniobras de reanimación avanzada. Estado port reanimación con taquicardia sinusal, pesimas condiciones generales, hiperlactatemia, acidosis metabolica

- Presenda 2do paro cardiorespiratorio.
- Responde a maniopras, en estado post reanimación se consideró laparotomía para desempaquetamiento y ligadura dehipogástricas por cirugía vascular
- Se considera posibilidad deterapia ECMO
- Presenta 3r paro cardiorespiratorio

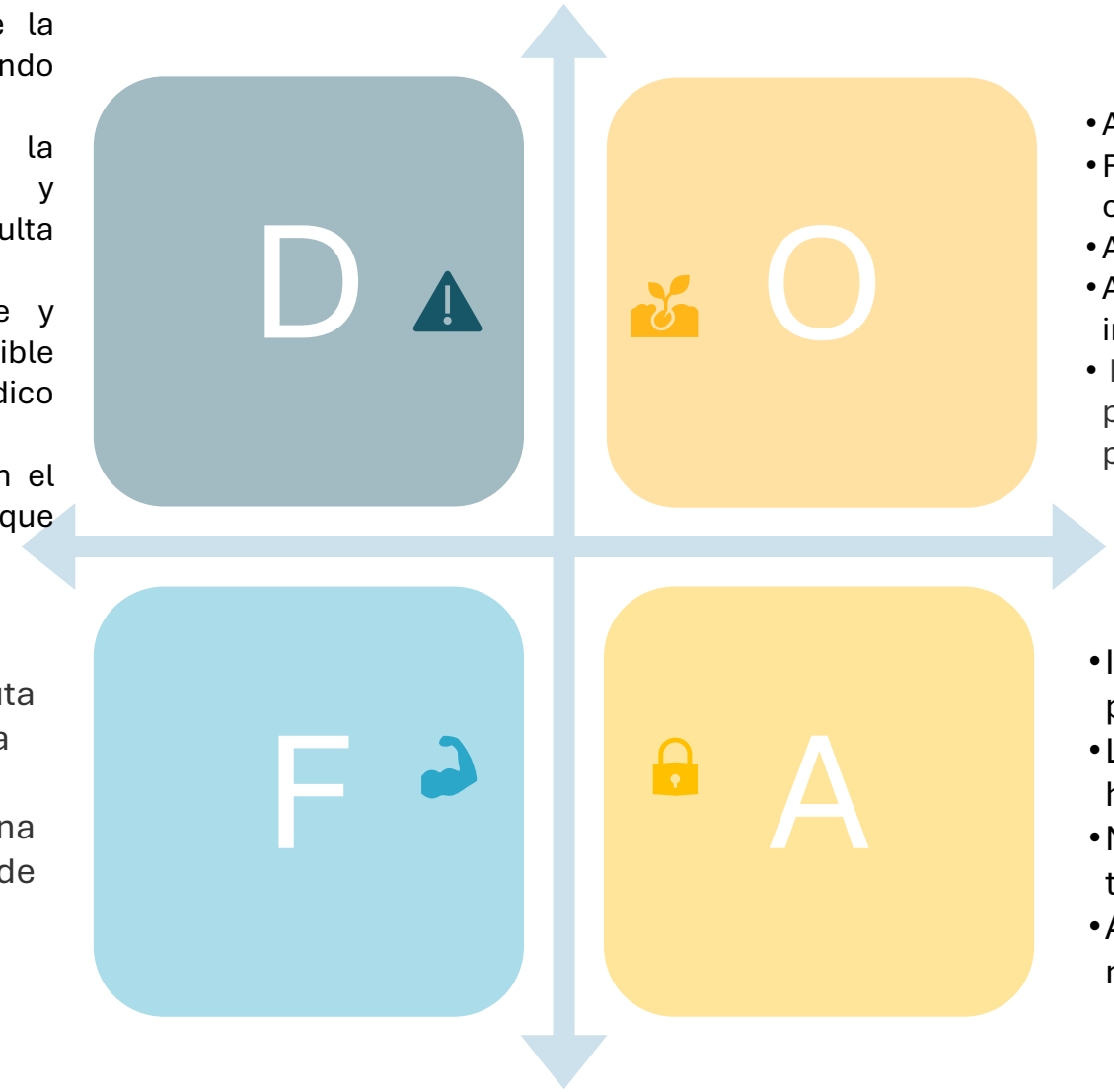
- 8:25 Protocolo de lineas isoelectricas
- 8:48 se declara fallecimiento
- Se indica necropsia clínica.

CONCLUSIONES DE ANÁLSIS INTERNO DE LAS INSTITUCIONES

Muerte materna y perinatal secundaria a hemorragia de tercer trimestre desprendimiento de placenta del 100%,

Causa A **Diagnóstico** CHOQUE HIPOVOLEMICO	**Tiempo medida** HORAS	**Tiempo valor** 1
Causa B **Diagnóstico** HEMORRAGIA RETROPERITONEAL	**Tiempo medida** HORAS	**Tiempo valor** 1
Causa C **Diagnóstico** COAGULACION INTRAVASCULAR DISEMINADA	**Tiempo medida** DIAS	**Tiempo valor** 1
Causa D **Diagnóstico**	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**
Otros Estados Patológicos **Diagnóstico** HEMORRAGIA ENCEFALICA	**Tiempo medida** HORAS	**Tiempo valor** 1
Otros Estados Patológicos **Diagnóstico**	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**

- Diligenciamiento inadecuado de la historia clínica, evidenciando inconsistencias.
- Déficit en el seguimiento de la cohorte de Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo la consulta preconcepcional.
- Falta de identificación, reporte y seguimiento oportuno de un posible evento adverso, por parte del médico tratante.
- Ausencia de reporte del caso en el momento de la atención, lo que afecta la oportunidad



- Auditoria Concurrente intrahospitalaria.
- Fortalecimiento del Seguimiento desde la cohorte de salud sexual y Reproductiva.
- Adecuado reporte del evento adverso caída
- Adecuada Clasificación del riesgo intrahospitalaria
- Fortalecer el envío de reportes a la EAPB para asegurar una atención oportuna a la población priorizada.

- Adecuada adherencia a la Ruta Materno-Perinatal Por la usuaria

- Atención de la paciente en una unidad de alto nivel de complejidad.

- Inadecuado monitoreo materno fetal en paciente hospitalizada,
- La pertinencia de procedimiento histerectomías vs sutura de B- Lynch,
- No reporte a la EPS necesidad de traslado a UCI, por no pertinencia.
- Adherencia a las guías de atención materno perinatal.

Gracias