Objetivo: Participación en el comité de seguimiento N° 167 plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna

Entidad/Proceso: Ministerio de Salud y Protección Social
Nombre: Jineth Ramírez Aguilera Teléfono: 3203526589 Correo electrónico: estrategiaangelesguardianes@gmail.com
Lugar de la reunión: Virtual Plataforma TEAMS
Fecha: 26 de marzo 2026 Hora de inicio: 7:00 am Hora de Finalización: 09:30am

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS [1]

1. **Apertura del Espacio**

El encuentro se realizó con la participación de representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, delegados de la Superintendencia Nacional de Salud, equipos de las entidades territoriales de salud (ETS), referentes funcionales de salud materna y EPS aliadas al plan de reducción de la mortalidad materna.

La sesión fue liderada por el Equipo de Vigilancia de Salud Materna La sesión fue liderada por el Equipo de Vigilancia de Salud Materna y contó con la presencia de Claudia M., Mónica, Germán G.

2. **Orden del día**

A- Actualización de la situación de Mortalidad Materna – Semana Epidemiológica 10
B- Seguimiento a la cohorte de gestantes
C- Presentación del caso de mm Antioquia
D- Sistema de monitoreo, alertas tempranas y gestión del abastecimiento de medicamentos

3. **Análisis técnico nacional**

A- Actualización de la situación de Mortalidad Materna – Semana Epidemiológica 10

Durante la sesión se presentó la actualización del comportamiento de la mortalidad materna para la semana epidemiológica 10, en donde se destacó que existen entidades territoriales que no han reportado muertes maternas, lo cual se reconoce como un aspecto positivo dentro del análisis general. No obstante, se identifican territorios y municipios con comportamientos inusuales, especialmente en departamentos como Antioquia, Valle del Cauca, Caquetá, Tolima y Arauca, destacándose municipios como El Bagre y Caucasia, que han presentado incremento de casos, comportamiento que ya se había observado en periodos anteriores.
En relación con la distribución por área de residencia, se evidenció que la mayor proporción de muertes maternas se concentra en la zona urbana, con aproximadamente el 64,5% de los casos, seguida de la zona rural dispersa y centros poblados.
Respecto a las características sociodemográficas, se identificó que la población indígena aporta una proporción importante de los casos, con razones de mortalidad significativamente más elevadas, lo que constituye un punto crítico de análisis. Así mismo, el régimen subsidiado continúa

[1] Se podrán incluir las filas que se requieran en cualquiera de los items del documento.

concentrando la mayor carga de mortalidad materna, con cerca del 67,7% de los casos en comparación con el régimen contributivo.
En cuanto a la nacionalidad, la mayoría de los casos corresponden a población colombiana. Por grupos de edad, se evidenció un incremento en el rango de 35 a 39 años y un aumento leve en adolescentes, mientras que en otros grupos se observa una tendencia a la disminución.
Frente a las causas de muerte materna, se mantiene el predominio de las causas directas, especialmente los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, seguidos por las causas indirectas, dentro de las cuales destacan cáncer y neumonía. Adicionalmente, se identifican incrementos en trastornos hipertensivos en territorios como Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Nariño, Santa Marta y Sucre, lo que requiere especial seguimiento.
Por otra parte, se reiteró que la morbilidad materna extrema presenta un aumento sostenido, particularmente en eventos relacionados con hemorragia y trastornos hipertensivos, lo cual requiere fortalecer la detección temprana, el seguimiento clínico y la calidad del manejo, teniendo en cuenta que persisten dificultades en la cuantificación adecuada de eventos como el sangrado.
Finalmente, en relación con el comportamiento general, se destacó que, aunque el número de casos presenta diferencias mínimas frente al año anterior, las razones de mortalidad muestran variaciones importantes según los grupos poblacionales y territorios. Se evidencian razones más elevadas en zonas rurales dispersas y centros poblados en comparación con las zonas urbanas, así como en población indígena, lo que refleja mayores condiciones de vulnerabilidad.
Por grupos de edad, se resaltó un incremento en mujeres de 35 a 39 años y razones más altas en mayores de 40 años, así como un aumento leve en adolescentes. Se indicó que, pese al incremento de la morbilidad materna extrema en algunos grupos, no se han presentado muertes maternas en adolescentes para la semana analizada, lo cual se reconoce como un aspecto positivo.

B- Seguimiento a la cohorte de gestantes

Durante este punto se abordaron aspectos relacionados con la interpretación de la mortalidad materna en relación con los nacidos vivos y la calidad de las fuentes de información. Se indicó que, para la semana epidemiológica 11, se registran 34 muertes maternas, en comparación con 36 para el mismo periodo del año anterior, lo que refleja una diferencia mínima en términos absolutos.
Sin embargo, se enfatizó que el análisis no puede limitarse al número de casos, dado que el comportamiento de los nacidos vivos tiene un impacto directo en la razón de mortalidad materna. Para el presente año se evidencia una disminución importante en la fecundidad, lo cual influye en la interpretación de los indicadores y puede generar una aparente mejoría en la razón sin que exista una reducción real en la ocurrencia de muertes.
Adicionalmente, se explicó que existen diferencias entre las fuentes de información, particularmente entre SIVIGILA y las estadísticas vitales del DANE, derivadas de los tiempos de consolidación de los datos y de los procesos de búsqueda activa. Se mencionó que el DANE realiza actualizaciones periódicas en las cuales se incorporan nuevos casos producto de la verificación conjunta con el Instituto Nacional de Salud, lo que puede modificar las cifras de cierre previamente reportadas.
En este sentido, se resaltó la importancia de realizar comparaciones entre datos equivalentes en el tiempo, evitando contrastar información preliminar con bases ya consolidadas, ya que esto puede generar interpretaciones erróneas. Se indicó que SIVIGILA, al funcionar como un sistema de búsqueda activa, puede presentar diferencias frente a estadísticas vitales, que dependen en mayor medida del reporte pasivo de la información.
Así mismo, se hizo énfasis en la necesidad de garantizar la calidad, consistencia y oportunidad de las bases de datos a nivel territorial, señalando que las diferencias identificadas entre fuentes obligan a realizar procesos de verificación nominal de los casos.

Finalmente, se reiteró que el análisis de la mortalidad materna debe centrarse no solo en el comportamiento de los indicadores, sino en la identificación de acciones concretas que permitan su reducción, reconociendo que el objetivo no es mantener razones aceptables, sino lograr una disminución real en el número de muertes maternas.

C- Presentación del caso de mm Antioquia

Durante la sesión se presentó el caso de una gestante de 20 años, con embarazo planeado y adecuado acceso inicial a control prenatal, quien cumplió seis controles durante la gestación. Dentro de sus antecedentes se destacó bajo peso, infecciones urinarias recurrentes y clasificación inicial de riesgo moderado para preeclampsia por nuliparidad, posteriormente reclasificada como alto riesgo. En ecografía del tercer trimestre se documentó restricción del crecimiento fetal, con indicación de Doppler placentario, el cual no se evidenció realizado.
La paciente consulta el 2 de enero con cuadro clínico de cefalea, fosfenos, epigastralgia y vómito, encontrándose cifras tensionales severamente elevadas, por lo que se diagnostica preeclampsia severa e inicia manejo con antihipertensivos y sulfato de magnesio, decidiéndose remisión a un nivel de mayor complejidad. Durante el traslado presenta episodio convulsivo, ingresando a la institución receptora en malas condiciones generales, sin recuperación completa del estado de conciencia y con persistencia de cifras tensionales elevadas.
En la institución de mayor complejidad se decide realización de cesárea de emergencia sin evidencia clara de estabilización hemodinámica previa. Posteriormente, la paciente presenta deterioro neurológico, documentándose hemorragia intracerebral con hematoma temporoparietal derecho y efecto de masa, requiriendo manejo neuroquirúrgico. A pesar de las intervenciones realizadas, la evolución fue tórpida, con progresión a falla multisistémica y fallecimiento posterior.
En la discusión del caso se resaltó que se trata de una muerte materna temprana, directa por eclampsia, considerada evitable. Se identificaron múltiples oportunidades de mejora a lo largo de la atención, especialmente en la clasificación y seguimiento del riesgo durante el control prenatal, la ausencia de intervenciones clave como el uso de ácido acetilsalicílico, y la falta de gestión frente a hallazgos relevantes como la restricción del crecimiento fetal.
Así mismo, se evidenciaron fallas en el manejo de la emergencia obstétrica, particularmente en el control de cifras tensionales, la ausencia de un adecuado escalonamiento terapéutico, la no aplicación de herramientas como listas de chequeo y sistemas de alerta temprana, y la falta de estabilización antes del traslado, el cual se realizó en condiciones no seguras. De igual manera, se identificaron debilidades en la continuidad del manejo en la institución receptora, donde no se documenta un control adecuado previo a la intervención quirúrgica.
Finalmente, se enfatizó que, a pesar de contar con herramientas y recursos disponibles para el manejo de la crisis hipertensiva, estos no fueron utilizados de manera adecuada, lo que contribuyó al desenlace fatal. Se reiteró la necesidad de fortalecer las competencias del talento humano, la adherencia a guías de práctica clínica y la capacidad resolutiva de los servicios, especialmente en la atención de emergencias obstétricas.

D- Sistema de monitoreo, alertas tempranas y gestión del abastecimiento de medicamentos

Durante este punto se presentó el sistema de monitoreo, alertas tempranas y gestión del abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos, liderado por el Ministerio de Salud en articulación con el INVIMA, en el marco de la política de soberanía sanitaria y seguimiento a la disponibilidad de medicamentos esenciales para la atención en salud materna.

Se indicó que se realiza monitoreo continuo a grupos prioritarios de medicamentos, especialmente aquellos relacionados con la atención de hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos y enfermedades infecciosas durante la gestación, destacando la importancia de garantizar su disponibilidad en las instituciones de salud. Así mismo, se hizo énfasis en medicamentos específicos como los utilizados para el tratamiento de toxoplasmosis, donde, a pesar de existir disponibilidad en el mercado, se han identificado fallas en la entrega oportuna a las pacientes.

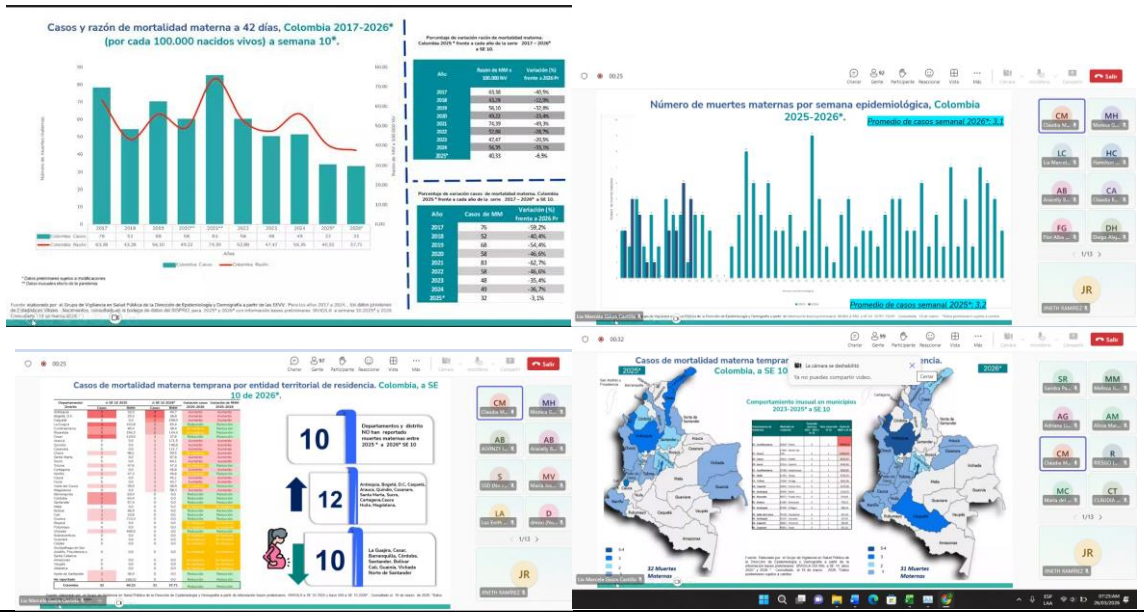
En este sentido, se señaló que una de las principales problemáticas no radica en el desabastecimiento, sino en las barreras de acceso y en los tiempos de entrega, evidenciándose casos en los que las pacientes reciben los medicamentos de manera tardía, incluso después de varios días o semanas de haber sido formulados. Por ello, se reiteró la necesidad de garantizar la entrega inmediata o en un tiempo no mayor a 48 horas, conforme a la normatividad vigente.

Adicionalmente, se mencionó que algunos medicamentos cuentan con distribución principalmente a través del canal institucional, por lo que es fundamental fortalecer la gestión entre las EPS, IPS y operadores farmacéuticos para asegurar el acceso efectivo por parte de las pacientes.

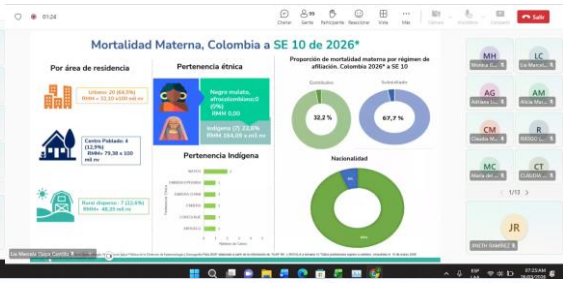
Finalmente, se realizó un llamado a fortalecer las acciones de monitoreo y generación de alertas tempranas frente a posibles fallas en la disponibilidad y entrega de medicamentos, así como a optimizar los procesos de adquisición, distribución y uso adecuado de estos insumos, reconociendo que su acceso oportuno es determinante para la prevención de complicaciones y la reducción de la mortalidad materna.

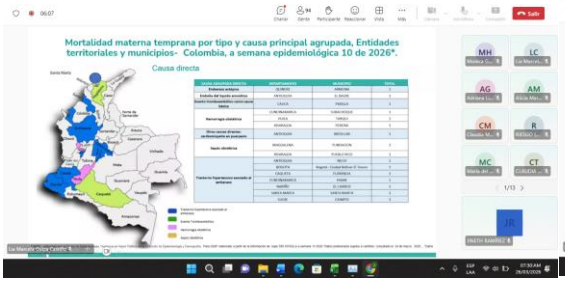
Anexos

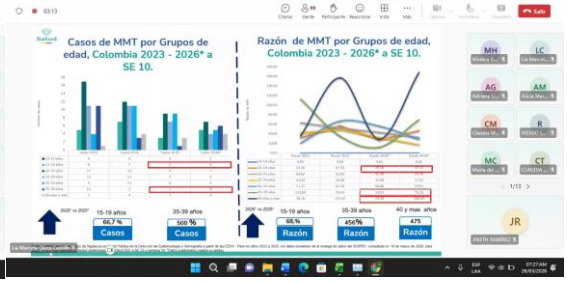
A- Actualización de la situación de Mortalidad Materna – Semana Epidemiológica 10

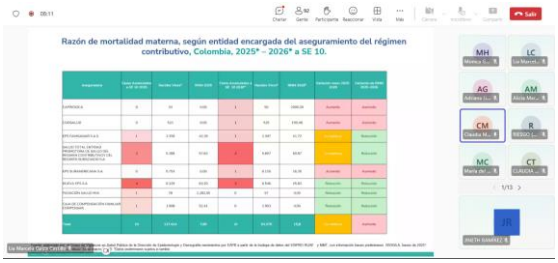


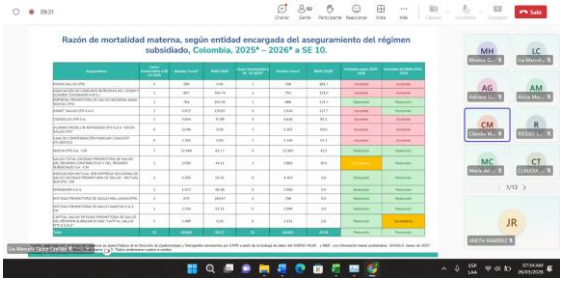










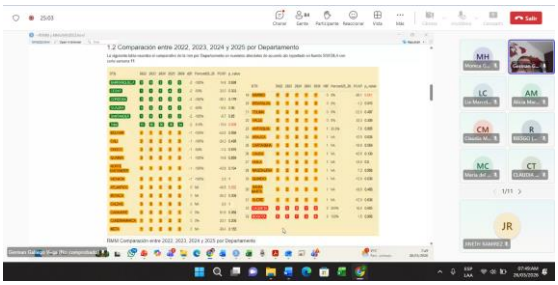


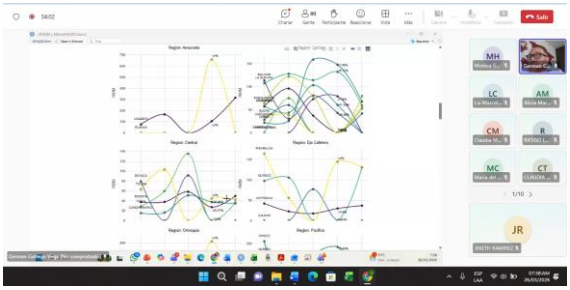
B- Seguimiento a la cohorte de gestantes

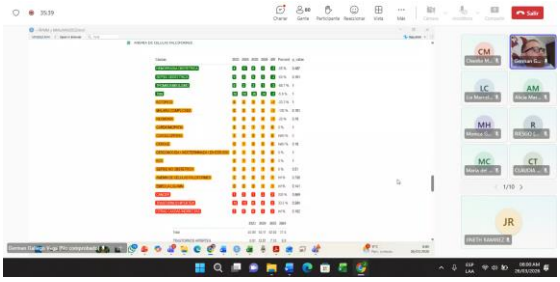


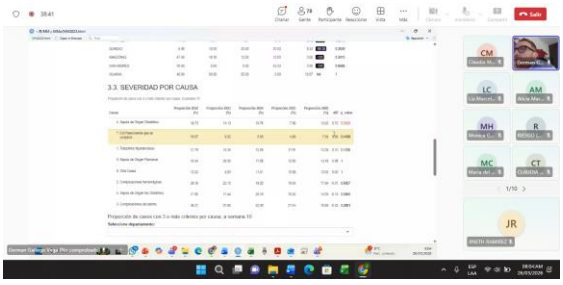


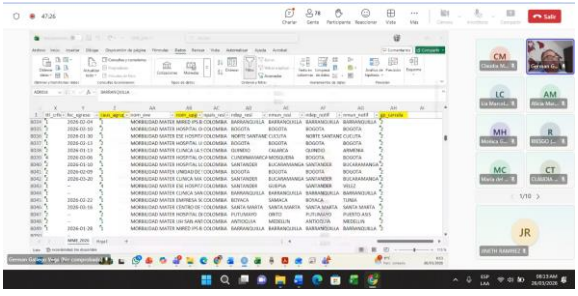




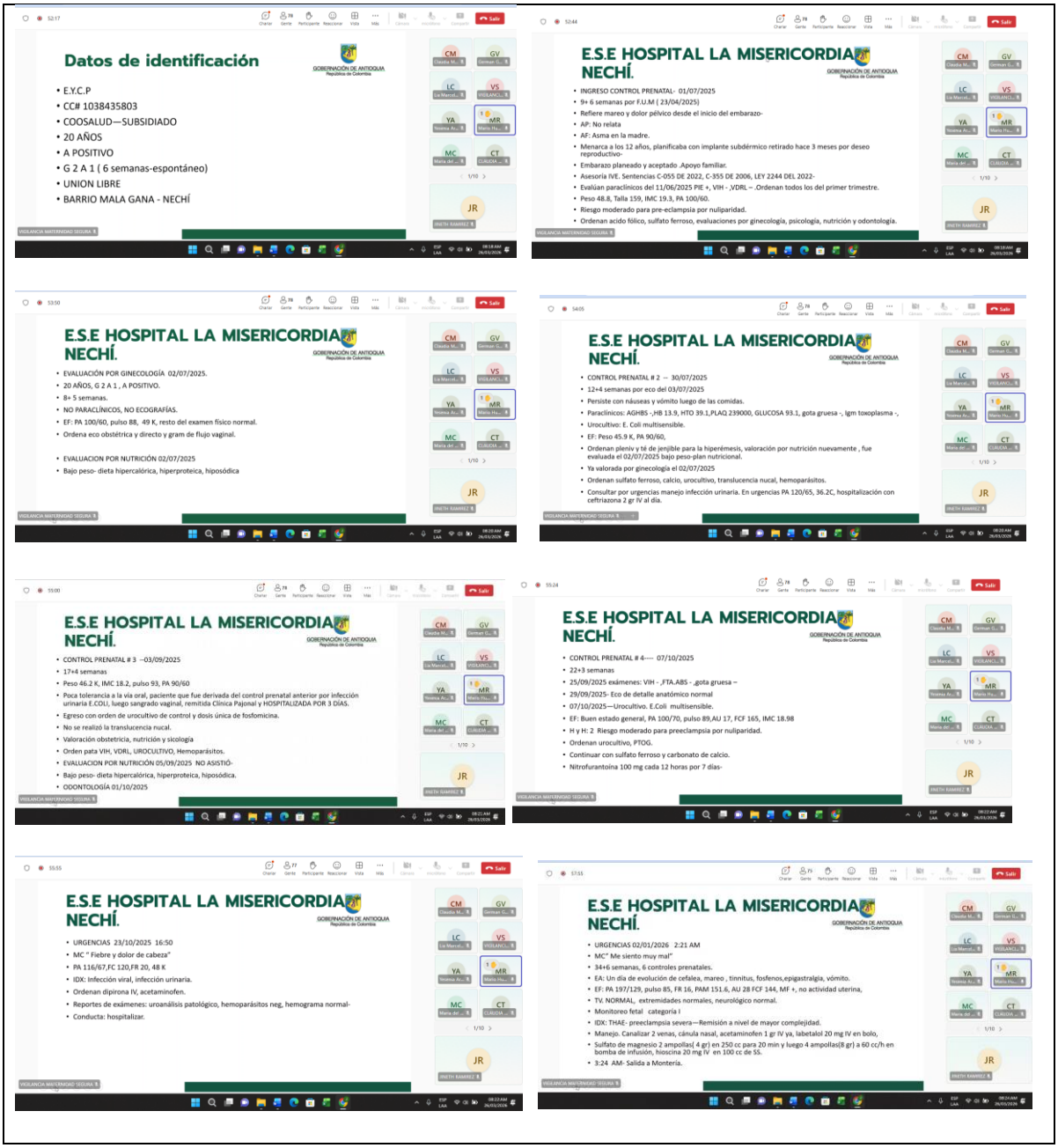




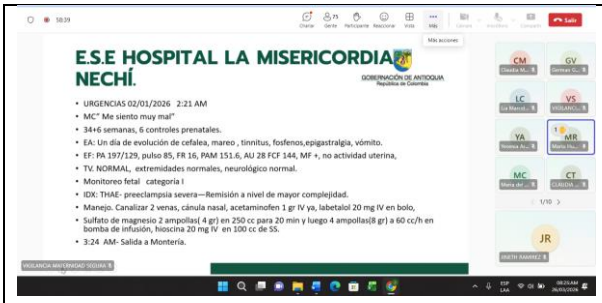


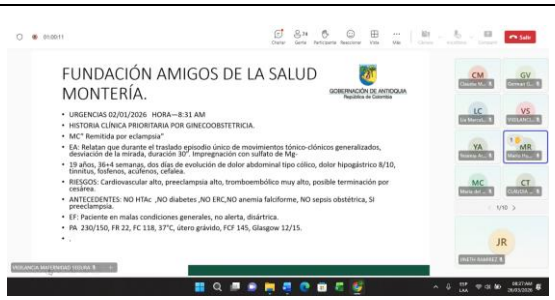


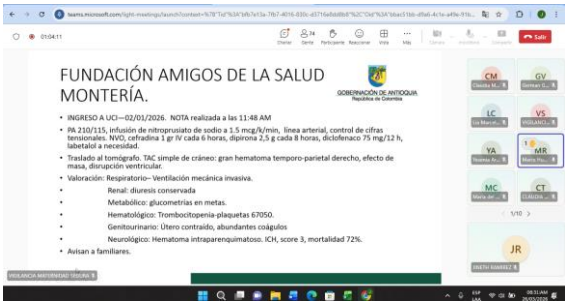
C- Presentación del caso de mm Antioquia

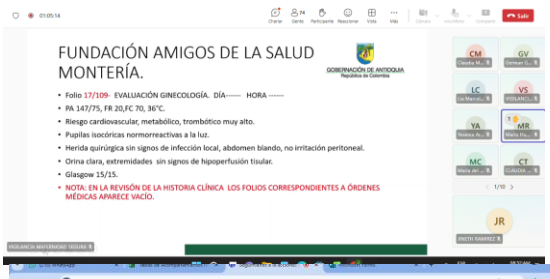

Datos de identificación
• E.Y.C.P
• CC# 1038435803
• COOSALUD—SUBSIDIADO
• 20 AÑOS
• A POSITIVO
• G 2 A 1 (6 semanas-espontáneo)
• UNION LIBRE
• BARRIO MALA GANA - NECHÍ
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA NECHÍ.
• INGRESO CONTROL PRENATAL- 01/07/2025
• 9+ 6 semanas por F.U.M (23/04/2025)
• Refiere mareo y dolor pélvico desde el inicio del embarazo-
• AP: No relata
• AF: Asma en la madre.
• Menarca a los 12 años, planificaba con implante subdérmico retirado hace 3 meses por deseo reproductivo-
• Embarazo planeado y aceptado .Apoyo familiar.
• Asesoría IVE. Sentencias C-055 DE 2022, C-355 DE 2006, LEY 2244 DEL 2022-
• Evalúan paraclínicos del 11/06/2025 PIE +, VIH - ,VDRL – .Ordenan todos los del primer trimestre.
• Peso 48.8, Talla 159, IMC 19.3, PA 100/60.
• Riesgo moderado para pre-eclampsia por nuliparidad.
• Ordenan acido fólico, sulfato ferroso, evaluaciones por ginecología, psicología, nutrición y odontología.
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA NECHÍ.
• EVALUACIÓN POR GINECOLOGÍA 02/07/2025.
• 20 AÑOS, G 2 A 1 , A POSITIVO.
• 8+ 5 semanas.
• NO PARACLÍNICOS, NO ECOGRAFÍAS.
• EF: PA 100/60, pulso 88, 49 K, resto del examen físico normal.
• Ordena eco obstétrica y directo y gram de flujo vaginal.
• EVALUACION POR NUTRICIÓN 02/07/2025
• Bajo peso- dieta hipercalórica, hiperproteica, hiposódica
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA NECHÍ.
• CONTROL PRENATAL # 2 -- 30/07/2025
• 12+4 semanas por eco del 03/07/2025
• Persiste con náuseas y vómito luego de las comidas.
• Paraclínicos: AGHBS -,HB 13.9, HTO 39.1,PLAQ 239000, GLUCOSA 93.1, gota gruesa -, Igm toxoplasma -,
• Urocultivo: E. Coli multisensible.
• EF: Peso 45.9 K, PA 90/60,
• Ordenan pleniv y té de jengible para la hiperémesis, valoración por nutrición nuevamente , fue evaluada el 02/07/2025 bajo peso-plan nutricional.
• Ya valorada por ginecología el 02/07/2025
• Ordenan sulfato ferroso, calcio, urocultivo, translucencia nucal, hemoparásitos.
• Consultar por urgencias manejo infección urinaria. En urgencias PA 120/65, 36.2C, hospitalización con ceftriaxona 2 gr IV al día.
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA NECHÍ.
• CONTROL PRENATAL # 3 –03/09/2025
• 17+4 semanas
• Peso 46.2 K, IMC 18.2, pulso 93, PA 90/60
• Poca tolerancia a la vía oral, paciente que fue derivada del control prenatal anterior por infección urinaria E.COLI, luego sangrado vaginal, remitida Clínica Pajonal y HOSPITALIZADA POR 3 DÍAS.
• Egreso con orden de urocultivo de control y dosis única de fosfomicina.
• No se realizó la translucencia nucal.
• Valoración obstetricia, nutrición y sicología
• Orden pata VIH, VDRL, UROCULTIVO, Hemoparásitos.
• EVALUACION POR NUTRICIÓN 05/09/2025 NO ASISTIÓ-
• Bajo peso- dieta hipercalórica, hiperproteica, hiposódica.
• ODONTOLOGÍA 01/10/2025
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA NECHÍ.
• CONTROL PRENATAL # 4---- 07/10/2025
• 22+3 semanas
• 25/09/2025 exámenes: VIH - ,FTA.ABS - ,gota gruesa –
• 29/09/2025- Eco de detalle anatómico normal
• 07/10/2025—Urocultivo. E.Coli multisensible.
• EF: Buen estado general, PA 100/70, pulso 89,AU 17, FCF 165, IMC 18.98
• H y H: 2 Riesgo moderado para preeclampsia por nuliparidad.
• Ordenan urocultivo, PTOG.
• Continuar con sulfato ferroso y carbonato de calcio.
• Nitrofurantoina 100 mg cada 12 horas por 7 días-
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA NECHÍ.
• URGENCIAS 23/10/2025 16:50
• MC " Fiebre y dolor de cabeza"
• PA 116/67,FC 120,FR 20, 48 K
• IDX: Infección viral, infección urinaria.
• Ordenan dipirona IV, acetaminofen.
• Reportes de exámenes: uroanálisis patológico, hemoparásitos neg, hemograma normal-
• Conducta: hospitalizar.
E.S.E HOSPITAL LA MISERICORDIA NECHÍ.
• URGENCIAS 02/01/2026 2:21 AM
• MC" Me siento muy mal"
• 34+6 semanas, 6 controles prenatales.
• EA: Un día de evolución de cefalea, mareo , tinnitus, fosfenos,epigastralgia, vómito.
• EF: PA 197/129, pulso 85, FR 16, PAM 151.6, AU 28 FCF 144, MF +, no actividad uterina,
• TV. NORMAL, extremidades normales, neurológico normal.
• Monitoreo fetal categoría I
• IDX: THAE- preeclampsia severa—Remisión a nivel de mayor complejidad.
• Manejo. Canalizar 2 venas, cánula nasal, acetaminofen 1 gr IV ya, labetalol 20 mg IV en bolo,
• Sulfato de magnesio 2 ampollas(4 gr) en 250 cc para 20 min y luego 4 ampollas(8 gr) a 60 cc/h en bomba de infusión, hioscina 20 mg IV en 100 cc de SS.
• 3:24 AM- Salida a Montería.

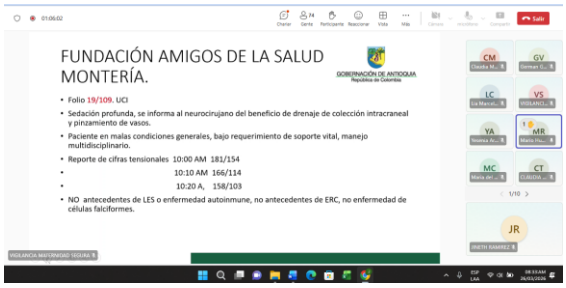
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	REPORTE DE ASISTENCIA A REUNIONES			
	Código:	SDS-PYC-FT-044	Versión:	2
Elaborado por: Nury S. Leguizamon Amaya /Revisado por: Alvaro A. Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo C.				

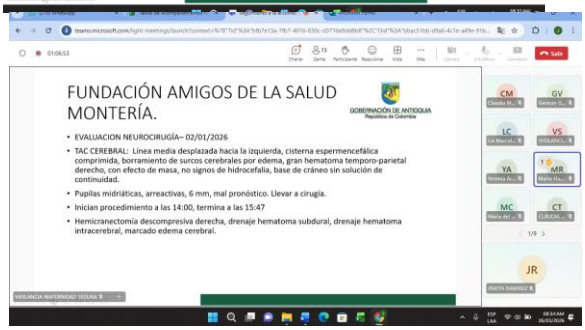


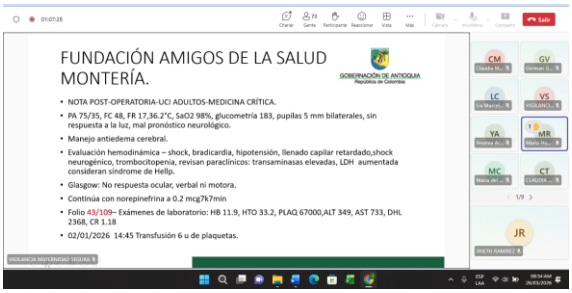


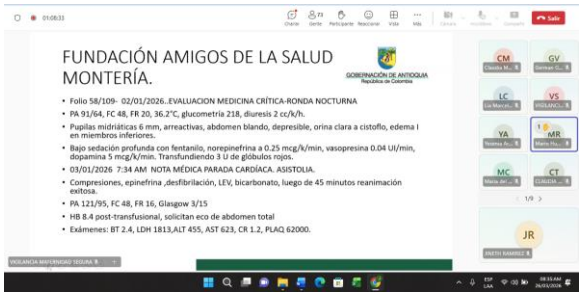


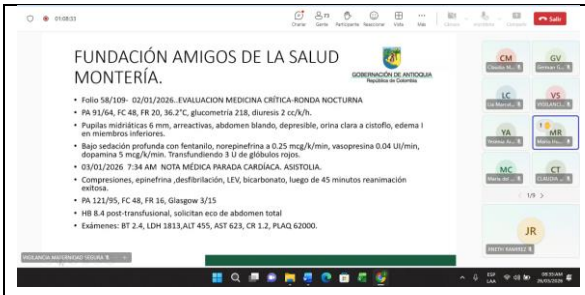


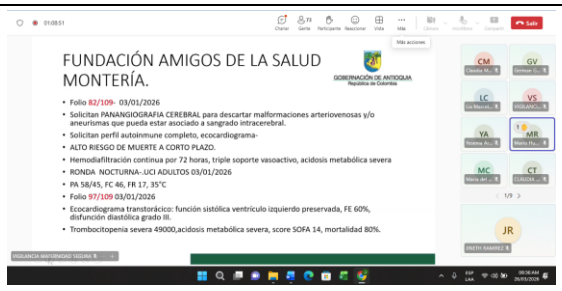






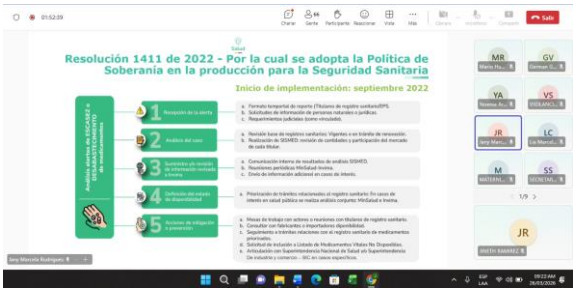






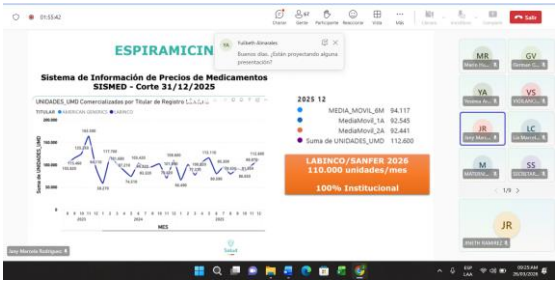
D- Sistema de monitoreo, alertas tempranas y gestión del abastecimiento de medicamentos

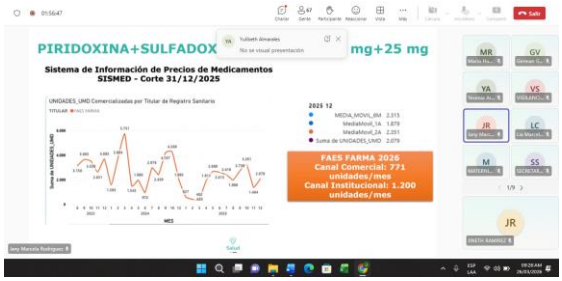


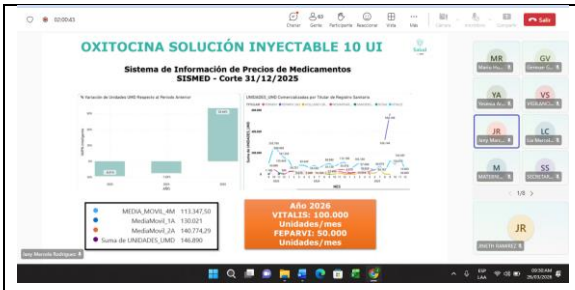


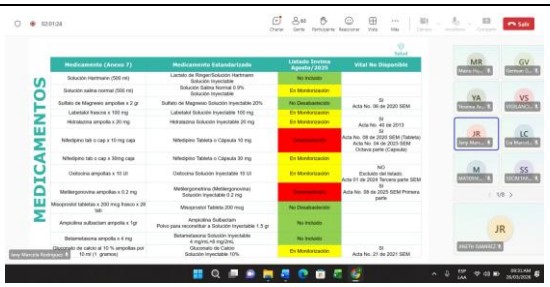












COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA SDS

COMPROMISO	RESPONSABLE (Dependencia/Proceso/SDS)	FECHA
Participar en el comité convocado por el Ministerio de Salud durante el miércoles de Semana Santa, con el fin de dar continuidad al análisis de los eventos de mortalidad materna y las acciones de mejora.	Ministerio de Salud Equipos territoriales, EPS, IPS y demás actores involucrados	01/04/2026
Presentar avances y resultados de las acciones implementadas en el marco de la vigilancia y respuesta a la mortalidad materna durante el espacio definido en Semana Santa, conforme a los lineamientos del nivel nacional.	Entidad territorial Bogotá	01/04/2026

DATOS DEL ASISTENTE (s) A LA REUNIÓN (como representante de la SDS)

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA/ PROCESO	FIRMA
Jineth Ramírez Aguilera	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Giovanna Parra	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Diana Ovalle	Líder Estrategia AG	VSP SSO	
Diana Franco	Profesional Especializado -	Grupo salud materno infantil -	

		Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	
Melissa Sierra	Profesional Especializado - ginecóloga	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	