Tema: Mesa Ampliada Distrital para el Seguimiento y Análisis de la Situación Materno Perinatal en Bogotá N° 26

Dependencia (Dirección / Oficina)	**Proceso**
Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Gestión social y territorio en Salud Pública

Objetivo	Fecha: 20/03/2026			
Realizar el análisis integral de la situación materno-perinatal en el Distrito Capital, a partir de la revisión de indicadores, estrategias de intervención y casos de mortalidad materna, con el propósito de identificar oportunidades de mejora y fortalecer la respuesta institucional para la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.	Tipo de reunión	Asistencia Técnica: Asesoría ( ) Capacitación ( ) Orientación () Acompañamiento ( )		
		Otro (x) Mesa		
	Modalidad:	Presencial ( )	Virtual (x)	Mixta ( )
	Lugar: Virtual teams			
	Hora Inicio: 7:15 am Hora Fin: 9:15 am			
	Notas por: Giovanna Paola Parra – Diana Carolina Franco			
	Próxima Reunión: 17 abril 2026			
	Quien cita: Dr. Gerson Bermont- secretario de Salud Dr. Julián Fernández, Sub-secretario de Salud Pública			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

1. Introducción y apertura del espacio

Se dio apertura a la vigésima cuarta sesión de la Mesa Ampliada Distrital de Seguimiento a la Mortalidad Materna con la bienvenida institucional a los participantes, solicitando el diligenciamiento del listado de asistencia y recordando las normas de participación dentro del espacio. Seguidamente, se presentó la agenda de la sesión, orientada a la revisión de la situación epidemiológica en salud materna y perinatal, incluyendo la morbilidad materna extrema, la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y neonatal, el bajo peso al nacer y el seguimiento a gestantes.

En este contexto, se transmitió el saludo del secretario Distrital de Salud, quien reiteró la importancia del trabajo articulado entre aseguradores, prestadores y actores territoriales. Se destacó que, a la fecha, se han registrado cinco (5) casos de mortalidad materna en el Distrito, de los cuales cuatro han ocurrido recientemente, lo que evidencia un comportamiento desfavorable en el inicio del año. Se enfatizó que la mayoría de estos eventos se asocian a causas prevenibles y que un porcentaje importante corresponde a mujeres mayores de 35 años con presencia de multimorbilidades, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer la consulta preconcepcional, la identificación temprana del riesgo y el seguimiento clínico oportuno durante la gestación.

Agenda

Hora	Presentación	Responsable
7:00 – 7:15 a.m.	Ingreso	Participantes
7:15 – 7:30 a.m.	Saludo y apertura	Dr. Gerson Bermont Galavis Secretario de salud de Bogotá
7:30 – 7:50 a.m.	Situación epidemiológica de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal en el Distrito	Dr. Julián Fernández Niño Subsecretario Salud Pública
7:50 – 8:10 am	Tendencia del Bajo Peso al Nacer en Bogotá: Panorama, Desafíos y Recomendaciones	ND. Andrea Rozo Villamil Subdirección Vigilancia Salud Pública
8:10 - 8:30 am	Seguimiento Cohorte de gestantes	Enf. Martha Becerra Muñoz Enf. Erika Castillo Pantoja
8:30 - 8:50 am	Tablero de indicadores de seguimiento de la implementación de la resolución 943 de 2025	Equipo interdependencias
8:50 – 9:20 am	Socialización de casos de muertes maternas SE 9 USS Meissen – EAPB Sura SE 10 Clínica Occidente – EAPB Nueva EPS SE 10 USS Meissen – EAPB Nueva EPS SE 11 USS Meissen – FFD	Dra. Melissa Sierra Perea Subdirección Vigilancia Salud Pública Dra. Marcela Garzón EAPB Sura Enf. Jenny Espinel EAPB Nueva EPS
9:20 – 9:30 am	Compromisos y cierre	Dr. Julián Fernández Niño Subsecretario Salud Pública

2. Situación epidemiológica de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal

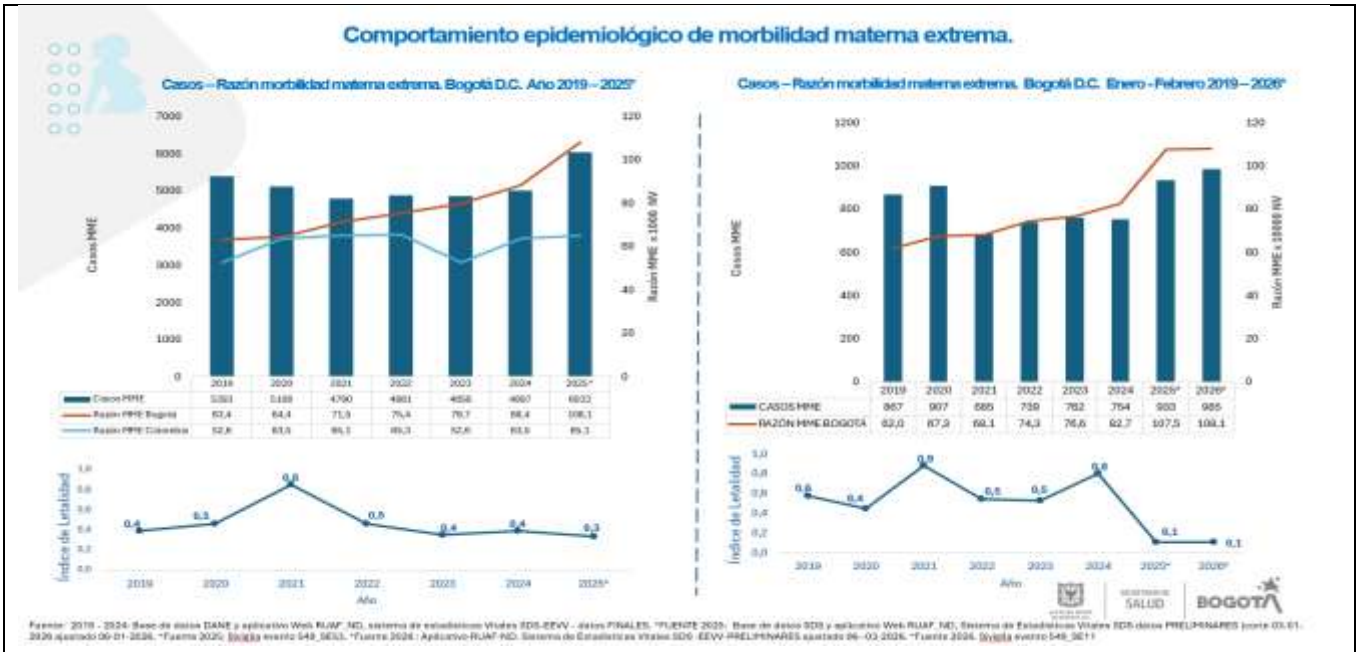
Posteriormente, Diana Carolina Franco (referente materno), socializó el comportamiento de la morbilidad materna extrema con corte al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 28 de febrero de 2026, evidenciando un incremento en el número de casos y en la razón de este evento en los últimos años, particularmente en 2024 y 2025, situación que se asocia a ajustes en el protocolo distrital que han permitido una mayor identificación y notificación, especialmente en relación con los trastornos hipertensivos del embarazo.

2.1. Morbilidad Materna Extrema (MME)

En primer lugar, se socializó el comportamiento de la morbilidad materna extrema con corte al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 28 de febrero de 2026, evidenciando un incremento en el número de casos y en la razón de este evento en los últimos años, alcanzando para el año 2026 un total de 985 casos y una razón de 108,1 por 1000 nacidos vivos, superior a la observada en 2024 (93,3) y 2025 (107,5), lo que confirma una tendencia al aumento sostenido. No obstante, se destacó que el índice de letalidad ha mostrado una reducción importante, situándose en 0,1 para 2025 y manteniéndose en 0,1 en 2026, lo que sugiere una mejor capacidad de respuesta del sistema de salud frente a los casos identificados.

Desde el análisis del canal endémico mediante metodología MMWR, se evidenció que durante las semanas epidemiológicas 1 a 8 del año 2026 los valores observados se ubicaron de manera persistente por encima del límite superior esperado, con registros que alcanzaron hasta 133 casos en la semana 7, lo que indica un comportamiento epidémico y un incremento significativo frente a los años previos.

En cuanto a la caracterización poblacional, se identificó mayor afectación en los extremos de edad, con una razón de 400,0 por 1000 nacidos vivos en gestantes entre 10 y 14 años, y de 119,6 en mujeres mayores de 35 años. Asimismo, se evidenció que, aunque la mayor carga de casos se concentra en población colombiana (865 casos; razón 105,6), la población extranjera presenta una mayor razón (130,7 por 1000 nacidos vivos), lo que refleja condiciones de mayor vulnerabilidad.



Desde el análisis territorial, se evidenció una concentración importante de casos en las subredes Norte (340 casos; razón 107,4) y Sur Occidente (310 casos; razón 103,7), destacándose localidades como Suba con 141 casos y una razón de 131,1, Kennedy con 141 casos y razón de 105,8, y San Cristóbal con una de las razones más altas (130,4), lo que evidencia la relación entre carga de enfermedad y condiciones sociales del territorio.

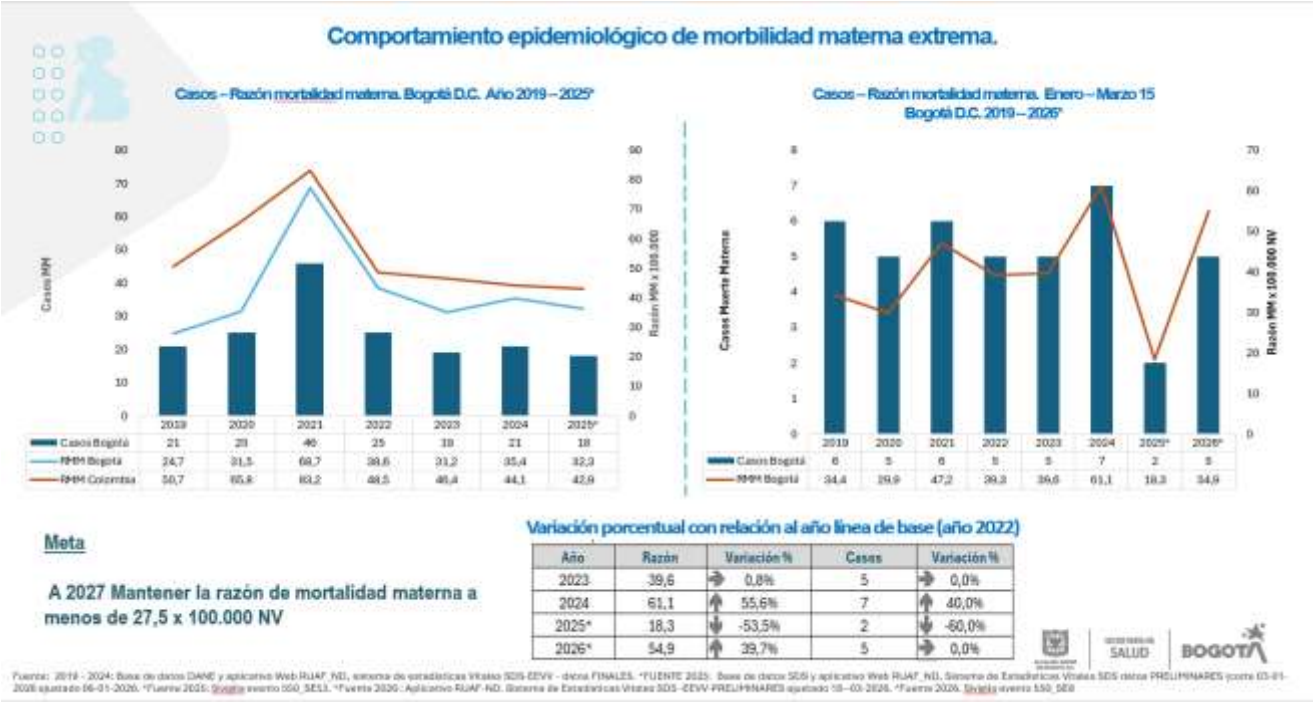
Finalmente, desde el análisis clínico, se identificó que el 62% de los casos corresponden a trastornos hipertensivos del embarazo (608 casos), seguidos del choque hipovolémico con un 25% (246 casos), el choque séptico con un 10% (95 casos) y otras causas con un 4% (36 casos), lo cual reafirma el papel predominante de los trastornos hipertensivos como principal criterio de severidad. En este sentido, se enfatizó que el reto no se limita a la notificación, sino que implica la activación efectiva de acciones de seguimiento, la educación en signos de alarma y la garantía de adherencia a los servicios de salud por parte de las gestantes.

2.2. Mortalidad Materna

En continuidad, se presentó el análisis de la mortalidad materna con corte a semana epidemiológica 11 de 2026, evidenciando un total de cinco (5) casos, cifra igual a la registrada en 2023 y superior a la observada en 2025, donde se reportaron dos (2) casos, lo que representa un incremento del 150% frente al año inmediatamente anterior. En términos de razón de mortalidad materna, se estimó un valor de 54,9 por 100.000 nacidos vivos para 2026, evidenciando un aumento del 39,7% en comparación con la línea base del año 2022 (39,3), lo cual indica un retroceso en la tendencia de reducción del evento y un comportamiento desfavorable en el inicio del año.

Adicionalmente, se identificó que la ocurrencia de los casos se concentra en semanas epidemiológicas recientes, lo que sugiere una acumulación temprana del evento en el año, en concordancia con el comportamiento observado en la morbilidad materna extrema. En cuanto a la caracterización, se evidenció que el 60% de los casos (3 de 5) correspondieron a mujeres mayores de 35 años, mientras

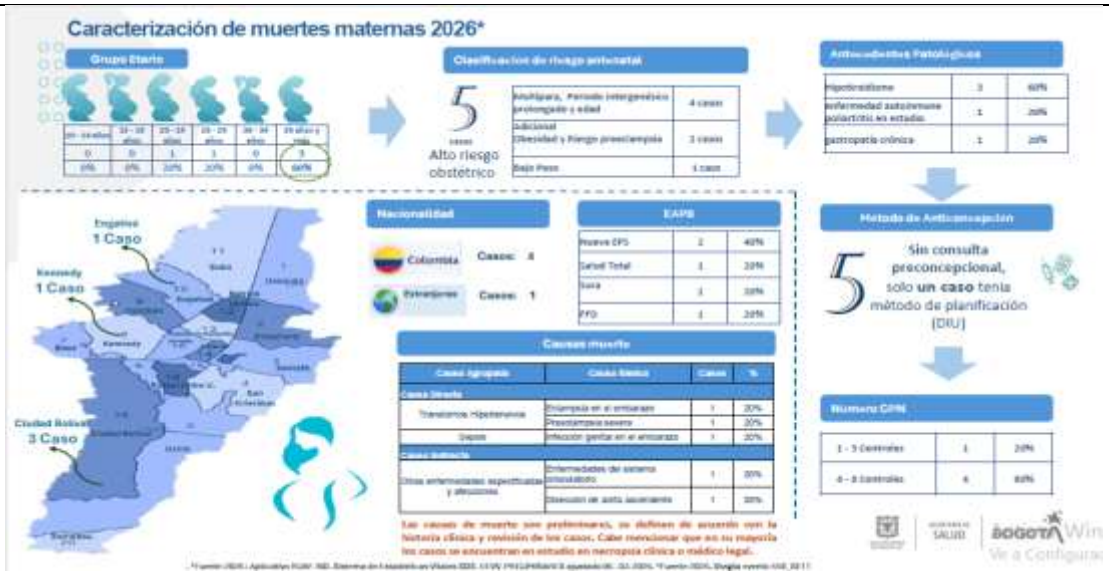
que el 40% restante se distribuyó en los grupos de 20 a 24 años y 25 a 29 años, cada uno con un caso, lo que reafirma la mayor vulnerabilidad en edades avanzadas.



En relación con la clasificación del riesgo, el 100% de los casos fueron catalogados como de alto riesgo obstétrico, asociados principalmente a condiciones como multiparidad, periodos intergenésicos prolongados, obesidad y riesgo de preeclampsia. Asimismo, se identificó que el 60% de las mujeres presentaban antecedente de hipotiroidismo, mientras que el 20% se encontraba en estudio por enfermedad autoinmune y otro 20% presentaba gastropatía crónica, evidenciando la coexistencia de comorbilidades relevantes.

Desde el análisis territorial, se observó una concentración de casos en la localidad de Ciudad Bolívar con tres (3) eventos, seguida de Kennedy y Engativá con un (1) caso cada una, lo que reafirma la relación entre condiciones de vulnerabilidad social y desenlaces adversos. En cuanto al aseguramiento, los casos se distribuyeron en diferentes EAPB, con dos casos en Nueva EPS y un caso en cada una de las entidades Salud Total, Sura y población no asegurada.

De manera crítica, se evidenció que ninguna de las gestantes contaba con consulta preconcepcional, y que solo una utilizaba método de planificación (DIU), lo que limita la identificación anticipada del riesgo. Aunque el 80% de las mujeres asistió entre cuatro y ocho controles prenatales y el 20% restante tuvo entre uno y tres controles, se concluye que la cobertura del control prenatal no fue suficiente para prevenir el desenlace, lo que pone en evidencia brechas en la calidad de la atención.

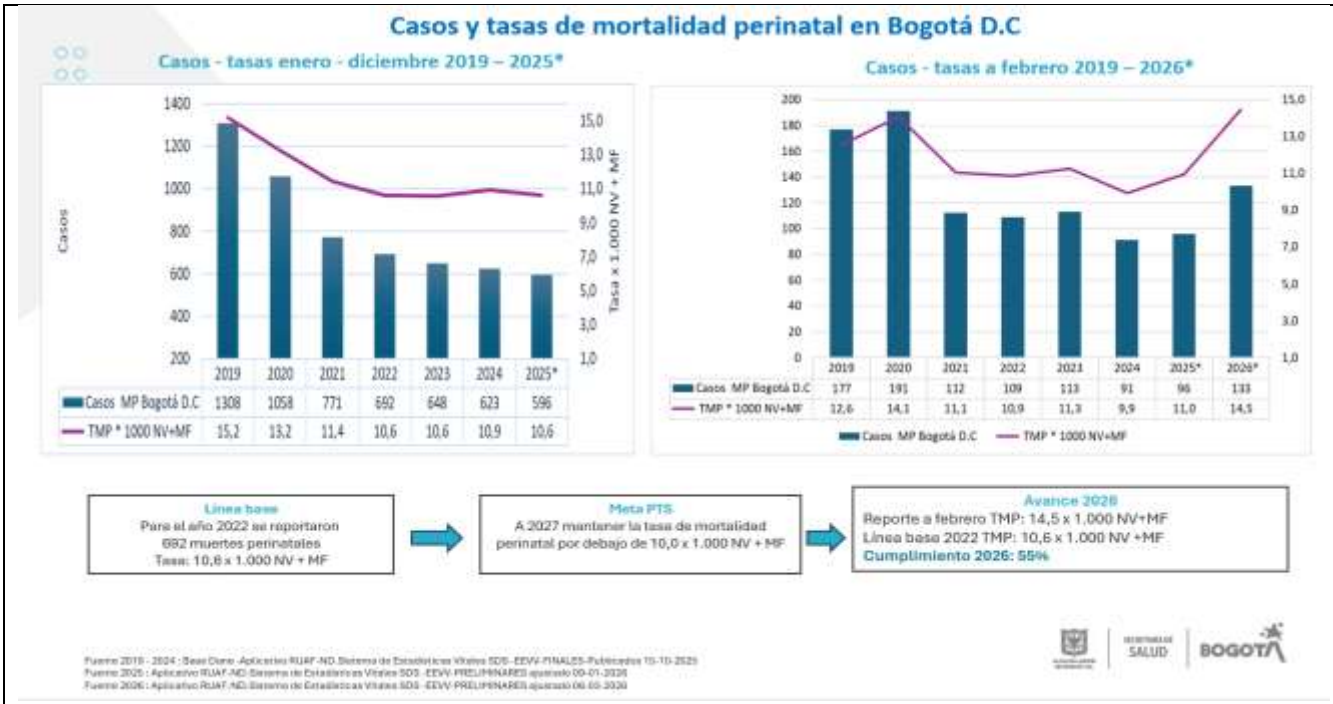


Finalmente, en relación con las causas de muerte, se identificaron como causas directas los trastornos hipertensivos del embarazo (eclampsia y preeclampsia severa) y la sepsis de origen genital, mientras que como causas indirectas se reportaron enfermedades del sistema circulatorio, incluyendo disección de aorta ascendente, las cuales se encuentran en proceso de confirmación mediante necropsia médico-legal, en concordancia con la revisión clínica de los casos.

2.3. Mortalidad Perinatal

Seguidamente, Adriana Guaca presentó el comportamiento de la mortalidad perinatal y neonatal, evidenciando un aumento significativo en el número de casos y en la tasa durante el año 2026. En este sentido, se reportó un total de 133 muertes perinatales con una tasa de 14,5 por 1000 nacidos vivos más muertes fetales, superando la línea base del año 2022 (10,6) y evidenciando un bajo cumplimiento de la meta distrital, estimado en 55%. Asimismo, se observó que este incremento está influenciado principalmente por el comportamiento de la mortalidad neonatal temprana, la cual pasó de 24 casos en 2025 a 47 casos en 2026, con un aumento de la tasa de 2,8 a 5,2 por 1000 nacidos vivos, lo que representa un incremento cercano al 96%.

Desde el análisis de causas agrupadas, se identificó que el retardo del crecimiento fetal, la desnutrición fetal, la gestación corta y el bajo peso al nacer constituyen la principal causa de muerte neonatal temprana, pasando de no registrar casos en 2025 a 13 casos en 2026, lo que corresponde al 27,7% del total. De igual forma, se evidenció un incremento en las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento, que aumentaron de 2 a 10 casos (21,3%), así como en los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, que pasaron de 3 a 9 casos (19,1%), lo que refleja un deterioro en las condiciones perinatales y en la oportunidad de la atención.



Desde el análisis de determinantes sociales, se evidenció mayor riesgo en población no asegurada, con una tasa de 26,4 por 1000 nacidos vivos más muertes fetales, seguida del régimen subsidiado con 17,1, en comparación con el régimen contributivo con 11,7, lo que reafirma las brechas en acceso y calidad de la atención. Asimismo, se identificó mayor riesgo en población extranjera con una tasa de 25,8 frente a 12,0 en población colombiana, y en mujeres con menor nivel educativo, particularmente en aquellas con básica secundaria, quienes presentan una tasa de 27,3.

En cuanto al análisis territorial, se evidenció una mayor concentración de casos en localidades como Ciudad Bolívar con 20 casos y una tasa de 20,6, Suba con 24 casos y una tasa de 18,0, y Puente Aranda con una de las tasas más altas (21,7), lo que confirma la relación entre la carga del evento y las condiciones de vulnerabilidad social. En este contexto, se resaltó que el comportamiento observado no es exclusivo del Distrito, sino que responde a una tendencia nacional, lo que exige el fortalecimiento de acciones integrales desde el control prenatal, la atención del parto y el seguimiento neonatal, con énfasis en la identificación temprana del riesgo y la reducción de desigualdades en salud.

2. Tendencia del bajo peso al nacer

Posteriormente, Deicy Andrea Rozo Villamil presentó el análisis del bajo peso al nacer, destacando que a nivel nacional este indicador alcanzó un máximo histórico de 12,3% en 2024, mientras que la meta establecida se encuentra en el 9%. En el contexto distrital, se evidenció un incremento progresivo de este indicador, particularmente posterior a la pandemia, con un comportamiento que muestra aumento en la proporción, aun cuando el número absoluto de nacimientos ha disminuido.

De manera relevante, se identificó que el incremento del bajo peso al nacer se concentra en recién nacidos a término, lo que constituye una alerta epidemiológica, dado que rompe con el patrón tradicional asociado a prematuridad. En cuanto a la caracterización, se evidenció que la mayor proporción de casos se presenta en mujeres entre 20 y 34 años, en población asegurada del régimen

contributivo y en primigestantes, así como una mayor frecuencia en partos por cesárea, donde se estimó un riesgo hasta un 66% mayor de presentar bajo peso al nacer.



Fuente: Base de datos nacidos vivos DANE 2012 – 2024; RUAF_ND: 2025 y 2026, información preliminar.

Asimismo, se identificó que, aunque la mediana de controles prenatales es de siete y el 99,7% de los partos son institucionales, estos no están siendo suficientes para prevenir el evento, lo que sugiere deficiencias en la calidad del control prenatal.

De manera relevante, se identificó que el aumento reciente del indicador se concentra en recién nacidos a término, lo que constituye una alerta epidemiológica, dado que rompe con el patrón tradicional asociado a prematuridad.

En cuanto a la caracterización, se evidenció que:

- La mayor proporción de casos se presenta en mujeres entre 20 y 34 años
- Predomina en población asegurada (régimen contributivo)
- Existe mayor frecuencia en primigestantes
- Se asocia con parto por cesárea

Desde el análisis de factores de riesgo, se destacaron condiciones como obesidad materna, infecciones, estrés psicosocial, violencia intrafamiliar, condiciones laborales adversas y posibles deficiencias en la calidad del control prenatal.

De manera crítica, se concluyó que, aunque las gestantes asisten a controles prenatales (mediana de 7 controles), estos no están logrando prevenir la ocurrencia del evento, lo que plantea la necesidad de fortalecer la calidad de la atención y no únicamente su cobertura.

Asimismo, se enfatizó que el bajo peso al nacer no debe interpretarse únicamente como un problema clínico, sino como un reflejo de las condiciones sociales y estructurales de la población, en concordancia con los enfoques de determinantes sociales de la salud

3. Presentación Cohorte de Gestantes 2025



En continuidad, Martha Patricia Becerra Muñoz presentó la nueva estructura del tablero de seguimiento a gestantes de alto riesgo, desarrollado en la plataforma Salud Data, el cual surge como respuesta a la necesidad de fortalecer el monitoreo con mayor periodicidad y rigurosidad, especialmente en el contexto del análisis reciente de muertes maternas. En este sentido, se indicó que el tablero se alimenta semanalmente a partir del reporte de cohorte de gestantes realizado por las 16 EAPB activas en el Distrito, permitiendo consolidar la información de seguimiento en tiempo casi real. Con corte al 19 de marzo de 2026, se reportaron 45.275 gestantes activas en proceso de gestación, es decir, sin registro de terminación del embarazo, así como 31.657 gestantes con gestación finalizada y reporte de nacido vivo; adicionalmente, se identificaron 7.009 nacimientos registrados, 77 casos de mortalidad fetal, 5 casos de mortalidad materna, 626 abortos espontáneos y 259 registros asociados a interrupción voluntaria del embarazo, lo que permite dimensionar la magnitud del seguimiento requerido a nivel distrital.

Desde el análisis demográfico, se evidenció la persistencia de riesgos en los extremos de edad, destacándose la ausencia de gestantes de 12 y 13 años, pero con presencia de 52 casos en adolescentes de 14 años, 175 en mujeres de 15 años y 318 en adolescentes de 16 años, lo que refleja una carga importante de embarazo en población adolescente; en el otro extremo, se identificaron gestantes de hasta 52 años, incluyendo una de 50 años y diez de 49 años, configurando escenarios de alto riesgo obstétrico tanto al inicio como al final del ciclo reproductivo. En cuanto a los antecedentes clínicos, se destacó que el principal factor de riesgo corresponde al síndrome metabólico con 1.646 gestantes, seguido de preeclampsia con 810 casos e hipertensión con 633, los cuales, al agruparse, representan una carga significativa de riesgo cardiovascular durante la gestación; adicionalmente, se reportaron 466 casos de trombofilia, 60 antecedentes de sepsis en embarazos previos y 53 casos de

anemia, así como la presencia de enfermedades autoinmunes y enfermedad renal crónica, las cuales requieren análisis más detallado por su asociación con desenlaces adversos.

Asimismo, se evidenció que, por ejemplo, en la localidad de Ciudad Bolívar se identificaron 2.192 gestantes activas, permitiendo visualizar mediante georreferenciación la concentración de riesgos y facilitando la focalización territorial de intervenciones; en este territorio, predominan condiciones como síndrome metabólico, riesgo de preeclampsia —con al menos 38 casos identificados— y enfermedad renal crónica, lo que orienta la necesidad de seguimiento intensificado. De igual forma, al analizar otras localidades como Suba, se observa una tendencia similar en la predominancia de síndrome metabólico, hipertensión y preeclampsia, lo que refuerza la importancia del tamizaje oportuno, especialmente en el primer trimestre, y la garantía de intervenciones preventivas como el suministro de ácido acetilsalicílico.

En este marco, se enfatizó que el riesgo obstétrico es dinámico y debe ser reevaluado a lo largo del control prenatal, lo que implica la necesidad de contar con información actualizada, particularmente en variables como dirección y datos de contacto, dado que su ausencia limita la capacidad de seguimiento territorial efectivo. Finalmente, se resaltó que este tablero permitirá la identificación nominal de las gestantes, incluyendo variables como edad gestacional, aseguramiento y ubicación, facilitando la articulación con equipos básicos extramurales y la implementación de intervenciones domiciliarias, en coherencia con lo establecido en la Resolución 943, la cual fija como meta alcanzar un 80% de cobertura en consulta preconcepcional en mujeres con intención reproductiva y comorbilidades, así como garantizar la atención integral del continuo materno-perinatal y el seguimiento efectivo del riesgo en el territorio.

4. Tablero de indicadores del seguimiento nutricional



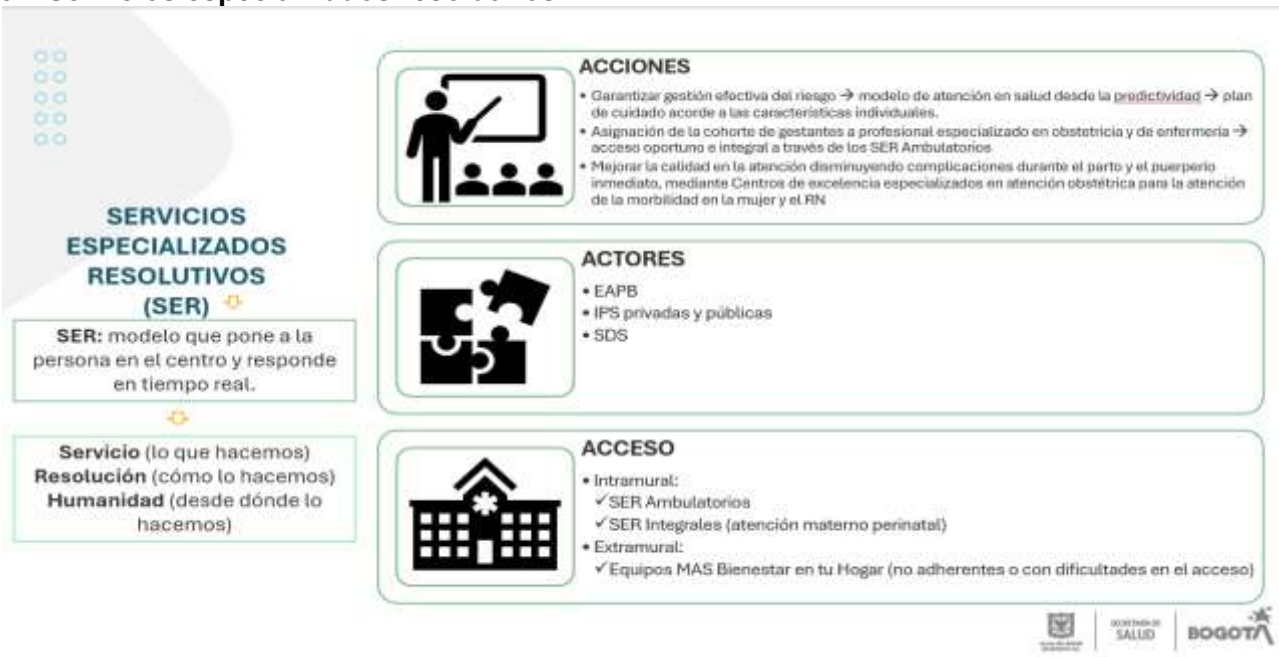
Etiquetas de fila	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	IMC ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL	OBESIDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL	SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	Total general
0	164	533	268	488	1453
1	666	2060	1247	2125	6098
2	2313	8407	5002	8447	24169
3	1541	6364	3195	6064	17164
4	301	1248	432	1062	3043
5	77	304	71	201	653
6	47	132	36	109	324
Total general	**5109**	**19048**	**10251**	**18496**	**52904**

Fuente: Base de datos SDIS-SDS 2025.

Se presentó el seguimiento nutricional de gestantes en el marco de la Resolución 943, destacando dos acciones clave: garantizar la orientación alimentaria en todas las gestantes y realizar seguimiento a aquellas con alteraciones nutricionales, dado su impacto en desenlaces adversos. Más del 60% de las gestantes presentan alteraciones nutricionales (9,6% bajo peso, 35% sobrepeso y 19% obesidad), evidenciando alta vulnerabilidad.

Se fortaleció la articulación con Integración Social e ICBF mediante la priorización de gestantes desde SISVAN según criterios de vulnerabilidad, logrando la atención de 2.332 gestantes en programas de apoyo alimentario. No obstante, persisten limitaciones en cobertura y en la calidad de la información (datos incompletos), lo que afecta la canalización efectiva. Se resalta la necesidad de mejorar los registros y ampliar la articulación intersectorial para fortalecer la seguridad alimentaria en esta población.

5. Servicios especializados resolutivos.



Se presentó el modelo de Servicios Especializados Resolutivos (SER) en el marco de la Resolución 943 y el modelo Más Bienestar, orientado a una atención materno-perinatal oportuna, integral y humanizada. Este se basa en la gestión predictiva del riesgo, mediante planes de cuidado individualizados liderados por una dupla de ginecobstetricia y enfermería, con apoyo interdisciplinario.

La oferta se organiza en componentes intramural (SER ambulatorios e integrales) y extramural (equipos “Más Bienestar en tu Hogar”), priorizando población con barreras de acceso. Se destacan los SER tipo A por su alta capacidad resolutiva en el primer nivel, con equipos multidisciplinarios y apoyo diagnóstico. Se resalta el fortalecimiento de la red pública mediante dotación tecnológica y la adscripción poblacional, lo que mejora la continuidad del cuidado, reduce desplazamientos y aumenta la resolutividad en la atención de gestantes.

Finalmente, se informó que este modelo ha sido implementado progresivamente en las subredes del Distrito, con el lanzamiento de servicios en unidades como Danubio (Subred Sur), Zona Franca y Bosa (Subred Sur Occidente), Usme (Subred Sur) y Verbenal (Subred Norte), evidenciando un despliegue territorial orientado a fortalecer la capacidad resolutiva del sistema y mejorar el acceso efectivo de la población a servicios especializados. En este contexto, se enfatizó que la consolidación de los SER constituye una estrategia clave para la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal, al garantizar una atención oportuna, integral y centrada en las necesidades de la población

6. Socialización de casos de muerte materna a Semana epidemiológica 9 – 11

Se realizó la socialización de los casos de mortalidad materna ocurridos entre las semanas epidemiológicas 9 a 11 del año 2026, a cargo de la doctora Melissa Sierra, quien presentó el análisis clínico de cada caso, seguido por la intervención de los aseguradores con la exposición de matrices DOFA orientadas a la identificación de oportunidades de mejora en la atención.

6.1. Caso 1 (Semana epidemiológica 9)

Gestante de 34,3 semanas, G6P4C3A1, de 39 años, con control prenatal incompleto, quien ingresa en traslado por crisis convulsivas y emergencia hipertensiva, en estado posictal. Se diagnostica eclampsia severa e inicia manejo con sulfato de magnesio y antihipertensivos.
Por compromiso materno se realiza cesárea de emergencia, obteniéndose recién nacido vivo sin complicaciones intraoperatorias relevantes. En el posoperatorio inmediato, la paciente presenta paro cardiorrespiratorio, sin respuesta a maniobras avanzadas de reanimación, falleciendo una hora posterior al procedimiento.

Evento de muerte materna por causa obstétrica directa, asociada a eclampsia severa, con desenlace súbito en el posoperatorio inmediato, en estudio para уточар etiológica mediante necropsia médico-legal.

Resultados Certificado de defunción:
Causa A. Falla multiorgánica Causa B. Episodio convulsivo Cauca C. Preeclampsia severa

6.2. Caso 2 (Semana epidemiológica 10)

Gestante de 37 años, G3P2, quien ingresa a urgencias por cuadro gastrointestinal (epigastralgia, diarrea y emesis), sin síntomas obstétricos asociados, con signos vitales estables y bienestar fetal conservado. Se clasifica como alto riesgo obstétrico y se deja en observación con manejo sintomático e indicación de paraclínicos, evidenciándose leucocitosis y leve elevación de amilasa.

Durante la estancia intrahospitalaria presenta deterioro súbito con pérdida del estado de conciencia y cianosis, evolucionando a paro cardiorrespiratorio. Se inician maniobras de reanimación avanzada, documentándose ritmos de asistolia, actividad eléctrica sin pulso y fibrilación ventricular, sin lograr retorno a circulación espontánea a pesar de manejo farmacológico y desfibrilación, declarándose fallecimiento.

Evento de muerte materna súbita de causa no determinada, en estudio, con sospecha de origen metabólico (posible alteración hidroelectrolítica en contexto de pérdidas gastrointestinales), sin etiología confirmada al momento.

Resultados Certificado de defunción:
Causa A. Choque cardiogénico; Causa B Taponamiento cardiaco; Causa C Disección de aorta ascendente

6.3. Caso 3 (Semana epidemiológica 10)

Gestante sometida a cesárea programada por RCIU y presentación podálica, con curso intraoperatorio complicado por hemorragia obstétrica (≈1500 cc) que requirió activación de código rojo, manejo con

uterotónicos, ácido tranexámico y transfusión de hemoderivados, logrando estabilización hemodinámica inicial sin necesidad de reintervención quirúrgica.

En el puerperio inmediato presenta evolución aparentemente estable hasta el día siguiente, cuando desarrolla deterioro súbito caracterizado por síncope, compromiso del estado de conciencia, hipotensión severa, hipoxemia y signos de choque, sin evidencia de sangrado activo intraabdominal o uterino. Evoluciona rápidamente a paro cardiorrespiratorio, requiriendo reanimación avanzada sin retorno a la circulación espontánea, falleciendo posterior a 26 minutos de maniobras.

Evento de muerte materna por causa obstétrica directa en el puerperio inmediato, en contexto de choque de etiología no precisada, con sospecha de evento tromboembólico o embolia de líquido amniótico, dado el deterioro súbito, hipoxemia refractaria y sangrado por vía aérea.

En estudio medicina legal (se presume su causa es por hemorragia obstétrica + tromboembolismo pulmonar de acuerdo con historia clínica)

6.4. **Caso 4 (Semana epidemiológica 11)**

Gestante de 37+5 semanas, sin aseguramiento y con control prenatal tardío, clasificada como alto riesgo obstétrico por trastorno hipertensivo del embarazo y hallazgos ecográficos fetales anormales. Ingresa con cifras tensionales elevadas y síntomas neurológicos (fosfenos), diagnosticándose preeclampsia con criterios de severidad, iniciándose manejo con sulfato de magnesio y antihipertensivos, y definiéndose interrupción por cesárea urgente.

Durante el acto quirúrgico presenta crisis eclámptica seguida de paro cardiorrespiratorio en ritmo desfibrilable, logrando retorno de circulación espontánea tras reanimación avanzada. Evoluciona con recurrencia de paros cardiorrespiratorios, choque refractario y falla respiratoria severa con hallazgos compatibles con edema pulmonar agudo, sin descartarse evento tromboembólico. Ingresa a UCI en estado crítico posreanimación, con encefalopatía hipóxico-isquémica, inestabilidad hemodinámica y dependencia de soporte vasopresor y ventilatorio. Presenta nuevo paro cardiorrespiratorio en asistolia sin respuesta a maniobras de reanimación, falleciendo horas posteriores.

Resultados Certificado de defunción:
Causa A. Choque neurogénico Causa B. encefalopatía hipertensiva Cauca C. Eclampsia

Asimismo, se estableció como compromiso la realización de las unidades de análisis correspondientes a cada caso, con el fin de consolidar los hallazgos definitivos y determinar con mayor precisión las causas de muerte materna, reconociendo que, si bien los análisis preliminares permiten identificar posibles factores asociados, es necesario profundizar en la revisión técnica para orientar acciones de mejora más efectivas. Finalmente, se invitó a los participantes a diligenciar el listado de asistencia dispuesto en el chat y se dio por finalizada la sesión.

7. Varios.

Finalmente, en el espacio de varios, intervino Jesús Andrés Bravo Rojas (Referente de participación), quien socializó un compromiso adquirido previamente con el señor secretario Distrital de Salud en el marco de la reunión con alcaldes locales, particularmente con la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar, en consideración a la situación reciente de los casos de mortalidad materna identificados en este territorio. En este sentido, informó que el equipo distrital acompañará durante el próximo mes al alcalde local y

su equipo de trabajo, con el propósito de retomar y fortalecer las acciones conjuntas que se venían desarrollando desde el año anterior con las alcaldías locales, orientadas a la gestión del riesgo materno y la intervención territorial.

Al respecto, Diana Carolina Franco (referente materno) destacó la pertinencia de esta articulación intersectorial, resaltando la importancia de la participación activa de las alcaldías locales en estos espacios, dado que permiten identificar de manera más precisa las problemáticas específicas de cada territorio y apoyar la implementación de acciones focalizadas que contribuyan al mejoramiento de los resultados en salud materna. Asimismo, agradeció la intervención y el compromiso manifestado, reconociendo su valor estratégico para el fortalecimiento de las respuestas territoriales frente a la mortalidad materna.

8. Cierre.

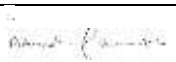
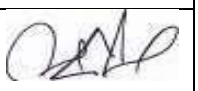
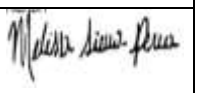
Finalmente, se realizó el cierre de la sesión, indagando sobre la existencia de comentarios adicionales por parte de los participantes y, ante la ausencia de intervenciones, agradeció la asistencia y participación en el espacio. Asimismo, reiteró la importancia de dar continuidad a los compromisos establecidos, especialmente en lo relacionado con el fortalecimiento de la gestión del riesgo materno y el seguimiento a los casos socializados.

En este sentido, se destaca la necesidad de mantener la articulación interinstitucional y el análisis continuo de la información como insumo para la toma de decisiones en salud pública. Con lo anterior, se dio por finalizada la jornada, convocando a los participantes a la siguiente sesión programada conforme al cronograma establecido.

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Realizar las unidades de análisis de los casos de mortalidad materna socializados (SE 9–11), con participación de aseguradores y prestadores.	EAPB (Sura, Nueva EPS) en articulación con Subdirección de Vigilancia en Salud Pública	Abril 2026
Coordinar e implementar acompañamiento técnico con la Alcaldía Local de Ciudad Bolívar para el fortalecimiento de acciones territoriales en salud materna, en el marco de los casos priorizados.	Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS / Alcaldía Local de Ciudad Bolívar	Abril 2026
Fortalecer las acciones de identificación temprana del riesgo y seguimiento a gestantes desde el control prenatal, priorizando gestantes de alto riesgo y con baja adherencia, en el marco de la implementación de la Resolución 943.	EAPB e IPS del Distrito	Continuo (seguimiento en próxima mesa)

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA					
N.	**NOMBRES Y APELLIDOS**	**CORREO**	**TELÉFONO**	**DIRECCIÓN / OFICINA/ ENTIDAD**	**FIRMA**
1	Adriana Guaca	amguca@saludcapital.gov.co	3505962278	SVSP - SDS	
2	Diana Carolina Franco	dc2franco@saludcapital.gov.co	3164965276	SDS - SVSP	
3	María Eugenia, Delgado Méndez	medelgado@saludcapital.gov.co	3115404970	SDS – DSS	
4	Melisa Sierra	MSierra@saludcapital.gov.co	3227304185	SVSP - SDS	

ASISTENTES

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

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

Evaluación y cierre de la reunión

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

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