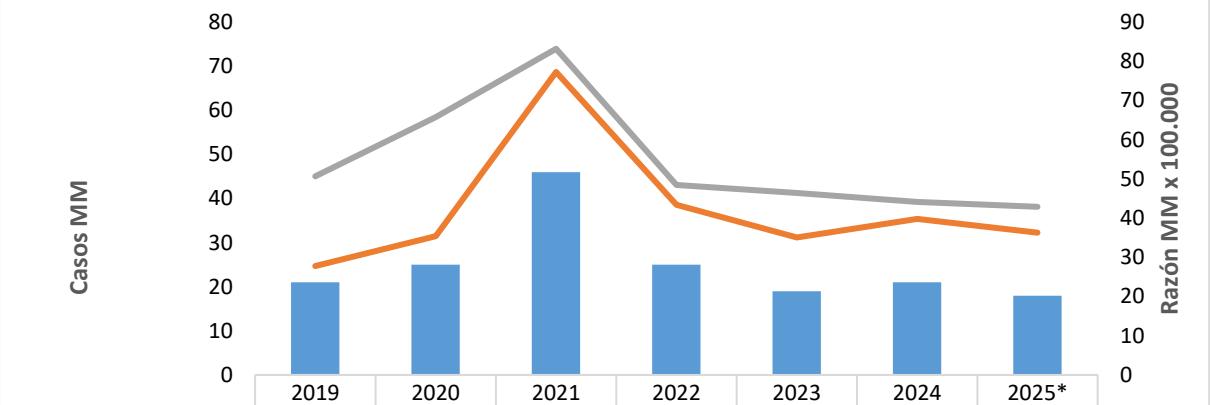
INFORME MORTALIDAD MATERNA

Diana Carolina Franco
Subdirección de Vigilancia de Salud Pública

La Mortalidad Materna es monitoreada a través del indicador de Razón de Mortalidad Materna RMM que describe el número de casos de muertes maternas que ocurren durante el embarazo, parto y los 42 días siguientes, ocurridas en el periodo / nacidos vivos en el mismo espacio de tiempo. Su propósito es el de estimar el riesgo de morir a causa de problemas relaciones con el embarazo, parto y postparto en Bogotá, D.C

A continuación, se presenta el comportamiento de este evento para los años 2019 – 2025* (datos preliminares).

Gráfica 1. Comparativa Tendencia de la Mortalidad Materna. Bogotá D.C - Colombia. Años 2019 – 2025*



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*
Casos Bogotá	21	25	46	25	19	21	18
RMM Bogotá	24,7	31,5	68,7	38,6	31,2	35,4	32,3
RMM Colombia	50,7	65,8	83,2	48,5	46,4	44,1	42,9

Fuente: 2019 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *FUENTE 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 03-01-2026 ajustado 06-01-2026. *Fuente 2025: Sivigila evento 550_SE53. *

- **Análisis del indicador:**

En Bogotá, durante los últimos años, se ha presentado un comportamiento fluctuante. Para el año 2021, se observó un comportamiento inusual en el indicador de RMM en la ciudad, mostrando una tendencia al aumento dado por la pandemia, este mismo, fue el que registró mayor número de muertes maternas en la ciudad llegando a 46 casos, lo que representa una razón de muertes maternas de 68.9 por 100.000 nacidos vivos. Se destaca que el 68% fueron

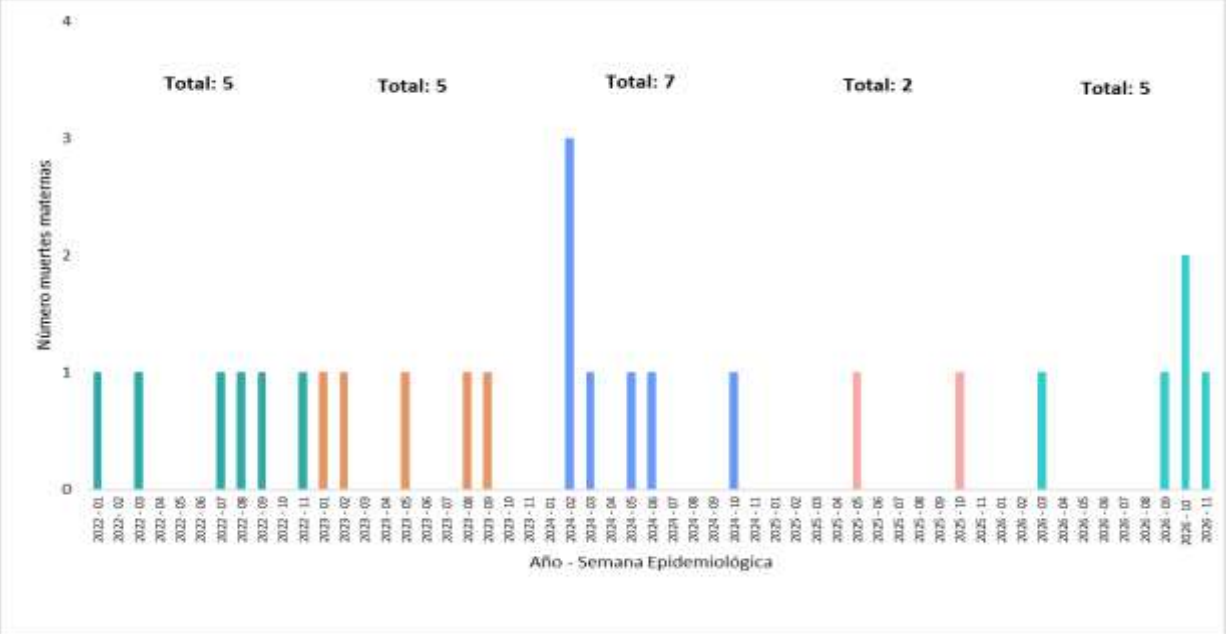
Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

muertes indirectas, el 39% de las muertes se dieron por COVID-19 y 19.5% ocurrió en población migrante.

El comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en Bogotá, D. C., durante 2025 registró el menor número de muertes maternas del periodo analizado en el Distrito (n = 18), con una razón de mortalidad materna (RMM) preliminar de 32,3 por 100.000 nacidos vivos, según RUAF–Sivigila. Cabe resaltar que existen diferencias en la concordancia de casos con la RUAF corresponden a defunciones diligenciadas por Medicina Legal. Este resultado es inferior al observado en 2024 (datos finales), cuando se registró una RMM de 37,1 por 100.000 nacidos vivos con 21 casos, y también se sitúa por debajo de la RMM nacional, que en el último año fue de 42,9 por 100.000 nacidos vivos.

Para el año 2025 se han reportado 18 casos de muerte materna temprana, lo que representa una razón de mortalidad materna (RMM) de 32,3 por cada 100.000 nacidos vivos. Este comportamiento sugiere una mejora sostenida en la atención materna y proyecta un avance favorable hacia el cumplimiento de la meta distrital prevista para 2027 (RMM de 27,5), reflejando el impacto positivo de las intervenciones implementadas por el sistema de salud, particularmente la intensificación de las acciones de fortalecimiento técnico a los prestadores de servicios de salud y a las EPS, el seguimiento continuo a la adherencia a guías y protocolos de manejo, y el análisis y retroalimentación permanente del comportamiento epidemiológico del evento.

Grafica 2. Comportamiento de la mortalidad materna a semana epidemiológica 11. 2022 – 2026* Bogotá, D.C.



Fuente: 2019 - 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *FUENTE 2025: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF_ND, Sistema de Estadísticas Vitales SDS datos PRELIMINARES (corte 03-01-2026 ajustado 06-01-2026. *Fuente 2025: Sivigila evento 550_SE53. *Fuente 2026 : Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06--03-2026. *Fuente 2026. Sivigila evento 550_SE11

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Para 2026, con corte a 15 marzo, datos preliminares*, se reporta una razón de mortalidad materna de 54,9 por 100.000 nacidos en Bogotá D.C. Este comportamiento es consistente con el observado en años previos, sin evidenciarse una reducción significativa del evento y con una distribución dispersa a lo largo de las semanas epidemiológicas.

En cuanto a la caracterización sociodemográfica, el 80% (n=4) de los casos correspondió a mujeres de nacionalidad colombiana y el 20% (n=1) a población migrante de origen venezolano. Respecto a la edad, se identificó una mayor concentración en mujeres de 35 años o más en un 60% (n=3) lo que reafirma la edad materna avanzada como un factor de riesgo relevante. No obstante, el 40% (n=2) de los casos ocurrió en mujeres jóvenes entre 20 a 29 años, lo que evidencia que el riesgo también está presente en etapas tempranas de la vida reproductiva.

Desde el punto de vista clínico, se identificaron condiciones de riesgo como multiparidad, periodos intergenésicos prolongados, obesidad, riesgo de preeclampsia y bajo peso, además de antecedentes patológicos como hipotiroidismo, enfermedad autoinmune en estudio y gastropatía crónica, lo que refleja una alta carga de comorbilidades. Asimismo, se evidencian debilidades en la prevención primaria, dado que ninguno de los casos contó con consulta preconcepcional y solo uno utilizaba un método de planificación familiar (dispositivo intrauterino), lo cual limita la identificación y el control oportuno de riesgos antes de la gestación.

En relación con el régimen de aseguramiento, se evidencia que el 80% (n=4) de los casos corresponde al régimen contributivo, mientras que el 20% (n=1) pertenece a población no asegurada. Al desagregar por entidad, los casos se distribuyen entre Nueva EPS 40% (n=2), Salud Total 20% (n=1), Sura 2 (n=1%) y población no asegurada 20% (n=1). Estos hallazgos sugieren que la mortalidad materna no se concentra en un único régimen de afiliación, sino que podría estar asociada a brechas en la calidad, oportunidad y continuidad de la atención en salud.

En relación con las causas de muerte, los casos se encuentran en proceso de análisis mediante necropsia clínica y medicolegal; no obstante, la revisión preliminar de las historias clínicas evidencia un predominio de causas directas en el 60% (n=3), principalmente asociadas a trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia severa y eclampsia) y sepsis. El 40% (n=2) restante corresponde a causas indirectas, destacándose patologías del sistema circulatorio, incluida la disección de aorta. En conjunto, estos hallazgos reflejan la persistencia de causas en gran medida prevenibles y subrayan la necesidad de fortalecer la identificación temprana del riesgo, la adherencia y el seguimiento del control prenatal de alto riesgo, así como la articulación oportuna e integral de la atención materna.

Por localidad de residencia, se concentraron (n= 3) casos en Ciudad Bolívar, (n= 1) en Kennedy y (n= 1) en Engativá, lo que sugiere una mayor carga del evento en territorios con condiciones de mayor vulnerabilidad social y posibles barreras de acceso a los servicios de salud.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Conclusión.

Aunque se ha observado una reducción en la razón de mortalidad materna en años recientes, el comportamiento en 2026 evidencia que no existe una disminución sostenida, lo que refleja limitaciones en la efectividad de las intervenciones.

Persisten fallas en la prevención primaria, la detección temprana del riesgo y la calidad del control prenatal, evidenciadas en la ausencia de consulta preconcepcional, la presencia de comorbilidades y la predominancia de causas directas prevenibles como los trastornos hipertensivos.

Adicionalmente, la ocurrencia de casos en población afiliada al régimen contributivo indica que las brechas están relacionadas principalmente con la calidad, oportunidad y continuidad de la atención, más que con el acceso. La concentración de casos en localidades vulnerables también evidencia inequidades territoriales.

En este contexto, el Distrito debe fortalecer la gestión integral del riesgo materno, con énfasis en la prevención, la captación temprana, el control prenatal efectivo y la mejora en la calidad de la atención, para lograr una reducción sostenida de la mortalidad materna.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001
IQNet
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CASO 1 – Enero 20 2026

Nombre y apellidos: Sharon Mayerly Forero Ramírez
Edad: 24 años
Número de documento: 1000503361
Estado civil gestante: unión libre
Escolaridad: bachiller
Ocupación: independiente
Localidad de residencia: Engativá
Asegurador: salud total
Semanas de gestación: 20.2 semanas
Numero de controles prenatales: 3 CPN
Fecha de muerte: 20/1/2025
Institución de la muerte: centro policlínico Olaya
Causa básica: en estudio – necropsia médico legal
Clase de mortalidad: temprana

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

Formula Obstétrica G3, P1, A2, V1
Fecha de ultima gestación G1 Parto hace 7 años a término, peso 2650 gr, no complicaciones, no reanimación neonatal G2 Interrupción voluntaria del embarazo diciembre 2022, requirió legrado obstétrico
Método de planificación previo DIU (IN SITU).
Alto riesgo obstétrico.

OTROS ANTECEDENTES. Patológicos: niega Quirúrgicos: legrado obstétrico por aborto – 2022, Farmacológicos: No refiere. Alérgicos: No refiere, Tóxicos: niega Transfusionales: Niega. Inmunológicos: No refiere. Familiares: Niega.

ANÁLISIS
Gestante de 19.1 semanas que consulta el 09/01/2026 por dolor lumbar derecho de un día de evolución, asociado a fiebre hasta 38.2 °C y síntomas urinarios. Al ingreso con TA 123/65 mmHg, FC 78 lpm, FR 22 rpm, $SatO_2$ 95 %, T 36 °C, fetocardia 160 lpm. Ecografía obstétrica con feto único vivo y líquido amniótico normal. Se deja en observación con analgesia y toma de paraclínicos.
Durante la estancia presenta mejoría clínica y estabilidad hemodinámica. Paraclínicos sin alteraciones: uroanálisis y gram negativos, leucocitos 5.870/mm³, Hb 13.3 g/dL, plaquetas 216.000/mm³. Se egresa el 10/01/2026 con manejo analgésico.

12/01/2026 - 11:23 ingresa por dolor lumbar derecho de cinco días de evolución, irradiado a epigastrio y asociado a sensación febril no cuantificada. Al ingreso con TA 100/65 mmHg, FC 87 lpm, FR 16 rpm, T 36.3 °C. Paraclínicos iniciales: leucocitos 16.000/mm³ con neutrofilia 81%, Hb 12.8 g/dL, plaquetas 243.000/mm³ y PCR 6 mg/L; uroanálisis y gram sin evidencia de infección urinaria activa. Al examen físico presenta puño-percusión renal bilateral positiva, mayor en lado derecho. Se decide hospitalización

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

para vigilancia materno-fetal, hidratación intravenosa y analgesia, con solicitud de ecografía obstétrica y renal.

13/01/2026 – Evolución inicial
Paciente hemodinámica mente estable, con dolor lumbar intermitente y puño-percusión renal derecha positiva, sin síntomas urinarios irritativos. Controles materno-fetales dentro de parámetros normales. Hemograma con leucocitosis persistente en descenso. Ecografía obstétrica: feto único vivo, crecimiento y líquido amniótico adecuados.

Evolución posterior (14–17/01/2026)
Durante los días siguientes presenta episodios de hipertermia y persistencia de dolor lumbar. Ecografía renal evidencia ectasia leve bilateral sin obstrucción evidente, deterioro clínico progresivo con desaturación, aumento del trabajo respiratorio y falla ventilatoria, requiriendo traslado a UCI, ventilación mecánica invasiva y soporte vasopresor, en contexto de choque séptico de probable origen urinario.
Estudios y procedimientos Se realiza angiotomografía de tórax para descartar tromboembolismo pulmonar y urotomografía, sin evidencia de litiasis ni obstrucción ureteral; se describe ectasia leve bilateral posiblemente fisiológica del embarazo. Se intenta procedimiento de derivación urinaria, sin éxito inicial y sin complicaciones hemorrágicas posteriores. Valoración por urología y radiología intervencionista concluye que los hallazgos imagenológicos no explican completamente el deterioro clínico, considerándose sepsis urinaria complicada con progresión a choque séptico.

18/01/2026 – Evolución transitoria
Se documenta mejoría clínica y paraclínica parcial, con descenso de leucocitos y relativa estabilidad hemodinámica, adoptándose conducta expectante estricta en consenso con la paciente y familiares.

19/01/2026 – Deterioro
17:24 intensivos. Paciente inestable, bajo soporte vasopresor con mala perfusión distal, gases arteriales PAFI 151, hiperlactacidemia, pese a FIO2 100 saturando 77%. Se toma Rx de tórax con sospecha de TEP. Se evidencia secreción tipo espuma rosada por lo cual no se descarta edema pulmonar. Reporte verbal de radiología descarta TEP; por lo que toma fuerza el diagnóstico de foco no drenado. Se decide escalonamiento a meropenem + vancomicina. Por hipoxemia refractaria se inicia ventilación en de cubito prono. Paciente en estado crítico con sepsis urinaria complicada por hidronefrosis grado II ahora bilateral, falla respiratoria aguda, choque séptico, continua en manejo multidisciplinarios en unidad de cuidados intensivos con pronóstico reservado. A las 06:26 p.m. se realizó Nefrostomía sin complicaciones.

20/01/2026 – Estado clínico
03:09. Intensivos. Muy malas condiciones generales, en choque refractario a pesar de soporte presor triple a dosis tope, con PAM menores 50 mm/kg, rodillas frías, llenado capilar lento, bradicardias extremas, se indica dosis de atropina, sin respuesta dejando infusión de dobutamina. pupilas midriáticas 4 mm, arreactivas. continúa terapia depletiva y soportes vasoactivos. Presentando nueva parada cardíaca, tras reanimación no retorno de circulación espontánea, se declara fallecimiento 4+15.

Subdirección Vigilancia Salud Pública

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CASO 2 – Marzo 06 2026
NOMBRE Y APELLIDOS: Gladys Elena Galeano Gutiérrez
EDAD: 39 años
ESTADO CIVIL GESTANTE: Casada
ESCOLARIDAD: Sin Información
OCUPACIÓN: Hogar
LOCALIDAD DE RESIDENCIA: Ciudad Bolivar
ASEGURADOR: EPS Suramericana contributiva
SEMANAS DE GESTACIÓN: 34.3
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES: 6 (Referido por esposo – No documentado)
FECHA DE MUERTE: 6/3/2026
INSTITUCIÓN DE LA MUERTE: Hospital de Meissen
CAUSA BASICA: En estudio – Necropsia Médico legal
CLASE DE MORTALIDAD: Temprana

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS
Formula Obstétrica G6P4V1C3A1
Fecha de ultima gestación hace 12 años
Preconcepcional: Sin Información
Clasificado, alto riesgo obstétrico por Periodo intergenésico prolongado, obesidad y edad (mayor de 35 años).

OTROS ANTECEDENTES: Niega antecedentes patológicos relevantes, alergias o consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillo); refiere consumo de micronutrientes durante la gestación.

Análisis:
El 06/03/2026 a las 05:45 a. m., ingresa al servicio de urgencias gestante de 39 años, con embarazo de aproximadamente 34 semanas de gestación, trasladada en ambulancia móvil 7064 tras presentar dos episodios convulsivos durante la gestación. La paciente se encontraba en contexto de alto riesgo obstétrico, dado por edad materna avanzada, antecedente de cesáreas previas y periodo intergenésico prolongado, además de ausencia de soportes de controles y exámenes prenatales al momento de la atención. Durante el traslado recibió manejo inicial con labetalol 20 mg, impregnación con sulfato de magnesio y oxigenoterapia por cánula nasal. Al ingreso se encontraba en estado postictal, con agitación, y según información aportada por el acompañante presentaba cefalea desde el día previo al evento convulsivo.

Se inició manejo médico con estabilización materna, administración de sulfato de magnesio para control de la actividad convulsiva y monitorización clínica y paraclínica continua, definiéndose conducta obstétrica urgente. Entre las 06:10 a. m. y 06:30 a. m. se realizó cesárea de emergencia, obteniéndose recién nacido vivo de sexo femenino, con peso de 2.090 g, talla de 47 cm y Apgar 6-7-8. Se reportó líquido amniótico claro y placenta completa sin alteraciones macroscópicas.

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Posteriormente, la paciente permaneció en vigilancia en el área de partos; sin embargo, a las 07:16 a. m. presentó deterioro clínico súbito en el posoperatorio inmediato, evolucionando a paro cardiorrespiratorio. Se iniciaron maniobras de reanimación avanzada, sin lograr recuperación de signos vitales. Finalmente, se documentó ausencia de actividad cardiaca y respiratoria, certificándose el fallecimiento materno a las 07:32 a. m., pese a las intervenciones instauradas para su reanimación. Al momento de la declaración del deceso no se encontraba familiar presente.

Subdirección Vigilancia Salud Pública

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001
IQNet
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CASO 3 – Marzo 09 2026

NOMBRE Y APELLIDOS: Yesica Alejandra Gómez Urrea
EDAD: 37 años
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1128393760
ESTADO CIVIL GESTANTE: Unión libre
ESCOLARIDAD: Profesional completo
OCUPACIÓN: Ama de casa / Desempleada
LOCALIDAD DE RESIDENCIA: Kennedy
ASEGURADOR: Nueva EPS Contributivo
SEMANAS DE GESTACIÓN: 28 semanas
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES: 6 CPN
FECHA DE MUERTE: 9/3/2026
INSTITUCIÓN DE LA MUERTE: Clínica de Occidente
NÚMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN:
CAUSA BASICA:
CLASE DE MORTALIDAD: Temprana

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS
Formula Obstétrica G3P2C0A0V2
Fecha de ultima gestación: 17/11/2007- periodo intergenésico prolongado
Fecha de gestación actual: 2025
Preconcepcional: Niega, embarazo no planeado, no deseado, si aceptado
Clasificado como gestación de alto riesgo obstétrico, por riesgo trombótico intermedio y riesgo biopsicosocial alto

OTROS ANTECEDENTES
Patológicos: hipotiroidismo, urolitiasis, litiasis vesicular, lordosis no especificada, hemorroides Internas grado I, deficiencia de cianocobalamina, gastropatía crónica en seguimiento por medicina interna, gastritis por helicobacter pylori tratada, dermatitis atópica, alopecia areata 2024 en seguimiento por dermatología, depresión y ansiedad desde el 2022 en seguimiento por psicología, enfermedad autoinmune en estudio por sintomatología desde enero del 2025 y ANAs (09/05/2025) fuera rango sin embargo en consulta con reumatología sin sintomatología para artritis reumatoide por posible resolución debida al embarazo.
Quirúrgicos: hernia inguinal bilateral a los 6 años, liposucción en agosto de 2025

ANALISIS

El 08/03/2026 a las 23:36, ingresa paciente femenina de 37 años, gestante G3P2 con edad gestacional de 28 semanas, quien consulta por dolor epigástrico asociado a vómito y diarrea, iniciado posterior a episodio de estrés. Niega actividad uterina, sangrado vaginal y amniorrea, y refiere movimientos fetales presentes. Al examen físico se encuentra en buen estado general,

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

afebril, consciente, alerta e hidratada, con signos vitales estables. Se inicia manejo intrahospitalario con hidratación intravenosa con Lactato de Ringer, analgesia y antiespasmódico (hioscina N-butilbromuro + dipirona IV) y metoclopramida IV, además de ayuno y vigilancia clínica. Se solicitan paraclínicos y estudios complementarios, incluyendo hemograma, proteína C reactiva, amilasa sérica, coproscópico y ecografía obstétrica transabdominal y transvaginal con cervicometría.

El 09/03/2026. Paraclínicos reportan leucocitosis (15.900), hemoglobina 13 g/dL, PCR negativa, amilasa 127 U/L y coproscópico sin parasitosis. Se decide continuar manejo y vigilancia por ginecología, con remisión pendiente debido a que la institución no cuenta con habilitación obstétrica ni convenio con la EPS.

Posteriormente, hacia las 02:45, se recibe llamado de enfermería por paciente inconsciente, no respondiente y con cianosis, por lo que se activa código azul y se inicia manejo avanzado con intubación orotraqueal y reanimación cardio cerebro pulmonar. Durante la reanimación se documentan ritmos de asistolia, actividad eléctrica sin pulso y fibrilación ventricular. Se administran 8 dosis de adrenalina, vasopresina 20 UI, amiodarona 300 mg y lidocaína 60 mg, además de dos desfibrilaciones a 200 J. Se realiza búsqueda de causas reversibles, con glucometría intraparo de 116 mg/dL y POCUS sin evidencia de compromiso de cavidades derechas.

Tras 27 minutos de reanimación avanzada sin retorno de circulación espontánea, a las 03:21 se declara fallecimiento. Dada la ausencia de una causa clínica evidente, se solicita intervención de la autoridad competente (Fiscalía) para los procedimientos correspondientes, informándose la situación al esposo de la paciente.

Subdirección Vigilancia Salud Pública

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CASO 4 – Marzo 09 2026

NOMBRE Y APELLIDOS: MARIA MERCEDES CALDERON LUNA
EDAD: 40 Años
NÚMERO DE DOCUMENTO: 1123730570
ESTADO CIVIL GESTANTE: CASADA / UNION LIBRE
ESCOLARIDAD: BACHILLER
OCUPACIÓN: AUXILIAR DE SERVICIOS AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES EN SALUD
LOCALIDAD DE RESIDENCIA: CIUDAD BOLIVAR
ASEGURADOR: NUEVA EPS CONTRIBUTIVA 2022
SEMANAS DE GESTACIÓN: 37 SEMANAS
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES: 4 CPN
FECHA DE MUERTE: 9/3/2026
INSTITUCIÓN DE LA MUERTE: HOSPITAL DE MEISSEN
CAUSA BASICA: En estudio
CLASE DE MORTALIDAD: Temprana

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS
Formula Obstétrica: G3, P1, A1, M1
Fecha de ultima gestación: Hace 11 años (2014), falleció a los 3 años de edad, causa no clara al parecer presentaba un soplo cardiaco.
Fecha de gestación actual: 8/3/2026

OTROS ANTECEDENTES (Patologías de base, familiares, obesidad, hábitos etc…)
Patológicos: Hipotiroidismo - Cardiopatía
Vacunas aplicadas durante la gestación * influenza: 24/10/25 * DPT ACELULAR: 04/12/25 * Td: SIN DATOS * VSR: 23/01/26 * COVID19: 24/09/25

ANÁLISIS
Gestante que ingresa el 08/03/2026 a las 07:46 horas para cesárea programada por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y presentación podálica, sin síntomas obstétricos de alarma. Al ingreso con TA 133/77 mmHg, FC 97 lpm, FR 17 rpm, T 36 °C, Glasgow 15/15 y FCF 135 lpm. Se realiza monitoria fetal con trazado ACOG II, interpretado como estado fetal no satisfactorio, por lo que se indica hospitalización para resolución por cesárea. Se inicia manejo preoperatorio con ayuno, lactato de Ringer a 100 cc/h, profilaxis antibiótica con cefazolina y control de fetocardia. Paciente solicita método de planificación definitiva tipo Pomeroy.

A las 09:20 horas se realiza cesárea segmentaria transversa más Pomeroy. Durante el procedimiento se identifica útero miomatoso y sangrado intraoperatorio estimado de 1500 cc, con índice de choque de 1.08, por lo que se activa código rojo obstétrico. Presenta TA 82/51 mmHg y FC 49 lpm, iniciándose manejo con oxitocina 40 UI en 500 cc de lactato de Ringer a 60 cc/h y ácido tranexámico 1 g IV, además de monitorización continua, cristaloides tibios y solicitud de laboratorios. Posteriormente se documenta mejoría hemodinámica (TA 105/60 mmHg, FC 80 lpm, IC 0.8), sin requerir intervenciones quirúrgicas adicionales. Se finaliza procedimiento con útero tónico, indicándose transfusión de 2 unidades de

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

glóbulos rojos empacados, iniciando la primera a las 10:32 horas. Se coloca TANN y se desactiva código rojo a las 10:33 horas, trasladándose a recuperación con infusión de oxitocina.

Durante el puerperio inmediato permanece en hospitalización con aparente evolución estable y vigilancia de signos vitales. El 09/03/2026 se realiza retiro de TANN entre 10:40 y 11:45 horas, con cumplimiento de regla 20-20-20 y adecuada tolerancia posterior.

Aproximadamente a las 17:30 horas se acude a llamado por familiar, quien reporta síncope con pérdida del tono postural, relajación de esfínteres y pérdida del estado de conciencia al intentar levantarse al baño. A la valoración se encuentra paciente en malas condiciones generales, Glasgow 7/15, TA 68/41 mmHg, FC 71 lpm, saturación 78% con O_2 por cánula nasal a 6 L/min, glucometría 84 mg/dl, con palidez cutánea, sudoración y dilatación venosa yugular. Barrido ecográfico sin líquido libre en cavidad abdominal y sin sangrado uterino activo. Se administran sulfato de magnesio, levetiracetam y bolo de dextrosa al 10%.

A las 17:40 horas presenta paro cardiorrespiratorio, activándose código azul e iniciándose maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada. Se asegura vía aérea con intubación orotraqueal y se administra adrenalina cada 3 minutos. Durante la reanimación se evidencia sangrado profuso por vía aérea y saturación menor del 60% pese a ventilación con AMBU al 100%. Tras 26 minutos de reanimación sin retorno de circulación espontánea, se declara fallecimiento a las 18:06 horas.

Subdirección Vigilancia Salud Pública

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CASO 5 – Marzo 15 2026

NOMBRE Y APELLIDOS: CARIDAD COROMOTO VILLALOBOS SANCHEZ
EDAD: 29 Años
ESTADO CIVIL GESTANTE: CASADA/UNIÓN LIBRE
ESCOLARIDAD: SECUNDARIA INCOMPLETA (8°)
OCUPACIÓN: HOGAR
LOCALIDAD DE RESIDENCIA: Ciudad Bolivar (Carrera 20 D N° 68-28 sur barrio San Francisco)
ASEGURADOR: NO ASEGURADA
SEMANAS DE GESTACIÓN: 37.5SEMANAS
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES: 6 consultas prenatales por urgencias.
FECHA DE MUERTE: 15/03/2026
INSTITUCIÓN DE LA MUERTE: Hospital de Meissen
CAUSA BASICA: Trastorno hipertensivo del embarazo
CLASE DE MORTALIDAD: Temprana

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS
Formula Obstétrica: G2P1V1
Fecha de ultima gestación: hace 12 años sin complicaciones
Método de planificación: Antes de la gestación “no usaba”, embarazo no planeado, si aceptado,

OTROS ANTECEDENTES Sobrepeso materno, riñones fetales aumentados severamente de tamaño displásicos. *Clasificado como gestación de alto riesgo obstétrico, por periodo intergenésico prolongado de 12 años, riesgo de preeclampsia, obesidad, migrante sin aseguramiento y riesgo biopsicosocial alto*

ANÁLISIS

El 24/10/2025 gestante sin aseguramiento en salud, inicia control prenatal tardío (17 semanas) a través del servicio de urgencias obstétricas del Hospital de Meissen, encontrándose clínicamente estable. Posteriormente se realizan paraclínicos prenatales, estudios ecográficos y tamizajes infecciosos, además de interconsultas por nutrición, odontología y medicina materno-fetal. Los paraclínicos se reportan dentro de parámetros normales; sin embargo, en la ecografía obstétrica se identifica riñones fetales severamente aumentados de tamaño sugestivos de displasia renal, y Doppler con aumento de resistencia en arterias uterinas. Por estos hallazgos y trastorno hipertensivo del embarazo, la gestación se clasifica como alto riesgo obstétrico con seguimiento especializado.

El 14/03/2026 a las 18:32 horas, ingresa al servicio de urgencias de ginecología y obstetricia gestante de 37 semanas + 5 días, quien consulta por dolor pélvico ocasional al caminar, con movimientos fetales presentes y fosfenos, negando sangrado vaginal, amniorrea o síntomas urinarios. Al ingreso presenta TA 147/102 mmHg, FC 107 lpm, FR 15 rpm, T 36 °C, IMC 31, con feto en presentación cefálica, altura uterina de 30 cm y FCF 132 lpm, cérvix cerrado y membranas íntegras. Ante cifras tensionales elevadas asociadas a fosfenos, se sospecha trastorno hipertensivo del embarazo con riesgo de eclampsia, por lo

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

que se decide hospitalización, impregnación con sulfato de magnesio, control tensional con nifedipina, colocación de sonda vesical, segundo acceso venoso y solicitud de perfil toxémico, definiéndose interrupción urgente del embarazo mediante cesárea con ligadura tubárica bilateral tipo Pomeroy.

A las 21:21 horas, se realiza cesárea segmentaria transversa, obteniéndose recién nacido vivo masculino, con líquido amniótico claro, placenta completa y sangrado estimado de 400 cc, con útero tónico al finalizar el procedimiento. A las 21:23 horas, durante el acto quirúrgico, la paciente presenta crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, seguida de paro cardiorrespiratorio con taquicardia ventricular, requiriendo desfibrilación (200 J y 360 J) y reanimación avanzada, logrando retorno de circulación espontánea.

Posteriormente presenta nuevos episodios de paro cardiorrespiratorio, con requerimiento de múltiples ciclos de reanimación y soporte vasopresor, además de compromiso respiratorio severo con salida de líquido rosado por tubo orotraqueal, sugestivo de edema pulmonar agudo en contexto de emergencia hipertensiva, sin descartarse evento tromboembólico pulmonar. Se decide traslado a UCI, durante el cual presenta nuevo paro cardiorrespiratorio, ingresando en actividad eléctrica sin pulso, logrando retorno de circulación espontánea tras aproximadamente 7 minutos de reanimación.
Ingresa a UCI en estado crítico posreanimación por eclampsia complicada, con choque refractario a vasopresores, insuficiencia respiratoria grave bajo ventilación mecánica y compromiso neurológico profundo compatible con encefalopatía hipóxico-isquémica, iniciándose manejo intensivo con soporte vasopresor (norepinefrina, adrenalina y vasopresina), ventilación mecánica, hidratación y monitorización continua.

A las 23:20 horas se documenta ausencia de reflejos de tallo cerebral, manteniéndose bajo vigilancia hemodinámica y neurológica. Finalmente, presenta nuevo paro cardiorrespiratorio, activándose código azul; durante la reanimación se documenta fibrilación auricular, realizándose descarga eléctrica de 160 J, evolucionando posteriormente a asistolia persistente sin respuesta a las maniobras. Ante la ausencia de retorno de circulación espontánea, se declara el fallecimiento el 15/03/2026 a las 00:26 horas. Caso enviado a necropsia a medicina legal.

Subdirección Vigilancia Salud Pública

Carrera 32 No. 12 - 81
Teléfono: 3649090
www.saludcapital.gov.co

icontec ISO 9001 | IQNet | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.