Casos
Muerte Materna 2026

Secretaria Distrital de Salud

Subsecretaria Salud Pública

Marzo de 2026

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



Caso 1

Caso de muertes maternas SE 3 2026 en Bogotá D.C.

	Atención emergencia obstétrica
Ingreso 12 -13/01/2026	Gestante de 24 años (G3P1A1), O Rh negativo, con embarazo de 20 semanas, antecedente de legrado obstétrico en 2023 y bajo peso IMC (20), ingresa por dolor lumbar derecho progresivo, fiebre subjetiva y síntomas urinarios. Se documentó uroanálisis no sugestivo de infección, hemograma con leucocitosis y neutrofilia y GRAM de orina negativo. Ecografía obstétrica sin alteraciones y ecografía renal y de vías urinarias con hidronefrosis. Urología considera nefrostomia e inicio de manejo antibiótico.
Plan de manejo	1. Manejo con hidratación, analgésico, antimicrobiano.



Caso de muertes maternas SE 3 2026 en Bogotá D.C.

	Evoluciones y/o complicaciones	Evoluciones y/o complicaciones	Evoluciones y/o complicaciones
Ingreso	*15/01/2026 08:00* Se activa equipo de respuesta rápida por Score: 8 dado por hipotensión, polipnea, taquicardia, QSofa:2. Se ingresa a Intermedios para continuidad con realización de Nefrostomía no exitosa se propone nuevo procedimiento y hay disentimiento.	*16/01/2026 09:00* Se inicia soporte vasopresor y requerimiento de soporte transfusional por anemización. *18/01/2026 15:00* Presenta deterioro clínico con sospecha de TEP vs Edema pulmonar ajusta soporte e inicio de ciclos de VMNI	19/01/2026 10:00 Presenta deterioro de patrón respiratorio con hallazgo de hiper lactatemia e hipoxemia severa por lo cual se indica IOT y desembarazar así como escalonamiento terapéutico. 20/01/2026 4:15am posterior a dos paradas cardíacas se declara fallecimiento.
Plan de manejo	Se escalona medicamento antimicrobiano, adicionando soportes por sistema.	Soporte vasopresor, sedación y ciclos de ventilación mecánica no invasiva.	Triple vasopresor, escalonamiento antimicrobiano, se desembarazó. Reanimación avanzada.

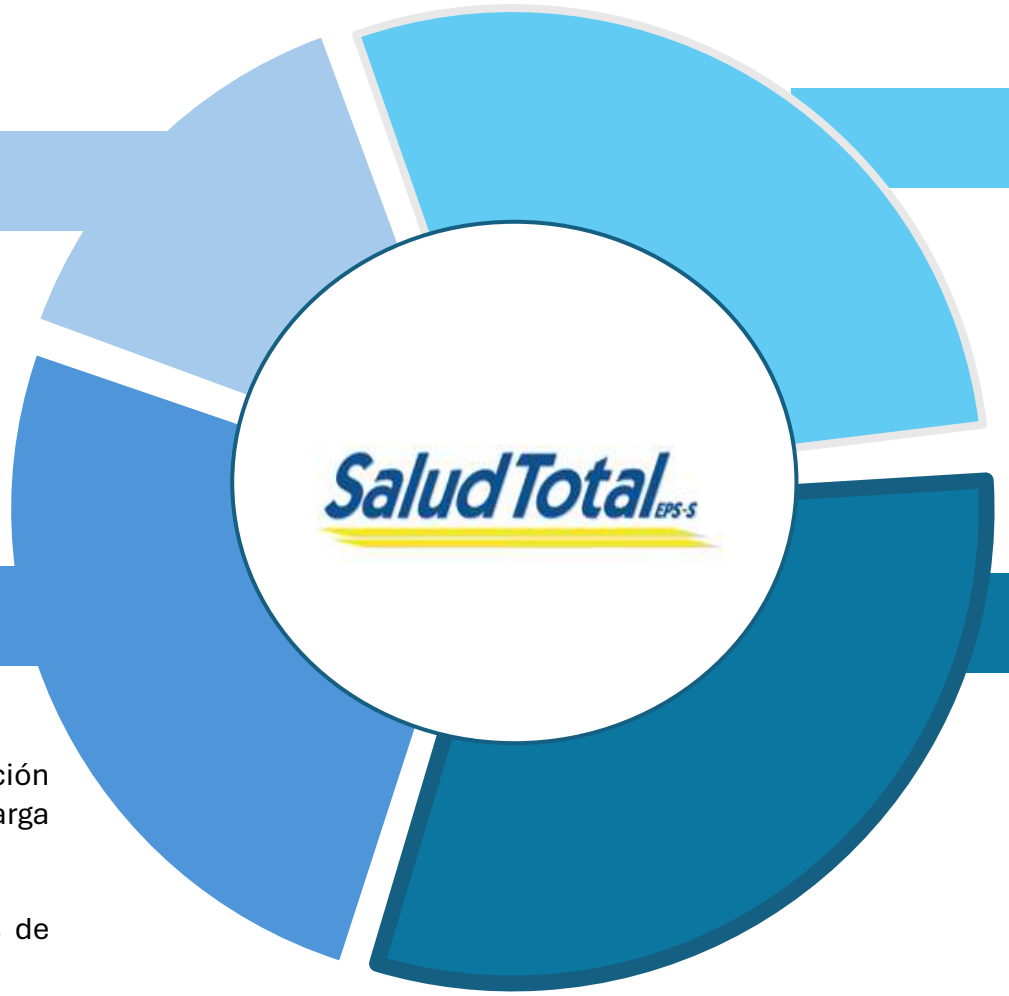
Matriz DOFA

Debilidades

✓ 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.
✓No consulta preconcepcional y de anticoncepción a pacientes en edad fértil pertenecientes a grupos de riesgo

Oportunidad

✓ seguimiento a la cohorte de gestantes en adherencia al control prenatal
✓ Acceso a consulta preconcepcional y consulta planificación familiar y suministro de método con oportuno.



Amenaza

✓ Fallas en demanda inducida en planificación familiar para suministro de método de larga duración.

✓ Fallas en la realización de intervenciones de acuerdo con el riesgo nutricional.

Fortaleza

✓ Ingreso temprano a control prenatal

✓ Oportunidad de la atención

Caso 1

Caso de muertes maternas SE 9 2026 en Bogotá D.C.

FECHA DE MUERTE	SEM EPID	INSTITUCIÓN DONDE FALLECE	EDAD	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EAPB	LOCALIDAD	ANTECEDENTE	# CPN	CLASIFICACIÓN RIESGO	CLASIFICACIÓN CASO	CAUSA BASICA DE MUERTE
06/03/2026	9	USS Meissen	40	Contributivo	Sura	Ciudad Bolívar	Consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillo)	5	Alto riesgo obstétrico por Periodo intergenésico prolongado, obesidad y edad (mayor de 35 años).	En estudio	En estudio

	Atención emergencia obstétrica	Atención del parto
Ingreso	El 06/03/2026 a las 05:45 a. m Ingresa paciente de 40 años, G6P1C3A1V4, embarazo de 34 3/7 semanas por eco de 1r trimestre, 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.	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. 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.
Plan de manejo	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. Caso remitido a necropsia clínica.

Fuente: Elaboración propia. Historias clínicas institucionales

Matriz DOFA

Debilidades

- Ausencia de oferta y consulta preconcepcional
- Ausencia de seguimiento a planificación al seguir con intención reproductiva
- No seguimiento ni acción contundente ante la inherencia al control prenatal.
- Revisión de adherencia a guía código azul con obstétrico

Oportunidad

- Articulación de prestadores primarios, complementarios y EPS en caso de control prenatal ambulatorio en riesgo inminente (materno-fetal)
- Articulación con ente ante caracterización de riesgo psicosocial extremadamente alto desde el inicio de control prenatal y enfoque diferencial (analfabetismo)



Amenaza

- Determinantes sociales profundos y de alto impacto
- Inherencia profunda secundaria
- adherencia a guías de código azul obstétrico – eventos anestésicos vs calidad del registro en historia clínica

Fortaleza

- Clasificación de riesgo asertiva desde inicio : riesgo inminente
- Incio de profilaxis con asa y calcio
- reporte de búsqueda activa de IPS Complementaria en casos puntuales post urgencias y hospitalización

Casos de muertes maternas SE 10 2026 en Bogotá D.C.

Caso 2

FECHA DE MUERTE	SEM EPID	INSTITUCIÓN DONDE FALLECE	EDAD	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EAPB	LOCALIDAD	# CPN	CLASIFICACIÓN RIESGO	CLASIFICACIÓN CASO	CAUSA BASICA DE MUERTE
09/03/2026	10	Clínica Occidente	37	contributivo	Nueva EPS	Kennedy	6	Clasificado como gestación de alto riesgo obstétrico, por edad (mayor de 35 años) , riesgo tromboembólico intermedio y riesgo biopsicosocial alto	Indirecta	Disección de aorta ascendente

Antecedentes:

Hipotiroidismo, urolitiasis, colelitiasis, gastropatía crónica, gastritis por Helicobacter pylori, deficiencia de cianocobalamina, depresión y ansiedad. En estudio por posible enfermedad autoinmune desde enero de 2025.

	Atención emergencia obstétrica
Ingreso	El 08/03/2026 a 23:46 Paciente de 37 años, G3P2, ingresa a urgencias por epigastralgia diarrea y emesis. Niega síntomas obstétricos adicionales. Movimientos fetales presentes. Refiere cuadro posterior a estrés personal. SV al ingreso: TA 100/70 FC 66 FR 20 T N/R Peso 67 kg Talla 160 cm FCF 145 lpm Glasgow 15
Plan de manejo	Bajo impresión diagnostica de amenaza de parto pretérmino y embarazo de alto riesgo, se deja en observación para toma de paraclínicos (Hemograma, PCR coproscópico, Eco obstétrica y cervicometria) Se indica hidratación con cristaloides, antiespasmódico y gastro protector IV.

Fuente: Elaboración propia. Historias clínicas institucionales

Casos de muertes maternas SE 10 2026 en Bogotá D.C.

	Atención emergencia obstétrica	Atención emergencia obstétrica
Ingreso	El 09/03/2026 a las 2:45 AM Se recibe llamada de enfermería, paciente con cianosis generalizada, sin respuesta al llamado, con ausencia de pulso. Se inicia maniobras de reanimación avanzada. Se asegura vía aérea con IOT. Paciente monitorizada al visoscopio muestra inicialmente asistolia, posteriormente te actividad eléctrica sin pulso, y finalmente fibrilación ventricular. Coproscópico: sin estructuras parasitarias, microbiota aumentada. PCR 2.3 HB13.7 HCTO 38.6% LEUC 15990 N 71.2% PLT 269.000 Amilasa 127	El 09/03/2026 a las 3:21 AM 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.
Plan de manejo	Recibe 8 dosis de adrenalina, vasopresina 20U bolo, durante FV se administra bolo de amiodarona y lidocaína, continuando compresiones torácicas de alta calidad. Se revisan causas de paro, sin identificarse hipoglucemia(gluc 116 mg/dl POCUS evidencia estasis venosa sin signos de repercusión en cavidades cardiacas derechas. No es posible toma de gases arteriales durante evento. A pesar de maniobras prolongadas no es posible lograr retorno a circulación espontanea.	Dada la ausencia de una causa clínica evidente, se solicita intervención de la Fiscalía para los procedimientos correspondientes. Caso remitido a necropsia medico legal.

51. Causas de la defunción (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d)		
Causa A **Diagnóstico** CHOQUE CARDIOGÉNICO	**Tiempo medida**	**Tiempo valor** 0
Causa B **Diagnóstico** TAPONAMIENTO CARDÍACO	**Tiempo medida**	**Tiempo valor**
Causa C **Diagnóstico** DISECCIÓN DE AORTA ASCENDENTE.	**Tiempo medida**	**Tiempo valor** 0

Reporte preliminar, necropsia medico legal

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

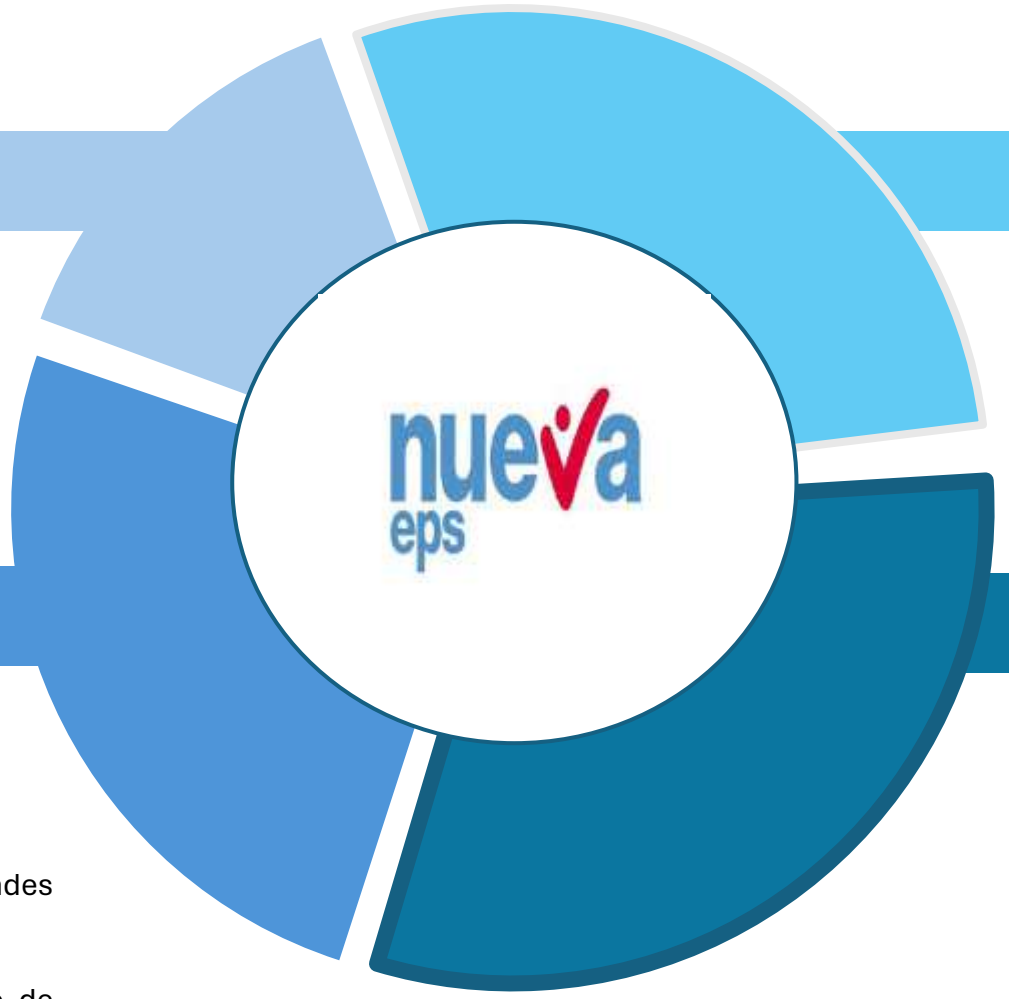
Matriz DOFA

Debilidades

- Ausencia de valoración Antenatal
- Falta de demanda inducida de ruta PYMS (PNF)

Oportunidad

- Usuaria con buena adherencia al control prenatal y actividades propias de la ruta.



Amenaza

- Falta de consulta preconcepcional
- Mujer en edad fértil con comorbilidades marcadas sin seguimiento.
- Asistencia a urgencias a IPS sin servicio de obstetricia

Fortaleza

- Oportunidad de las atenciones desde el ingreso al CPN y completitud en el control prenatal

Casos de muertes maternas SE10 2026 en Bogotá D.C.

Caso 3

FECHA DE MUERTE	SEM EPID	INSTITUCIÓN DONDE FALLECE	EDAD	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EAPB	LOCALIDAD	TECEDENTE	# CPN	CLASIFICACIÓN RIESGO	CLASIFICACIÓN CASO	CAUSA BASICA DE MUERTE
09/03/2026	10	USS Meissen	40	contributivo	Nueva EPS	Ciudad Bolivar	Hipotiroidismo Cardiopatía	6	Alto riesgo obstétrico por Periodo intergenésico prolongado, obesidad y edad (mayor de 35 años).	En Estudio	En Estudio

	Atención emergencia obstétrica	Atención del parto
Ingreso	El 08/03/2026 a las 7:46 AM Paciente ingresa programada para cesárea por RCIU y presentación podálica. Niega síntomas obstétricos de alarma. SV al ingreso: TA 133/77 FC 97 FR 17 T 36 Peso 50 kg Talla 150 cm FCF 135 lpm Glasgow 15 Se indica toma de monitoria fetal con lectura ACOG II, se indica hospitalización para cesárea por estado fetal no satisfactorio. Indican hospitalizar en sala de partos, nada via oral l ringer 100 cc hora, cefazolina para profilaxis antibiótica previa a procedimiento, fetocardia intermitente. Paciente solicita Pomeroy	El 08/03/2026 a las 9:20 AM Se ingresa paciente para cesárea motivada por estado fetal no satisfactorio – sufrimiento fetal, con método de planificación pomeroy ya solicitado por la paciente. Útero miomatoso identificado al ingreso a cavidad abdominal, Cesárea y pomeroy con descripción usual de procedimiento, se identifica sangrado estimado de 1500. Cc dado por estimación con compresas (10 compresas: 800 cc y sangrado intraoperatorio) IC 1.08, se activa código rojo, TA 82/51 mmHg FC 49 se indica oxitocina 40 UI en 500 cc de ringer a 60 cc hora, ácido tranexamico 1 gr IV (10+19) se indica toma de laboratorios y gases arteriales cierre aponeurosis con vicryl-1. Monitorización continua cada 2 min oxigeno manteniendo saturación de oxigeno en 95% asegurar 2do acceso venoso administración de cristaloides calientes 10+20 am TA105/60 mmHg FC 80 lx́ IC 0.8. No requiere maniobras quirúrgicas adicionales. Se procede a lavado y revisión de hemostasia en tejido celular subcutáneo. Sutura intradérmica en piel con prolene 2-0. Se deja herida cubierta. Útero tónico al finalizar.
Plan de manejo	se indica hospitalización para cesárea por estado fetal no satisfactorio. Indican hospitalizar en sala de partos. Paciente con vigilancia en salas de hospitalización general durante puerperio, con valoración por equipo de especialistas en Ginecobstetricia y personal de enfermería. Con aparente evolución estable. Con toma de signos vitales cada 15 minutos.	Se indica transfusión de 2 UGRE, se inicia la primera a las 10+32 am. Signos vitales 105/62 FC 100 lx́ IC 0.6. Se inicia colocación de TANN y se desactiva código rojo a las 10+33 am. Se traslada paciente a sala de recuperación con infusión de oxitocina y analgesia combinada.

Fuente: Elaboración propia. Historias clínicas institucionales

Casos de muertes maternas SE10 2026 en Bogotá D.C.

	Atención clínica	Atención clínica
Ingreso	El 09/03/2026 a las 10:40 horas Retiro de TANN iniciando 10:40 am finalizando 11:45 am. Con cumplimiento de regla 20/20/20. Adecuada tolerancia post retiro. Se inicia destete de oxígeno. El 09/03/2026 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.	El 09/03/2026 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%.
Plan de manejo	Se administran sulfato de magnesio, levetiracetam y bolo de dextrosa al 10%.	Se prolongan ciclos por 26 minutos sin respuesta. Se declara fallecimiento 18:06 horas.

Caso en estudio, pendiente reporte de medicina legal y unidad de a análisis

Matriz DOFA

Debilidades

- Ausencia de valoración Antenatal
- Falta de demanda inducida de ruta PYMS (PNF)

Oportunidad

- Usuaria con buena adherencia al control prenatal y actividades propias de la ruta.



Amenaza

- Ingreso no oportuno al CPN (17 semanas)

Fortaleza

- Oportunidad de las atenciones desde el ingreso al CPN

Caso 4

Casos de muertes maternas SE11 2026 en Bogotá D.C.

FECHA DE MUERTE	SEM EPID	INSTITUCIÓN DONDE FALLECE	EDAD	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EAPB	LOCALIDAD	ANTECEDENTE	# CPN	CLASIFICACIÓN RIESGO	CLASIFICACIÓN CASO	CAUSA BASICA DE MUERTE
15/03/2026	11	USS Meissen	29	Migrante No asegurada	Migrante No asegurada	Ciudad Bolivar	Periodo intergenésico prolongado, THAE, sobrepeso-obesidad	0	Alto riesgo obstétrico por ausencia de CPN Periodo intergenésico prolongado, obesidad y edad (mayor de 35 años).	En Estudio	En Estudio

	Ingreso
Ingreso	El 14/03/2026 a las 18:32 horas Ingresa gestante G2P1V1, 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.
Plan de manejo	Ante cifras tensionales elevadas asociadas a fosfenos, se sospecha trastorno hipertensivo del embarazo con riesgo de eclampsia, por lo 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.

Fuente: Elaboración propia. Historias clínicas institucionales

Casos de muertes maternas SE11 2026 en Bogotá D.C.

	Atención del parto	Atención emergencia obstétrica
Ingreso	El 14/03/2026 a las 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.	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,
Plan de manejo	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.	Se declara el fallecimiento el 15/03/2026 a las 00:26 horas. Caso enviado a necropsia a medicina legal.

Caso en estudio, pendiente reporte de medicina legal y unidad de a análisis

Caso 5

Casos de muertes maternas SE11 2026 en Bogotá D.C.

FECHA DE MUERTE	SEM EPID	INSTITUCIÓN DONDE FALLECE	EDAD	TIPO DE ASEGURAMIENTO	EAPB	LOCALIDAD	ANTECEDENTE	# CPN	CLASIFICACIÓN RIESGO	CLASIFICACIÓN CASO	CAUSA BASICA DE MUERTE
21/03/2026	11	Centro Policlínico del Olaya	17	Contributivo	Salud Total	Ciudad Bolívar	Ninguno	0	Sin dato	En Estudio	En Estudio

	Ingreso
Ingreso	El 21/03/2026 a las 14:43 horas Paciente de 17 años, sin antecedentes patológicos conocidos, quien ingresa traída por su madre a urgencias dado cuadro de dolor abdominal, emesis, diarrea sin moco ni sangre y compromiso del estado de conciencia dado por “habla incoherente”.
Plan de manejo	Al ingreso deshidratada, taquicárdica polipneica y con hallazgo incidental de hiperglucemia (286 mg/dl). No otros hallazgos de importancia. Se ingresa bajo impresión diagnostica de diabetes tipo I complicada con cetoacidosis diabética, para hidratación y toma de estudios. Se indica valoración por pediatría.

Fuente: Elaboración propia. Historias clínicas institucionales

Casos de muertes maternas SE11 2026 en Bogotá D.C.

	Atención emergencia
Atención	**14:51** se registra paciente en paro cardiorrespiratorio, se inicia pamenjo requiriendo maniobras de reanimación avanzada y cardioversión eléctrica, recuperando circulación espontanea. **15:03** Se recibe reporte de gases venosos con acidosis metabólica severa (ph 6.74, pco2 52.3, po2 32, hco3 6.9, be -28.2, hb 11, na 143, k 4.58, ca 1.29, cl 107, glucosa 320 mg dl, lactato 15.4., bicarbonato en 6.9, se considera CAD severa, hiperlactatemia, continua líquidos endovenosos y se indica bolo de 30 mg de bicarbonato y se continua en infusión. Se solicita BHCG y drogas de abuso como complemento. **15:51** Paciente presenta nuevo paro cardiorrespiratorio, requiriendo nuevo ciclo de maniobras de reanimación avanzada. SV post reanimación TA 146/102 FC 114 FR 39 SAT O2 100% bajo IOT. Se recibe segundo reporte de gases venosos con ph 6.53, pco2 27, po2 68, hco3 0, be -33, na 144, k 5.29, ca 1.2, cl 111, glucosa 192 mg dl, lactato 17.79, hb 5.5 **16:01** Paciente presenta nuevo paro cardio respiratorio sin respuesta a maniobras. Se declara fallecimiento 16:13.
Plan de manejo	Se informa a familiares. Se realizan cuidados post mortem. BhCG Cualitativa positiva Post evento.

Caso en estudio, pendiente reporte de medicina legal y unidad de a análisis

Gracias