Objetivo: Participación en el comité de seguimiento N° 171 plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna

Entidad/Proceso: Ministerio de Salud y Protección Social

Nombre: Christian León Osorio Vanegas Teléfono: 3204742302_Correo electrónico: estrategiaangelesguardianes@gmail.com

Lugar de la reunión: Virtual Plataforma TEAMS
Fecha: 23 de abril del 2026 Hora de inicio: 7:00 am Hora de Finalización: 10:05 am

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS [1]

1. Apertura del espacio

La reunión inició con la participación de delegados del Ministerio de Salud y Protección Social, equipo técnico de la Superintendencia Nacional de Salud, referentes de las Entidades Territoriales de Salud y representantes de EPS vinculadas al proceso de vigilancia materna. El encuentro fue conducido por el **Equipo Nacional de Vigilancia de Salud Materna**, con acompañamiento de Mónica Castro, coordinadora del Grupo de Curso de Vida de la Dirección de Promoción y Prevención, dio apertura al espacio saludando a los equipos de las entidades territoriales, así como a los actores responsables de la gestión de la atención de gestantes y recién nacidos desde las CPS y las redes de prestación de servicios. Asimismo, presentó al equipo técnico que acompaña el desarrollo del plan, integrado por Marcela Güiza, Lorena Rodríguez, Laura Real, Diana Carolina Pino, Germán Gallego y Claudia Pérez, de la Dirección de Epidemiología y Demografía.

2. Presentación de la agenda
Durante la sesión se abordaron los siguientes puntos:

1. Actualización de la situación de mortalidad materna – Semana epidemiológica 14 de 2026.
2. Seguimiento a compromisos EPS cohorte de gestantes.
3. Presentación caso MM Cartagena-Coosalud.

3. Desarrollo técnico

1. Situación nacional de mortalidad materna – SE 09 de 2026

Se realizó la presentación del comportamiento de la mortalidad materna con corte a la semana epidemiológica 14 de 2026, iniciando con el análisis de nacimientos, donde se mantiene la tendencia de disminución sostenida observada en el periodo 2018–2025; no obstante, para 2026 se evidencia un leve incremento frente al año anterior (variación aproximada del 3,19%), que,

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

aunque moderado, se mantiene por debajo de los valores históricos previos, incidiendo en el análisis del denominador de la razón de mortalidad materna.

En cuanto a la morbilidad materna extrema, se observa un incremento sostenido en la notificación de casos, alcanzando a semana 14 un acumulado de 36.551 casos, con una razón cercana a 83 por 1.000 nacidos vivos; pese a este aumento, el índice de letalidad se mantiene bajo (alrededor de 0,38), lo que sugiere una mayor captación de casos y posibles mejoras en la atención. Territorialmente, más del 70% de las entidades presentan incremento, con aumentos importantes en Guainía y Santa Marta, mientras que se evidencian disminuciones en territorios como Amazonas, Caldas, Atlántico, Quindío, Cauca, Córdoba, Buenaventura y Chocó.

Por aseguramiento, el mayor número de casos se concentra en el régimen subsidiado, seguido del contributivo, con presencia también de casos en población no asegurada. Por área de residencia, predomina la zona urbana (81%), seguida de rural dispersa (14%) y centros poblados. En relación con la edad, la mayor concentración de casos se presenta entre los 20 y 34 años, especialmente en el grupo de 25 a 29 años, con incrementos preocupantes en los extremos de edad (10 a 14 años y mayores de 40 años). En cuanto a pertenencia étnica, se registra mayor proporción en población indígena (alrededor de 5,2%) y afrodescendiente (3,5%).

Respecto a las causas, los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo la principal causa de morbilidad materna extrema (aproximadamente 65%), seguidos de complicaciones hemorrágicas (20%) y otras causas en menor proporción. La mayoría de los casos presenta dos criterios de severidad (46,4%), seguido de un criterio (40%) y tres o más criterios (13,6%).

En relación con la mortalidad materna, se reportan 46 casos preliminares a semana 14 según estadísticas vitales, sin incremento frente a la semana anterior; sin embargo, se identifican diferencias entre las fuentes de información (Sivigila y estadísticas vitales), por lo cual los datos se consideran preliminares. En comparación con 2025, se evidencia una variación positiva tanto en número de casos como en la razón. Territorialmente, se observan incrementos en entidades como Caquetá, Quindío, Cartagena, Santa Marta, Sucre, Magdalena, Bogotá y Cundinamarca, mientras que otras presentan disminución.

La distribución de casos muestra mayor concentración en zonas urbanas (64,1%), seguida de rural dispersa, y se mantiene mayor afectación en población del régimen subsidiado. Por grupos de edad, se evidencia incremento en mujeres de 35 a 39 años y de 40 años y más. En cuanto a causas, predominan las causas directas, especialmente los trastornos hipertensivos, seguidas de causas indirectas con incremento en eventos como neumonía y otras condiciones, así como un aumento en casos en estudio.

Finalmente, se resalta la necesidad de fortalecer la calidad del dato, debido a inconsistencias entre fuentes, así como mantener el seguimiento continuo a los indicadores y al comportamiento territorial, especialmente en entidades con incrementos recientes.

Intervención del doctor Germán Augusto Gallego

Durante la semana epidemiológica 15 se evidencia una situación preocupante en relación con la mortalidad materna, considerando que, aunque en las semanas 14 y 15 del 2025 y 2026 no se

habían registrado muertes, actualmente se reportan cuatro casos en 2026, con una agrupación relevante en La Guajira. Este comportamiento mantiene al país en cifras similares al año anterior; sin embargo, genera alerta dado que históricamente los incrementos más significativos se presentan a partir de la semana 17. A pesar de lo anterior, se resalta una leve disminución en el promedio semanal de casos (2.1 en 2026 frente a 2.9 en 2025), lo cual podría estar influenciado por variaciones en la fecundidad. Se observa además que los casos reportados en La Guajira no han sido clasificados como sepsis obstétrica, lo que sugiere posibles avances en el abordaje clínico; no obstante, persiste la necesidad de fortalecer la vigilancia, el uso de escalas de alerta temprana y la adherencia a protocolos, especialmente en la identificación y manejo oportuno de sepsis. Finalmente, se enfatiza en mantener el monitoreo estricto en las próximas semanas, sin perder el enfoque en las principales causas, particularmente los trastornos hipertensivos del embarazo, y en garantizar la calidad del dato y la articulación entre los sistemas de información.

Seguimiento a compromisos EPS cohorte de gestantes con ASA.

Socialización de MUTUAL SER.

En el marco de la sesión, se informó que tras la revisión de la base de datos de medicamentos se evidenció que actualmente no se está realizando la dispensación del medicamento indicado, situación previamente identificada y que se encuentra en proceso de gestión con el proveedor. Se aclaró que no ha sido posible avanzar en este punto debido a la reprogramación de la reunión con dicho proveedor; sin embargo, se está trabajando de manera prioritaria en el fortalecimiento del sistema de información, mediante una mesa técnica con el proveedor del software, con el fin de optimizar la captura y disponibilidad oportuna de datos que permitan identificar gestantes no formuladas e intervenirlas de manera inmediata. Asimismo, se destacó que en los contratos actualizados a partir del 1 de abril con las IPS primarias y complementarias se incluyó de forma explícita la detección temprana y manejo del riesgo de preeclampsia, así como la correspondiente medicación. Frente al tamizaje ecográfico de arterias uterinas, se indicó que este se encuentra contemplado dentro de la atención, aunque no se dispone en el momento de la proporción exacta de cobertura, la cual será posteriormente verificada. Finalmente, se enfatizó la necesidad de contar con indicadores claros sobre la prevalencia de preeclampsia severa en la población intervenida y el seguimiento al uso de ácido acetilsalicílico (ASA 150 mg), como parte fundamental de la gestión del riesgo

Socialización *COMFAORIENTE*

En el marco de la sesión, se abordó el análisis del porcentaje de gestantes con riesgo de preeclampsia y la cobertura de suministro de ácido acetilsalicílico (ASA), identificando que aproximadamente el 26% de las gestantes presentan riesgo, con una proporción aún limitada en la entrega efectiva del medicamento. Se informó que se realizó una socialización virtual dirigida a prestadores a nivel nacional, con participación de instituciones y profesionales de salud, donde se reforzó la importancia del tamizaje oportuno, la adecuada clasificación del riesgo y el inicio del tratamiento con ASA; no obstante, se evidenció baja participación efectiva en los mecanismos de verificación (encuestas y registros), lo que genera incertidumbre sobre la apropiación real del contenido. En este sentido, se enfatizó que los procesos de capacitación deben trascender la transmisión de información y orientarse a la rendición de cuentas mediante el análisis desagregado de indicadores por territorio, IPS y regional, permitiendo identificar brechas específicas y focalizar

acciones de mejora. Adicionalmente, se expuso la necesidad de fortalecer la gestión con prestadores priorizados, garantizar el seguimiento a aquellos con baja adherencia y consolidar estrategias de monitoreo que permitan evidenciar cambios en los indicadores en el corto plazo. Finalmente, se destacó la importancia de avanzar en la inclusión del ASA en los esquemas de dispensación, optimizar la calidad del dato mediante procesos de auditoría y minería de información, y asegurar la identificación oportuna del riesgo desde el primer control prenatal como elemento clave para la prevención de eventos maternos adversos.

Se debe hacer seguimiento a esta eps por que este no es el espacio.

Socailizacion *AIC*

AIC informó que el 26% de las gestantes se encuentran clasificadas con riesgo de preeclampsia y que la cobertura de suministro de ácido acetilsalicílico (ASA) continúa siendo limitada. Indicó que se realizó una socialización virtual dirigida a prestadores a nivel nacional, en la cual se reforzó la importancia del tamizaje, la adecuada clasificación del riesgo y el inicio oportuno del tratamiento; sin embargo, se evidenció baja participación en los mecanismos de verificación, lo que genera incertidumbre frente a la apropiación del contenido. Señaló que se encuentra en gestión con el área de medicamentos para la inclusión del ASA en los esquemas de dispensación y adelantando procesos de minería de datos para identificar gestantes no formuladas e intervenirlas oportunamente. Asimismo, manifestó que se continuará fortaleciendo el seguimiento a prestadores, la calidad del dato y la identificación temprana del riesgo desde el primer control prenatal.

Socialización *Nueva eps.*

Nueva EPS informó que, tras el escalonamiento realizado con el área de farmacia y la red de proveedores, se identificó que actualmente en sus farmacias solo se dispone de ácido acetilsalicílico (ASA) en presentación de 100 mg. En este sentido, indicó que ya se gestionó a nivel nacional la solicitud para la adquisición de la presentación de 150 mg, iniciando las acciones correspondientes con la red de farmacias. Asimismo, señaló que, considerando los procesos administrativos en curso relacionados con notas técnicas y contratación, se proyecta que la disponibilidad del medicamento en esta dosis se logre aproximadamente en la segunda semana del próximo mes, una vez se complete la intervención en toda la red de dispensación.

Socialización de sanitas.

Sanitas informaron que, tras el escalonamiento realizado con el área de farmacia y la red de proveedores, se identificó que actualmente en sus farmacias solo se dispone de ácido acetilsalicílico (ASA) en presentación de 100 mg. En este sentido, indicaron que ya se gestionó a nivel nacional la solicitud para la adquisición de la presentación de 150 mg, iniciando las acciones correspondientes con la red de farmacias. Asimismo, señalaron que, considerando los procesos administrativos en curso relacionados con notas técnicas y contratación, se proyecta que la disponibilidad del medicamento en esta dosis se logre aproximadamente en la segunda semana del próximo mes, una vez se complete la intervención en toda la red de dispensación.

Socialización de alianssalud.

Se informó que se realizó validación con el sistema frente a la posibilidad de que estuviera generando de manera automática la presentación de ácido acetilsalicílico (ASA) de 150 mg, confirmándose que actualmente solo se encuentra configurado por miligramos sin especificación de dicha presentación. En este sentido, se indicó que se solicitó la inclusión de esta presentación

en el sistema, así como su incorporación en las notas técnicas. Adicionalmente, se gestionó con servicios farmacéuticos a nivel nacional la consolidación de las cantidades disponibles del medicamento, considerando las limitaciones en términos de capacidad y disponibilidad en los servicios de dispensación. Se señaló que esta información aún se encuentra en proceso de recolección y será nuevamente solicitada con el fin de dar continuidad al seguimiento. Finalmente, se enfatizó que se mantendrá la gestión activa hasta lograr la solución, dada la relevancia del tema en el contexto del aumento de la mortalidad materna asociada a preeclampsia.

Socialización sura.

Informó que realizó la validación en el sistema frente a la posible generación automática de la presentación de ácido acetilsalicílico (ASA) de 150 mg, confirmando que actualmente solo se encuentra configurado por miligramos sin especificación de dicha presentación. En este sentido, indicó que solicitó la inclusión de esta presentación en el sistema, así como su incorporación en las notas técnicas. Adicionalmente, señaló que se gestionó con servicios farmacéuticos a nivel nacional la consolidación de las cantidades disponibles del medicamento, teniendo en cuenta las limitaciones en términos de capacidad y disponibilidad en los servicios de dispensación. Asimismo, precisó que esta información aún se encuentra en proceso de recolección y será nuevamente solicitada para dar continuidad al seguimiento. Finalmente, enfatizó que mantendrá la gestión activa hasta lograr la solución, considerando la relevancia del tema en el contexto del incremento de la mortalidad materna asociada a preeclampsia.

Presentación caso MM Cartagena-Coosalud

En el marco de la sesión se presentó el análisis de un caso de mortalidad materna ocurrido en Cartagena, correspondiente a una gestante primigesta de 44 años, con antecedentes de anemia durante la gestación y rasgo falciforme. El embarazo cursó con controles prenatales considerados adecuados y sin complicaciones obstétricas mayores documentadas, con tamizaje inicial que no evidenció alto riesgo para preeclampsia ni otras alteraciones significativas.

La paciente fue llevada a cesárea programada a término, con resultado perinatal sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato fue reportada inicialmente en condición estable; sin embargo, horas posteriores presentó un evento de hemorragia posparto con deterioro hemodinámico progresivo, evidenciado por signos de choque y sangrado abundante, lo que conllevó a la activación tardía del código rojo.

A pesar de la instauración de manejo médico y quirúrgico conforme a protocolos (uso de uterotónicos, reposición de volumen, balón de Bakri, transfusión masiva y soporte en unidad de cuidados intensivos), la paciente evolucionó de manera desfavorable, desarrollando coagulopatía, falla orgánica múltiple y, posteriormente, hallazgo quirúrgico de pancolitis necrotizante, falleciendo en el contexto de choque hemorrágico complicado.

El análisis del caso permitió identificar múltiples hallazgos críticos, entre ellos: detección tardía de la hemorragia posparto, falta de reconocimiento oportuno de signos de alarma en el monitoreo de signos vitales, ausencia de cuantificación objetiva del sangrado, y retrasos en la activación de intervenciones clave. Asimismo, se evidenciaron debilidades en la calidad del registro clínico, en la vigilancia del puerperio inmediato y en la adherencia a guías de práctica clínica.

Finalmente, se concluyó que la causa de la mortalidad materna fue una hemorragia posparto, con factores contribuyentes asociados a fallas en la atención oportuna y en la identificación temprana de la gravedad del evento, lo que desencadenó una cascada fisiopatológica que culminó en falla orgánica múltiple y muerte.

C. Síntesis del encuentro.

La sesión contó con la participación de actores nacionales y territoriales del sector salud, incluyendo Ministerio, Superintendencia, EPS y equipos técnicos de vigilancia materna, quienes abordaron la situación actual de la mortalidad materna, el seguimiento a compromisos de aseguradores y el análisis de un caso crítico.

En cuanto al comportamiento nacional, se evidenció una leve variación al alza en la mortalidad materna para 2026, aunque dentro de rangos aún inferiores a los históricos. Se destacó un incremento en la notificación de morbilidad materna extrema, con baja letalidad, lo que sugiere mejor captación de casos. Persisten brechas territoriales, con aumentos en algunas entidades y disminuciones en otras. Las principales causas continúan siendo los trastornos hipertensivos del embarazo, seguidos de las hemorragias. Se resaltó la necesidad de fortalecer la calidad del dato, la articulación entre sistemas de información y el monitoreo oportuno, especialmente ante el riesgo de incremento en semanas epidemiológicas posteriores.

Durante el seguimiento a EPS, se identificaron dificultades en la implementación efectiva de estrategias de prevención de preeclampsia, particularmente en la dispensación de ácido acetilsalicílico (ASA 150 mg), limitada disponibilidad en farmacias y debilidades en los sistemas de información para identificar gestantes en riesgo. Se evidenció que, aunque existen avances en lineamientos contractuales y procesos de capacitación, persisten brechas en la cobertura, adherencia y seguimiento, así como baja participación en mecanismos de verificación. Se enfatizó la necesidad de fortalecer la gestión del riesgo desde el primer control prenatal, mejorar la calidad del dato y avanzar en la disponibilidad oportuna del medicamento.

Finalmente, se analizó un caso de mortalidad materna en Cartagena, en el que se identificaron fallas críticas en la atención, principalmente asociadas a la detección tardía de una hemorragia posparto y al reconocimiento inoportuno de signos de alarma. A pesar del manejo instaurado, la paciente evolucionó hacia falla orgánica múltiple y fallecimiento. El caso evidenció debilidades en la vigilancia del puerperio, la adherencia a protocolos, la calidad del registro clínico y la oportunidad en la respuesta asistencial.

En conclusión, la sesión resaltó la necesidad de fortalecer la atención oportuna de emergencias obstétricas, mejorar los procesos de identificación temprana del riesgo, garantizar la implementación efectiva de intervenciones preventivas como el ASA, y optimizar la calidad de la información para la toma de decisiones en salud pública.

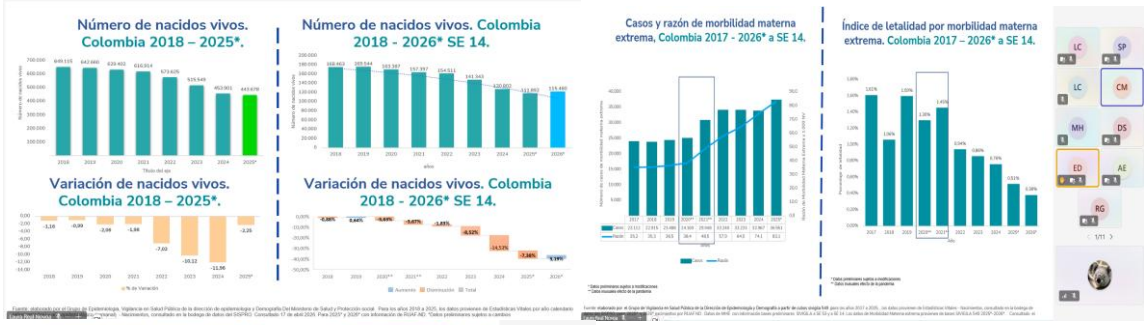
Anexos

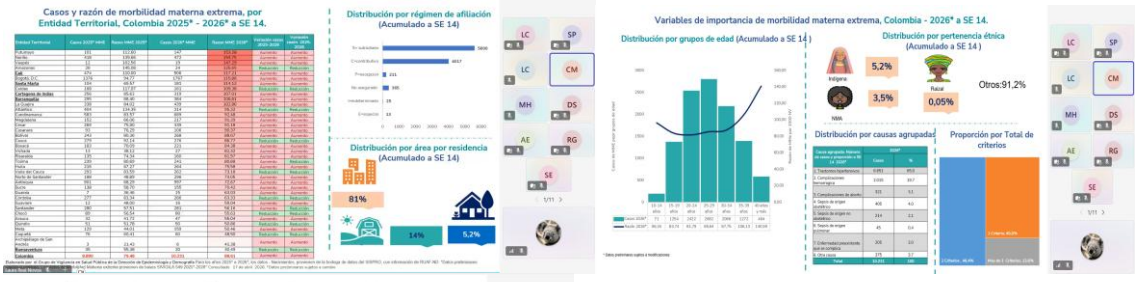
- **Agenda**

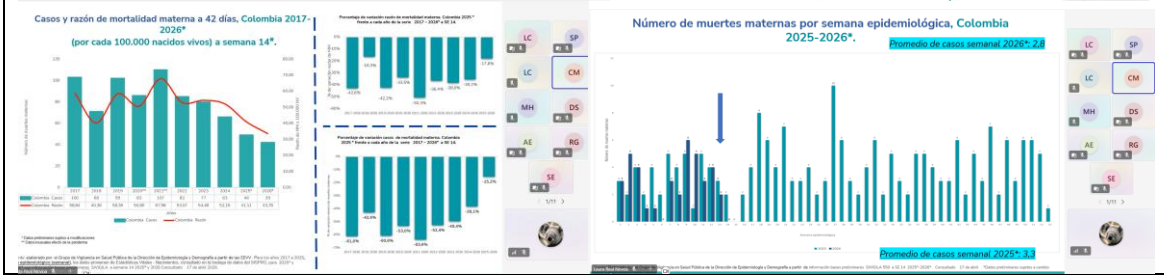




- **Situación de mortalidad materna SE 14 de 2026.**

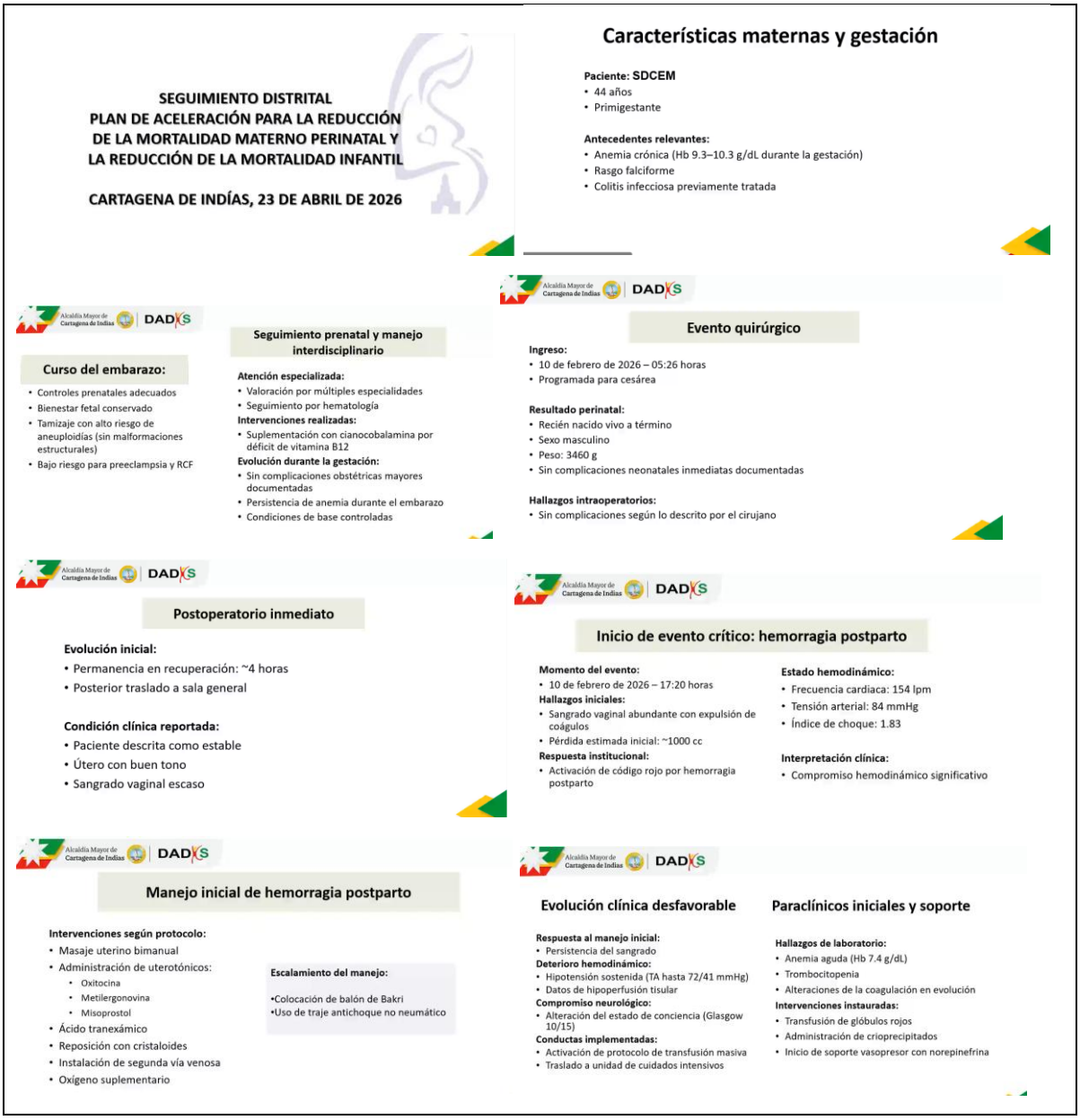








Presentación caso MM Cartagena-Coosalud


SEGUIMIENTO DISTRITAL
PLAN DE ACELERACIÓN PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNO PERINATAL Y LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL
CARTAGENA DE INDÍAS, 23 DE ABRIL DE 2026
Características maternas y gestación
Paciente: SDCEM
• 44 años
• Primigestante
Antecedentes relevantes:
• Anemia crónica (Hb 9.3–10.3 g/dL durante la gestación)
• Rasgo falciforme
• Colitis infecciosa previamente tratada
Curso del embarazo:
• Controles prenatales adecuados
• Bienestar fetal conservado
• Tamizaje con alto riesgo de aneuploidías (sin malformaciones estructurales)
• Bajo riesgo para preeclampsia y RCF
Seguimiento prenatal y manejo interdisciplinario
Atención especializada:
• Valoración por múltiples especialidades
• Seguimiento por hematología
Intervenciones realizadas:
• Suplementación con cianocobalamina por déficit de vitamina B12
Evolución durante la gestación:
• Sin complicaciones obstétricas mayores documentadas
• Persistencia de anemia durante el embarazo
• Condiciones de base controladas
Evento quirúrgico
Ingreso:
• 10 de febrero de 2026 – 05:26 horas
• Programada para cesárea
Resultado perinatal:
• Recién nacido vivo a término
• Sexo masculino
• Peso: 3460 g
• Sin complicaciones neonatales inmediatas documentadas
Hallazgos intraoperatorios:
• Sin complicaciones según lo descrito por el cirujano
Postoperatorio inmediato
Evolución inicial:
• Permanencia en recuperación: ~4 horas
• Posterior traslado a sala general
Condición clínica reportada:
• Paciente descrita como estable
• Útero con buen tono
• Sangrado vaginal escaso
Inicio de evento crítico: hemorragia postparto
Momento del evento:
• 10 de febrero de 2026 – 17:20 horas
Hallazgos iniciales:
• Sangrado vaginal abundante con expulsión de coágulos
• Pérdida estimada inicial: ~1000 cc
Respuesta institucional:
• Activación de código rojo por hemorragia postparto
Estado hemodinámico:
• Frecuencia cardiaca: 154 lpm
• Tensión arterial: 84 mmHg
• Índice de choque: 1.83
Interpretación clínica:
• Compromiso hemodinámico significativo
Manejo inicial de hemorragia postparto
Intervenciones según protocolo:
• Masaje uterino bimanual
• Administración de uterotónicos:
• Oxitocina
• Metilergonovina
• Misoprostol
• Ácido tranexámico
• Reposición con cristaloides
• Instalación de segunda vía venosa
• Oxígeno suplementario
Escalamiento del manejo:
•Colocación de balón de Bakri
•Uso de traje antichoque no neumático
Evolución clínica desfavorable
Respuesta al manejo inicial:
• Persistencia del sangrado
Deterioro hemodinámico:
• Hipotensión sostenida (TA hasta 72/41 mmHg)
• Datos de hipoperfusión tisular
Compromiso neurológico:
• Alteración del estado de conciencia (Glasgow 10/15)
Conductas implementadas:
• Activación de protocolo de transfusión masiva
• Traslado a unidad de cuidados intensivos
Paraclínicos iniciales y soporte
Hallazgos de laboratorio:
• Anemia aguda (Hb 7.4 g/dL)
• Trombocitopenia
• Alteraciones de la coagulación en evolución
Intervenciones instauradas:
• Transfusión de glóbulos rojos
• Administración de crioprecipitados
• Inicio de soporte vasopresor con norepinefrina

Elaborado por: Nury S. Leguizamon Amaya /Revisado por: Alvaro A. Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo C.

Progresión a compromiso sistémico

Evolución clínica:
- Deterioro progresivo en horas posteriores
- Acidosis metabólica severa con hyperlactatemia

Compromiso orgánico:
- Falla renal aguda con anuria
- Alteraciones hematológicas progresivas

Hallazgos paraclínicos:
- Fibrinógeno bajo (60 mg/dL)
- Elevación marcada de dímero D
- Prolongación de tiempos de coagulación

Interpretación clínica:
Cuadro compatible con coagulación intravascular diseminada (CID)

Manejo en unidad de cuidados intensivos

Soporte avanzado requerido:
- Ventilación mecánica invasiva por insuficiencia respiratoria aguda
- Terapia de reemplazo renal continua
- Múltiples transfusiones de hemoderivados

Abordaje multidisciplinario:
- Ginecología
- Medicina crítica
- Hematología
- Nefrología

Deterioro avanzado y disfunción multiorgánica



Desenlace clínico

Evolución final:
- Inestabilidad hemodinámica sostenida
- Requerimiento continuo de soporte vasopresor
- Alteraciones metabólicas severas persistentes
- Progresión de falla orgánica multiple

Deterioro adicional:
- Aparición de distensión abdominal
- Valoración por cirugía general
- Consideración de TAC de abdomen

Hallazgo intraoperatorio:
- Pancolitis necrotizante

Desenlace:
- Paro cardiorrespiratorio intraoperatorio
- Fallecimiento

CASCADA FISIOPATOLÓGICA DEL DETERIORO

FASE	TIEMPO	EVENTOS FISIOPATOLÓGICOS CLAVE
FASE 1: SHOCK HEMORRÁGICO	10/02 – 17:30h	• Hemorragia postparto (>1000 cc) • Índice de choque 1.8 → Shock clase III–IV • Vasoconstricción mesentérica (respuesta compensatoria) • Hipoperfusión tisular → hipoxia + acidosis
FASE 2: INICIO DE SICKLING	10/02 – 17:30–22:33h	• Hipoxia (PAFI 122) + acidosis (pH 7.06) • HbS 39% → polimerización en condiciones extremas • Formación de eritrocitos falciformes • Deshidratación celular → ↑ concentración de HbS
FASE 3: VASO-OCLUSIÓN MICROVASCULAR	10/02–11/02	• Eritrocitos falciformes + leucocitos + plaquetas → adhesión endotelial • Obstrucción capilar mesentérica → isquemia • Vasopresores → ↑ vasoconstricción • CID → formación de microtrombos
FASE 4: HEMÓLISIS Y DAÑO ENDOTELIAL	11/02–12/02	• Hemólisis masiva → liberación de Hb libre • Captura de óxido nítrico → vasoconstricción sostenida • Isquemia-reperfusión → estrés oxidativo • Daño endotelial progresivo
FASE 5: NECROSIS INTESTINAL IRREVERSIBLE	12/02–16/02	• Acidosis persistente → perpetuación del sickling • Isquemia prolongada → necrosis transmural • LDH masivamente elevada • Pancolitis necrotizante (hallazgo quirúrgico)

Shock hemorragico en paciente con rasgo falciforme → desencadena cascada de sickling, vaso-oclusión y necrosis intestinal irreversible.

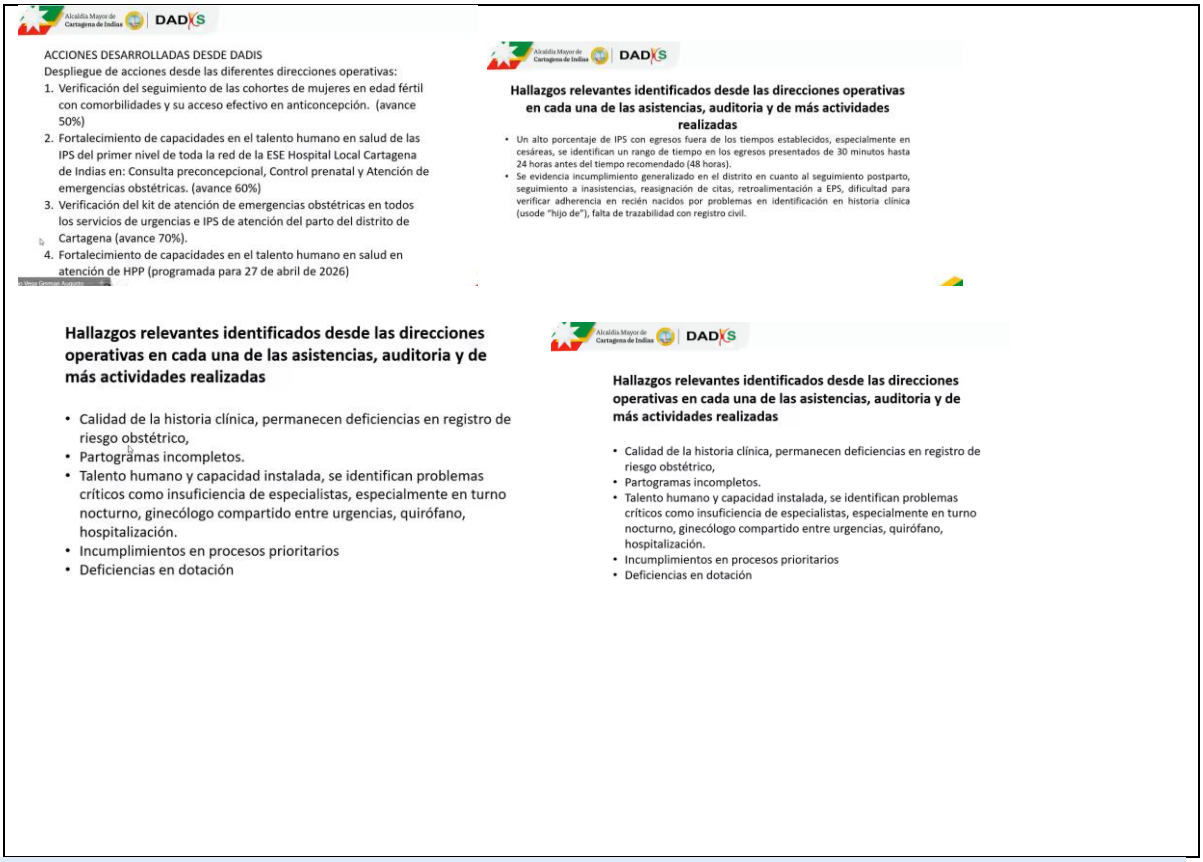
Datos de cierre de la unidad de análisis			
181	Fecha de finalización	6/04/2026	
182	Hora de finalización	14 hh	
Categoría	Factor	Situación (es) hallada (s) por factor	Situación específica
Individuo	Individuo en condición vulnerable o riesgo social	Afiliación al régimen subsidiado en salud	Afiliación al régimen subsidiado en salud
		Riesgo por edad mayor a 35 años	Riesgo por edad mayor a 35 años
Servicios de salud	Acciones de promoción y mantenimiento de la salud	Incumplimiento en las acciones de demanda inducida (consulta preconcepcional)	Incumplimiento en las acciones de demanda inducida (consulta preconcepcional)
	Prestación de servicios individuales	Diagnóstico tardío o inadecuado	No se identificó oportunamente la severidad de las complicaciones por parte del equipo de salud
			El diagnóstico de la hemorragia fue inoportuno
			No se determinó el volumen de sangrado
		No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente	No se realizaron todos los exámenes que estaban indicados
		No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	No se realizó vigilancia del puerperio en las primeras dos horas, con monitoreo de signos vitales cada 15 minutos
			No se activó oportunamente el código rojo
			No se ordenaron y administraron los medicamentos oportunamente durante el código rojo

Circular externa 047 de 2022 - PAREMM
INSTRUCCIONES PARA FORTALECER EL ACCESO EFECTIVO A LA GESTANTE Y LOS RECIÉN NACIDOS CON EL PROPÓSITO DE REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA"

Circular externa No10 de 2026
"ORIENTACIONES PARA LA INTENSIFICACION DE ACCIONES EN EL MARCO DEL PLAN DE ACELERACION PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD MATERNA (PAREMM) Y EL PLAN PARA LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD EN NIÑAS Y NIÑOS EN PRIMERA INFANCIA".

ACCIONES DESARROLLADAS DESDE DADIS

1. Recepción de notificación Evento Mortalidad Materna: 16 de febrero 2026 Activación del equipo funcional
2. Reunión preliminar análisis de evento Mortalidad Materna: 6 de marzo 2026
3. Unidad de análisis MM 10 de marzo de 2026
4. Solicitud concepto INS por causa de fallecimiento registrada por IPS, cierre de la UA 16 abril 2026
5. Reunión entre dirección de DADIS, direcciones operativas y gerentes IPS vinculadas a los eventos de MM 2026: 21 de abril de 2026
6. Reunión entre dirección de DADIS, direcciones operativas y gerentes EPS vinculadas a los eventos de MM 2026:21 de abril de 2026
7. Realización III Simposio de Maternidad Segura en el distrito de Cartagena: 22 abril de 2026

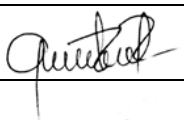
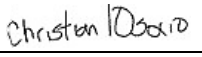


COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA SDS

COMPROMISO	RESPONSABLE (Dependencia/Proceso/SDS)	FECHA
Referentes maternos en territorio deben enviar correo de casos que no se han cerrado para poderles hacer seguimiento. (Muertes maternas),	Ministerio de Salud	Próxima semana.
-Se debe iniciar proceso de investigación frente a los protocolos de atención. Inspección vigilancia y control. -Gerente de riesgo de Cartagena debe asistir la próxima sesión.	DADIS Cartagena.	Antes de que acabe el mes.

Inducción y reinducciones de sirena. Martes 28 de abril 7:00 am	Ministerio de Salud	Próxima semana.
Mantener el seguimiento continuo a los indicadores y eventos analizados, garantizando la adopción de acciones que fortalezcan la vigilancia, permitan identificar oportunamente los riesgos y contribuyan a la reducción sostenida de la mortalidad materna en el territorio.	Ministerio de Salud	Permanente

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 Franco	Profesional Especializado -	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	
Christian Osorio	Psicólogo Estrategia AG	VSP SSO	
Melissa Sierra	Profesional Especializado - ginecóloga	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	