Objetivo: Participación en el comité de seguimiento N° 172 plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna

Entidad/Proceso: Ministerio de Salud y Protección Social
Nombre: Giovanna Paola Parra Teléfono: 3002129453
Correo electrónico: estrategiaangelesguardianes@gmail.com
Lugar de la reunión: Virtual Plataforma TEAMS
Fecha: 30/04/ 2026 Hora de inicio: 7:00 am Hora de Finalización: 9:59am

RESUMEN DE TEMAS TRATADOS [1]

1. Apertura del Espacio

En primer lugar, siendo las 07:00 a.m., se da inicio a la Unidad de Seguimiento N.º 172 en el marco del Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna (PARE), con la participación de aproximadamente 129 asistentes por Plataforma Teams y 705 asistentes por YouTube para Webinar académico, entre equipos territoriales de salud materna, EPS, red de prestación de servicios y delegaturas de la Superintendencia Nacional de Salud, quienes realizan seguimiento permanente a los compromisos derivados de este espacio

Asimismo, se informa que la sesión fue adelantada debido a la conmemoración de Semana Santa, resaltando la importancia de la continuidad del análisis epidemiológico y la articulación interinstitucional.

2. Orden del día

1. Situación de mortalidad materna con corte a la semana epidemiológica 15 del año 2026.
2. Webinar: Fórmula Magistral de Nifedipino. Una experiencia que ha salvado vidas.
3. Balance Tablero de Mando I trimestre del 2026.

3. Desarrollo

3.1. Situación de mortalidad materna con un corte a la semana 15 de 2026.

Se presentó el análisis nacional de mortalidad materna con corte a la semana epidemiológica 15 de 2026, evidenciando un acumulado de 43 casos y una razón de 34,75 por 100.000 nacidos vivos, con un comportamiento similar al observado en 2025 y una tendencia general a la disminución desde años previos. Paralelamente, se reportó un incremento del 3,18% en los nacimientos respecto al año anterior y un aumento en la captación de casos de morbilidad materna extrema, acompañado de un índice de letalidad bajo (0,39%), lo cual sugiere mejoras en la detección temprana y en la oportunidad de la atención.

En relación con las causas, se reiteró que los trastornos hipertensivos del embarazo continúan siendo la principal causa de mortalidad materna, seguidos por las hemorragias obstétricas y otras causas directas, manteniendo un patrón epidemiológico consistente a nivel nacional.

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

Posterior a la presentación de los indicadores, se realizó un análisis técnico orientado por el nivel nacional, en el cual se enfatizó que, si bien los resultados muestran una aparente estabilidad o disminución, estos no deben generar una falsa sensación de seguridad. Se destacó que la mortalidad materna es un evento dinámico que puede presentar efectos de rebote, por lo que es fundamental mantener una vigilancia activa y una actitud permanente de alerta en todos los territorios. En este sentido, se planteó que la pregunta no es si ocurrirá un nuevo caso, sino identificar oportunamente dónde se encuentra la gestante en riesgo y cómo intervenir de manera anticipada.

Asimismo, se analizó el comportamiento de la morbilidad materna extrema, evidenciando un aumento global, particularmente en las causas relacionadas con trastornos hipertensivos y complicaciones hemorrágicas. No obstante, se observó que este incremento se concentra principalmente en casos con menor severidad, lo cual podría interpretarse como una mejor captación de eventos; sin embargo, también se alertó sobre el incremento en la severidad de los trastornos hipertensivos en comparación con el año anterior, lo que representa un riesgo importante para la ocurrencia de desenlaces fatales.

Se concluyó que el principal reto actual se centra en fortalecer la gestión del riesgo en la cohorte de gestantes, especialmente en la identificación temprana y manejo oportuno de los trastornos hipertensivos del embarazo, así como en garantizar la disponibilidad de insumos críticos, la adherencia a guías clínicas y la articulación efectiva entre niveles de atención, con el fin de prevenir la progresión hacia eventos graves y evitar la mortalidad materna.

3.2. Webinar: Fórmula Magistral de Nifedipino. Una experiencia que ha salvado vidas.

Se desarrolló el webinar académico sobre la experiencia del Hospital Universitario San José de Popayán en la preparación de fórmula magistral de nifedipino de 10 mg, como alternativa ante la indisponibilidad del medicamento. El equipo presentó el proceso técnico realizado desde la central de mezclas, destacando que la institución cuenta con línea habilitada para preparaciones magistrales no estériles de uso oral, lo cual permitió adelantar la preparación bajo condiciones documentadas, controladas y con trazabilidad.

Se expuso que la formulación fue utilizada en gestantes con crisis hipertensiva, logrando control de las cifras tensionales en la mayoría de los casos durante los primeros 20 minutos, sin reporte de eventos adversos, hipotensión severa ni mortalidad asociada. La experiencia fue presentada como una estrategia institucional innovadora, sencilla y costo-efectiva, que evidencia la importancia del trabajo articulado entre los equipos de ginecoobstetricia, farmacia, ruta materno-perinatal y gestión institucional para responder oportunamente a situaciones críticas en salud materna.

3.3. Balance Tablero de Mando I trimestre del 2026.

Se presentó el balance del tablero de mando con corte al primer trimestre de 2026, aclarando que la información se encontraba actualizada al 29 de abril. Se reiteró que el tablero de mando y el formulario JotForm son herramientas de gestión, no únicamente de reporte, por lo cual su diligenciamiento debe ser asumido por todo el equipo funcional del PAREM y no solo por la persona encargada de cargar la información.

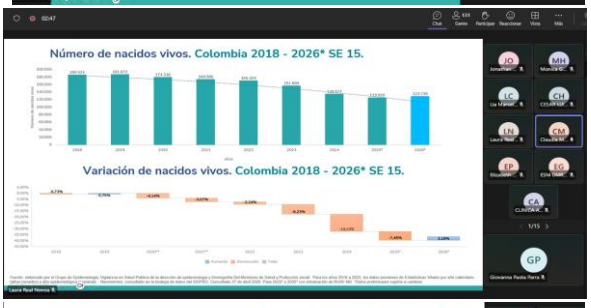
Se enfatizó la necesidad de mejorar la calidad del dato, evitando reportes realizados únicamente por cumplimiento y promoviendo registros completos, consistentes y útiles para la toma de decisiones. También se recordó que no deben crearse nuevos formularios cada vez que se actualiza la información, sino actualizar el tablero previamente creado. Durante el balance se revisaron aspectos relacionados con la disponibilidad de métodos anticonceptivos, el reporte de IPS Pareto y no Pareto, y las observaciones derivadas del seguimiento territorial, identificando alertas que deben orientar acciones de mejora en la gestión de la salud materna.

3.4. Cierre

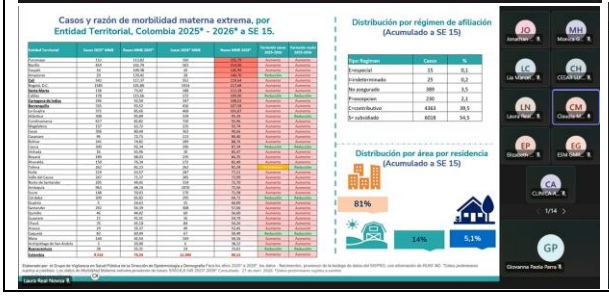
Se da cierre al Comité PAREM reiterando que los avances observados deben asumirse con prudencia, evitando generar falsas sensaciones de seguridad. Se enfatiza la necesidad de mantener una actitud permanente de alerta, reconociendo que, pese a los esfuerzos realizados, persisten gestantes en riesgo que requieren intervenciones oportunas y efectivas. En este sentido, se destaca la importancia de continuar fortaleciendo el trabajo articulado entre los equipos territoriales, la vigilancia activa y la gestión del riesgo, como elementos clave para prevenir desenlaces adversos y avanzar hacia la reducción sostenida de la mortalidad materna.

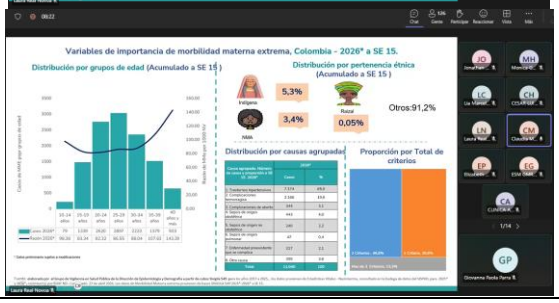


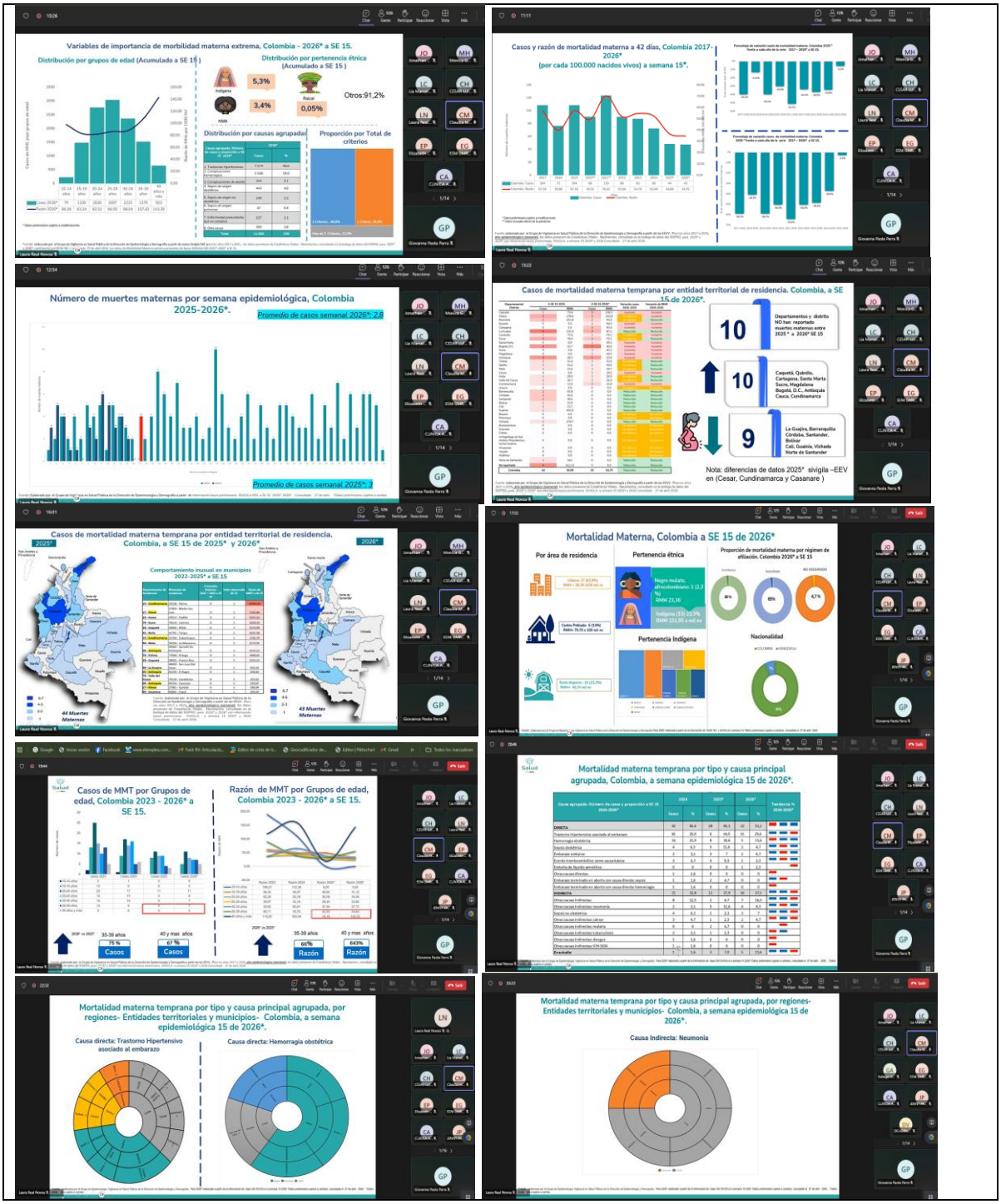






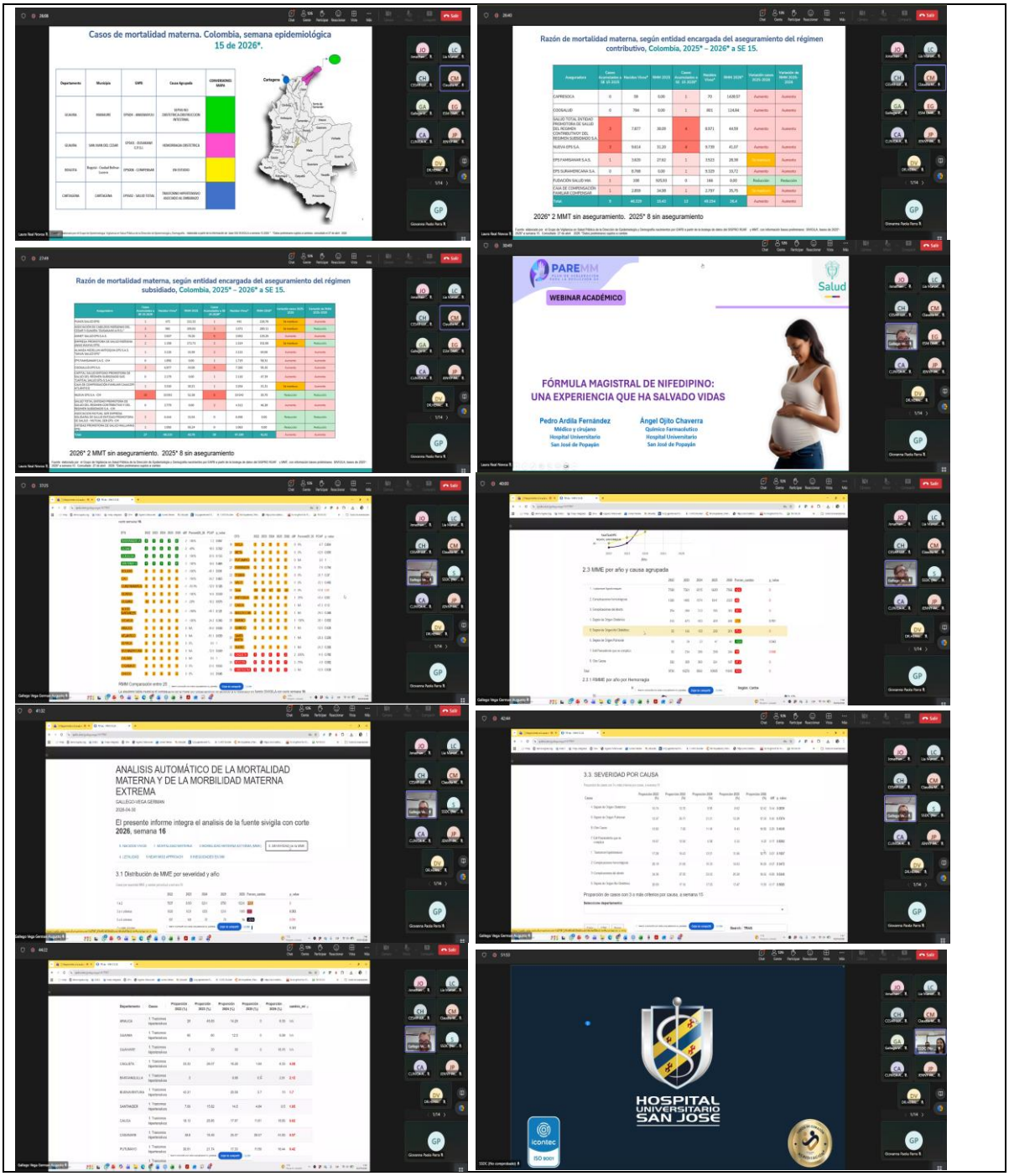


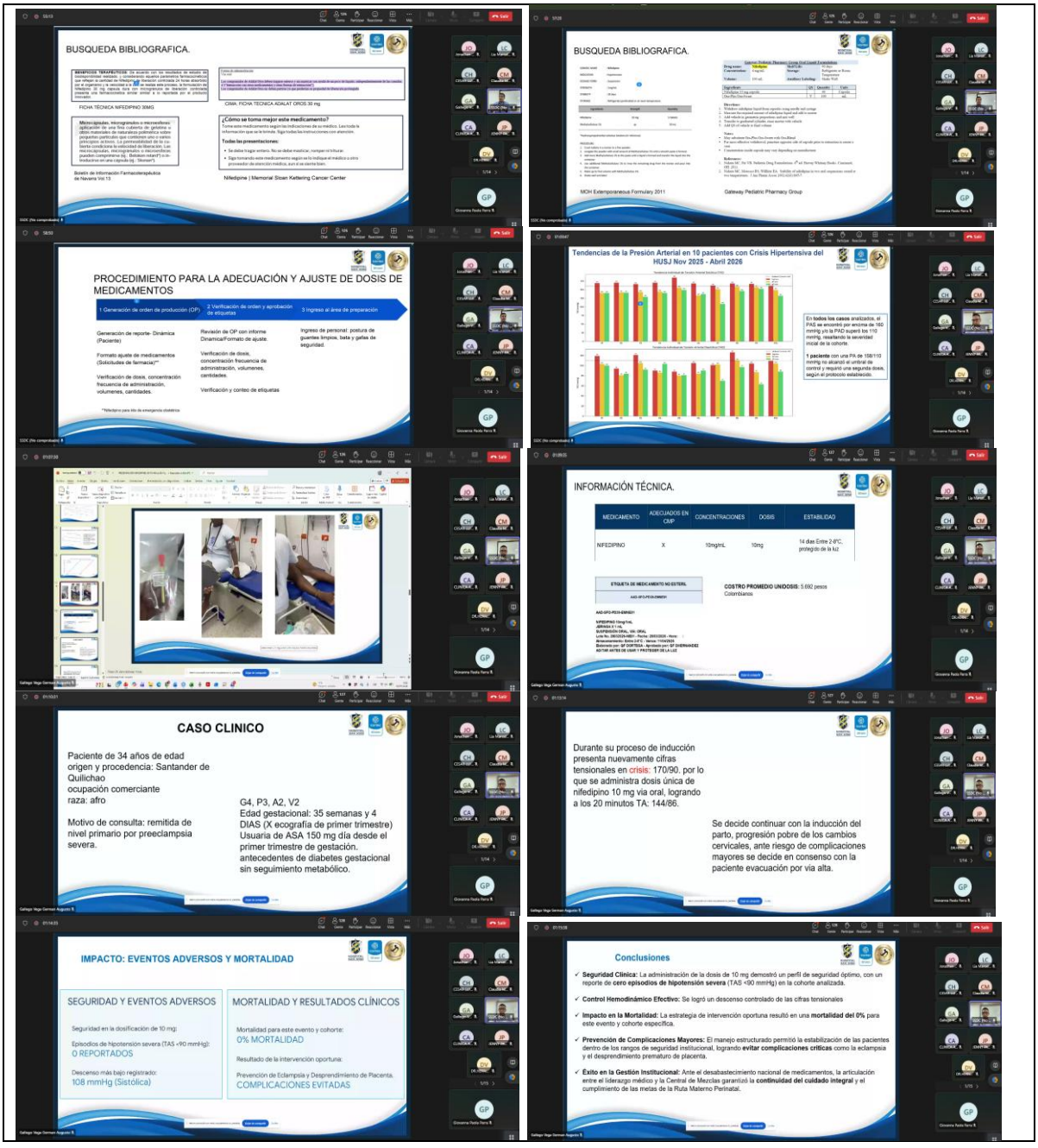


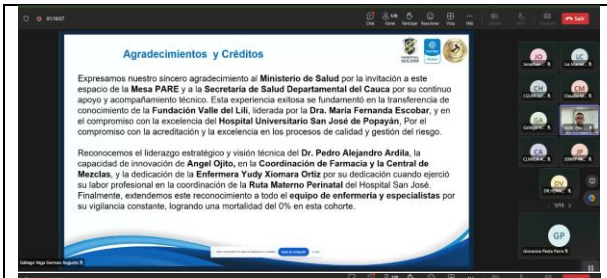

Variables de importancia de morbilidad materna extrema, Colombia - 2026* a SE 15.
Distribución por grupos de edad (Acumulado a SE 15)
Distribución por pertenencia étnica (Acumulado a SE 15)
Distribución por causas agrupadas
Proporción por Total de criterios
Casos y razón de mortalidad materna a 42 días, Colombia 2017-2026*
(por cada 100.000 nacidos vivos) a semana 15*.
Número de muertes maternas por semana epidemiológica, Colombia 2025-2026*.
Promedio de casos semanal 2026*: 2.8
Casos de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia. Colombia, a SE 15 de 2026*.
Departamentos y distrito NO han reportado muertes maternas entre 2025* a 2026* SE 15
Nota: diferencias de datos 2025* sivigila –EEV en (Cesar, Cundinamarca y Casanare)
Casos de mortalidad materna temprana por entidad territorial de residencia. Colombia, a SE 15 de 2025* y 2026*
Comportamiento inusual en municipios 2022-2025* a SE 15
44 Muertes Maternas
43 Muertes Maternas
Mortalidad Materna, Colombia a SE 15 de 2026*
Por área de residencia
Pertenencia étnica
Proporción de mortalidad materna por régimen de afiliación. Colombia 2026* a SE 15
Pertenencia Indígena
Nacionalidad
Casos de MMT por Grupos de edad, Colombia 2023 - 2026* a SE 15.
Razón de MMT por Grupos de edad, Colombia 2023 - 2026* a SE 15.
Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2026*.
Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, por regiones- Entidades territoriales y municipios- Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2026*.
Causa directa: Trastorno Hipertensivo asociado al embarazo
Causa directa: Hemorragia obstétrica
Mortalidad materna temprana por tipo y causa principal agrupada, por regiones- Entidades territoriales y municipios- Colombia, a semana epidemiológica 15 de 2026*.
Causa Indirecta: Neumonia

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD	PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL			
	REPORTE DE ASISTENCIA A REUNIONES			
	Código:	SDS-PYC-FT-044	Versión:	2

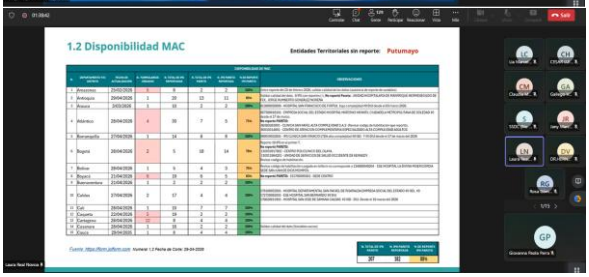
Elaborado por: Nury S. Leguizamon Amaya /Revisado por: Alvaro A. Amado Camacho / Aprobado por: Juan Carlos Jaramillo C.

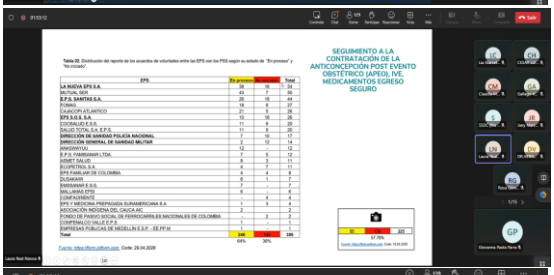


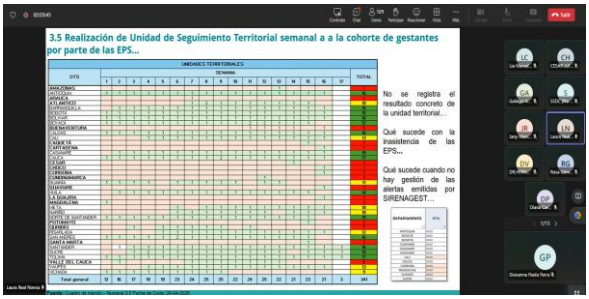

BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA.
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA.
PROCEDIMIENTO PARA LA ADECUACIÓN Y AJUSTE DE DOSIS DE MEDICAMENTOS
Tendencias de la Presión Arterial en 10 pacientes con Crisis Hipertensiva del HUSJ Nov 2025 - Abril 2026
INFORMACIÓN TÉCNICA.
CASO CLINICO
Paciente de 34 años de edad
origen y procedencia: Santander de Quilichao
ocupación comerciante
raza: afro
Motivo de consulta: remitida de nivel primario por preeclampsia severa.
G4, P3, A2, V2
Edad gestacional: 35 semanas y 4 DIAS (X ecografía de primer trimestre)
Usuaria de ASA 150 mg día desde el primer trimestre de gestación.
antecedentes de diabetes gestacional sin seguimiento metabólico.
Durante su proceso de inducción presenta nuevamente cifras tensionales en crisis: 170/90, por lo que se administra dosis única de nifedipino 10 mg via oral, logrando a los 20 minutos TA: 144/86.
Se decide continuar con la inducción del parto, progresión pobre de los cambios cervicales, ante riesgo de complicaciones mayores se decide en consenso con la paciente evacuación por via alta.
IMPACTO: EVENTOS ADVERSOS Y MORTALIDAD
SEGURIDAD Y EVENTOS ADVERSOS
MORTALIDAD Y RESULTADOS CLÍNICOS
0 REPORTADOS
0% MORTALIDAD
COMPLICACIONES EVITADAS
Conclusiones











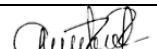
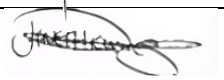
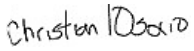
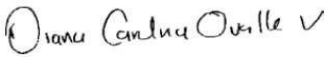


COMPROMISOS ADQUIRIDOS POR LA SDS

COMPROMISO	RESPONSABLE (Dependencia/Proceso/SDS)	FECHA
Socializar la experiencia de fórmula magistral de nifedipino y evaluar viabilidad de implementación en instituciones con central de mezclas	IPS del territorio Nacional / Direcciones Científicas / Farmacia	A partir de la fecha
Mejorar la calidad del dato y actualización del Tablero de Mando (JotForm), evitando duplicidad de formularios	Equipos PAREM territoriales / Vigilancia en Salud Pública	Corte mensual
Evaluar la capacidad institucional para la elaboración de fórmula magistral de nifedipino e	IPS con central de mezclas / Referentes de Farmacia	A partir de la fecha

informar al Ministerio de Salud para gestión ante INVIMA		
Ajustar y dejar actualizado el Tablero de Mando (JotForm) para las entidades territoriales priorizadas (en rojo), conforme a las observaciones realizadas	Entidades territoriales / Equipos PAREM / Vigilancia en Salud Pública	Inmediato (día de la sesión)

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

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA/PROCESO	FIRMA
Giovanna Parra	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Jineth Ramírez Aguilera	Enfermera Estrategia AG	VSP SSO	
Christian Osorio	Psicólogo Estrategia AG	VSP SSO	
Melissa Sierra	Profesional Especializado - ginecóloga	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS	
Diana Ovalle	Líder Estrategia AG	VSP SSO	
Diana Franco	Profesional Especializado -	Grupo salud materno infantil - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - SDS	