

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud
Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas
Programa Nacional de Salud Reproductiva



Usaria Misoprostol Santa Eulalia, Huehuetenango.



Estrategia de uso de Misoprostol en el posparto domiciliario

Plan para la reducción de la morbi mortalidad materna por hemorragia posparto en parto domiciliario, en Municipios del Norte de Huehuetenango



Guatemala, 30 agosto del 2018

Índice

Acrónimos

Introducción

Antecedentes

Situación de la hemorragia posparto en Guatemala

Justificación

Objetivo general

Objetivo específico

Población objetivo

Metodología

1. Definiciones operativas
2. Ámbito de aplicación
3. Caracterización de distritos
4. Información básica para el personal de salud, comadronas, la embarazada y familiares
5. Misoprostol
6. Plan de acción y metodología de implementación de la estrategia.
7. Caracterización de comadronas
 - Perfil de la comadrona
 - Rol de la comadrona
8. capacitaciones
9. Determinación de responsabilidades.
 - Determinación de responsabilidades del Ministerio de Salud Pública
 - Determinación de responsabilidades de las Organizaciones participantes
 - Determinación de responsabilidades de las comadronas participantes
10. Supervisión, Monitoreo y Evaluación
11. Bibliografía
12. Anexos

Acrónimos

CAIMI	Centro de Atención Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
DAS	Dirección de Área de Salud
DMS	Distrito Municipal de Salud
EIS	Equipos Institucionales de Salud
FCF	Frecuencia Cardíaca Fetal
FUNDAECO	Fundación para el Ecodesarrollo y la conservación
FUR	Fecha de última regla
HPP	Hemorragia Posparto
IEC	Información, Educación y Comunicación
MATEP	Manejo Activo del Tercera Etapa del Parto
MM	Mortalidad Materna
MN	Mortalidad Neonatal
MCG	Microgramos
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OSAR	Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PgE1	Prostaglandina sintética E1
PS	Puesto de Salud
RENAP	Registro nacional de las Personas
SIAS	Sistema Integral de Atención en Salud
UM	Unidad Mínima

Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- a través del Viceministerio Técnico, Viceministerio de Atención Primaria, Programa Nacional de Salud Reproductiva –PNSR- y el Sistema Integral de Atención en Salud-SIAS--establecen la presente estrategia del uso de misoprostol para la prevención de hemorragia posparto en el parto no institucional, para fortalecer las intervenciones para reducir la mortalidad materna que es una prioridad de salud en el país.

La calidad de asistencia a la mujer con una complicación como la hemorragia posparto –HPP- en nuestro país está relacionada con factores socio – económicos, culturales, geográficos y en especial de accesibilidad. El parto domiciliario se complica frecuentemente con hemorragia posparto asociada a retención placentaria y atonía uterina, complicaciones estas que pueden presentarse en cualquier mujer con o sin factores de riesgo, de forma súbita, lo que pone en riesgo la vida de la madre.

El uso preventivo de útero tónicos es eficaz para reducir la hemorragia posparto especialmente por retención placentaria y la atonía uterina que son la causas más frecuentes de muerte materna en el país y muy especialmente en Huehuetenango en donde es muy poco el acceso a la atención calificada del parto en servicios de salud y por tanto la mayoría de partos son atendidos por comadrona en el domicilio.

Ya que el misoprostol administrado en los primeros cinco minutos después del parto domiciliario asistido por una comadrona sensibilizada y capacitada, tiene un impacto positivo para reducir la hemorragia posparto por retención placentaria y atonía uterina y en el riesgo de muerte materna, basados en la evidencia que respalda su uso, se determinó implementar la estrategia del uso de misoprostol en parto domiciliario en seis distritos del área de Salud de Huehuetenango Norte, donde se reportan más casos de muerte materna por estas causas.

Esta estrategia es una intervención conjunta entre el MSPAS¹, Observatorio de salud Sexual y Reproductiva OSAR, Colegio de Médicos y Cirujanos, Asociación de Ginecología y Obstetricia, Osar Huehuetenango, FUNDAECO y Luna.

¹ Equipo técnico que participó en el diseño del plan: Viceministerio técnico, Programa Nacional de Salud Reproductiva, Observatorio de salud reproductiva OSAR, Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala y Asociación de ginecología y obstetricia de Guatemala AGOG.

Antecedentes

En Guatemala el misoprostol, un metil análogo sintético de la Prostaglandina E1, aparece en el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto –MATEP- y en el tratamiento de la hemorragia posparto en el 2011. El MATEP con uso de útero tónicos inyectados no es aplicable en parto domiciliar atendido por comadrona ya que se necesita saber inyectar y en el caso de la oxitocina o metilergonovina, la potencia del medicamento se afecta por factores ambientales, como la temperatura, no controlable en la comunidad. En cambio el misoprostol puede usarse por vía oral y es estable en el medio ambiente.

Evidencia internacional apoya el beneficio de 600 µg de misoprostol oral que previene HPP y protege contra la morbilidad grave por HPP. Dar en forma anticipada el misoprostol a las embarazadas para el consumo posparto garantiza la disponibilidad del medicamento en el momento del nacimiento ya que no se requiere personal calificado para su administración. Tres ensayos controlados compararon 600 µg de misoprostol oral con placebo en la atención primaria o en entornos de entrega domiciliaria; estos se realizaron en Guinea, India, Pakistán y mostraron el beneficio del misoprostol para la prevención de la HPP.

Un meta análisis mostró que el misoprostol redujo el 24% y el 41% la incidencia de HPP y HPP grave respectivamente, comparado con placebo. El análisis según nivel de habilidad de quienes dieron el misoprostol indican una reducción de 34% para HPP y de 34% a 56% de reducción de HPP grave, entre su administración por parteras calificadas y proveedores de salud de primer nivel de atención, respectivamente. Se demuestra con esto que siendo administrado por proveedores con conocimientos básicos, en la comunidad se logró una reducción de la HPP y especialmente y especialmente de pérdida abundante de sangre. De tal forma que el misoprostol es mejor que ningún tratamiento cuando se usa para prevención o tratamiento de la HPP. Hay evidencia que apoya a parteras tradicionales, para que administren misoprostol de manera segura y eficaz para la prevención de la HPP.

El misoprostol se usa en el MATEP para prevención de la HPP, si no se dispone de otros útero tónicos parenterales en los servicios de salud en nuestro país desde el 2011. Su seguridad y eficacia está probada, además de ser de bajo costo y fácil almacenamiento. La Organización Mundial de la Salud –OMS- en el 2011, aprobó el uso de misoprostol para prevención de hemorragia posparto en la lista de medicamentos esenciales de la OMS y

La Federación Internacional de Parteras y Matronas (8) recomiendan su uso por vía oral para prevención y tratamiento de la hemorragia posparto cuando la oxitocina no está disponible o no puede ser conservada a la temperatura adecuada.

El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists también recomienda el uso de misoprostol cuando la oxitocina no sea accesible.

Aunque lo mejor será la atención calificada del parto en un entorno capaz de dar respuesta adecuada en caso de complicaciones, se concluye que usar el misoprostol en partos domiciliarios atendidos por comadrona ayudará a reducir la muerte materna por hemorragia.

Situación de la hemorragia posparto en Guatemala

En el año 2013 se reportan 452 muertes maternas, de estas, 389 fueron por causas directas de las cuales 184 fueron por hemorragia obstétrica y de ellas, 133 o sea el **71 %** fueron por retención placentaria y atonía uterina con 75 casos y 58 casos respectivamente. En el 2014 hubo 104 muertes por retención placentaria y atonía uterina y en el 2015 hubo 133 por estas causas. En conclusión la hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de Muerte Materna (MM) en nuestro país y sus causas específicas más frecuentes son la retención placentaria y la atonía uterina.

Huehuetenango es el departamento de Guatemala con la razón de muerte materna más alta del país, presentando para el año 2013 una RMM de 232.6, en el 2014 de 172.4 y en el 2015 de 201.8. Siendo de la razón promedio del país en los años 2014 y 2015, de 108.

Las complicaciones hemorrágicas se presentan con mayor frecuencia en los partos domiciliarios, que en Guatemala constituyen el 34.4 % en promedio nacional, pero en el departamento de Huehuetenango alcanza un 60.6%. Además del parto domiciliario, otros factores de riesgo como paridad y edad, hacen más alta la probabilidad de que se presenten esas complicaciones en este departamento.

Al observar el parto domiciliario atendido por comadrona según la paridad vemos un incremento del 17.8% en la primípara, al 40% entre 4 y 5 partos y 49.3% en pacientes con 6 o más partos. Una situación similar se nota al revisar la edad de la paciente, puesto que aumenta del 20.6% para menores de 15 años al 41% entre las edades de 40-49 años. Todos

estos aspectos se relacionan con mayor frecuencia de hemorragia posparto en el país y muy especialmente en el departamento de Huehuetenango.

Justificación

Conociendo que el 66% de las mujeres que presentarán hemorragia obstétrica incluyendo aquellas debidas específicamente a retención placentaria y/o atonía uterina no tienen factores de riesgo previos identificables, afirmamos que toda mujer es propensa a tener dichas complicaciones y que ocurren en cualquier momento sin antecedente previo (22).

Habiéndose determinado que la hemorragia posparto es la causa agrupada más frecuente de muerte materna en nuestro país, especialmente en Huehuetenango y que el origen de esta es en la mayoría de casos (71 %), la retención placentaria y atonía uterina, situaciones estas que son prevenibles con el uso de misoprostol; sabiendo que la mujer que tiene el parto en domicilio no tiene los beneficios del MATEP y que actualmente en Guatemala no hay ninguna estrategia para prevención de hemorragia posparto por atonía uterina y/o retención placentaria para la pacientes que por razones culturales, de identidad, valores, costumbres u otras circunstancias, toman la decisión de tener parto domiciliario, se decide apoyar a estas mujeres, con la administración oral de misoprostol posparto, por medio de personal comunitario capacitado (comadronas), para su uso. Por lo anterior se decide implementar la estrategia de administrar misoprostol posparto por medio del personal comunitario a las pacientes atendidas en el domicilio de seis municipios de Huehuetenango prevenir la hemorragia posparto y reducir el riesgo de muerte materna.

Objetivo general

Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna por hemorragia posparto, en parto domiciliario atendido por comadrona.

Objetivo específicos

Implementar una medida preventiva para la hemorragia posparto debido especialmente a atonía uterina y retención placentaria, por medio del uso del misoprostol como uterotónico, en el parto domiciliario

Población objetivo

Todas las mujeres gestantes que por distintas razones decidieron tener su parto en domicilio, que cumplan los criterios de inclusión, que sean residentes en las áreas de

influencia de la presente estrategia y que sean asistidas por comadrona o personal previamente capacitado en el uso del Misoprostol en el posparto no institucional. Las mujeres deben conocer y aceptar el medicamento después de conocer sus beneficios, posibles riesgos, vía de administración y efectos secundarios.

Metodología

1. Definiciones operativas

- *Hemorragia posparto*: Pérdida de sangre estimada de 500 o más mililitros o cualquier pérdida de sangre que tenga el potencial de producir inestabilidad hemodinámica o choque hipovolémico.
- *Atonía uterina*: Ausencia o pérdida de la contracción de la musculatura uterina en el posparto que se manifiesta por la ausencia del globo de seguridad de Pinard y hemorragia vaginal secundaria.
- *Retención placentaria*: Es la complicación en la que no se produce la expulsión de la placenta durante un período de 30 minutos después del nacimiento del neonato; esto puede suceder por falta de desprendimiento desde el lecho placentario o por anomalías en la inserción de la placenta (acretismo placentario).
- *MATEP*: Manejo activo de la tercera etapa del parto que incluye el uso de un útero tónico como oxitocina en dosis de 10 unidades intramusculares, tracción controlada del cordón umbilical con contracción uterina y masaje uterino cada 15 minutos por 2 horas posparto; su objetivo es reducir atonía uterina, retención placentaria e inversión uterina. Si no se cuenta con oxitocina se puede utilizar metilergonovina o misoprostol.
- *Uterotónicos*: Medicamentos capaces de producir contracciones uterinas rítmicas o sostenidas.
- *Parto domiciliar*: Parto que ocurre en la residencia de la embarazada por decisión propia, relacionada con su identidad cultural, valores, costumbres u otros factores.

- *Misoprostol*: es un análogo sintético de la prostaglandina E1 que posee la capacidad de producir contracciones rítmicas de la musculatura uterina. Aunque se puede utilizar por diferentes vías de administración, para fines de la prevención de la HPP en el parto domiciliario, su uso será exclusivo por vía oral.
- *Comadrona y/o Terapeuta indígena*: Personas reconocidas por la comunidad, que dentro de la misma, realizan acciones como: control prenatal, atención de parto, identificación y referencia de complicaciones obstétricas, consejería en planificación familiar y acompaña a las embarazadas a los servicios de salud, entre otras.

2. **Ámbito de aplicación de la estrategia**

Para la selección de aplicación de la presente estrategia se consideró lo siguiente: Incidencia de parto domiciliario, mortalidad materna relacionada con hemorragia posparto asociada a retención placentaria y/o atonía uterina, área de influencia con asociaciones de comadronas reconocidas por su organización y participación comunitaria en aspectos de salud, áreas con participación activa del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva –OSAR- y con base a estos se seleccionaron los siguientes distritos de salud de Huehuetenango Norte:

- Santa Cruz Barillas
- San Mateo Ixtatán
- Santa Eulalia
- San Pedro Soloma
- San Juan Ixcoy
- San Miguel Acatán*

*A solicitud del área de salud y representantes de asociaciones participantes.

El período de aplicación de la presente estrategia será de 12 meses una vez se cumplan los requisitos para su implementación. La fecha tentativa de inicio es en Mayo del 2018.

3. Caracterización de distritos

Cuadro No.1
Mortalidad materna por año/número de casos por municipio.

Huehuetenango	Años			
Municipios	2015	2016	2017	2018
Sta. Cruz Barillas	8	11	10	6
Santa Eulalia	8	9	10	4
San Mateo Ixtatán	3	5	3	8
San Pedro Soloma	6	3	1	5
San Juan Ixcay	2	1	1	2
San Miguel Acatán	4	3	2	2
Total 6 municipios / total del departamento	31/78	32/81	27/55	27/58

Fuente: DAS Huehuetenango, epidemiología

4. Información básica para el personal de salud, comadronas, la embarazada y familiares

Tanto en el personal de salud, comadronas, la gestante y su familia, debe resaltarse y promoverse la importancia del parto institucional (ya sea en embarazo con o sin riesgo) y la referencia a unidad de mayor nivel si existen factores de riesgo.

La gestante debe llevar control prenatal en el servicio de salud más cercano (puesto de salud, centro de salud, CAP, CAIMI u hospital) y realizarse las evaluaciones en cada visita para confirmar que el embarazo se desarrolle satisfactoriamente. Las consultas prenatales serán cuatro, como está establecido en la norma de atención o más si fuese necesario.

Si la paciente decide tener parto domiciliario y cumple con los criterios de inclusión para participar en la estrategia, se puede iniciar el proceso de educación de la paciente y su familia haciendo énfasis en los siguientes puntos:

- a) Toda mujer después del parto tiene riesgo de presentar hemorragia severa, debido a que el útero no se contrae bien (atonía uterina) o que la placenta se quede retenida dentro del útero (retención placentaria), lo que puede causarle la muerte por lo cual el uso de misoprostol en los 5 minutos siguientes al nacimiento del neonato es útil para prevenir hemorragia por estas complicaciones en los casos de atención de parto en domicilio sin atención calificada.
- b) Tienen mayor riesgo de esas y otras complicaciones las mujeres con cualquiera de las siguientes condiciones las cuales además, contraindican el parto en domicilio y por lo tanto determinan previamente que la paciente no puede ser parte de la estrategia:

- Antes del trabajo de parto:
 - Embarazada menor de 14 años.
 - Embarazadas menores de 18 años.
 - Embarazadas mayores de 35 años.
 - Haber tenido más de 3 partos.
 - Mujeres con su primer embarazo.
 - Úteros con sobre distensión (embarazo múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal).
 - Pacientes con cirugías previas o cirugías vaginales.
 - Presentación podálica o situación transversa del feto.
 - Cirugía uterina previa (cesárea o resección de fibromas uterinos).
 - Pacientes con estatura menor de 1.50 metros.
 - Que presenten hemorragia durante el embarazo.
 - Convulsiones.
 - Fiebre.
 - Inconsciencia.
 - Infección intrauterina.
 - Cualquier otro factor de riesgo que requiera resolución en hospital.

Nota: se hará excepción y podrán participar en la estrategia de misoprostol en la atención en parto domiciliario, los casos de gestantes mayores de 35 años, con más de 3 partos y mujeres adultas con su primer embarazo, cuando a pesar del plan educacional, la advertencia de posibles complicaciones y riesgo de muerte materna y neonatal si no son atendidas a nivel institucional, persisten en que tendrán el parto en domicilio por lo que ella, su esposo u otro familiar firmará una nota de descargo de responsabilidad para el personal del servicio firmando sobre su

- Complicaciones que se presentan Inmediatamente antes de iniciar o durante el trabajo de parto:
 - Ruptura prematura de membranas ovulares.
 - Trabajo de parto prematuro.
 - Embarazada con más de 8 horas de trabajo de parto (parto prolongado).
 - Que tengan presentaciones en podálica o en situación transversa.
 - Que presenten mucho sangrado durante el trabajo de parto.
- En el Postparto cuando presenten:
 - Convulsiones.
 - Fiebre.
 - Inconsciencia.

- Infección intrauterina.

Nota: En general, las pacientes con los factores de riesgo mencionados, deberán ser atendidas o trasladadas inmediatamente a un servicio de salud y de preferencia al hospital.

- c) El misoprostol es un medicamento que le ayuda a evitar la hemorragia después del parto, si se utiliza como es debido y con supervisión de un personal capacitado.

Nota: el medicamento nunca se toma durante el embarazo o si esta en trabajo de parto antes del nacimiento del neonato, porque se puede romper el útero provocando la muerte de la paciente y el neonato. El medicamento no sirve para mejorar el trabajo de parto.

- d) Deben tomarse las tres (3) pastillas al mismo tiempo, una por una con un poco de agua o cualquier otro líquido, durante los primeros 5 minutos después de nacido el niño o la niña, no importando la condición que tenga (vivo o muerto).
- e) Los posibles efectos secundarios del misoprostol son: fiebre, náusea, vómitos, diarrea, cefalea, dolor abdominal (consultar si persisten o se intensifican).
- f) Estar atentos a signos o señales de peligro posparto: hemorragia, mareos, sudoración, palidez, estado de conciencia alterado (obnubilada, inconsciente).
- g) Anotar y notificar los efectos secundarios del misoprostol, los cuales son pasajeros.
- h) Debe asegurarse el control postnatal por el personal de salud en las primeras 48 horas ya sea en forma de visita domiciliar o por referencia a la unidad de salud más cercana, atendiendo al censo obstétrico actualizado y activo.
- i) Dar consejería sobre lactancia materna, nutrición, planificación familiar y signos o señales de peligro en la madre durante el puerperio y del recién nacido.
- j) Ante cualquier señal de peligro durante o posparto, debe activarse el plan de emergencia familiar y comunitario, en comunicación con la comisión de salud y el personal de salud.

5. Misoprostol

- Quienes pueden utilizar el medicamento:
 - Embarazadas ubicadas en las áreas designadas, que decidan tener su parto en el domicilio atendido por comadrona reconocida por los servicios de salud y capacitada en la estrategia.
 - Que no tengan factores de riesgo, que contraindiquen el parto domiciliar.
 - La paciente que acepte su uso, después de conocer sus beneficios al usarlo después del nacimiento del neonato y que conozca la forma y tiempo para su ingesta y sus posibles efectos secundarios.
- Administración de misoprostol en el posparto domiciliar: la dosis es de 600 microgramos (3 tabletas de 200 microgramos una tras otra) en una sola toma, vía oral en los primeros 5 minutos posparto con agua u cualquier otro líquido culturalmente aceptado. El medicamento no afecta la lactancia o la fertilidad, su uso es exclusivo inmediatamente después del parto y nunca durante el embarazo o el trabajo de parto.

Nota: El uso de misoprostol para inducir o mejorar calidad de contracciones durante la labor de parto está contraindicado, lo anterior puede producir ruptura uterina con hemorragia obstétrica secundaria y muerte materna y fetal

6. Plan de acción y metodología de implementación de la estrategia

No.	Acciones previas	Responsable	Fecha
1	Sensibilización y estandarización de mensajes a los tomadores de decisiones (SIAS, Programa Nacional de Salud Reproductiva –componente comadronas-, UASPII, Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna).	AGOG OSAR	18/05/18
2	Firma del convenio Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y OSAR.	Viceministerio técnico – OSAR	15/05/18
3	Sensibilización DAS (Director, facilitador de salud reproductiva, facilitador PNSR, epidemióloga, encargada de comadronas) y distritos de salud (coordinador de distrito, enfermera profesional y auxiliar) Hospital de Barillas (Director, jefe de	PNSR AGOG	12/07/18

	departamento del GO) CAIMI de Soloma (director y enfermera) CAP de Santa Eulalia (director y enfermera).		
4	Carta de entendimiento entre FUNDAECO, LUNA, ASECSA, OSAR y DAS Huehuetenango.	OSAR	15/07/18
5	Presentación del plan en Consejos de Desarrollo Departamental y municipal.	DAS OSAR	Septiembre 2018
6	Diseño de campaña de comunicación	PNSR OSAR	Mayo- Junio 2018
7	El OSAR central hará la entrega del misoprostol a los representantes del OSAR de la cabecera del departamento de Huehuetenango y este se lo da al OSAR del Municipio involucrado en la estrategia.	OSAR	Septiembre 2018
Metodología			
1	Capacitación regional al personal de los servicios de salud de los municipios de Huehuetenango seleccionados y facilitadores de las organizaciones en la aplicación de la estrategia del uso de misoprostol posparto en el parto domiciliario atendido por comadrona.	Organizaciones de comadronas, DAS, distritos OSAR	Agosto y septiembre /18
2	Proceso para seleccionar comadronas participantes (perfil) para obtener listado oficial.	AGOG PNSR DAS SIAS	Julio 2018
3	Capacitación a las Comadronas de las respectivas asociaciones como de comadronas no asociadas pero que van a atender parto en domicilio de pacientes que hayan sido seleccionadas para dicha estrategia según el cumplimiento de los criterios de inclusión.	Distrito LUNA FUNDAECO OSAR DAS SIAS	septiembre 2018

4	Identificación de embarazadas que tendrán parto domiciliar.	Comadrona	Septiembre 2018
5	El proveedor de salud evalúa a la embarazada, determina que no existen factores de riesgo o motivos que excluyan a la paciente para participar en la estrategia.	Proveedor de salud.	
6	Consejería, registro y mapeo de embarazadas y de su comadrona que se incluirán a la estrategia.	Proveedor de salud.	
7	El servicio de salud entregará una ficha de aprobación a la comadrona de la paciente como participante de la estrategia en la semana 34-35 y un listado a las organizaciones de comadronas de las pacientes vistas después de la semana 34-35 con la aprobación para la utilización del misoprostol postparto los días lunes y la aceptación de la misma paciente a utilizarlo. Se dará un bifoliar (ver anexo) con la consejería al respecto en forma clara y precisa.	Proveedor de salud.	
8	La asociación de comadronas participante, tendrá la responsabilidad del resguardo y entrega del misoprostol (3 tabletas de 200 microgramos cada una) por cada paciente con nombre específico, a la comadrona capacitada en la estrategia responsable de la atención que acuda con la ficha de aprobación de la paciente o que ya esté en el listado entregado por el servicio de salud a la asociación en la semana 34-35. Además, al momento de la entrega reforzará las indicaciones para el uso del medicamento.	OSAR Organizaciones FUNDAECO LUNA	
9	La asociación entregará semanalmente los días viernes al servicio de salud, el listado con nombre de la paciente y datos de la comadrona a quien se le dio el medicamento lo que servirá para mapear dónde está la comadrona y la paciente en el croquis activo del servicio de salud, para seguimiento en el postparto o por cualquier otra eventualidad, durante el parto o postparto.		

10	Cita de control a las 37 semanas de gestación (2 semanas después de la entrega del misoprostol) para detección de signos y síntomas de peligro.	Distrito Comadrona	
11	Después de atender el parto la comadrona llena la hoja de registro del uso de misoprostol en el formato correspondiente. Si no utilizó el misoprostol deberá devolverlo.	Comadrona Distrito OSAR Organización	
12	Las comadronas informarán los partos atendidos al distrito como máximo en las siguientes 48 horas para que el proveedor de salud realice la primera visita domiciliaria posparto, reciba la hoja de registro del uso del misoprostol y ratifique el uso del mismo. La comadrona también entregará la hoja de registro a su respectiva asociación.	Comadronas Organización Servicios de salud	
13	El responsable de la unidad de salud completa la información en "Hojas de Registro de Embarazadas" (ver anexo). Queda copia en el servicio y entrega copia a la asociación de comadronas correspondiente.	Puestos y distritos	
14	Las organizaciones de comadronas elaboran y entregan el informe consolidado en Excel mensualmente, los primeros cinco días del mes con una nota de la asociación al distrito y a la DAS quien enviará informe a: 1. OSAR departamental y este a OSAR Central 2. SIAS 3. Coordinación del PNSR y este al Comité Técnico Ministerial de Muerte Materna o al Vice ministerio Técnico	Organización de comadronas	
15	Supervisión del desempeño de las funciones del personal para garantizar, el cumplimiento de sus	DAS	

	funciones en dos lugares específicos dos veces al mes y revisión del reporte semanal de atención de las pacientes por comadronas con el uso del misoprostol.	OSAR	
16	Reunión mensual de monitoreo con las asociaciones en la DAS para evaluar y monitorear la estrategia.	DAS OSAR	
17	Reunión trimestral a nivel central para evaluar avances. Evaluación final y medición del impacto al cumplirse el año de la implementación de la estrategia.	MSPAS OSAR	
18	Sistematización del proceso.	MSPAS OSAR	
Nota: todo caso que presente cualquier eventualidad será evaluado conjuntamente por la asociación, el personal del servicio de salud, el DMS y el PNSR, con un informe a programas y al encargado de Salud Reproductiva.			

7. Caracterización de comadronas

Para participar, la comadrona deberá pertenecer a la "Asociación LUNA", "FUNDAECO", "ASECSA" o las OSARES municipales.

- Perfil de la comadrona:
 - Estar activa en la atención de partos.
 - Tener carné de comadrona activa actualizado por la unidad de salud correspondiente.
 - Recibir la capacitación adecuada culturalmente y estar de acuerdo en su participación.
 - Comprometerse a llevar a la gestante idealmente a cuatro controles prenatales a la unidad de salud pero como mínimo al inicio del embarazo y a las 34-35 para que allí se determine si cumple con los criterios de inclusión para el uso misoprostol.
 - Comprometerse a informar en un lapso no mayor de 48 horas sobre la resolución del parto y entregar hoja de registro del uso de misoprostol para monitorear el cumplimiento de la estrategia, en el formato elaborado para el efecto.
 - Conocer al 100% las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio.

- Rol de la comadrona:
 - Ser enlace entre la embarazada y la unidad de salud para garantizar una adecuada atención prenatal y participar en los procesos educativos de la paciente y su familia.
 - Aplicar la atención de parto limpio y seguro.
 - Administrar el medicamento de acuerdo a las indicaciones, vigilar por complicaciones posparto inmediato y efectos secundarios del Misoprostol.
 - Llenar hoja de recolección de datos de la estrategia.
 - Acompañar a la paciente al control posnatal a los 2 y 8 días posparto o coordinar con personal de salud para visita al domicilio.
 - Participar en el proceso de favorecer la lactancia materna, uso de metodología anticonceptiva moderna y/o de larga duración para ampliar el período intergenésico y nutrición materna y neonatal.
 - Activar el plan de emergencia cuando sea necesario.

8. Capacitaciones

El contenido de capacitación a médicos, técnicos en salud rural, enfermeras, auxiliares de enfermería.

- a) Control Prenatal que incluya:
 - 4 controles semanas 12, 26, 32 Y 36 semanas.
 - Utilización de la regla de Neagle (si no recuerda FUR, referirla para USG, verificar altura uterina).
 - Medición de Altura uterina (cinta métrica).
 - Maniobras de Leopold (modelos anatómicos Mama Natalie).
 - Signos vitales y FCF.
 - Signos y señales de peligro.
 - Censo y croquis de la embarazada.
- b) Uso de Misoprostol: Características, forma de acción, forma de uso, efectos secundarios, plan educacional.
- c) Entrega de hojas de seguimiento y recolección de datos de la estrategia y de Bifolios.

La capacitación de comadronas deberá de incluir: (Todo en forma andragógica y en idioma local).

- a) Riesgo obstétrico.
- b) Signos o señales de peligro antes, durante y en el posparto (reforzar).
- c) Planes de emergencia familiar y comunitaria (activar).
- d) Presentación del misoprostol, forma de entrega, como usarlo y posibles efectos secundarios.
- e) Uso del Misoprostol para paciente postparto. Modelo Anatómico de preferencia Mama Natalie.

9. Determinación de funciones, atribuciones y responsabilidades

a) Del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Programa Nacional de Salud Reproductiva/Sistema Integral de Atención en Salud:

- Elaborar, desarrollar y facilitar todos los mecanismos, instrumentos, sistemas y cualquier otro requerimiento para la introducción de la presente estrategia, incluyendo posibles donantes para los insumos necesarios para implementar y dar seguimiento a la estrategia.
- Socializar la estrategia a las autoridades centrales, de salud locales, otra forma de gobierno local o instituciones de sociedad civil participantes y/o interesadas en participar.
- Coordinar las acciones que sean requeridas intra e interinstitucional para la aplicación eficiente y responsable de la estrategia.
- Monitorear los procesos, avances y desarrollo general de la estrategia por medio de sus diferentes unidades (PNSR, Comité de Muerte Materna y SIAS).
- Elaborar informes mensuales y el informe final.

b) Unidades de salud:

- Toda unidad de atención del primer y segundo nivel de atención debe levantar y actualizar el censo y croquis de las embarazadas del territorio (y/o distrito) de su responsabilidad.
- Este debe ser el primer contacto para:
 - Brindar a la paciente, las atenciones prenatales según la norma de atención vigente (mínimo 4), llenar hoja de riesgo obstétrico, detectar signos y señales de peligro o capacitar sobre ellos a comadrona, paciente y familia, iniciar los procesos y hacer en forma continua, la Información, Comunicación y Educación (IEC) para reforzar las medidas y cuidados propios del embarazo.
 - Conocer la ubicación del lugar y persona que atenderá el parto y la preparación del plan de parto y emergencia familiar y comunitario (obligatorio).
 - Evaluar y determinar si la paciente es candidata al uso de misoprostol.
 - Fortalecer la referencia a un nivel superior de atención cuando existen restricciones para el parto domiciliario.
 - Brindar la atención a las 48 horas posparto y a los 8 días.
- Recolectar la información en los instrumentos diseñados para dicha función y referirlos a las autoridades responsables para revisión, supervisión, consolidación, análisis local y traslado al PNSR

a) De las organizaciones participantes:

- Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR): Coordina con las asociaciones de comadronas participantes y dona el medicamento. Monitorea y retroalimenta procesos de capacitación e implementación del plan .
- Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable da apoyo y evaluará la estrategia.
- Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala apoyo en capacitaciones.
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Apoyará en capacitaciones.
- FUNDAECO: Organización No Gubernamental que durante los últimos 8 años ha implementado procesos para el fortalecimiento de capacidades del recurso humano en el primer nivel de atención en salud por medio de los Distritos de Salud y ONG, participaran en la implementación de la estrategia.
- LUNA, Organización de Comadronas Huehuetecas. Apoya en la implementación de la estrategia
- Las asociaciones de comadronas, contribuyen con coordinación, capacitación con material didáctico adecuado a los procesos de interculturalidad, material y educación para la paciente y la familia para reforzar los beneficios de la estrategia, supervisión, monitoreo y envío de información. Participan en el desarrollo de mensajes “clave” de comunicación social para las unidades participantes con la pertinencia cultural requerida en las comunidades.

10. Supervisión, monitoreo y evaluación

Supervisión: es un proceso que se realiza a personal o instituciones que están aplicando una o varias acciones específicas y que se realiza a intervalos cortos de tiempo, esta será aplicada en dos puntos específicos de forma quincenal. Se enfoca en el desempeño de las funciones del personal y tiene como finalidad garantizar el cumplimiento de las funciones asignadas

Monitoreo:

- Las comadronas participantes, por medio del llenado de instrumentos de registro de parto y administración de misoprostol y otros que serán realizados por responsables de unidades de salud donde se registró la atención prenatal y por representante de la asociación a la que pertenece la comadrona.

- A las unidades/personal de salud responsables de la autorización de la entrega del misoprostol por dos medios: personal del distrito de salud y representante de asociación de comadronas quienes deben verificar registro de embarazadas y el uso de misoprostol.
- Ficha de la unidad de salud donde se registre la participación de la embarazada, de donde saldrá la autorización para entrega del medicamento.
- Ficha que autoriza la entrega del medicamento para esa paciente, a la comadrona por medio de la asociación respectiva.
- Ficha de registro de la comadrona.
- Hoja de recolección de los datos, desde donde se haría la supervisión local y el monitoreo.
- Supervisión: durante el control prenatal.
- Toda mujer que le sea diagnosticado el embarazo, ya sea por consulta o referencia de una comadrona, debe entrar al censo de embarazadas del área de influencia de la unidad de salud y debe recibir atención prenatal acorde a la normativa del MSPAS.
- También se realizará monitoreo de las comadronas cuando informen sobre la paciente en tres momentos:
 - Antes de parto, cualquier eventualidad que le impida atender a la paciente.
 - Durante el parto si presenta alguna señal de peligro
 - Durante el postparto si presenta alguna señal de peligro.

Todo debe ser comunicado a la asociación a cargo y al personal de salud, primero vía telefónica y luego a las 48 horas por escrito.
- Son primordiales y obligatorias durante la atención prenatal el llenado de:
 - Hoja de riesgo obstétrico.
 - Hoja de historia clínica perinatal.
 - Listado de “características” para el uso de misoprostol en parto domiciliario.
 - Primordial la visita al servicio y/o atención por proveedor calificado a las 34 – 35 semanas de embarazo para determinación de posición fetal y presencia de signos o señales de peligro.
- Si la paciente cumple con requisitos, el responsable de la unidad de salud debe llenar hoja de entrega de medicamento a la comadrona donde quede registrado el nombre de la paciente con quien será utilizado.
- Se entrega hoja de atención de parto.
- Se hacen los controles posnatales a las 48 horas y 7 días posparto.

Monitoreo: equipos Básicos de salud:

- Realizaran en reporte semanal de la atención a las pacientes por las comadronas y verificaran por medio de una encuesta la utilización del medicamento (ver Anexo).

Evaluación: La evaluación de la estrategia y su impacto se hará al año de haberla aplicado

Informe final: Con base a la información obtenida mensualmente se realizará el consolidado de la misma y al final del año de cumplimiento de la estrategia se elaborará el informe final, se presentará a las autoridades del Ministerio de Salud y se socializará a todos los servicios, sociedad civil.

Bibliografía

- 1) Fawcus S, Mbizvo M, Lindmark G, Nystrom L and the Maternal Mortality Study Group. A community-based investigation of maternal mortality from obstetric hemorrhage in rural Zimbabwe. *Tropical doctor* 1997; 27:159–163.
- 2) Walraven G, Dampha Y, Bittaye B, Sowe M, Hofmeyr J. Misoprostol in the treatment of postpartum haemorrhage in addition to routine management: a placebo randomized controlled trial. *British journal of obstetrics and gynaecology* 2004;111: 1014–1017.
- 3) Hofmeyr J, Ferreira S, Nikodem C, Mangesi L, et al . Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial. *BioMed Central Pregnancy and childbirth* 2004;4:16.
- 4) Walraven G, Dampha Y, Bittaye B, Sowe M, Hofmeyr J. Misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage in addition to routine management: a placebo randomized controlled trial [Uso del misoprostol en el tratamiento de la hemorragia postparto adicional al manejo convencional: una investigación aleatoria controlada por placebo]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111(9): 1014-1017.
- 5) El-Refaey H, Nooh R, O'Brien P, Abdalla M, Geary M, Walder J, Rodeck C. The misoprostol third stage of labour study: a randomized controlled comparison between orally administered misoprostol and standard management [Investigación sobre el misoprostol en la tercera etapa del trabajo de parto: una comparación aleatoria controlada entre el misoprostol administrado por vía oral y el manejo convencional]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107: 1104-1110.
- 6) Manual Federación Latinoamericana de Obstetricia FLASOG, uso del misoprostol en Ginecobstetricia 2013.
- 7) Walraven G, Dampha Y, Bittaye B, Sowe M, Hofmeyr J. Misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage in addition to routine management: a placebo randomized controlled trial [Uso del misoprostol en el tratamiento de la hemorragia postparto adicional al manejo convencional: una investigación aleatoria controlada por placebo]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 111(9): 1014-1017.
- 8) El-Refaey H, Nooh R, O'Brien P, Abdalla M, Geary M, Walder J, Rodeck C. The misoprostol third stage of labour study: a randomized controlled comparison between orally administered misoprostol and standard management [Investigación sobre el misoprostol en la tercera etapa del trabajo de parto: una comparación aleatoria controlada entre el misoprostol administrado por vía oral y el manejo convencional]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2000; 107: 1104-1110.
- 9) FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 11:108-18
- 10) Fawcus S, Mbizvo M, Lindmark G, Nystrom L and the Maternal Mortality Study Group . A community-based investigation of maternal mortality from obstetric haemorrhage in rural Zimbabwe. *Tropical doctor* 1997;27:159–163.
- 11) Walraven G, Dampha Y, Bittaye B, Sowe M, Hofmeyr J. Misoprostol in the treatment of postpartum haemorrhage in addition to routine management: a placebo randomized controlled trial. *British journal of obstetrics and gynaecology* 2004;111: 1014–1017.
- 12) Hofmeyr J, Ferreira S, Nikodem C, Mangesi L, et al . Misoprostol for treating postpartum haemorrhage: a randomized controlled trial. *BioMed Central Pregnancy and childbirth* 2004;4:16.

- 13) World Health Organization. 2011. Unedited Report of the 18th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, 21 to 25 March 2011, Accra, Ghana. (5 May)
- 14) Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Misoprostol Safe Dosage Guidelines. Reino Unido: FIGO; 2012. Disponible en: http://www.figo.org/publications/miscellaneous_publications/Misoprostol_Recommendation_2012.
- 15) Gülmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *The Lancet*, 2001;358(9283):689–95.
- 16) Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2006;368:1248–1253
- 17) Potts M, Prata N, Sahin-Hodoglugil N. 2010. Maternal mortality: One death every 7 minutes. *Lancet* 375(9728): 1762– 1763
- 18) Derman RJ, et al. 2006. Oral misoprostol in preventing postpartum hemorrhage in resource-poor communities: A randomized controlled trial. *Lancet* 368(9543): 1248–1253.
- 19) El-Refaey H, et al. 1997. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. *Br J Obstet Gynaecol* 104(3): 336–339
- 20) Khan KS, Wojdyla D, Gulmezoglu M, Van Look P. 2006. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet* 367: 1066–1074.
- 21) Why mothers die. 2000-2002. The report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. CEMACH, London, RCOG Press 2004;86-93
- 22) Saving mothers . 2002-2004. The report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa. Third report on confidential enquiries into maternal death in South Africa. Department of Health, South Africa 2006:68-95
- 23) Mbizvo M, Fawcus S, Lindmark G, Nystrom L and the Maternal Mortality study group. Operational factors of maternal mortality in Zimbabwe. *Health policy and planning* 1993;8;(4).369–378
- 24) FIGO Safe Motherhood and Newborn Health (SMNH) Committee: Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 11:108-1
- 25) FIGO ICM Declaración Conjunta, Manejo de la tercera etapa del parto para evitar una hemorragia postparto, 2003
- 26) International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecologists and Obstetricians. 2006. Joint statement: Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings: International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- 27) Organización Mundial de la Salud, 2014 .Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141472/1/9789243548500_spa.pdf
- 28) World Health Organization. WHO handbook for guideline development. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012.
- 29) Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la HPP: base de las pruebas científicas" en www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en).
- 30) S hojai R, Piechon L, d'Ercole C, Boubli L, Ponties JE. Le misoprostol par voie rectale dans les hémorragies de la délivrance: Une étude préliminaire [Administración rectal del misoprostol

- para hemorragias ocasionadas por el trabajo de parto. Estudio preliminar] *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2001; 30: 572-575.
- 31) A dekanmi OA, Purmessur S, Edwards G, Barrington JW. Intrauterine misoprostol for the treatment of severe recurrent atonic secondary postpartum hemorrhage [Misoprostol intrauterino para el tratamiento de la hemorragiapostpartoatónicaseverarecurrentesecundaria]. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001; 108: 541-545.
 - 32) Oboro VO, Tabowei TO, Bosah JO. Intrauterine misoprostol for refractory postpartum hemorrhage [Misoprostol intrauterino para la hemorragiapostpartorefractaria]. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2003; 80: 67-68.
 - 33) Ifakara Health Institute, Venture Strategies Innovations, et al. 2011. Prevention of Postpartum Hemorrhage in Home Births: Misoprostol Distribution during Antenatal Care Visits in Tanzania. Final Report Brief. (February)
 - 34) Rajbhandari S, Hodgins S, Sanghvi H, McPherson R, Pradhan YV, Baqui AH; Misoprostol Study Group. 2010. Expanding uterotónico protection following childbirth through community-based distribution of misoprostol: Operations research study in Nepal. *Int J GynecolObstet* 108(3): 282–288. Epub 2010 Jan 19.
 - 35) Sanghvi H, Ansari N, Prata N, Gibson H, Ehsan A, Smith JM. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. 2010. *Intl J GynecolObstet* 108(3): 276–281.
 - 36) Sanghvi H, Ansari N, Prata N, Gibson H, Ehsan A, Smith JM. 2010. Prevention of postpartum hemorrhage at home birth in Afghanistan. *Int J GynecolObstet* 108(3): 276–281.
 - 37) Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, Abdel-Aleem H, Cheng L, Hofmeyr G, Lumbiganon P, Unger C, Prendiville W, Pinol A, Elbourne D, El-Refaey H, Schulz K. WHO multicentre trial of misoprostol in the management of the third stage of labour [Unainvestigación multicéntrica de la OMS sobre el misoprostol en el manejo de la tercera etapa del trabajo de parto]. *Lancet* 2001; 358: 689-695.
 - 38) El-Refaey H, et al. 1997. Use of oral misoprostol in the prevention of postpartum hemorrhage. *Br J ObstetGynaecol* 104(3): 336–339.
 - 39) Hofmeyr GJ, et al. 1998. A randomized placebo controlled trial of oral misoprostol in the third stage of labor. *Br J ObstetGynaecol* 105(9): 971–975.
 - 40) Surbek DV, et al. Oral misoprostol for third stage of labor: A randomized placebo-controlled trial. 1999. *ObstetGynecol* 94(2): 255–258.
 - 41) Derman RJ, et al. 2006. Oral misoprostol in preventing postpartum hemorrhage in resource-poor communities: A randomized controlled trial. *Lancet* 368(9543): 1248–1253.
 - 42) Mobeen, N., Durocher, J., Zuberi, N. F., Jahan, N., Blum, J., Wasim, S., Walraven, G., Hatcher, J. "Administration of Misoprostol by Trained Traditional Birth Attendants to Prevent Postpartum Haemorrhage in Homebirths in Pakistan: A Randomised Placebo-Controlled Trial." *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Epub December 2010. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02807.x
 - 43) FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 117 (2012) 108–18
 - 44) Walraven G, Blum J, Dampha Y, Sowe M, Morison L, Winikoff B, Sloan N. Misoprostol in the management of the third stage of labour in the home delivery setting in rural Gambia:

- 45) Randomized trial (Uso de Misoprostol en la terceraetapa del parto en partosdomiciliares en zonasrurales de Gambia: unainvestigaciónaleatoriacontrolada.) British Journal of Obstetrics and Gynecology 2005; 112(9): 1277-1283.
- 46) Walley RL, Wilson JB, Crane JM, Matthews K, Sawyer E, Hutchens D. A double-blind placebo controlled randomized trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour [Unainvestigaciónaleatoria, dobleciega y controlada por placebo sobre el misoprostol y la oxitocina en el manejo de la terceraetapa del trabajo de parto]. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000; 107: 1111-1115.
- 47) Widmer, M., Blum, J., Hofmeyr, G.J., Carroli, G., Abdel-Aleem, H., Lumbiganon, P., Ngoc, N.T.N., Wojdyla, D., Thinkhamrop, J., Singata, M., Mignini, L.E., Abdel-Aleem, M. A., Thach, T.S., Winikoff, B. "Misoprostol as Adjunct Treatment to Standard Uterotonics for Treatment of Postpartum Haemorrhage: A Multicentre, Double-Blind Randomised Trial." Lancet 375, no. 9728 (2010): 1808–13.
- 48) Ifakara Health Institute, Venture Strategies Innovations, et al. 2011. Prevention of Postpartum Hemorrhage in Home Births: Misoprostol Distribution during Antenatal Care Visits in Tanzania. Final Report Brief. (February)
- 49) Rajbhandari S, Hodgins S, Sanghvi H, McPherson R, Pradhan YV, Baqui AH; Misoprostol Study Group. 2010. Expanding uterotónico protection following childbirth through community-based distribution of misoprostol: Operations research study in Nepal. Int J GynecolObstet 108(3): 282–288. Epub 2010 Jan 19.
- 50) Normas de atención con pertinencia cultural...hacia interculturalidad. MSPAS 2010.

Anexos

Formato para el seguimiento y monitoreo

Convenio MSPAS-OSAR

Carta de entendimiento DAS Huehuetenango, OSAR H, Luna Y Fundaeco

Campaña de comunicación Misoprostol



Fotos de actividades preparatorias

Cuadro No. 1
Número de tabletas a utilizar por parto esperado

Tabletas a utilizar en la Estrategia de Misoprostol			
Municipio	Comadronas	Partos esperados 2018	3 tabletas x parto
Santa Cruz Barillas	79	543	1629
San Juan Ixcoy	9	236	708
San Miguel Acatán	9	126	378
San Pedro Soloma	13	90	270
Santa Eulalia	25	300	900
San Mateo Ixtatán	53	120	360
TOTAL	188	1415	4245

Fuente: elaboración propia, datos de la DAS de Huehuetenango.

Ficha 1
Hoja de registro de uso de misoprostol en posparto domiciliar.

		Información de uso del MISOPOROSTOL en la comunidad										
Área de Salud		Distrito Municipal de Salud										
Fecha:		ASOCIACION:										
DATOS DE LA PACIENTE			Paridad					Fecha de última consulta	Nombre encargado del territorio:			
No.	Nombre completo de la Paciente	Edad	G	P	Ab	HV	HM		No. De teléfono	Comunidad	Comadrona	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

Continúa.

Sigue.

		Información de uso del MISOPOROSTOL en la comunidad										
No	Edad Gestacional de la entrega del misoprostol	Posicion Fetal	A Quien entrego el misoprostol	Fecha de la entrega del misoprostol	Fecha de Parto	Quien asisitió el parto	Tomo el misoprostol entre los 5 minutos despues del parto	Quién confirmo la toma de la dosis completa	Efectos secundarios	Condición del recién nacido	Hubo Referencia	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

Fuente: elaboración propia. Adjunto instructivo.

INSTRUCTIVO FICHA 1

Esta ficha debe ser entregada mensualmente para verificación de la atención del parto domiciliar con el uso del misoprostol. Firma y sellada por el encargado de la unidad de atención

INSTRUCTIVO

No.	Anverso
1	Llenar todos los items del encabezado de información del Área, distrito municipal de salud
2	Colocar la fecha por día mes y año respectivamente
3	Colocar el nombre de la Asociación.
4	Nombre del encargado del territorio
5	Colocar número correlativo de pacientes, 25 pacientes por hoja, corresponde también al reverso
6	Nombre completo de la paciente
7	Edad en años cumplidos
8	Historia gestacional gestas, partos, abortos, hijos vivos e hijos muertos
9	Fecha de la última consulta prenatal
10	No telefónico de contacto
11	Nombre de la Comunidad a la que pertenece
12	Nombre de la comadrona encargada de la paciente
	Reverso
13	Número correlativo de la paciente según anverso
14	Edad gestacional en la fecha de entrega del misoprostol a la comadrona
15	Posición fetal encontrada por el personal de salud en la última consulta
16	Nombre de la comadrona encargada de la paciente que se le entregó el misoprotol
17	Fecha de entrega del misoprostol
18	Fecha de atención de parto
19	Nombre de quien atendió el parto
20	Tomó el medicamento en los primeros cinco minutos después del parto: SI-NO
21	La paciente confirma que si tomó el medicamento o algún familiar de la paciente
22	Hubo efectos secundarios después de la toma del medicamento, anotar:
23	Fiebre, náusea, vómitos, diarrea, cefalea o dolor abdominal
24	En recién nacido, está bien, vivo, fue trasladado o falleció
25	Hubo referencia de la paciente a algún servicio de salud si o no



Autorización entrega de misoprostol

Fecha: _____ hora: _____

En el Servicio de Salud: _____ del Distrito Municipal de Salud _____
del Área de Salud de Huehuetenango, se evaluó a la paciente: _____

_____ ,
quién no presenta ningún factor de riesgo.

Durante las citas de atención prenatal se hace acompañar de la comadrona: _____
_____, quien es parte de la estrategia y se encuentra inscrita en este
servicio de salud.

Nombre del proveedor de salud: _____

Número de teléfono: _____



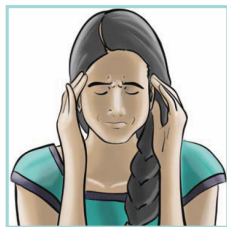
Estrategia uso de misoprostol en el posparto domiciliario

Nombre de la comadrona: _____
Servicio a la que está inscrita: _____
Domicilio y comunidad: _____
Número de teléfono: _____
Carné de identificación: _____

Nombre de la paciente: _____
Domicilio y comunidad: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de parto: _____ Hora de nacimiento: _____
Hora de administración del misoprosol: _____



Marque con una "X" si presentó alguna de las siguientes:



Marque con una "X" el estado del recién nacido:



FORMATO No. 2
MUJERES EMBARAZADAS A INCLUIR EN PLAN DE USO DE MISOPROSTOL EN PARTO DOMICILIAR

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
 PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

LISTADO DE PACIENTES EN ESTRATEGIA DE USO DE MISOPROSTOL EN PARTO DOMICILIAR

DISTRITO/ÁREA DE SALUD: _____

PUESTO DE SALUD: _____

SEMANA DEL _____ AL _____ MES _____ AÑO _____

ASOCIACION RESPONSABLE: _____

NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: _____

NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____

PACIENTES SIN RIESGO PARA INCLUIRLA EN EL USO DEL MISOPROSTOL EN CASA, DESPUES DEL NACIMIENTO DEL NEONATO.

No.	Nombre de la paciente	edad	Dirección	Edad gestacional	Nombre de la comadrona
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

FORMATO No. 3

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA**

LISTADO DE PACIENTES EN ESTRATEGIA DE USO DE MISOPROSTOL EN PARTO DOMICILIAR, ENTREGADO POR LA ASOCIACIÓN

ASOCIACION RESPONSABLE: _____
 SEMANA DEL _____ AL _____ MES _____ AÑO _____
 NOMBRE DE QUIEN ENTREGA: _____
 NOMBRE DE QUIEN RECIBE: _____

DATOS DE PACIENTES EN QUIENES SE UTILIZARÁ EL MISOPROSTOL EN CASA, DESPUES DEL NACIMIENTO DEL NEONATO.

No.	Nombre de la paciente	edad	Dirección	Fecha de parto	Entrega del Misoprostol		Nombre de la comadrona
					SI	NO	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							



Autorización entrega de misoprostol

Fecha: _____ hora: _____

En el Servicio de Salud: _____ del Distrito Municipal de Salud _____
del Área de Salud de Huehuetenango, se evaluó a la paciente: _____

_____.
quién no presenta ningún factor de riesgo.

Durante las citas de atención prenatal se hace acompañar de la comadrona: _____
_____, quien es parte de la estrategia y se encuentra inscrita en este
servicio de salud.

Nombre del proveedor de salud: _____

Número de teléfono: _____





Ficha descargo de responsabilidad

Fecha: _____ hora: _____

En el Servicio de Salud: _____ del Distrito Municipal de Salud _____

del Área de Salud de Huehuetenango, se evaluó a la paciente: _____

_____ que reside en la comunidad: _____

quien presenta los siguientes factores de riesgo: _____

por lo que se le brinda a la familia y la paciente plan educacional de posibles complicaciones, riesgo de muerte materna y neonatal, así como la importancia de atención institucional.

Sin embargo persisten en que la atención del parto será en domicilio por lo que se realiza conocimiento y nota de descargo de responsabilidad para el personal médico y paramédico de este servicio.

Nombre y firma de la paciente: _____

Nombre y firma de familiar: _____

Nombre de la comadrona: _____

Nombre y firma del personal de salud que realiza el conocimiento.

Campaña de Comunicación. AFICHE MISOPROSTOL

Audiencia: COMADRONA, MUJER EMBARAZADA, SERVICIOS DE SALUD

MISOPROSTOL PARA DESPUÉS DEL PARTO
EVITA LA HEMORRAGIA

HAGA 4 CONTROLES PRENATALES EN EL SERVICIO DE SALUD Y A LAS 34 - 35 SEMANAS DE EMBARAZO VUELVA ACOMPAÑADA DE SU COMADRONA

SI NO HAY RIESGOS Y DECIDE TENER EL PARTO EN SU CASA, PREGUNTE: SI PUEDE TOMAR MISOPROSTOL DESPUÉS DEL PARTO.

EN LOS PRIMEROS 5 MINUTOS, DESPUÉS QUE NACE SU BEBÉ, TOMÉ LAS 3 TABLETAS DE MISOPROSTOL QUE LE DARÁ SU COMADRONA, PARA EVITAR LA HEMORRAGIA Y QUE LA PLACENTA SALGA COMPLETA.

2 SEMANAS DESPUÉS VAYA A UN SERVICIO DE SALUD.

NO TOMÉ MISOPROSTOL EN SU EMBARAZO NI ANTES DE QUE NAZCA SU BEBÉ. SI LO HACE MORIRÁ.

EL PARTO ES MÁS SEGURO EN UN SERVICIO DE SALUD.


EN LOS PRIMEROS 5 MINUTOS DESPUÉS DEL PARTO

Logos of various health organizations: OMS, UNICEF, WHO, etc.

Equipo Técnico de Plan Uso de Misoprostol

Bifoliar informativo Plan de Misoprostol

Audiencia: personal de servicios de salud

<h3>Misoprostol</h3> <p>Misoprostol El Misoprostol es un medicamento seguro y eficaz para prevenir la hemorragia posparto en el parto domiciliar. Su administración es por vía oral.</p> <p>Dosis 3 tabletas de 200 mcg de Misoprostol que deben tomarse en los primeros 5 minutos después del parto con un poco de agua o líquido aceptado culturalmente.</p> <p>Beneficios El Misoprostol ayuda a prevenir la hemorragia posparto derivada de la retención de placenta y la atonía uterina o falta de contracciones.</p> <p>Efectos secundarios El Misoprostol puede ocasionar fiebre, náusea, vómitos, diarrea, dolor de cabeza o de abdomen. Si los síntomas persisten o se hacen más fuertes, la mujer debe ser llevada a un hospital, CAIMI o CAP y ser atendida de emergencia.</p> <p>Los efectos secundarios deben ser anotados y notificados por la comadrona o el personal de salud que administra el Misoprostol.</p>	<p>Prohibición de uso El Misoprostol no puede darse a mujeres embarazadas, antes del parto o durante el parto si el bebé no ha nacido. Si se usa Misoprostol en estas situaciones, la mujer mató porque su útero se rompió.</p> <p>Almacenamiento El Misoprostol debe estar en su empaque original, bien cerrado y fuera del alcance de los niños. El Misoprostol debe mantenerse a temperatura ambiente sin refrigeración y lejos del calor excesivo y la humedad.</p> <p>Encargados de la administración El uso de Misoprostol solo está autorizado a comadronas y personal de salud capacitado y certificado en el uso de Misoprostol en parto no institucional por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</p> <p>Se excluyen comadronas y personal de salud que no estén capacitados y certificados en el uso de Misoprostol en parto no institucional.</p> <p>Área geográfica de uso El Misoprostol será utilizado en los Distritos de Salud de Huehuetenango Norte, que abarca los municipios de: Santa Cruz Borlita, San Mateo K'atán, Santa Eulalia, San Pedro Soloma, San Juan Ixcay y San Miguel Acatán.</p> <p>El Misoprostol solo puede utilizarse en los primeros 5 minutos después del nacimiento del bebé -esté vivo o muerto-.</p>	<h3>Mujeres que SI pueden tomar Misoprostol</h3> <p>Autorización Informada Mujeres que dieron su autorización al recibir información completa sobre el Misoprostol, sus beneficios, vía de administración, momento de uso y efectos secundarios. El Misoprostol no será administrado a ninguna mujer sin su consentimiento informado.</p> <p>Parto domiciliar Mujeres que deciden tener un parto en casa y no están contraindicadas.</p> <p>Área de cobertura Mujeres que residen en el área geográfica de cobertura con uso de Misoprostol.</p> <p>No existen riesgos para su salud Mujeres que no presentan ningún riesgo en el inicio del parto ni durante este y solo con su consentimiento previo.</p> <p>El Misoprostol no afecta la lactancia ni la fertilidad.</p>	<h3>Mujeres que NO pueden tomar Misoprostol</h3> <p>El Misoprostol está contraindicado en mujeres con riesgo obstétrico, es decir, cuya vida pelgaba durante el embarazo, parto o posparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad de riesgo <ul style="list-style-type: none"> Embarazadas menores de 18 años. Embarazadas mayores de 35 años. Embarazos de riesgo <ul style="list-style-type: none"> Primer embarazo. Embarazos con más de 3 partos. Embarazo múltiple: que espera más de un bebé. Polihidramnios: exceso de líquido amniótico. Feto diagnosticado con macrocemia fetal: bebé que pesará más de 8 libras y 13 onzas al nacer. Feto en posición podálica o transversa: viene de pie o atravesado. Cirugías y otros <ul style="list-style-type: none"> Cirugías previas o cirugías vaginales. Cirugía uterina previa: cesárea o extracción de fibromas uterinos. Estatura menor a 1 metro y 50 centímetros. Antecedentes de hemorragia durante el embarazo, convulsiones, fiebre, inconsciencia o infección intrauterina o cualquier otro factor que requiera atención hospitalaria. <p>Los partos de estas mujeres deben ser atendidos en un hospital, CAIMI o CAP.</p>
<h3>Parto domiciliar en mujeres con contraindicaciones</h3> <p>Nota de descargo El uso de Misoprostol está autorizado a mujeres que hayan firmado la nota de descargo de responsabilidad y con las siguientes contraindicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Embarazadas con más de 3 partos. Embarazadas mayores de 35 años. Mujeres con su primer embarazo. <p>La nota de descargo libera a la comadrona y personal de salud de cualquier responsabilidad en el uso de Misoprostol en estos tres casos y hace constar que la mujer embarazada está informada y comprende los riesgos del medicamento y la indicación de que su parto debe ser en un hospital, CAIMI o CAP.</p> <p>La nota de descargo debe estar firmada por la mujer embarazada, su esposo u otro familiar a cargo. Si no está firmada no es válida.</p>	<h3>Cancelación del uso de Misoprostol</h3> <p>Aunque haya un acuerdo de uso de Misoprostol con la mujer embarazada, este medicamento no se administrará si la mujer presenta complicaciones antes de iniciar el parto o durante el mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ruptura prematura de membranas ovulares El rompimiento de las membranas que contienen el líquido amniótico. Parto prematuro Un parto antes de tiempo. Parto prolongado Trabajo de parto por más de 8 horas. Hemorragia El sangrado severo durante el trabajo de parto. Otros síntomas Convulsiones, fiebre, inconsciencia o infección intrauterina. <p>En estos casos, la mujer debe ser trasladada a un hospital, CAIMI o CAP y ser atendida de emergencia.</p>	<h3>Parto domiciliar</h3> <p>El parto institucional debe ser promocionado y priorizado para cualquier mujer embarazada. Si pese a la información que recibe, la mujer embarazada se decide por el parto domiciliar, la comadrona o personal de salud a su cargo debe asegurarse que reciba:</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención en un servicio de salud <ul style="list-style-type: none"> Mínimo 4 controles prenatales en un puesto o centro de salud, CAP, CAIMI u hospital. Confirmación de que su embarazo es normal y no tiene contraindicaciones. Atención posparto en las primeras 48 horas o visita domiciliar del personal de salud institucional. Orientación <ul style="list-style-type: none"> Señales de peligro en el puerperio y en el recién nacido. Lactancia materna, nutrición y planificación familiar. Atención médica de emergencia <ul style="list-style-type: none"> Atención médica de emergencia en un hospital, CAIMI o CAP si presenta señales de peligro: hemorragia, mareos, sudoración, inconsciencia o confusión. Ante cualquier señal de peligro debe ponerse en marcha el plan de emergencia familiar y comunitario. <p>El parto en un hospital, CAIMI o CAP es más seguro para la mujer y su bebé.</p>	<h3>MISOPROSTOL 200mcg PARA DESPUÉS DEL PARTO</h3> <p>Vía Oral Una sola dosis</p> <p>Evita la hemorragia. Para mujeres en los primeros 5 minutos después del parto.</p> 

Carta de Entendimiento para Reducción Muerte Materna en Huehuetenango MSPAS-OSAR

GUATEMALA | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN TÉCNICA ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y EL OBSERVATORIO EN SALUD REPRODUCTIVA (OSAR), EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA Y NEONATAL EN EL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO, DENTRO DEL CONVENIO MARCO.

En la Ciudad de Guatemala, el veintidós de mayo de dos mil dieciocho. Nosotros JOSE ROBERTO MOLINA BARRERA, de sesenta y ocho años de edad, casado, guatemalteco, Médico y Cirujano, de este domicilio, me identifico con Documento Personal de Identificación (DPI) con Código Único de identificación número. Un mil seiscientos sesenta y tres espacio sesenta y cuatro mil ochocientos ochenta y seis espacio cero ciento uno (1663 6486 0101), extendido por el Registro Nacional de las Personas de Guatemala, quien actúa en su calidad Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social, lo cual acredito con certificación de acta de toma de posesión número cincuenta y dos guón dos mil diecisiete, de fecha siete de septiembre del dos mil diecisiete, y nombramiento contenido en Acuerdo Gubernativo número cinco de fecha seis de septiembre de dos mil diecisiete, actuó por delegación expresa que me confiere el señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, en funciones, por medio de Acuerdo Ministerial número ciento doce guón dos mil dieciocho (112-2018), de fecha veintuno de mayo de dos mil dieciocho (21-05-2018), señalo como lugar para recibir notificaciones sexta avenida tres guón cuarenta y cinco zona once; y por otra parte MIRNA JEANETH MONTENEGRO RANGEL de cincuenta años, casada, guatemalteca, medica y cirujana, me identifico con Documento Personal de Identificación (DPI) con Código Único de identificación número, dos mil cuatrocientos cincuenta y nueve espacio cero un mil ciento sesenta y siete espacio cero ciento uno (2459 01167 0101), extendido por el Registro Nacional de las Personas de Guatemala, actuó en representación del Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR). Lo cual consta en acta notarial de fecha veintuno de junio de dos mil diecisiete, autorizada por la Notaria Melanie Cindy Adriana Recanço Cirón, lo cual se formaliza con la escritura pública número catorce, de fecha veintidós de abril del dos mil diecisiete, autorizada por la Notaria, María del Rosario Menéndez González, inscrito en el Archivo General de Protocolos, Registro Electrónico de Poderes, con inscripción número uno del Poder cuatrocientos tres mil quinientos guón E (403501-E), señalo como lugar para recibir notificaciones 6ª. Calle 1-36 zona 10, Edificio Valsari, Oficina 702, Ciudad Guatemala; los comparecientes aseguramos ser de los datos de identificación personal antes consignados y de hallarnos en el libre ejercicio de nuestros derechos civiles y que la representación legal que ejercitamos es suficiente de conformidad con la ley y a nuestro juicio para el presente acto y que en la calidad con que actuamos, acordamos la celebración del presente **CONVENIO ESPECÍFICO DE COORDINACIÓN Y COLABORACIÓN TÉCNICA ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y EL OBSERVATORIO EN SALUD**

GUATEMALA | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

REPRODUCTIVA (OSAR), EN LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA Y NEONATAL EN EL DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO, DENTRO DEL CONVENIO MARCO, de conformidad con las siguientes cláusulas: **PRIMERA. FUNDAMENTO LEGAL:** El presente convenio se suscribe con fundamento en el artículo 194, literales f) e) de la Constitución Política de la República de Guatemala; Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al Desarrollo; artículos 23, 27 literales a), f) y m); y 36 de la Ley del Organismo Ejecutivo, Decreto número 114-97 del Congreso de la República de Guatemala, Decreto número 32-2010 Ley ara Maternidad Saludable; Convenio Marco de Cooperación Técnica entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), en la Implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Muerte Materna 2015-2020 a Nivel Nacional. **SEGUNDA. ANTECEDENTES:** La Muerte Materna toma 260 vidas por cada 100,000 partos en los departamentos de occidente del país. Huehuetenango es el departamento mayormente afectado, su población es más de un millón de habitantes y el 95% corresponde población indígena, la brecha entre las mujeres indígenas y no-indígenas afectadas por las muertes maternas continúan siendo dos veces más frecuente en el primer grupo, lo anterior refleja un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza, así como el reflejo del poco acceso a los servicios de salud. La principal causa de muerte materna directa en el país es la hemorragia vaginal pre, durante y post parto. El Centro de Investigación y educación en salud reproductiva -CIESAR, analizó durante cinco años las particularidades del departamento de Huehuetenango y concluyó que de los 197 casos atendidos en ese lapso de muerte materna por hemorragia vaginal, 75% sucedieron en el hogar, 14% en instituciones de salud y 10% en la vía pública o durante el traslado. Las demoras al referir a las mujeres hacia un Centro de Salud, un Hospital Nacional o un Hospital Materno Infantil, sin embargo la mayor cantidad de muertes maternas ocurren en el hogar de la mujer embarazada, aunque, a nivel nacional un 65% de los partos son atendidos de forma institucional, aun existe un alto porcentaje de partos atendidos en casa por personal no calificado, a veces incluso por familiares de la parturienta. En departamentos como Huehuetenango el parto en casa asciende a más del 70%. Para todas las causas de muerte materna, hay acciones de efectividad comprobadas que se podrían implementar de forma eficaz y eficiente por el servicio de salud, acceso oportuno a servicios con personal calificado y competente, manejo de la emergencia obstétrica, provisión de antibióticos y la atención rápida y de calidad en los casos de abortos. Disminuir la muerte materna en el Departamento de Huehuetenango, requerirá de grandes esfuerzos, inicialmente comprender cuál es el perfil epidemiológico, la tendencia, factores que influyen en las muertes maternas, pero es una inversión en la que no se debe escatimar, se precisa de articulación y trabajo interinstitucional incansable. **TERCERA. OBJETO:** La implementación de estrategias efectivas basadas en evidencia científica, en el derecho a la maternidad saludable y el acceso a los servicios de salud con pertinencia cultural y la participación social, para la reducción de la muerte

GUATEMALA | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

materna en departamento de Huehuetenango. **CUARTA. LÍNEAS DE ACCIÓN:** 1) Coordinación efectiva entre los niveles de decisión e implementación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el OSAR y las organizaciones sociales que participarán en la estrategia "Uso del misoprostol para la reducción de muerte materna por hemorragia posparto secundario a retención de placenta en los partos domiciliarios". 2) Establecer una coordinación efectiva entre organizaciones de sociedad civil y servicios de salud al nivel central y local determinando roles, aportes, canales de comunicación que permitan la implementación efectiva del Plan; 3) Facilitación de procesos de capacitación y competencias para contar con el recurso humano sensible, competente y necesario para la implementación del plan. 4) Asegurar el abastecimiento de suministros, insumos y materiales requeridos para la salud sexual y reproductiva; 5) Definición de un sistema de monitoreo y evaluación que permita evidenciar los avances y brechas en la consecución de metas y resultados definidos. **QUINTA. COMPROMISOS, A) DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL:** I. Participación activa y rectoría del Programa Nacional de Salud Reproductiva y del SIAS, en la regulación, monitoreo, supervisión, coordinación de acciones, recolectar información y socializar la estrategia para contrarrestar las causas de muerte materna y neonatal en Huehuetenango; II. Deberá definir los objetivos, designar al personal participante y facilitar su capacitación, determinar las funciones, tareas y cronograma para la implementación de la estrategia de reducción de muerte materna por hemorragia posparto en parto domiciliario; III. Definir un sistema de información, a través del cual se dará seguimiento a la estrategia; **B) DEL OBSERVATORIO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:** I. Coordinará con las organizaciones de Sociedad Civil específicamente asociaciones de comadronas, la logística y ejecución de las acciones necesarias para la implementación de la estrategia para la reducción en el post-parto domiciliario, la muerte materno y neonatal en el área norte del departamento de Huehuetenango; II. Proponer los recursos financieros, el abastecimiento de suministro, insumos y materiales necesarios, cumplir con la estrategia dirigida a reducir las muertes maternas por hemorragia pos parto en parto domiciliario; III. Campañas de comunicación para la sensibilización de autoridades locales, servicios de salud y comunidad que favorezca la implementación de la estrategia; IV. Realizar un monitoreo en el primer nivel de atención, con las familias que han sido tratadas dentro de esta estrategia; V. Deberá coordinar la elaboración del material didáctico y educativo y el desarrollo de las capacitaciones; **C) DE AMBAS INSTITUCIONES:** I. Apoyar el seguimiento y fortalecimiento de las actividades que se implementen dentro de la estrategia; II. Realizar reuniones periódicas para monitorear el avance y brechas identificadas dentro de la supervisión de la estrategia; III. Facilitar el apoyo técnico que corresponda para fortalecer y dar cumplimiento a la estrategia del presente convenio; IV. Sistematizar los resultados alcanzados en esta estrategia, para su posible implementación en otros departamentos, esta sistematización será presentada en la comisión multisectorial para la maternidad saludable; V. Otros que surjan con el objeto de

GUATEMALA | MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

garantizar el cumplimiento del presente convenio. **SÉPTIMA. DUDAS, CONTROVERSIAS Y CASOS NO PREVISTOS:** Cualquier duda o controversia que surja de la interpretación y aplicación del presente Convenio, será resuelto amigablemente por la vía conciliatoria; de la misma manera se resolverán los casos no previstos, y los acuerdos a que se lleguen, se formalizarán mediante modificaciones al presente instrumento o por cruce de cartas, según proceda, documentos que pasarán hacer parte del convenio. **OCTAVA. PLAZO Y PRORROGA:** El presente Convenio tendrá el plazo de dos años partir de la firma del mismo. El plazo del Convenio podrá prorrogarse por un plazo igual mediante el cruce de cartas solicitando ampliación del mismo. **NOVENA. MODIFICACIONES:** Cualquier modificación al presente convenio, deberá efectuarse mediante la suscripción de adenda, la cual pasará a formar parte integral del Convenio, las que se realizarán velando por el cumplimiento de las formalidades de los instrumentos descritos. **DÉCIMA. CAUSAS DE TERMINACIÓN DEL CONVENIO:** Las partes acuerdan que el presente Convenio podrá darse por terminado por el acatamiento de cualquiera de las causas siguientes: a) Por mutuo acuerdo; b) Por voluntad unilateral de una de las partes, lo cual deberá ser comunicado por escrito por lo menos con treinta días de anticipación; y, c) Por incumplimiento de las obligaciones de una de las partes contraídas en el presente Convenio. **DÉCIMA PRIMERA. VIGENCIA Y PLAZO:** Vigencia. El presente Convenio Específico, cobrará vigencia a partir de la fecha de su suscripción; y el plazo es de un año, y podrá prorrogarse mediante una adenda cumpliendo con las formalidades del presente convenio. **DÉCIMA SEGUNDA. CONSENTIMIENTO Y ACEPTACIÓN:** Las partes manifiestamos el consentimiento y aceptación de cada uno de los términos y condiciones antes estipulados, los otorgantes hacemos constar que hemos leído lo suscrito y enterados de su contenido, objeto, validez y demás efectos legales, lo aceptamos, ratificamos y firmamos, el cual queda contenido en dos hojas membretadas de ambas partes, en dos originales, quedando un original para el Ministerio de de Salud Pública y Asistencia Social y el otro para el Observatorio en Salud Reproductiva.

DR. JOSE ROBERTO MOLINA BARRERA
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dra. MIRNA MONTENEGRO RANGEL
Secretaria Técnica Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR)

Carta de Entendimiento entre Dirección Área de Salud Huehuetenango, OSAR Huehuetenango, Fundaeco y Luna

CARTA DE ENTENDIMIENTO ENTRE "DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DE HUEHUETENANGO - DASH-, OBSERVATORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - OSAR-, FUNDACIÓN PARA EL ECODesarrollo - FUNDAECO- Y ASOCIACIÓN DE COMADRONAS TRADICIONALES DE HUEHUETENANGO -LUNA -

DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DE HUEHUETENANGO- DASH, quien en adelante se denominará **DASH, OBSERVATORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - OSAR-** quien en adelante se denominará **OSAR, FUNDACIÓN PARA EL ECODesarrollo - FUNDAECO-** que en adelante se denominará- **FUNDAECO- Y ASOCIACIÓN DE COMADRONAS TRADICIONALES DE HUEHUETENANGO -LUNA-** que en lo sucesivo se denominará **-LUNA-**

Las partes antes mencionadas, suscribimos la presente carta de entendimiento para la implementación de la estrategia del Uso del Misoprostol domiciliar para la reducción de la Muerte Materna en el departamento de Huehuetenango dentro del convenio Marco.

CONSIDERANDO

La presente carta de entendimiento se establece en el marco de coordinación de la estrategia para la implementación del plan Nacional para la Reducción de la Muerte Materna, en el departamento de Huehuetenango, dado que es uno de los departamentos del occidente del país que se ha visto mayormente afectado.

CONSIDERANDO

Que es importante la implementación de acciones estratégicas efectivas, basadas en evidencia científica para reducir la muerte materna, toda vez que en la mayoría de casos esta es prevenible, debiendo crear programas de atención integral, acceso a los servicios de salud con pertinencia cultural y la participación social, para la reducción de la muerte materna en el departamento de Huehuetenango.

CONSIDERANDO

Que, para contribuir a la reducción de la mortalidad materna durante el evento obstétrico y el periodo postparto, es necesaria la coordinación efectiva entre los niveles de decisión e implementación de la estrategia del uso de Misoprostol, aplicado por comadronas en coordinación con los servicios de salud cercanos creando mecanismos para la coordinación.

CONSIDERANDO

Que "OSAR", es una organización de carácter privado, constituida como asociación civil no lucrativa, no religiosa, orientada a promover el desarrollo integral de las mujeres con énfasis en derecho a la maternidad saludable. Reconocida en el Decreto 32-2010 Ley para la Maternidad Saludable, artículo 23, con funciones de fiscalizar la implementación de esta Ley, así como participar en la Comisión Multisectorial para la maternidad saludable

CONSIDERANDO

Que "FUNDAECO", es una organización de carácter privado, constituida como fundación civil no lucrativa, no religiosa, orientada a promover el desarrollo integral con énfasis en implementar una serie de acciones para mejorar y propiciar el acceso a los servicios de

1

salud sexual y reproductiva, a las mujeres indígenas y no indígenas residentes en comunidades que se ubican en áreas protegidas y áreas de conservación.

CONSIDERANDO

Que "LUNA", es una organización de carácter privado, constituida como asociación civil no lucrativa, no religiosa, orientada a promover el desarrollo integral con énfasis en fomentar y rescatar la atención del parto con pertinencia cultural, cuyo propósito es posicionar la intervención de las terapeutas mayas, las prácticas ancestrales vinculadas con la salud, ofreciendo servicios y acompañamiento técnico con enfoque a la disminución del índice de morbi-mortalidad, materno infantil.

POR TANTO:

En función de las acciones que impulsan, definen formalizar la coordinación de las líneas de acción para la estrategia del USO DEL MISOPROSTOL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MUERTE MATERNA POR HEMORRAGIA POSPARTO SECUNDARIO A UNA RETENCIÓN PLACENTARIA Y ATONIA UTERINA EN LOS PARTOS DOMICILIARES, con el objeto de precisar lineamientos de trabajo que faciliten el desarrollo de acciones específicas y vinculantes al uso de Misoprostol a nivel domiciliar en el área norte del departamento de Huehuetenango. Por tanto

ACUERDAN

Suscribir La presente carta de entendimiento, de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA. Objeto. La presente carta de entendimiento establece líneas de trabajo, coordinación, comunicación y ejecución de la estrategia del uso de Misoprostol a nivel domiciliar en comunidades priorizadas del área norte del departamento de Huehuetenango

SEGUNDA. Compromiso de las partes: Las partes firmantes se comprometen a:

Dirección de Área de Salud de Huehuetenango

1. Designar al personal de los distritos priorizados y facilitar los procesos de capacitación que realizará Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala AGOG para el seguimiento de la estrategia que se implementará a través de las comadronas seleccionadas.
2. Establecer las coordinaciones de las actividades del cronograma para la implementación de la estrategia en las comunidades priorizadas.
3. Cumplir con el sistema de información establecido por el MSPAS, a través del cual se dará seguimiento a la estrategia.
4. Monitoreo y evaluación del cumplimiento de la estrategia en coordinación con las organizaciones involucradas.

2

5. Dirigir atención a las embarazadas que acuden al servicio de salud antes de las doce semanas y dar seguimiento de acuerdo a la norma y coordinar su asistencia al servicio de salud en la semana 34 para descartar señales de peligro
6. Reuniones bimensuales para evaluar la estrategia

Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva

1. Convocar a las organizaciones de LUNA y FUNDAECO para la coordinación evaluación de resultados de la Estrategia del Uso del Misoprostol
2. Coordinar con OSAR CENTRAL y con las organizaciones de Sociedad Civil específicamente LUNA y FUNDAECO, la logística y ejecución de las acciones necesarias para la implementación de la estrategia del uso del Misoprostol para la reducción de la muerte materna en el post-parto domiciliar, en el área priorizada del departamento de Huehuetenango
3. Coordinar con OSAR CENTRAL los recursos financieros, el abastecimiento de suministros, insumos y materiales necesarios para la implementación de la estrategia del uso de Misoprostol a nivel domiciliar en el área priorizada del departamento de Huehuetenango.
4. Coordinar con OSAR CENTRAL y Dirección de Área de Salud el material informativo y formativo con mensajes claves para la sensibilización de comadronas, mujeres embarazadas autoridades locales, servicios de salud y comunidades, que favorezca la implementación de la estrategia.
5. Entrega del misoprostol a las comadronas que atenderán el parto de las mujeres incluidas en este plan, previa aprobación del MSPAS
6. Facilitación de la comunicación entre OSAR Guatemala, AGOG, MSPAS, COLMEDEGUA y las instituciones y organizaciones participantes en este plan.
7. Sistematización del plan y sus resultados

Fundación para el Eco Desarrollo FUNDAECO

1. Facilitar listado de las comadronas a la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango para la implementación de la estrategia del uso del misoprostol en el Postparto Domiciliar.
2. Convocar a las comadronas de su área de cobertura para capacitación por parte del Ministerio de Salud sobre el uso del misoprostol
3. Velar porque las comadronas asistan con las embarazadas al servicio de salud antes de las doce semanas y dar seguimiento de acuerdo a la norma y garantizar su asistencia al servicio de salud en la semana 34 para descartar señales de peligro
4. Participar en los procesos de monitoreo y evaluación sobre la implementación de la estrategia del misoprostol que realice el MSPAS
5. Ser el garante del almacenamiento y dotación del misoprostol para las comadronas de su área de intervención.

Asociación de Comadronas Tradicionales Huehuetecas LUNA

1. Facilitar listado de las comadronas a la Dirección de Área de Salud de Huehuetenango para la implementación de la estrategia del uso del Misoprostol en el Postparto Domiciliar.
2. Convocar a las comadronas de su área de cobertura para capacitación por parte del Ministerio de Salud sobre el uso del Misoprostol

3

3. Velar porque las comadronas asistan con las embarazadas al servicio de salud antes de las doce semanas y dar seguimiento de acuerdo a la norma y garantizar su asistencia al servicio de salud en la semana 34 para descartar señales de peligro
4. Participar en los procesos de monitoreo y evaluación sobre la implementación de la estrategia del Misoprostol que realice el MSPAS
5. Ser el garante del almacenamiento y dotación del Misoprostol para las comadronas de su área de intervención.

TERCERA: Vigencia:

El presente convenio tendrá vigencia a partir de su firma y durará en tanto las partes estén de acuerdo. Inicialmente se propone un periodo de un año y su renovación dependerá de procesos de revisión y coordinación entre las partes.

CUARTA: Situaciones Imprevistas

Las situaciones imprevistas relacionadas con la implementación del presente convenio y desarrollo de las actividades y acciones que se planifiquen, deberán ser resueltas a través del diálogo y consenso de todas las partes.

QUINTA: Enmiendas

Las enmiendas a realizar en el presente convenio podrán ser efectuadas de común acuerdo entre las partes, dejando constancia de las mismas en forma escrita y debidamente firmadas por sus signatarios.

SEXTA Las organizaciones antes descritas expresamos nuestro interés y compromiso en mantener una comunicación y coordinación fluida, así como hacer esfuerzos para la ejecución de los procesos comunes en beneficio de las mujeres del departamento de Huehuetenango.

SEPTIMA: Suscripción del Convenio

Se firma la presente carta de entendimiento entre:

F. 
Doctor Maniz Mazariegos
 Director Área de Salud
 Huehuetenango

F. 
Ingeniero Rotando Gómez Hernández
 Representante Legal
 FUNDAECO, Huehuetenango

F. 

F. 
Aura Marina Mendoza Gómez
 Observatorio en Salud Sexual y
 Reproductiva OSAR
 Huehuetenango

F. 
Elva Morales Pérez
 Representante Legal
 Asociación de comadronas LUNA
 Huehuetenango

F. 

4



Eventos realizados en la preparación de condiciones para la implementación del plan de uso de Misoprostol

