



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

NOMBRE Y CLAVE

Procedimiento para otorgar
atención materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención
2650-A03-005

AUTORIZACIÓN

Aprobó

Dra. Célida Duque Molina
Titular de la Dirección de Prestaciones Médicas

Revisó

Dr. Efraín Arizmendi Uribe
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Manuel Cervantes
Ocampo

Titular de la Coordinación
de Unidades de Primer
Nivel

Dr. Luis Rafael López Ocaña
Titular de la Coordinación de
Unidades de Segundo Nivel

Dr. Carlos Fredy Cuevas
García Titular de la
Coordinación de Unidades
Médicas de Alta Especialidad

Elaboró

Dr. Mario Ángel Burciaga
Torres

Encargado de la División
de Atención Prenatal,
Planificación Familiar y
Control del Niño

Dra. Alva Alejandra Santos
Carillo

Titular de la División de
Atención Ginecoobstétrica y
perinatal

Dr. Saúl Armando Herrera
Belmares

Encargado de la División de
Atención Médica en UMAE

ACTUALIZACIÓN 11 OCT. 2022

"El personal realizará sus labores con apego al Código de Conducta y de Prevención de Conflictos de Interés de las Personas Servidoras Públicas del IMSS, utilizando lenguaje incluyente y salvaguardando los principios de igualdad, legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que rigen el servicio público, así como con pleno respeto a los derechos humanos y a la no discriminación".



ÍNDICE

Página

1	Base normativa	3
2	Objetivo	3
3	Ámbito de aplicación	3
4	Definiciones	3
5	Políticas	8
6	Descripción de actividades	13
7	Diagrama de flujo	102
Anexos		
Anexo 1	Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas.	156
Anexo 2	Lineamiento para implementación del Tour obstétrico.	159
Anexo 3	Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)	171
Anexo 4	Registro nominal de entrega de la Cartilla de la Mujer Embarazada.	186
Anexo 5	Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF-5/2000	189
Anexo 6	Solicitud de servicios, 4-30-200	196
Anexo 7	Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico Clave: 2650-A09-176	199
Anexo 8	Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72	207
Anexo 9	Informe Tour obstétrico	235
Anexo 10	Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio para Prevenir la Violencia Obstétrica	239



1 Base normativa

- Artículos 85 y 89 fracciones V, 94, 101 y 102, de la Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995 y sus reformas.
- Artículo 82, Capítulo Séptimo, fracciones I y IV del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006 y sus reformas.
- Artículos 11, 52, 60, 61, 62, 63 y 64, del Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006 y sus reformas.
- Numerales 7.1.4.2, párrafo 1, 7.1.4.2.2 párrafo 1 y 7.1.4.2.4 párrafo 1, del Manual de Organización de la Dirección de Prestaciones Médicas, validado y registrado el 08 de octubre de 2021.

2 Objetivo

Otorgar atención médica con calidad y seguridad, en forma sistemática, coordinada y secuencial en las Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, en un marco de respeto de sus derechos humanos.

3 Ámbito de aplicación

El presente procedimiento es de observancia obligatoria en las Unidades Médicas de primer, segundo y tercer nivel de atención, que participan en la atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y de la persona recién nacida.

4 Definiciones

Para efectos del presente procedimiento se entenderá por:

4.1 alojamiento conjunto: Ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

4.2 ARIMAC: Siglas del Área de Información Médica y Archivo Clínico, integrada por los servidores públicos responsables del proceso del archivo clínico en las unidades médicas.



4.3 calificación de APGAR: Escala que valora la condición de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de nacer y evalúa: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración de tegumentos.

4.4 carta de consentimiento informado: Documento o escrito, signado por la mujer, familiar, tutor y/o persona legalmente responsable, durante el embarazo, parto o puerperio, o por su acompañante o representante legal, previa información de los riesgos y beneficios esperados, mediante el cual acepta un procedimiento médico, intervencionista o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos, de rehabilitación y/o paliativos, será revocable mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiere otorgado.

4.5 carta de consentimiento de planificación familiar: Documento impreso, con información sobre los riesgos y beneficios esperados por el uso de los métodos anticonceptivos, como apoyo a la consejería a fin de que en forma libre, voluntaria e informada, la mujer decida como espaciar el siguiente embarazo o concluir la reproducción asentando en el formato el método elegido que acepta, su nombre y firma, en su caso el nombre y firma del tutor o representante legal; así como el nombre y firma de dos testigos.

4.6 cartilla de la mujer embarazada: Cuadernillo para anotar la fecha y hora de las consultas de vigilancia prenatal, de la consulta externa de ginecoobstetricia, registrar las actividades de prevención, protección específica y de detección que recibe la mujer durante el embarazo y el puerperio; así como todas las citas y atenciones que le proporciona el personal de salud que la atiende (estomatología, trabajo social, enfermera materno-infantil, enfermera especialista en medicina de familia, nutricionista, tour obstétrico etc.); incluye recomendaciones para el bienestar de la embarazada, las señales de alarma, cuándo acudir al hospital, cuidados para la mamá y la persona recién nacida, entre otros.

4.7 cartilla nacional de salud: Libreta para registrar las actividades de prevención, protección específica y de detección que recibe la mujer; así como, para el registro de la fecha y hora de las consultas médicas y las atenciones del personal de salud, cuando no está embarazada.

4.8 certificación de vigencia de derechos: Procedimiento técnico administrativo para formalizar que la persona está vigente en sus derechos para recibir atención médica en el IMSS.

4.9 DAGOP: División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, dependiente de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel.

4.10 DAPFCN: División de Atención Prenatal, Planificación Familiar y Control del Niño, dependiente de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel.

4.11 Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada (OOAD): Se refiere a las Delegaciones estatales y regionales y de la Ciudad de México, que se establecen en el inciso a) de la fracción IV del artículo 2 del Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social.



4.12 ECE: Expediente Clínico Electrónico.

4.13 embarazo normal: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y nacimiento del producto a término.

4.14 embarazo de alto riesgo: Embarazo en el que se detectan uno más factores que pueden causar daño a la gestación actual, pudiendo afectar negativamente los resultados maternos-fetales. Algunos factores de riesgos son: edad materna, enfermedades co-existentes, estilo de vida poco saludable, entre otros.

4.15 EMI (enfermera materno-infantil) y EEMF (enfermera especialista en medicina de familia): Personal de enfermería especializado para realizar actividades de vigilancia prenatal y de comunicación educativa individualizada de acuerdo con los factores de riesgo identificados en la mujer de bajo riesgo obstétrico.

4.16 Equipo de Respuesta Inmediata (ERI): Grupo conformado por personal directivo y operativo, médico y paramédico de diferentes especialidades, administrativo y de servicios de apoyo, como parte de una Estrategia multidimensional, que de manera colegiada realizan una valoración integral de la mujer embarazada o en período de puerperio en la que se detecta una emergencia obstétrica, iniciando tratamiento médico o quirúrgico con seguimiento de la mujer hasta su estabilización.

4.17 Equipo Técnico Médico: Grupo multidisciplinario que participa en la atención del binomio durante su estancia en la unidad médica hospitalaria de segundo o tercer nivel

4.18 expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

4.19 formato “Estudio Médico Social, 4-30-53/2000”: Documento para el registro de los datos socio-médicos del ámbito individual y familiar que interfieren en los resultados del tratamiento médico, obtenidos durante la investigación social.

4.20 formato “Nota de Atención Médica, MF-6/2000”: Documento del Expediente clínico de medicina familiar para el registro de los datos clínicos y paraclínicos que complementan los diagnósticos descritos en la MF-5/2000, obtenidos durante la vigilancia prenatal, cuando no se cuenta con Expediente electrónico.

4.21 formato “Nota de Trabajo Social Médico, 4-30-54/2000”: Documento para el registro de las necesidades de educación para la atención de la salud de la embarazada o puerpera y la descripción de las actividades educativas realizadas por la Trabajadora Social; así como para el registro de otra intervención social y seguimiento de casos.



4.22 formato “Notas Médicas y Prescripción, 4-30-128/72”: Documento del Expediente clínico para el registro de los datos clínicos y paraclínicos, el diagnóstico y tratamiento obtenidos durante la atención hospitalaria.

4.23 formato “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98”: Documento para el registro de la información clínica y paraclínica, el diagnóstico, el tratamiento y la causa o motivo del envío de la mujer en etapa grávido puerperal a otro nivel de atención incluye las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

4.24 formato “Solicitud de Exámenes de Laboratorio, MF-8/2000”: Documento para solicitar los estudios de laboratorio.

4.25 formato “Solicitud de servicios 4-30-200” o “solicitud UMF, 4-30-200”: Documento del expediente clínico de medicina familiar y de hospital que se utiliza para solicitar la atención o interconsulta a otro(s) servicio(s) dentro de la misma Unidad Médica.

4.26 formato “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72”: Documento del expediente clínico para el registro de los datos clínicos de la evolución del embarazo, del parto o aborto y del puerperio inmediato.

4.27 formato “Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF-5/2000”: Documento del expediente clínico de medicina familiar para el registro de los datos clínicos y paraclínicos; así como, de las acciones médico preventivas realizadas durante la vigilancia del embarazo, la referencia y la contrareferencia.

4.28 Iniciativa Hospital /Unidad Amigo del niño y la niña (IHUANyN): Programa impulsado por la OMS y el UNICEF, que favorece la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses y complementaria hasta el 2o año de vida o más. Esta iniciativa contribuye a disminuir la morbilidad infantil en menores de 5 años.

4.29 OIMAC: Oficina de Información Médica y Archivo Clínico, integrada por las y los servidores públicos responsables del proceso del archivo clínico en las Unidades Médicas de Alta Especialidad: la o el Auxiliar Universal de Oficina, Mensajero, Oficial de Página 9 de 238 Clave: 2E10-003-002 Estadística, Coordinador de Estadística y Jefe de Grupo de Estadística cuyas funciones están descritas en Contrato Colectivo de Trabajo y en el Manual Organización de las Unidades Médicas de Alta Especialidad.

4.30 personal de salud: Todos los directivos y operativos que trabajan en las Unidades Médicas de Atención para promover, favorecer, atender, apoyar, e informar a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio con el objetivo de mantener su salud e integridad.

4.31 PRV: (Prueba Rápida Voluntaria) detección voluntaria del virus de inmunodeficiencia humana en mujeres embarazadas en unidades de medicina familiar y hospitales con vigilancia obstétrica.

4.32 PIE: Prueba inmunológica de embarazo.



4.33 RAIS (Registro de actividades de atención integral de la salud): Formato para el registro de las actividades médico preventivas y de limitación al daño, otorgadas por el personal de salud.

4.34 referencia-contrareferencia: Procedimiento técnico-médico-administrativo entre las Unidades Médicas de los tres niveles de atención para facilitar el envío – recepción - regreso de la mujer, con el propósito de brindar atención médica continua, oportuna, integral y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio.

4.35 riesgo obstétrico: Característica o circunstancia presente en la embarazada que incrementa la probabilidad de presentar uno o más daños a la salud de la madre y/o del feto, durante el embarazo, el parto y/o el puerperio.

4.36 riesgo reproductivo: Característica o circunstancia presentes en la mujer en edad fértil (no embarazada) que incrementa la probabilidad de presentar uno o más daños a la salud en caso de embarazo.

4.37 persona recién nacida: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

4.38 sistema de información de medicina familiar (SIMF): Medio electrónico, para el registro de la atención otorgada a las personas que acuden a solicitar atención, que almacena e intercambian los datos del paciente en formato digital, de manera segura y puede tener acceso por múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente, con calidad e integral la atención y cuidados de salud.

4.39 Unidades Médicas de Atención: Unidades de Medicina Familiar, Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención y las Unidades Médicas de Alta Especialidad que participan en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y/o de la persona recién nacida.

4.40 Unidades Médicas Hospitalarias: Unidades Médicas de segundo nivel y a las Unidades Médicas de Alta Especialidad que participan en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y/o puerperio y de la persona recién nacida.

4.41 urgencia o emergencia obstétrica: Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante el embarazo, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

4.42 UTQ (unidad toco-quirúrgica): Área destinada para otorgar atención a la mujer que solicite y amerite atención ginecoobstétrica en las Unidades Médicas Hospitalarias, integrada por diferentes áreas: Admisión, Labor, Sala(s) de expulsión, Quirófano (opcional de acuerdo al tamaño del hospital), Recuperación y para la atención de los neonatos.



4.43 vigilancia prenatal: Proceso de atención a la mujer gestante en medicina familiar, dirigido a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como a la prevención, detección y tratamiento oportuno de las enfermedades más frecuentes y relevantes presentes en el embarazo.

4.44 vigilancia puerperal: Proceso de atención a la paciente en etapa puerperal, en medicina familiar, dirigido al diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades que se puedan presentar durante los siguientes 42 días pos-evento obstétrico.

5 Políticas

5.1. Generales

5.1.1 La entrada en vigor del presente documento actualiza y deja sin efecto al “Procedimiento para Otorgar Atención Materna y Perinatal en las Unidades Médicas de Primero y Segundo Nivel de Atención”, clave 2650-003-001, publicado el 13 de junio del 2013.

5.1.2 El lenguaje empleado en el presente documento, formatos y anexos no busca generar ninguna distinción, ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género representan a ambos sexos, salvo en aquellos casos en que, por la naturaleza del tema, resulte necesaria la precisión de algún género en particular.

5.1.3 El incumplimiento del presente documento, por los servidores públicos involucrados, será causal de las responsabilidades que resulten conforme Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.

5.1.4 Para fines administrativos, la Coordinación de Unidades de Primer Nivel, la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel (CUPN, CUSN) a través de la División de Atención Prenatal, Planificación Familiar y Control del Niño, y la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, respectivamente, tendrán la facultad de interpretar, el presente Procedimiento y resolver los casos no previstos en las Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención; para las Unidades Médicas de Alta especialidad (UMAE) será la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad a través de la División de Atención Médica en UMAE la que tenga esta atribución.

5.1.5 La Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas a través de las Coordinaciones a su cargo realizará la difusión, implementación y supervisión del presente procedimiento en las Unidades de Medicina Familiar y Unidades de Segundo Nivel de Atención.

5.1.6 Los Directores de las Unidades Médicas de Alta Especialidad serán los responsables, a través del personal a su cargo, de la difusión, implementación y supervisión del presente procedimiento en las UMAE.



5.1.7 Los Jefes de Servicio de las Unidades de Medicina Familiar, realizarán la capacitación, asesoría y/o adiestramiento del personal a su cargo involucrado en las actividades señaladas en este procedimiento.

5.1.8 La prescripción de medicamentos de transcripción, deberá realizarse siempre en apego al “Procedimiento para la prescripción y dotación de medicamentos de transcripción entre las unidades médicas de los tres niveles de atención”, clave 2660-A03-001.

5.1.9 El certificado de incapacidad por maternidad, en caso de que sea solicitado por la derechohabiente, deberá ser expedido acorde al “Procedimiento para la Certificación del Derecho al Pago de Subsidios en los Seguros de Riesgos de Trabajo, Enfermedades y Maternidad” clave 9220-003-329.

5.1.10 El certificado de incapacidad por maternidad no presencial, puede realizarse en línea a través de plataforma IMSS digital o www.imss.gob.mx/maternidad.

5.1.11 El personal de salud y administrativo que participa en la atención materna mantendrá la confidencialidad de la información relativa al paciente incluyendo el tratamiento médico quirúrgico.

5.2. Específicas

5.2.1 La Asistente Médica o personal de Enfermería que identifique urgencia médica, en la mujer embarazada o en periodo de puerperio, en las Unidades Médicas de Primer Nivel de atención, se comunicará y enviará a la paciente al servicio de Atención Médica Continua o Servicio de Urgencias, según estructura de la UMF; de no contarse con la estructura mencionada, se informará al directivo médico en turno para gestionar atención urgente en el siguiente nivel de atención.

5.2.2 El Médico recibirá el mismo día a la paciente puérpera que acude de manera espontánea a solicitar atención.

5.2.3 El Médico otorgará la primera consulta de vigilancia puerperal, a los siete días y la segunda a los 28 días posteriores al evento obstétrico. Ante la presencia de complicación(es) la cita es con periodo más corto 3, 7, 10 días, u otro.

5.2.4 El Director de la Unidad Médica Familiar, donde no exista la plataforma del ECE, gestionará la cita de la paciente embarazada o en periodo de puerperio que es referida al siguiente nivel de atención, vía correo electrónico institucional o vía telefónica, informando a la mujer fecha y hora de la cita, dentro de las siguientes 72 horas, vía telefónica.

5.2.5 Cuando el Médico Familiar no tenga acceso al SIMF, registrará los datos de la Vigilancia Prenatal en el formato “Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico Clave MF-5/2000” (Anexo 5), en caso de complicación registrará además la “Nota



de Atención Médica MF-6/2000”. Anotará en el formato RAIS, la ocasión de servicio y las actividades realizadas.

5.2.6 En cada consulta de vigilancia prenatal, de acuerdo al trimestre de la gestación el Médico Familiar impartirá educación a la mujer embarazada y acompañante, en cumplimiento a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC) Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente, dirigida a:

- Identificar y modificar favorablemente los factores de riesgo.
- Identificar oportunamente los signos y síntomas de alarma de las complicaciones más frecuentes y relevantes durante el embarazo, la orienta en qué circunstancias o ante qué síntomas de alarma debe acudir de inmediato al hospital, sin importar el día o la hora.
- Cumplir con las indicaciones y recomendaciones que le hace el personal de salud y las ventajas de ello.
- Informar los beneficios y ventajas del parto vaginal o natural, para la mamá y la persona recién nacida.
- Practicar la lactancia materna, explicar beneficios y ventajas para la mamá y la(s) persona(s) recién nacida(s). A partir de la semana 26 de gestación, la técnica de amamantamiento y de extracción manual de la leche materna.
- Orientar a la paciente embarazada y a su pareja sobre las ventajas y beneficios de usar un método anticonceptivo post evento obstétrico.
- Promover la importancia de llevar a la(s) persona(s) recién nacida(s) a la consulta de la Cita Segura (toma del tamiz neonatal), del 3º al 5º día del nacimiento; y de la vigilancia puerperal a los siete y 28 días pos parto.

5.2.7 Todo el personal médico y administrativo, que participe en la atención de la mujer durante el período de embarazo, parto y puerperio, proporcionará información completa, veraz y oportuna a la mujer, a su acompañante, familiar o persona legalmente responsable, durante su atención.

5.2.8 El personal médico que otorgue atención a la mujer durante el período de embarazo, parto y puerperio, deberá explicar a la mujer y su acompañante, en lenguaje claro, los signos de alarma obstétrica e informarle la disponibilidad de cita abierta los 365 días del año, las 24 horas del día en los servicios de urgencias del IMSS; deberá asegurar el entendimiento de esta instrucción y solicitar firma autógrafa de la mujer y su acompañante en el formato “Notas Médicas y Prescripción, 4-30-128/72” como evidencia de la información otorgada.



5.2.9 Al término de su jornada laboral, el Médico Familiar y el Médico No Familiar Ginecoobstetra, asignado a la consulta externa, identificará a las pacientes de alto riesgo que faltaron a la consulta y notificará a su jefe inmediato superior para su localización la reintegración de la mujer a tratamiento.

5.2.10 El personal directivo y operativo de las Unidades de Médicas involucrado en la atención materno-infantil en el ámbito de su competencia, realizará el Tour Obstétrico conforme al “Lineamiento para Implementación del Tour Obstétrico” (Anexo 2)

5.2.11 En las Unidades Médicas Hospitalarias que otorgan atención obstétrica se aplicará de forma obligatoria el TRIAGE obstétrico de acuerdo al “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico” con el propósito de priorizar la necesidad de atención, de acuerdo con la gravedad de la mujer en etapa grávido-puerperal.

5.2.12 El Subdirector Médico, Coordinadores Clínicos y Jefes de Servicio de Departamentos Clínicos respectivamente, responsables de la atención obstétrica, serán los responsables de integrar los Equipos de Respuesta Inmediata acorde al “Lineamiento para Activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)”, (Anexo 3) y serán responsables de la implementación y funcionamiento adecuado de estos equipos, en los horarios bajo su responsabilidad, los 365 días del año.

5.2.13 El Subdirector Médico, Coordinadores Clínicos, Jefes de Departamentos Clínicos y personal médico operativo (Médico No Familiar Ginecoobstetra, anesthesiólogo, internista y/o intensivista) entregarán en sitio a las pacientes obstétricas graves o en riesgo de morir, a su similar al término de su turno, colocando nombre y firma de entrega-recepción en el expediente clínico, notificando a su jefe inmediato superior las condiciones de entrega recepción, mediante los medios disponibles.

5.2.14 El Jefe de Servicio de Prestaciones Médicas será el responsable de la notificación de la activación del ERI en las Unidades Médicas bajo su responsabilidad, al área de atención materna de la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal (DAGOP) así como de la notificación diaria de la evolución de las pacientes obstétricas graves en riesgo de muerte. En las Unidades Médicas de Tercer Nivel con atención obstétrica, será responsabilidad del Director Médico la notificación y reporte diario de las mujeres en riesgo de morir hasta su mejoría.

5.2.15 El Subdirector médico, Coordinadores Clínicos y Jefes de Servicio de las Unidades Médicas de los tres niveles de atención, responsables de la atención obstétrica, deberán llevar a cabo simulacros de activación ERI en los turnos bajo su responsabilidad al menos una vez al mes y generar evidencia mediante el formato “Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en Unidades Hospitalarias”, clave 2650-A09-178 para el primer nivel, y el formato “Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en UMF”, clave 2650-A09-177 para segundo y tercer nivel de atención, insertos en el “Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)” (Anexo 3).



5.2.16 El Jefe de Servicio y el Jefe del Departamento Clínico responsable de la atención obstétrica respectivamente, en las Unidades Médicas Hospitalarias evaluará y analizará periódicamente la eficiencia, efectividad y oportunidad de los ERI, informando al Director de la Unidad Médica los resultados de la evaluación a través del CICASEP y/o Comité Institucional para el Estudio de la Mortalidad Materna.

5.2.17 La Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas a través de las Coordinaciones a su cargo, implementará lo necesario para favorecer la atención obstétrica amigable, en las Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel con atención obstétrica. En las Unidades Médicas de Tercer Nivel con atención obstétrica, será responsabilidad del Director Médico.

5.2.18 El personal directivo y operativo, sin excepción, otorgará trato digno y respetuoso a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y durante su estancia en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, deberá cumplir y hacer cumplir lo establecido en el “Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas” (Anexo 1).

5.2.19 El personal directivo y operativo de los tres niveles de atención que participan en la atención integral a la mujer en etapa grávido-puerperal, deberán cumplir y hacer cumplir respectivamente, lo establecido en el, “Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio para Prevenir la Violencia Obstétrica”



Responsable	Descripción de actividades
6 Descripción de Actividades Asistente Médica	1. Recibe a la paciente que se presenta para atención en Unidad Médica. Modalidad A Unidad de Medicina Familiar Continúa en la actividad 2. Modalidad B Unidad Hospitalaria de Segundo Nivel Continúa en la actividad 113. Modalidad C Unidad Hospitalaria de Tercer Nivel de Atención Continúa en la actividad 300. Modalidad A Unidad de Medicina Familiar 2. Recibe a la paciente que se presenta para atención del embarazo o seguimiento puerperal y procede conforme al caso. Modalidad A.1 Atención del embarazo Continúa en la actividad 3. Modalidad A.2 Atención en el Puerperio Continúa en la actividad 417. Modalidad A.1 Atención del embarazo Etapas I Confirmación de embarazo 3. Recibe a la paciente que se presenta con cita previa o espontánea para solicitar atención e iniciar la vigilancia del embarazo.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica	Con cita previa Continúa en la actividad 6. Sin cita previa 4. Solicita a la mujer la “Cartilla Nacional de Salud” para su identificación y oferta cita de acuerdo a disponibilidad de horarios, espontánea o concertada mismo día o programar cita previa, en la agenda electrónica y procede conforme al caso. Cita concertada mismo día Continúa en la actividad 6 Programación de cita previa 5. Anota fecha y hora de atención en la “Cartilla Nacional de Salud” y en “Agenda de Citas” electrónica (no mayor a tres días naturales), informa y despide a la paciente. Continúa en la actividad 6. Con cita previa 6. Recibe a la mujer el día de su cita, solicita la “Cartilla Nacional de Salud” para su identificación y verificar la hora de consulta en la agenda electrónica. 7. Mide a la mujer el peso, la talla y la temperatura, registra los datos en el menú “Somatometría” de la sección “Atención Integral”, del SIMF. 8. Conduce a la mujer y en su caso a su acompañante con el Médico Familiar. En su momento asiste al Médico Familiar durante la exploración física de la paciente.
Médico Familiar	9. Recibe a la paciente y en su caso a su acompañante, otorga atención y efectúa interrogatorio para identificar estado de embarazo.



Responsable	Descripción de actividades
	Se corrobora el embarazo Continúa en la actividad 21.
Médico Familiar	No se corrobora embarazo 10. Elabora nota médica en la sección “Auxiliares de Dx y Tx” del SIMF, menú “Solicitud de Laboratorio”: solicitando la prueba inmunológica de embarazo (PIE), imprime y entrega a la paciente para que acuda al servicio correspondiente.
	11. Informa a la mujer y a la Asistente Médica que la próxima cita será dentro de los siguientes cinco días naturales para valorar los resultados de la PIE.
Asistente Médica	12. Registra en la “Cartilla Nacional de Salud” de la mujer y en la “Agenda de Citas” la fecha y hora de la próxima consulta que le indicó el médico, promueve las ventajas y beneficios de acudir a la siguiente consulta.
	13. Recibe a la mujer, que se presenta con resultados de la PIE, solicita la “Cartilla Nacional de Salud” para su identificación y verifica la hora de la consulta en la sección “Agenda de Citas” electrónica.
	14. Mide el peso, la talla y la temperatura de la paciente, registra los datos en el menú “Somatometría” de la sección “Atención Integral”, del SIMF, conduce a la paciente y acompañante con el Médico Familiar y asiste al Médico Familiar durante la exploración física de la paciente.
Médico Familiar	15. Recibe a la paciente que acude con resultados de PIE, la revisa y le informa.
	Con PIE positiva Continúa en la actividad 21.
	Con PIE negativa



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	16. Valora y registra los datos clínicos y resultado de la PIE en nota médica del SIMF. 17. Oferta la consulta preconcepcional. No se acepta consulta preconcepcional 18. Promueve estilos de vida saludable y otros servicios con los que cuenta la unidad (PrevenIMSS, Dental, Trabajo Social y Nutrición y Dietética) para una atención integral y despide a la paciente y concluye procedimiento. Si acepta consulta preconcepcional 19. Indica a la asistente Médica otorgar cita a la paciente para consulta preconcepcional.
Asistente Médica	20. Registra en la “Cartilla Nacional de Salud” de la mujer y en la “Agenda de Citas” la fecha y hora de la próxima consulta que le indicó el médico. Promueve las ventajas y beneficios de acudir a la consulta preconcepcional y concluye procedimiento. Con PIE positiva Se corrobora el embarazo
Médico Familiar	21. Identifica y valora factores de riesgo reproductivo y obstétrico, a través del interrogatorio de antecedentes y efectúa el registro en el módulo “Vigilancia Prenatal”, en la pestaña “Antecedentes”. 22. Identifica y valora la evolución del embarazo mediante el interrogatorio y la exploración física; registra los datos en las pestañas “Estado Actual” y “Evolución/Res. Lab.” del módulo “Vigilancia Prenatal”. 23. Selecciona al final de la consulta, el diagnóstico de “Supervisión de embarazo Normal” o el de la(s) complicación(es), categorías CIE-10 (O13, O14, O16, O23, O24, O30, O42, O44, O98, O99 y Z34, y la ocasión del servicio, de la pestaña “Dx y Tx” del módulo “Vigilancia Prenatal”.



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	24. Solicita en el SIMF en la sección “Auxiliares de Dx y Tx”, menú “Solicitud de Laboratorio”: biometría hemática, examen general de orina, creatinina, ácido úrico, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo y Rh (cuando se desconocen), imprime y entrega el formato a la paciente embarazada. 25. Envía a la paciente embarazada con formato “Solicitud de servicio en la unidad, 4-30-200” (Anexo 6), al Módulo PrevenIMSS para la realización de la Prueba Rápida Voluntaria dual (PRV) de anticuerpos para VIH/Sífilis, previa autorización de la paciente y le informa de la importancia de acudir al Módulo y de realizarse la PRV en tres ocasiones, durante el embarazo (primer, segundo y tercer trimestre). 26. Registra el tratamiento NO farmacológico (recomendaciones para el cuidado del embarazo e información otorgada a la mujer sobre signos y síntomas de alarma) en la pestaña “Dx y Tx”, del SIMF. 27. Informa a la mujer embarazada y en su caso a su acompañante la evolución del embarazo, las ventajas de realizarse los estudios de laboratorio y la importancia de presentarse a las consultas subsecuentes y a las que le otorgue el personal de salud. 28. Informa a la paciente embarazada que la próxima cita será en los siguientes 7 a 10 días naturales para valorar los resultados de los estudios prenatales. 29. Indica a la Asistente Médica la fecha de la próxima consulta. 30. Registra en la “Cartilla de la mujer embarazada” y en la “Agenda de Citas” la fecha y hora de la próxima consulta que le indicó el Médico y promueve las ventajas y beneficios de acudir a la siguiente consulta para continuar la vigilancia del embarazo.



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	31. Anota los datos requeridos en “Registro nominal de entrega de la Cartilla de la mujer embarazada” (Anexo 4) y solicita a la mujer embarazada firme de recibido, le entrega la “Cartilla de la mujer embarazada”, informándole sobre la importancia de su uso, de registrar la evolución de su embarazo y de portarla durante este periodo para que el personal de salud (estomatología, trabajo social, EMI o EEMF, nutrición y dietética, PrevenIMSS, etc.), anote la fecha y hora de las consultas otorgadas.
	Etapas II Segunda consulta de vigilancia prenatal (Atención Médico Familiar)
Asistente Médica	32. Recibe a la mujer embarazada que acude a consulta subsecuente, le solicita la “Cartilla de la Mujer Embarazada” para su identificación, verifica la hora de la consulta en la sección “Agenda de citas” electrónica, del SIMF. 33. Mide el peso, la talla y la temperatura de la mujer, registra los datos en el menú “Somatometría” de la sección, “Atención Integral del SIMF” y en su momento asiste al Médico Familiar durante la exploración física. 34. Conduce a la mujer embarazada y en su caso a su acompañante con el Médico Familiar.
Médico Familiar	35. Recibe a la paciente embarazada, valora y registra en los rubros correspondientes, los datos clínicos de la evolución de la gestación y los resultados de los estudios prenatales (laboratorio y gabinete), en las pestañas, “Estado Actual” y “Evolución/Res. Lab.” del módulo “Vigilancia Prenatal”. 36. Valora el riesgo obstétrico con la calificación automatizada que muestra el SIMF. NOTA: La ponderación del riesgo obstétrico, del SIMF, es similar a los valores de la nota “Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF-5/2000”, (Anexo 5) del expediente clínico “tradicional”. La calificación cuatro o



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	más corresponde a embarazo de alto riesgo obstétrico, menos de cuatro identifica al embarazo de bajo riesgo obstétrico. 37. Selecciona al final de la consulta, el diagnóstico de “Supervisión de embarazo Normal” o el de la(s) complicación(es), categorías CIE-10 (O13, O14, O16, O23, O24, O30, O42, O44, O98, O99 y Z34), y la ocasión del servicio, de la pestaña “Dx y Tx” del módulo “Vigilancia Prenatal. 38. Ingresa al SIMF, registra e imprime la “Solicitud de servicio, 4-30-200” (Anexo 6), para el envío de la embarazada a la EMI o EEMF o Trabajo Social y a otros servicios y procede conforme al caso. Embarazo de alto riesgo obstétrico (Calificación de 4 o más) Continúa en la actividad 40. Embarazo de bajo riesgo obstétrico (Calificación menos de 4) 39. Envía a la paciente embarazada de bajo riesgo con menos de 32 semanas de gestación, a partir de la segunda consulta de vigilancia prenatal con la Enfermera Materno Infantil (EMI) o con la Enfermera Especialista en Medicina de Familia (EEMF), para continuar la vigilancia del embarazo y acciones preventivas en el cuidado de la salud materna y perinatal. NOTA1: Envía a Trabajo Social a la mujer embarazada de bajo riesgo para su integración a las sesiones grupales de las estrategias educativas. NOTA 2: El envío de la embarazada a la EMI o EMF o a Trabajo Social, estará condicionado a la existencia de estas categorías en la Unidad de Atención. Continúa en la actividad 50. Embarazo de alto riesgo obstétrico (Calificación de 4 o más)



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	40. Envía a la paciente embarazada de alto riesgo con menos de 32 semanas de gestación al servicio de Trabajo Social, a partir de la segunda consulta de vigilancia prenatal, para la entrevista diagnóstica, inicial y educativa e integrar a sesión(es) grupal(es) en las estrategias educativas o para su abordaje personalizado. NOTA: El envío de la embarazada a la EMI o EMF o a Trabajo Social, estará condicionado a la existencia de estas categorías en la Unidad de Atención. 41. Informa a la embarazada y acompañante de la evolución del embarazo, del motivo por el cual envía a la EMI o EEMF, o a Trabajo Social y a otro servicio dentro de la unidad, entrega la “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6). • A PrevenIMSS. • A estomatología preventiva. • A nutrición y dietética, etc. 42. Registra en el SIMF el diagnóstico, el tratamiento no farmacológico, el tratamiento farmacológico (receta), de tratarse de mujer embarazada Derechohabiente, el certificado de incapacidad por maternidad, a partir de la semana 34 (en base a la normatividad vigente para expedición de incapacidades), y de requerir envío al siguiente nivel de atención, conforme a lo siguiente: a) La pestaña “Dx y Tx” del módulo “Vigilancia Prenatal” en el campo: “Información del Diagnóstico”, selecciona el o los diagnósticos(s), en base a las Categorías CIE-10: O13, O14, O16 O23, O24, O30, O42, O44, O98, O99, Z34; motivo(s) de la atención y la ocasión del servicio de cada uno de ellos. “Tratamiento NO Farmacológico”, las indicaciones higiénico-dietéticas y/o de hábitos favorables para el cuidado de la salud. b) La sección “Auxiliares Dx y Tx”, selecciona el menú:



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	“Receta” para la prescripción de fármacos, imprime la receta individual, y la entrega a la paciente embarazada, le explica el modo de uso. “Incapacidad”, para expedir el certificado, anota los datos de la paciente, el diagnóstico, el tipo de incapacidad (enfermedad general o maternidad), la fecha de inicio y de término y días otorgados. Lo imprime y entrega a la paciente embarazada. NOTA: El Certificado de Incapacidad por maternidad se expide de acuerdo con lo establecido en la Ley del Seguro Social, en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y Criterio de interpretación, publicado en el Diario Oficial vigente. No debe condicionarse esta prestación al número de consultas de vigilancia prenatal y/o asistencia a trabajo social u otros servicios. c) En la sección “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” cuando la mujer sea enviada al siguiente nivel de atención. No requiere referencia a Otro Nivel de Atención Continúa en la actividad 50. Referencia a Otro Nivel de Atención. 43. Comunica a la paciente embarazada de alto riesgo o con complicación que será referida al siguiente nivel de atención. 44. Elabora “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” del “SIMF”, de acuerdo con los criterios técnico médicos vigentes o los protocolos de atención elaborados e implantados localmente y Guías de Práctica Clínica. 45. Imprime la Nota “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98”, firma y otorga en original y copia a la paciente para entregar a la Asistente Médica, así como original de “Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo obstétrico, MF-5/2000” (Anexo 5).



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	46. Orienta a la embarazada y a su acompañante sobre el motivo o causa del envío: a. La atención de la complicación obstétrica o enfermedad preexistente o intercurrente. b. La atención del parto. c. Continuar la vigilancia del embarazo de bajo riesgo con la Enfermera Prenatal de Hospital (EPH), envía entre la semana 34 - 36 de la gestación, caso contrario, continuará la vigilancia prenatal con Médico Familiar. NOTA 1: El campo "Resumen Clínico" de la "Referencia (4-30-8)" se muestra inhabilitado, la nota de vigilancia prenatal debe anexarse al envío. NOTA 2: El envío a la EPH, estará condicionado a que exista esta categoría en el hospital con atención ginecoobstétrica, de la misma localidad. El envío a la EPH no debe generar viáticos, ni transporte a la Unidad Médica que refiere.
Asistente Médica	47. Recibe de la paciente la Nota de "Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98", gestiona la fecha de la cita (a través de la plataforma del ECE) a la especialidad requerida y lo devuelve a la paciente, informando la fecha de su cita. 48. Orienta a la mujer embarazada, según corresponda a las semanas de gestación, informa sobre la importancia de acudir a la cita para continuar la vigilancia del embarazo con el Médico Familiar o de acudir a urgencias en el hospital en caso de presentar datos de alarma, sin importar el día o la hora. 49. Informa a la embarazada de 34 semanas de gestación o más, la trascendencia de solicitar la cita de puerperio, para acudir a los 7 y 28 días posteriores al parto y valorar sus condiciones de salud y procede conforme a la referencia requerida. Continúa en la actividad 113.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica	No requiere referencia a Otro Nivel de Atención 50. Indica a la Asistente Médica la fecha de la próxima consulta de la embarazada de alto riesgo o con complicación, que no fue referida a otro nivel de atención; así como de la embarazada de bajo riesgo que no derivó a la EMI o a la EEMF NOTA: La cita para la vigilancia prenatal será menor a 30 días, cuando la embarazada tenga factores de riesgo o presente una complicación que requiera de atención con mayor frecuencia (3, 7, 10 días, u otra). 51. Registra en la “Cartilla de la mujer embarazada” y en la “Agenda de Citas” la fecha y hora de la próxima consulta que le indicó el Médico y promueve las ventajas y beneficios de acudir a la siguiente consulta para continuar la vigilancia del embarazo. Etapas III Tercera consulta o más de vigilancia prenatal (Atención Médico Familiar) 52. Recibe a la mujer embarazada que acude a cita subsecuente o que es enviada por la EMI o EEMF, le solicita la “Cartilla de la Mujer Embarazada” para su identificación, verifica o anota la hora de la consulta en la sección “Agenda de citas” electrónica, del SIMF. 53. Mide el peso, la talla y la temperatura de la mujer, registra los datos en el menú “Somatometría” de la sección, “Atención Integral del SIMF” y en su momento asiste al Médico Familiar durante la exploración física. 54. Conduce a la mujer embarazada y en su caso a su acompañante con el Médico Familiar.
Médico Familiar	55. Recibe a la paciente embarazada, valora y registra en los rubros correspondientes los datos clínicos de evolución del embarazo y de la exploración física en las pestañas, “Estado Actual” y “Evolución” en el módulo de Vigilancia Prenatal y verifica si tiene resultados de laboratorio.



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	No cuenta con resultados de laboratorio 56. Solicita en la sección “Auxiliares de Dx. y Tx”, menú “Solicitud de Laboratorio” los estudios, en caso de no contar con resultados de laboratorio y gabinete correspondientes, de acuerdo con la edad gestacional: • Biometría hemática entre la semana 18 a 20 y 32 a 34. • Examen general de orina y urocultivo, entre la semana 18 a 20 y 32 a 34. • Prueba de tolerancia a la glucosa, como tamizaje, a las embarazadas con factores de riesgo para diabetes mellitus (antecedentes personales heredo familiares, obesidad, macrosomía). Continúa en la actividad 58. Cuenta con resultados de laboratorio 57. Revisa e interpreta los resultados de exámenes de laboratorio o gabinete que presente la mujer, en las pestañas, “Res. Lab.” del módulo “Vigilancia Prenatal 58. Registra el diagnóstico, el tratamiento no farmacológico, el farmacológico (receta) y en su caso, el certificado de incapacidad por maternidad, en: • La pestaña “Dx y Tx” del módulo “Vigilancia Prenatal” en el campo: • “Información del Diagnóstico”, selecciona el o los diagnóstico(s) motivo(s) de la atención; Categorías del CIE 10 (O13 Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo), O14 Preeclampsia, O16 Hipertensión materna, no especificada, O23 Infección de vías urinarias en el embarazo, O24 Diabetes mellitus en el embarazo, O30 Embarazo múltiple, O42 Ruptura prematura de las membranas, O44 Placenta previa, O98 Enfermedades maternas infecciosas



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio, O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio, Z34 Supervisión de embarazo normal) y la ocasión del servicio de cada uno de ellos, del SIMF. • “Tratamiento NO Farmacológico”, las indicaciones higiénico-dietéticas y/o de hábitos favorables para el cuidado de la salud. • La sección “Auxiliares Dx y Tx”, selecciona el menú: • “Receta” la prescripción de fármacos, imprime la receta individual, y la entrega a la paciente embarazada, le explica el modo de uso. • “Incapacidad”, para expedir el certificado, anota los datos de la paciente, el diagnóstico, el tipo de incapacidad (enfermedad general o maternidad), la fecha de inicio y de término, los días otorgados. Lo Imprime y entrega a la paciente embarazada. NOTA 1: El Certificado de Incapacidad por maternidad se expide de acuerdo con lo establecido en la Ley del Seguro Social, en el Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS y Criterio de interpretación, publicado en el Diario Oficial vigente. NOTA 2: No debe condicionarse el Certificado de Incapacidad al número de consultas de vigilancia prenatal y/o asistencia a trabajo social u otros servicios. 59. Ingresa, registra e imprime la “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6) para el envío de la embarazada a otros servicios en caso de identificar que la mujer embarazada tiene pendiente acudir a algún servicio 60. Informa a la embarazada y acompañante, de la evolución del embarazo y reitera la importancia del envío a la EMI o EMF, o a Trabajo Social u otro servicio dentro de la unidad, entrega la “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6).



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	61. Imparte educación a la paciente embarazada y acompañante, de acuerdo a lo establecido en la política 5.2.6 y procede conforme al caso. No requiere referencia a Otro Nivel de Atención ni envío a otros servicios Continúa en la actividad 50. Referencia a Otro Nivel de Atención Continúa en la actividad 43. Atención por Trabajo Social Continúa en la actividad 83. Atención por EMI o EEMF
Asistente Médica	62. Recibe, exclusivamente, a la paciente embarazada de bajo riesgo que refiere el Médico Familiar con la forma “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6) 63. Solicita la “Cartilla Nacional de Salud” para su identificación y en su caso entrega la “Cartilla de la mujer embarazada”, informa sobre el propósito y la utilidad del registro en este documento. 64. Anota la solicitud de atención o verifica la hora de la consulta de la paciente embarazada en la sección “Agenda de Citas” electrónica y, en su momento, conduce a la paciente embarazada y a su acompañante con EMI o EEMF, según corresponda. 65. Mide el peso, la talla y la temperatura de la paciente embarazada, registra los datos en el menú “Somatometría” de la sección “Atención Integral”, del SIMF NOTA: La EMI realiza las actividades correspondientes a esta categoría cuando no tenga Asistente Médica.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera(o) Materno Infantil o Enfermera(o) Especialista en Medicina de Familia	66. Recibe en el consultorio a la embarazada de bajo riesgo y acompañante, para continuar la vigilancia del embarazo. 67. Consulta la información clínica y paraclínica de la gestante en la “Nota de Vigilancia Prenatal”, del SIMF; así como las indicaciones registradas por el Médico Familiar para su cumplimiento. 68. Otorga la atención prenatal de acuerdo con los criterios técnico-médicos vigentes o los protocolos de atención elaborados e implantados localmente con referencia en normatividad sectorial y de Guías de Práctica Clínica NOTA: Cuando la EMI o EEMF no tengan acceso al Expediente Clínico Electrónico, la información de la atención otorgada se registra en el formato “Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF-5/2000”, (Anexo 5) y Nota de Atención Médica. Las actividades realizadas las anota en el formato RAIS. 69. Identifica y valora los datos clínicos de la evolución del embarazo, los registra en la pestaña “Estado actual” del módulo Vigilancia Prenatal. 70. Identifica por interrogatorio y exploración física, la presencia o ausencia de síntomas y/o signos de alarma de las enfermedades más frecuentes que complican el embarazo y los registra en la pestaña “Evolución del embarazo”. 71. Verifica la presencia o ausencia de alteraciones en los resultados de laboratorio: biometría hemática, examen general de orina, urocultivo, glucemia u otros. 72. Registra en la pestaña “Evolución/Res. Lab” los datos clínicos de infección genitourinaria u otra patología y los resultados paraclínicos. 73. Valora la calificación del riesgo obstétrico en la pestaña “Dx y Tx”, puede consultar los factores de riesgo presentes y su ponderación en el botón color rojo del campo “Riesgo obstétrico”.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera(o) Materno Infantil o Enfermera(o) Especialista en Medicina de Familia	NOTA: La EMI y la EEMF, no elaboran ni registran diagnósticos, el sistema inhabilita este campo en forma automática. 74. Otorga a la paciente embarazada educación personalizada de acuerdo con los factores de riesgo presentes, dirigida a: • Identificar y modificar favorablemente el conocimiento y conductas para el cuidado de la salud del binomio. • Identificar oportunamente la presencia de síntomas y/o signos de alarma, de las enfermedades más frecuentes y relevantes durante el embarazo. • Acudir en forma inmediata al hospital que le corresponda en presencia de signos y síntomas de alarma. Informar la ubicación del hospital. • Cumplir con las indicaciones y recomendaciones del personal de salud. 75. Elabora la receta individual para la prevención de la anemia, ingresando al menú “Receta”, para registrar los datos correspondientes, imprime y entrega a la paciente, explica los beneficios y la importancia de la adherencia al tratamiento farmacológico. 76. Solicita en la sección “Auxiliares de Dx y Tx”, menú “Solicitud de Laboratorio”; los exámenes de acuerdo a las semanas de gestación, imprime y entrega el documento a la paciente embarazada. 77. Aplica a la embarazada las vacunas anti influenza, toxoide tetánico y diftérico (Td) o Tdpa y registra la acción en el módulo de “Programas integrados” y en la “Cartilla de la mujer embarazada”. 78. Promociona y ofrece la realización de la PRV dual en cada trimestre del embarazo y registra la acción en el módulo de “Programas integrados” y en la “Cartilla de la mujer embarazada”.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera(o) Materno Infantil o Enfermera(o) Especialista en Medicina de Familia	79. Informa de las ventajas del parto natural y de espaciar el próximo embarazo o concluir la reproducción al aceptar un método anticonceptivo post evento obstétrico, a partir de la semana 28 de gestación. 80. Registra el “Formato de consentimiento Informado en Planificación Familiar, CSR-CI-2004”, clave 2230-009-036, conforme establece el “Procedimiento de Planificación Familiar en la Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2230-003-001. NOTA: El “Formato de consentimiento informado en Planificación Familiar CSR-CI-2004”, clave 2230-009-036 es el Apéndice 6 del anexo 9 del “Procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2330-003-001. 81. Promueve la importancia de la protección específica y la detección de padecimientos que afectan la salud de la(s) persona(s) recién nacida(s). 82. Registra en la pestaña “Dx. Tx.” en el campo “Tratamiento No Farmacológico”, las actividades educativas realizadas, dirigidas a la modificación o control de los factores de riesgo presentes y al cuidado de la salud del binomio; así como la fecha y hora de la próxima consulta en la “Cartilla de la mujer embarazada” y en la “Agenda de Citas”. Continúa en la actividad 59. Atención por trabajo social
Trabajador(a) Social	83. Informa y orienta a la(s) paciente(s) embarazada(s) que se presenta(n) espontáneamente al servicio, sobre las ventajas de acudir a la vigilancia del embarazo. 84. Recibe a la paciente embarazada de alto riesgo citada o referida por el Médico Familiar con la “Solicitud de servicio en la unidad, 4-30-200”, Anexo 6) así como, a la embarazada de bajo riesgo que el Médico Familiar no envió con la EMI o EEMF.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador(a) Social	85. Registra la fecha y hora de la entrevista inicial en la “Agenda de citas” del SIMF y en la “Cartilla de la mujer embarazada.” Fase 1 Entrevista Inicial (Diagnóstica) 86. Recibe a la paciente embarazada y en su caso acompañante, que envía el Médico Familiar para identificar las características personales, el estilo de vida y los aspectos socioculturales que influyen negativamente en el cumplimiento de indicaciones y/o recomendaciones del personal de salud, así como para promover el desarrollo de actitudes y conductas favorables en beneficio del binomio madre-hijo, de acuerdo a sus necesidades de educación para el cuidado durante el embarazo. NOTA: En caso de no tener acceso al SIMF, utilizar el formato “Nota de Trabajo Social Médica, 4-30-54/72”, del Expediente Clínico “tradicional”. 87. Anota en la pestaña “Nota de Trabajo Social” la opción “Entrevista”, la ocasión del servicio primera vez y la actividad técnica “Entrevista Diagnóstica”. 88. Elabora y registra en el campo “Resumen de la Nota o Entrevista de Trabajo Social”, las necesidades educativas obtenidas en el interrogatorio de acuerdo con el trimestre de gestación y el plan educativo individualizado dirigido a: • La identificación de los factores de riesgo y el desarrollo de actividades para modificarlos. • La identificación de síntomas y/o signos de alarma de las complicaciones más frecuentes en el embarazo. • El desarrollo de actividades para mejorar los factores de riesgo y prevenir las complicaciones más frecuentes del embarazo.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador(a) Social	• Cuándo, cómo y dónde acudir en caso de presentar síntomas y/o signos de alarma. • Las ventajas y beneficios del parto natural; así como de espaciar el próximo embarazo al aceptar un método de planificación familiar postevento obstétrico. • La importancia de la protección específica y la detección de los padecimientos que afectan la salud de la persona recién nacida. 89. Determina y registra de acuerdo al diagnóstico de necesidades y al plan educativo, las actividades de comunicación educativa a desarrollar, entrevista(s) educativa(s) o incluir a la mujer embarazada en la(s) sesión(es) educativa(s) y en el campo “Diagnóstico”. 90. Selecciona el enunciado “Necesidades educativas para el cuidado del embarazo e inicia con mensajes educativos dirigidos a desarrollar cambios favorables en la actitud y conducta de la paciente embarazada en beneficio de la salud materna y perinatal, de acuerdo con el plan educativo individualizado. 91. Promueve la asistencia a las consultas de vigilancia prenatal, del puerperio y a otras citas que le otorgue el personal de salud. 92. Concluye la entrevista, agradece la asistencia de la paciente e informa sobre la comunicación educativa que abordará con ella (entrevista educativa o sesión educativa). 93. Registra en la “Cartilla de la mujer embarazada” y en la “Agenda de Citas”, la fecha y hora de la próxima actividad educativa e informa a la embarazada y acompañante de la importancia de acudir a la siguiente entrevista educativa o a la sesión educativa, según sea el caso y despide a la paciente. NOTA: En caso de que la intervención de Trabajo Social, sea a través de sesiones educativas, la cita quedará



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador(a) Social	supeditada a que la Trabajadora Social cree los grupos educativos y los programe. Sesión Educativa Continúa en la actividad 99. Entrevista Educativa Subsecuente 94. Recibe a la embarazada citada y a su pareja o acompañante, para continuar con el plan educativo individualizado, elaborado en la entrevista diagnóstica y proporciona los mensajes educativos de acuerdo con el trimestre del embarazo. 95. Aplica durante la entrevista, las técnicas didácticas que permitan la interacción y la participación de la embarazada en un clima de confianza y respeto. 96. Anota en la pestaña “Nota de Trabajo Social” la opción “Entrevista”, la ocasión del servicio “subsecuente” y la actividad técnica “Entrevista Educativa”, elabora y registra en el campo “Resumen de la Entrevista de Trabajo Social”, las actividades educativas realizadas de acuerdo con el trimestre de gestación y el plan educativo individualizado. 97. Concluye la entrevista, agradece la asistencia de la paciente e informa sobre la importancia de acudir a las consultas de vigilancia prenatal, del puerperio y a otras citas que le otorgue el personal de salud. 98. Registra en la “Cartilla Nacional de Salud” y en la “Agenda de Citas”, la fecha y hora de la próxima entrevista e informa a la paciente embarazada y a su acompañante en su caso de la importancia de acudir a la siguiente entrevista educativa. Continúa en la actividad 99.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador(a) Social	Sesión Educativa
	99. Integra grupos educativos de pacientes embarazadas por trimestre de gestación o por factores de riesgo comunes o por complicaciones frecuentes, de acuerdo a las necesidades de educación detectadas en la entrevista inicial o de diagnóstico
	100. Planea las sesiones educativas y programa los grupos de conformidad con la disponibilidad de horario y las necesidades detectadas.
	101. Recibe a las pacientes embarazadas, les solicita su “Cartilla de la mujer embarazada” y confirma su asistencia en la “Agenda de Citas”.
	102. Da la bienvenida, se identifica e imparte la comunicación educativa a las pacientes embarazadas en las sesiones grupales, aplicando técnicas didácticas participativas.
	103. Registra las actividades realizadas en la pestaña “Nota de Trabajo Social”, opción “Sesión”, la ocasión del servicio “subsecuente” y la actividad técnica “Sesión Educativa”.
	104. Concluye la sesión educativa, agradece la asistencia y la participación de las pacientes y sus acompañantes (en caso de que hayan ido en compañía de alguna persona) y les recuerda la importancia de seguir acudiendo a sesiones educativas.
	105. Otorga cita para continuar la comunicación educativa mediante Entrevista o Sesión grupal, la registra en la “Agenda de Citas” y en la “Cartilla de la mujer embarazada” y la despide.
	Fase 2 Tour Obstétrico
	106. Recibe a la mujer embarazada de 28 a 34 semanas de gestación citada o referida por el Médico Familiar, la EMI o la EESP con la “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6), o a la



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador(a) Social	mujer que acude a entrevistas o sesiones educativas dentro del Programa Institucional o en su caso en la Iniciativa Hospital/Unidad Amigo del Niña y la Niña (IH/UANyN), para programar la visita del Tour Obstétrico.
	107. Otorga cita e informa a la embarazada el lugar, fecha y hora en que se llevará a cabo el Tour Obstétrico, anota en la “Cartilla de la Mujer Embarazada” la fecha y horario establecido.
	108. Resguarda la “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6), para programar la visita del “Tour obstétrico”.
	109. Coordina la visita y envía el “Informe de Mujeres Embarazadas que se integran al Tour obstétrico” (Anexo 9) a la Jefe de Trabajo Social de la Unidad Hospitalaria y la fecha de acuerdo con el “Lineamiento para implementación del Tour obstétrico” (Anexo 2).
	Fase 3 Reconquista de Embarazadas
	110. Realiza la reconquista de las pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico a solicitud del Médico Familiar, Coordinadora de Asistentes Médicas o del Jefe de Servicio de Medicina Familiar o del Director de la Unidad de Medicina Familiar.
	111. Elabora la “Nota de trabajo social” con las actividades de reconquistas realizadas y sus resultados y registra en el libro de “Control de Pacientes de Alto Riesgo Remisos”.
	Fase 4 Estudio Médico Social
	112. Realiza el estudio médico social a solicitud del Médico Familiar o del directivo en funciones, elabora el diagnóstico, registra los datos y las recomendaciones efectuadas en la pestaña “Estudio social médico”.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador(a) Social	NOTA: En caso de no tener acceso al SIMF utiliza el formato “Estudio de Trabajo Social en el Área Médica 4-30-53/2000”, el cual, se encuentra como (Anexo 3) del “Procedimiento para la intervención de trabajo social en unidades hospitalarias”, clave 2660-003-028. Continúa en la actividad 1. Modalidad B Unidad Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención
Personal asignado por el administrador de la Unidad	113. Recibe a la mujer embarazada o puérpera que se presenta en la Unidad Médica y la orienta respecto al servicio al que fue enviada según corresponda. Consulta Externa Continúa en la actividad 114. Triage Continúa en la actividad 152.
Asistente Médica	Consulta Externa 114. Recibe a la mujer embarazada o puérpera que se presenta a la consulta externa de primera vez, con nota de “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” o subsecuente con cita programada. 115. Solicita “Cartilla de la Mujer Embarazada” o “Cartilla Nacional de Salud”, corrobora la identidad y le informa fecha y hora de la consulta, así como el consultorio donde será atendida. NOTA: Cuando la mujer embarazada no cuente con “Cartilla de la Mujer Embarazada”, se le otorgará, previo registro de los datos de la derechohabiente y se le informará la importancia de leerla y seguir las recomendaciones ahí descritas.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General	116. Llama a la mujer embarazada, se identifica con su nombre y cargo y la conduce, junto con su acompañante, al consultorio de acuerdo con el horario de consulta. 117. Identifica a la mujer embarazada por su nombre y número de seguridad social, con apego a la “Guía



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General	para la Implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018. NOTA: La “Guía para la Implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 es el Anexo 1 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-056 118. Realiza la somatometría, toma los signos vitales y registra los datos en el formato “Notas Médicas y Prescripción, 4-30-128/72”. 119. Acompaña y asiste al Médico No Familiar Ginecoobstetra durante el interrogatorio, exploración física y la realización de procedimientos específicos o generales.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	120. Recibe información de la Enfermera General de consulta externa de la llegada de la paciente y su familiar, los saluda con amabilidad y recibe documentación para su atención. 121. Recibe a la mujer embarazada y a su acompañante, se identifica por su nombre y cargo y otorga atención médica. 122. Realiza interrogatorio, exploración física e interpretación de los estudios en caso de presentarlos. Sospecha de muerte fetal in útero 123. Confirma mediante ultrasonido y en caso confirmado lleva a cabo actividades 2 a 87 del “Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios”, clave 2660-003-008. Continúa en la actividad 137.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Sin sospecha de muerte fetal in útero 124. Solicita los estudios de laboratorio y/o gabinete, necesarios en el formato “Solicitud de exámenes de laboratorio, 4-105-2001” y/o “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000”; prescribe, en su caso, los medicamentos en la “Receta individual” e informa a la mujer y a su acompañante sobre vía de administración, dosis, horario, duración y posibles reacciones adversas. NOTA: El formato Solicitud de Exámenes de Laboratorio, 4-105-2001 y el formato Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000, son el anexo 8 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-056. 125. Establece los hallazgos y el plan de tratamiento en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” conforme a la NOM-007-SSA2 2016 y registra en el formato “Control e informe de la Consulta Externa, 4-30-6/17” clave 2E10-009-001 y procede conforme al caso. NOTA: El formato “Control e informe de la Consulta Externa 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001 es el anexo 1 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002. Modalidad B.1 Alta de la Consulta Externa de Ginecoobstetricia Contrareferencia a la Unidad de Medicina Familiar de Adscripción Continúa en la actividad 126. Modalidad B.2 Referencia a otra unidad hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de Atención Continúa en la actividad 129.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Modalidad B.3 Consulta de Ginecoobstetricia (subsecuente) Continúa en la actividad 131. Modalidad B.4 Envío a Unidad Toco Quirúrgica (UTQ) Continúa en la actividad 137. Modalidad B.1 Alta de la Consulta Externa de Ginecoobstetricia Contrareferencia a la Unidad de Medicina Familiar de Adscripción 126. Informa, de manera clara y sencilla a la mujer embarazada y/o puérpera y en su caso a su acompañante, el motivo por el que continuará la atención en la Unidad de Medicina Familiar de adscripción. 127. Entrega receta e incapacidad en caso de requerirlo. 128. Elabora el formato "Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98" en original y dos copias, y entrega a la paciente para que continúe su atención en su UMF de adscripción. Continúa en la actividad 32. Modalidad B.2 Referencia a otra Unidad Hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de Atención 129. Explica de forma clara y sencilla a la mujer embarazada y/o puérpera así como a su acompañante, sobre la causa o motivo de continuar la atención en otra Unidad Médica de segundo o tercer nivel de atención.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	130. Elabora y entrega a la paciente el formato “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” en original y dos copias para que continúe su atención y procede conforme al caso. Referencia a otra Unidad de Segundo Nivel de Atención Continúa en la actividad 113. Referencia a Tercer Nivel de Atención Continúa en la actividad 300. Modalidad B.3 Consulta de Ginecoobstetricia (subsecuente) 131. Informa a la mujer embarazada y/o puérpera y a su acompañante, que continuará la atención en la Consulta Externa de Ginecoobstetricia. 132. Solicita los estudios paraclínicos y de gabinete necesarios, mediante el formato “Solicitud de exámenes de laboratorio, 4-105-2001” y/o “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000”, según requiera. 133. Indica fecha de la próxima consulta y envía al control de asistentes médicas para agendar cita, acorde al “Procedimiento para otorgar atención médica en la consulta externa de especialidades en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención” clave 2660-003-052. 134. Informa a la mujer y a su acompañante sobre la necesidad de incorporarse a las estrategias educativas valoración social, nutricional y envía a la mujer con su acompañante a los servicios de Trabajo Social y Nutrición para su programación, con el formato “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6) en original y copia.



Responsable	Descripción de actividades
Trabajador Social Clínico o Trabajadora Social	135. Identifica motivo de envío y procede conforme al “Procedimiento para la intervención de Trabajo Social en Unidades Hospitalarias”, clave 2660-003-028 y “Lineamiento para implementación del Tour Obstétrico” (Anexo 2).
Nutricionista Dietista, Especialista en Nutrición y Dietética o Nutriólogo Clínico Especializado	136. Recibe a la mujer embarazada y a su acompañante y de acuerdo a estudios diagnóstico médico, estudios de laboratorio y complicaciones estudios realiza diagnóstico individual y establece plan de manejo nutricional y conforme al “Procedimiento clínico nutricional para pacientes en Consulta Externa de Especialidades en Unidades Médicas Hospitalarias”, clave 2660-003-022 determina cita subsecuente o envío a la consulta externa de obstetricia. Continúa en la actividad 114. Modalidad B.4 Envío a Unidad Toco Quirúrgica (UTQ).
Médico No Familiar Ginecoobstetra	137. Explica con lenguaje claro y sencillo, a la mujer embarazada o en puerperio, y a su acompañante el diagnóstico motivo de ingreso a la Unidad Toco Quirúrgica. La mujer no acepta internamiento.
Trabajo Social	138. Solicita la presencia de Trabajo Social para que lleve a cabo intervención. 139. Explica al paciente, familiar y/o persona legalmente responsable las implicaciones de la no aceptación de internamiento, identifica las causas o motivos que originan esta decisión y refuerza la información proporcionada por el Médico de los riesgos para su salud. Si acepta internamiento Continúa en la actividad 144.



Responsable	Descripción de actividades
	No acepta internamiento.
Trabajo Social	140. Informa al Médico que la mujer no desea atención intrahospitalaria e informa las causas de su decisión.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	141. Consigna en el formato “Notas Médicas y prescripción 4-30-128/72” la no aceptación de internamiento de la mujer y realiza “Carta de Disentimiento Informado”. NOTA La “Carta de Disentimiento Informado” es el Anexo 4 del “Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045.
Trabajo Social	142. Realiza seguimiento de los casos y registra su intervención en “Nota de Trabajo Social 4-30-54/2000”, clave 2660-009-058 y la anexa al expediente clínico.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	143. Informa a la mujer y a su acompañante, que deberá continuar su control de forma ordinaria en Unidad de Medicina Familiar o en la misma Unidad Médica de así requerirlo y que en caso de cambiar de decisión o en caso de datos de alarma obstétrica, puede acudir en cualquier momento al servicio de urgencias, lo consigna en el formato “Notas Médicas y Prescripción, 4-30-128/72” y solicita a la mujer y a su acompañante que coloque de puño y letra que entendió las implicaciones de su decisión. Continúa en la actividad 32.
	Si acepta internamiento
	144. Registra en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y elabora los siguientes formatos: • “Carta de consentimiento informado”. • “Solicitud de internamiento” clave 2660-009-001.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	NOTA: El formato “Carta de consentimiento informado” y el formato “Solicitud de internamiento” clave 2660-009-001 son el anexo 3 y 5 respectivamente del “Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045. 145. Informa a la Enfermera General del consultorio de ginecoobstetricia, que la mujer embarazada ingresará al área de UTQ y entrega “Carta de consentimiento informado”, y “Solicitud de internamiento” clave 2660-009-001, debidamente llenados y firmados por la mujer y su acompañante. 146. Indica a la Enfermera General la necesidad de solicitar un Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas, con camilla o silla de ruedas, según se requiera, y que acompañe a la derechohabiente al servicio de UTQ.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General del consultorio de Ginecoobstetricia.	147. Informa a su jefe inmediato superior que la mujer embarazada ingresará a UTQ.
Enfermera Jefa de piso de la consulta externa.	148. Solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado, con camilla o silla de ruedas para trasladar a la mujer embarazada a la UTQ.
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas.	149. Recibe la indicación de trasladar a la mujer embarazada del servicio de consulta externa a la UTQ, en silla de ruedas o camilla, se presenta con ella y le solicita su colaboración para colocarse en la silla o camilla y trasladarla a la UTQ.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General del consultorio de Ginecoobstetricia	150. Realiza “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026 y conduce a la mujer gestante junto con su acompañante al área de Triage.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General del consultorio de Ginecoobstetricia	NOTA: El formato “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026 es el Anexo 2 del “Procedimiento para la apertura, integración, archivo, control, revisión sistemática de la vigencia y valor documental del Expediente Clínico en papel, en las Áreas de Información Médica y Archivo Clínico de la Unidad de Medicina Familiar con Servicio de Hospitalización y Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel de Atención”, clave 2E10-003-003.
	151. Entrega a la mujer embarazada junto con el “Expediente clínico” a la Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General asignada al Triage obstétrico
	Etapas I Triage
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General asignada al Triage obstétrico	152. Recibe a la mujer embarazada o en período de puerperio y en su caso, a su acompañante proveniente de su domicilio, de otro servicio de la misma Unidad Médica o de otra Unidad Médica, con los documentos que presente y registra el nombre completo de la mujer con letra legible en el formato, “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) NOTA: En caso de que el paciente arribe en ambulancia solicitará el formato de registro de atención médica pre hospitalaria para anexarlo al expediente clínico
	153. Interroga motivo de la consulta acorde a “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7), realiza toma de signos vitales y los registra en dicho formato. NOTA1: En las Unidades Médicas que así lo determinen, el personal de Enfermería realizará la clasificación del Triage de acuerdo al nivel de gravedad, apegada al Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7). NOTA 2: En caso de detectar emergencia obstétrica, el personal de Enfermería activa el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI).
	154. Comunica de manera inmediata al Médico asignado al Triage obstétrico las condiciones generales y signos vitales de la mujer embarazada y lo asiste en la evaluación de la mujer.



Responsable	Descripción de actividades
Personal médico asignado a Triage	155. Recibe a la mujer embarazada o en período de puerperio, realiza interrogatorio dirigido y evaluación integral de la mujer estableciendo diagnóstico presuntivo y la clasifica, de acuerdo al nivel de gravedad apegados al “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y del “Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio, para Prevenir la Violencia Obstétrica” (Anexo 10). Paciente clasificada como “Rojo” Urgencia Real Continúa en la actividad 156. Paciente clasificada como “Amarillo” Urgencia Calificada Continúa en la actividad 163. Paciente clasificada como “Verde” Urgencia Sentida Continúa en la actividad 168. Paciente clasificada como Rojo Urgencia Real 156. Realiza activación del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) e instruye el ingreso de la mujer al área de choque para su atención, apegados al “Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)” (Anexo 3).
Enfermera general y/o Auxiliar de Enfermería General asignada a Triage	157. Entrega a la mujer embarazada con emergencia obstétrica en el área de choque. 158. Conduce al familiar de la mujer o persona legalmente responsable con la asistente médica de admisión, para que otorgue datos personales de la paciente e informa que debe permanecer en sala de espera hasta que se le indique.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera general y/o Auxiliar de Enfermería General asignada a Triage	159. Informa a la Asistente Médica que la paciente fue clasificada como rojo e ingresó directo al área de reanimación; le entrega para su registro el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y regresa inmediatamente al área de Triage.
Asistente médica de admisión	160. Recibe el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico” clave 2650-A09-176 (Anexo 7), solicita al familiar o acompañante de la mujer embarazada, la “Cartilla de la Mujer Embarazada”, “Cartilla Nacional de Salud” o credencial con fotografía como medio de identificación y realiza en paralelo actividades de la 53 a 60 del “Procedimiento para la atención en el servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045. NOTA 1: En caso de no contar con identificación oficial vigente, no se deberá negar la atención a la mujer embarazada o en período de puerperio, apegados a la “Política rechazo cero” NOTA 2: En caso de que la mujer no cuente con derechohabencia o no esté vigente, actúa según el “Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica”, clave 2650-B03-005 o el “Procedimiento para aceptar y atender en las unidades hospitalarias de régimen obligatorio a las mujeres con embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica referidas por las unidades médicas del Programa IMSS PROSPERA, clave 2650-003-003, según el caso. 161. Informa al acompañante de la mujer, que fue clasificada como ROJO, en el “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico” clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y le solicita permanecer en sala de espera. 162. Entrega a la Enfermera General de Admisión UTQ, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”.



Responsable	Descripción de actividades
	Continúa en la actividad 173.
	Paciente clasificada “AMARILLO” Urgencia calificada
Personal médico asignado al Triage.	163. Indica a la mujer embarazada o en periodo de puerperio y en su caso, a su acompañante, acudir con la Asistente Médica para su registro y le informa que su atención médica continuará en admisión Tococirugia en los siguientes 30 minutos.
Enfermera general y/o Auxiliar de Enfermería General asignada a Triage.	164. Conduce a la mujer embarazada o en periodo de puerperio con la Asistente Médica de Admisión para su registro y le indica que deberá esperar en la sala de espera interna o sección de espera para pacientes clasificados en color amarillo.
	165. Entrega a la asistente médica, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) en original y copia para su registro.
Asistente Médica de Admisión UTQ	166. Recibe de la Enfermera General asignada a Triage, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) para completar el registro de los datos de la mujer y su registro en el Formato “Control e informe de la Consulta Externa, 4-30-6/17”, clave 2E10-009-001.
	167. Solicita a la mujer embarazada o en periodo de puerperio, a su familiar o acompañante, la “Cartilla de la Mujer Embarazada”, “Cartilla Nacional de Salud” o credencial con fotografía como medio de identificación y realiza actividades 53 a 60 del “Procedimiento para la Atención Médica del Paciente en el Servicio de Urgencias en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045 y entrega a la Enfermera General de Admisión UTQ, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Admisión UTQ	NOTA 1: En caso de que la mujer no cuente con derechohabiencia o no esté vigente, actúa según el “Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica”, clave 2650-B03-005 o el “Procedimiento para aceptar y atender en las unidades hospitalarias de régimen obligatorio a las mujeres con embarazo de alto riesgo o con emergencia obstétrica referidas por las unidades médicas del Programa IMSS PROSPERA, clave 2650-003-003, según el caso. NOTA 2: En caso de no contar con identificación oficial vigente, no se deberá negar la atención a la mujer embarazada o en período de puerperio, apegados a la “Política rechazo cero” Continúa en la actividad 173. Paciente clasificada “VERDE” Urgencia NO calificada
Personal médico asignado al Triage.	168. Indica a la mujer embarazada o en periodo de puerperio y en su caso, a su acompañante, que acuda con la Asistente Médica para su registro y le informa que su atención médica continuará en admisión Tococirugia en los siguientes 120 minutos.
Enfermera general y/o Auxiliar de Enfermería General asignada a Triage	169. Conduce a la mujer embarazada o en periodo de puerperio con la Asistente Médica de Admisión para su registro y le indica que deberá esperar en la sala de espera interna o sección de espera para pacientes clasificados en color verde. 170. Entrega a la asistente médica, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) en original y copia.
Asistente Médica	171. Recibe de la Enfermera General asignada a Triage, el formato “Sistema de Evaluación del TRIAGE Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) para completar el registro de los datos de la mujer y su registro en el Formato “Control e informe de la Consulta Externa, 4-30-6/17” clave 2E10-009-001.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica	172. Solicita a la mujer embarazada o en periodo de puerperio o a su familiar o acompañante, la “Cartilla de la Mujer Embarazada”, “Cartilla Nacional de Salud” o credencial con fotografía como medio de identificación y realiza actividades 53 a 60 “Procedimiento para la Atención Médica del Paciente en el Servicio de Urgencias en las Unidades Médicas Hospitalarias de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045 y entrega a la Enfermera General de Admisión UTQ, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. NOTA 1: En caso de que la mujer no cuente con derechohabiencia o no esté vigente, se le explica que posterior a la valoración fue clasificada como “verde” urgencia calificada y que su padecimiento no pone en riesgo su vida o la del feto, que puede acudir a la Institución del sector salud de su elección o realizar el pago de recuperación gastos, derivado de la prestación de servicios institucionales y procede conforme a actividad 71 a 75 del “Procedimiento para la atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045. NOTA 2: En caso de no contar con identificación oficial vigente, no se deberá negar la atención a la mujer embarazada o en periodo de puerperio, apegados a la “Política rechazo cero” Continúa en la actividad 173. Etapas II Admisión Toco cirugía
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de Admisión UTQ	173. Recibe los Formatos “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A009-176 (Anexo 7) y “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”, llama por su nombre a la paciente en apego al color recibido según su clasificación de gravedad. 174. Entrega al Médico No Familiar Ginecoobstetra de admisión UTQ los Formatos “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y “Notas Médicas y prescripción, 4-30-128/72”, acompaña a la mujer embarazada al consultorio y asiste al Médico No Familiar Ginecoobstetra durante la consulta.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	175. Recibe a la mujer embarazada o en periodo de puerperio, con los Formatos “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y “Notas Médicas y prescripción, 4-30-128/72”, se presenta por su nombre y cargo. 176. Otorga atención médica y establece diagnóstico presuntivo, con base en el interrogatorio y exploración física realizada. 177. Solicita estudios de laboratorio y gabinete, en los Formatos “Solicitud de exámenes de laboratorio, 4-105-2001” y/o “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000”, y espera resultados de los estudios para complementar diagnóstico. 178. Integra diagnóstico y plan terapéutico y procede conforme al caso. Alta de Admisión UTQ Continúa en la actividad 179. Ingreso a Sala de Labor Continúa en la actividad 182. Ingreso sala de Expulsión Continúa en la actividad 218. Ingreso a Sala de Quirófano Continúa en la actividad 234. Ingreso a Hospitalización Continúa en la actividad 274. Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Adultos Continúa en la actividad 276. Defunción Continúa en la actividad 298.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Alta de Admisión UTQ 179. Explica a la mujer embarazada o en periodo de puerperio y en su caso, a su acompañante, el diagnóstico establecido, plan de manejo y motivo del alta. 180. Prescribe, de requerirlo, medicamentos en la receta individual e informa sobre la vía de administración, dosis, horario, duración y posibles reacciones adversas, otorga, de así solicitarlo, incapacidad temporal para el trabajo, acorde al Artículo 141 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, inciso 1. NOTA 1: El Artículo 141 del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS, en su inciso 1º refiere que. “El médico adscrito a los servicios de urgencia podrá expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo, únicamente por el plazo de uno a tres días” NOTA 2: En caso de que la mujer embarazada requiera incapacidad prenatal, deberá ser enviada con su médico tratante para la elaboración y entrega de la misma 181. Indica a la mujer embarazada o en periodo de puerperio y a su acompañante signos de alarma obstétrica y solicita firma autógrafa de ambos en el formato “Notas Médicas y prescripción, 4-30-128/72”, reafirma la comprensión de indicaciones otorgadas y envía según el caso. Envío a la consulta de medicina familiar Continúa en la actividad 126. Envío a Consulta Subsecuente de Segundo nivel Continúa en la actividad 133. Referencia a otra Unidad Hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de Atención Continúa en la actividad 129. Etapas III Ingreso a Sala de Labor Admisión y preparación de la paciente



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	182. Informa a la enfermera general de admisión del ingreso a sala de labor de la mujer embarazada y/o puérpera, entrega: • “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) • “Carta de consentimiento informado”. • “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. • “Vigilancia y atención del parto, 4-30-112/72” (Anexo 8)
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de Admisión UTQ	183. Recibe del Médico No Familiar Ginecoobstetra la instrucción de ingreso de la paciente a sala de labor y los documentos: • “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) • “Carta de consentimiento informado”. • “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. • “Vigilancia y atención del parto, 4-30-112/72” (Anexo 8) 184. Elabora y coloca la pulsera de identificación con nombre, número de seguridad social, fecha y hora en la que ingresa. 185. Asiste a la mujer embarazada o puérpera a retirar su vestimenta y ponerse la ropa hospitalaria y la prepara para el ingreso a labor UTQ. 186. Coloca la ropa de la mujer embarazada o puérpera en una bolsa y rotula con los siguientes datos: • Fecha y hora. • Nombre de la mujer embarazada o en puerperio. • No. de Seguridad Social y Agregado Médico. • Servicio al que ingresa. • Nombre y firma de la enfermera 187. Realiza apertura de la hoja “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144, anotando los signos vitales y acciones realizadas con la mujer.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de Admisión UTQ	NOTA: La hoja "Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería", clave 2660-009-144 es el anexo 5 del "Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención", clave 2660-003-056. 188. Informa a la asistente médica, el ingreso de la mujer embarazada o puérpera a sala de labor y entrega bolsa que contiene ropa y valores de la mujer, para entregar a su acompañante. NOTA : En caso de que la paciente acuda sola, se solicita la presencia de Trabajo social quien realiza acciones de acuerdo al "Procedimiento para la Intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención", clave 2660-003-071.
Asistente Médica en UTQ	189. Recibe información de la Enfermera General de admisión o de la Jefe de piso de UTQ del ingreso de la mujer embarazada o puérpera a sala de labor, registra el ingreso a labor UTQ en el formato "Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I" clave 2E10-009-005 y realiza las actividades del "Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención", clave 2660-003-056, relativas a la solicitud del expediente al ARIMAC, la recepción del mismo y la entrega al área correspondiente. NOTA: El formato "Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I", clave 2E10-009-005 es el Anexo 5 del "Procedimiento para el Registro de la Atención Médica en el Sistema de Información Médico Operativo", clave 2E10-003-002.
Enfermera general y/o Auxiliar de Enfermería General de admisión UTQ	190. Notifica a la Enfermera Jefe de piso de Labor UTQ que ingresará mujer embarazada o puérpera a sala de Labor. 191. Solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas para el traslado de la mujer embarazada o puérpera a sala de labor



Responsable	Descripción de actividades
Camillero de Admisión UTQ o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado.	192. Se presenta con la mujer embarazada, o puerpera solicita su colaboración para ubicarse en la silla o camilla y la traslada a la sala de labor UTQ hasta el transfer.
Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General de admisión UTQ	193. Entrega a la paciente a Enfermera Jefe de piso de Labor en el transfer con los formatos: • “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) • “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144 • “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. • “Carta de consentimiento informado”. • “Vigilancia y atención del parto, 4-30-112/72” (Anexo 8).
Enfermera Jefe de Piso de UTQ	194. Recibe a la paciente y se presenta por su nombre y cargo, recibe los formatos “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”, “Carta de consentimiento informado”, “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería”, clave 2660-009-144 y “Vigilancia y atención del parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). 195. Se presenta con su nombre y cargo e identifica a la paciente de acuerdo con la acción esencial 1, acorde a la “Guía para la Implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 y solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas del área de labor. 196. Indica al Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de sala de labor, el número de cama asignado a la mujer embarazada o en periodo de puerperio para su traslado.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero de sala de labor o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas	197. Se presenta por su nombre y cargo, solicita la colaboración de la mujer embarazada o en periodo de puerperio para ubicarse en la camilla o silla de ruedas y realiza su traslado, a la cama asignada por la Enfermera Jefe de piso de UTQ. 198. Asiste a la mujer embarazada o puérpera para ubicarse en la cama de labor asignada. NOTA: En caso de que las condiciones de salud de la mujer embarazada o en periodo de puerperio no le permitan cooperar con el cambio de silla/camilla/cama, el Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas realizará el movimiento de la mujer con el apoyo de otro personal de la misma categoría.
Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General de labor UTQ	199. Recibe a la paciente y se presenta por su nombre y cargo, recibe los formatos “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”, “Carta de consentimiento informado”, “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144 y “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). 200. Mide y registra los signos vitales y anota el estado clínico de la paciente al momento de su ingreso en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144. NOTA: El Personal de Salud debe permitir y promover que la mujer exprese dudas o inquietudes durante su atención médica.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	201. Saluda cordialmente a la mujer embarazada o puérpera, se presenta por su nombre y revisa las notas de admisión, en su caso los estudios de laboratorio. 202. Realiza interrogatorio, exploración física y ginecológica y ratifica o rectifica la impresión diagnóstica con base al cuadro clínico y la revisión de los resultados de laboratorio registrados en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8).



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	203. Elabora nota de Ingreso en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y llena el formato “Vigilancia y atención del parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). 204. Establece plan de tratamiento y lo anota en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” así como en el apartado 68 del formato “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8) y en caso de requerirse llena: • “Solicitud de exámenes de laboratorio, 4-105-2001”. • “Solicitud de estudios radiográficos 4-30-2/2000”. • “Solicitud al área de transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 NOTA 1: Las notas médicas, deberán apegarse a la “Norma Oficial Mexicana NOM 004 SSA3-2012, Del expediente Clínico” y “Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”. NOTA 2: La atención obstétrica deberá estar apegada en todo momento al “Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio, para Prevenir la Violencia Obstétrica” (Anexo 10). NOTA 3: El Formato “Solicitud al área de Transfusión FBS-16” clave 2430-022-010 es el Anexo 3 del “Procedimiento para el procesamiento de los componentes sanguíneos en el instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2430-003-003. 205. Interroga a la paciente, sobre la aceptación o no de método de planificación familiar y procede conforme a la actividades 194 a 204 del “Procedimiento de planificación familiar en las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2330-003-001.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de Sala de Labor	206. Recibe del Médico No Familiar Ginecoobstetra las indicaciones médicas, en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y los formatos “Solicitud de Exámenes de Laboratorio, MF-8/2000”, “Consulta Radiológica, 4302” y/o



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de Sala de Labor	“Solicitud al área de transfusión BS-16” clave 2430-021-018 de acuerdo a los estudios solicitados, aplica las indicaciones según lo solicitado por el Médico No Familiar y registra las intervenciones en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	207. Evalúa a la mujer embarazada o con puerperio complicado y con base a los hallazgos clínicos y/o de laboratorio establece plan de manejo según sea el caso Paciente puérpera 208. Otorga atención requerida y en el servicio correspondiente, según la complicación de la paciente y brinda cuidados hasta que se determine su egreso hospitalario. Continúa en la actividad 288. Paciente embarazada 209. Evalúa a la mujer embarazada con base a los hallazgos clínicos y/o de laboratorio establece plan de manejo según sea el caso: Envío a Hospitalización Continúa en la actividad 274. Envío a Sala de Expulsión Continúa en la actividad 218. Envío a Sala de Quirófano Continúa en la actividad 234. Mujer en trabajo de parto o aborto 210. Ofrece la posibilidad de colocar analgesia obstétrica y registra su respuesta en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y “Vigilancia y atención de parto, 4-30-112/72” (Anexo 8), solicita valoración por Médico No Familiar Anestesiólogo.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Anestesiólogo	211. Se presenta con la paciente por su nombre, le explica con palabras sencillas los beneficios y en que consiste el procedimiento así como las posibles complicaciones, de aceptarlo y solicita su autorización. La mujer rechaza colocación de analgesia obstétrica 212. Llena los formatos de “Denegación de consentimiento informado para la realización de procedimientos anestésicos”, clave 2660-009-105, registra la decisión de la paciente en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” con la descripción de las causas de no aceptación de procedimiento anestésico e informa al Médico No Familiar Ginecoobstetra y al familiar o acompañante de la paciente. NOTA 1: El Formato: “Denegación de consentimiento informado para la realización de procedimientos anestésicos”, clave 2660-009-105 “es el Anexo 6 del “Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave: 2660-003-066. NOTA 2: En caso de que la paciente cambie de opinión y solicite analgesia obstétrica, esta se colocará acorde con la actividad 214 a la 216, previa evaluación médica de sus condiciones clínicas.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de Sala de Labor	213. Fomenta y proporciona alternativas para el control del dolor durante el trabajo de parto como masajes, aplicación de compresas calientes, técnicas de relajación, respiración profunda, y otras como musicoterapia y aromaterapia, en caso de estar disponibles y en caso de que en las unidades se cuente con la infraestructura para ello Continúa en la actividad 216. La mujer acepta colocación de analgesia obstétrica
Médico No Familiar Anestesiólogo	214. Llena el formato “Carta de consentimiento informado para procedimientos anestésicos” clave: 2430-021-073, realiza valoración y solicita asistencia a la Enfermera General de labor para



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Anestesiólogo	llevar a cabo el procedimiento anestésico. NOTA 1: El Formato: “Carta de consentimiento informado para procedimientos anestésicos”, clave 2430-021-073 es el Anexo 7 del “Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-066. NOTA 2: Se deberán fomentar y proporcionar alternativas para el control del dolor durante el trabajo de parto; como masajes, aplicación de compresas calientes, técnicas de relajación, respiración profunda, y otras como musicoterapia y aromaterapia, en caso de estar disponibles y en caso de que en las unidades se cuente con la infraestructura para ello, apegados al “Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio para Prevenir la Violencia Obstétrica” (Anexo 10).
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de sala de Labor	215. Asiste al Médico No Familiar anestesiólogo durante el procedimiento anestésico y lo registra en formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144
Médico No Familiar Ginecoobstetra	216. Revalora a la mujer de forma integral las veces que sean necesarias, apegado a “Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida” y lo registra en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y en “Vigilancia y atención de parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). Etapas IV Atención del parto 217. Determina, de acuerdo a las condiciones del binomio y a la exploración física ginecológica, que para continuar la atención del evento obstétrico será enviada a sala de expulsión o quirófano según corresponda. NOTA: En caso de que la mujer no haya aceptado analgesia obstétrica pero requiera cesárea se le replantean las condiciones y la necesidad de cesárea de urgencia con la consiguiente anestesia y se procede a Llenar el Formato “Carta de consentimiento informado para procedimientos anestésicos”, clave 2430-021-073, realiza valoración y solicita asistencia a la Enfermera General de labor para llevar a cabo el procedimiento anestésico, conforme actividades 208 a 210.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Ingreso a Sala de Quirófano Continúa en la actividad 234 Ingreso a Sala de Expulsión 218. Informa a la mujer que sus condiciones clínicas son aptas para ser llevada a sala de expulsión para continuar su atención y lo consigna en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y “Vigilancia y atención de parto, 4-30-112/72” (Anexo 8), notifica a la Enfermera General del área de Labor y solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado para el traslado de la mujer”.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de labor	219. Recibe del Médico No Familiar Ginecoobstetra la indicación verbal y escrita en el formato “Notas Médicas y prescripción 4-30 128/72”, de trasladar a la mujer en trabajo de parto o aborto a la sala de expulsión, solicita apoyo de Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado y realiza traslado de la mujer junto con las notas que integran el “Expediente clínico”.
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado.	220. Se presenta por su nombre y cargo, solicita la colaboración de la mujer embarazada para ubicarse en la camilla, realiza traslado de la mujer a sala de expulsión. NOTA: En caso de que la mujer no pueda colaborar con el Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas para ubicarse en la camilla, se solicitará el apoyo de otro personal técnico para la movilización de la mujer.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de sala de labor	221. Acompaña a la mujer a la sala de expulsión, la entrega a la Enfermera General de sala de expulsión, junto con el Expediente clínico, y la apoya en su instalación en la mesa de expulsión.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de sala de expulsión	222. Se presenta con su nombre y cargo, identifica a la mujer, de acuerdo con la acción esencial 1 de la “Guía para la Implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 y la asiste para su instalación en la mesa de expulsión. 223. Efectúa técnicas para la prevención del trauma perineal, como el uso de compresas calientes y/o la protección manual del periné, y evita en todo momento la manipulación del canal del parto para propiciar acelerar el nacimiento.
Médico No Familiar Anestesiólogo	224. Acompaña a la mujer durante su estancia en sala de expulsión, monitoriza signos vitales y otorga nueva dosis de analgesia en caso de que se requiera.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	225. Asiste a la mujer y atiende el parto o aborto de acuerdo con los criterios técnico-médicos vigentes favorece el pinzamiento tardío del cordón, apego inmediato, contacto piel a piel y procede conforme al caso. NOTA: Las actividades del equipo técnico-médico para atención de la persona recién nacida deberán estar apegadas al “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068. En caso de defunción de la paciente Continúa en la actividad 298. En caso de defunción del feto (producto óbito) 226. Realiza actividades 5 a 87 del “Procedimiento para el tránsito, deposito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios”, clave 2660-003-008. Continúa en la actividad 231.



Responsable	Descripción de actividades
	Procedimiento en Sala de Expulsión Sin Complicaciones Neonatales o de la Paciente
Médico No Familiar Ginecoobstetra	227. Entrega a la persona recién nacida al Médico No Familiar Pediatra y/o Neonatólogo para su atención.
Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo	228. Se presenta con la mujer por su nombre y cargo, recibe al (los) persona recién nacida(s) y lleva a cabo las acciones correspondientes de acuerdo con el “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068.
Médico No Familiar Anestesiólogo	229. Evalúa las condiciones clínicas de la mujer en periodo de puerperio y de acuerdo a ello, indica a la Enfermera General de sala de expulsión trasladar a la mujer al área de Recuperación.
Enfermera General de Sala de Expulsión	230. Facilita el contacto piel con piel dentro de los primeros 5 minutos en las personas recién nacidas sin complicaciones y su madre y procura mantener dicho contacto. 231. Registra los datos en el formato “Partos, Productos y Abortos 4-30-6B/17”, clave 2E10-009-010 y sus intervenciones en “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144, solicita el apoyo del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado para el traslado de la mujer al área de recuperación. NOTA: El formato “Partos, Productos y Abortos 4-30-6B/17”, clave 2E10-009-010 es el Anexo 10 del “Procedimiento para el Registro de la Atención Médica en el Sistema de Información Médica Operativo” clave 2E10-003-002.
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado	232. Se presenta por su nombre y cargo, solicita la colaboración de la mujer embarazada para ubicarse en la camilla y realiza traslado de la mujer a sala de recuperación.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado	NOTA: En caso de que la mujer no pueda colaborar con el Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas para ubicarse en la camilla, se solicitará el apoyo de otro personal técnico para la movilización de la mujer.
Enfermera General de Sala de Expulsión	233. Traslada con el apoyo del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas a la mujer en período de puerperio, junto con el “Expediente clínico” a la sala de recuperación y la entrega a la Enfermera General de recuperación que corresponde, de acuerdo con la acción esencial 1 acorde a la “Guía para la Implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente”, clave 2660-006-018 y la asiste para su instalación. Continúa en la actividad 248.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Ingreso a Sala de Quirófano 234. Informa a la mujer que de acuerdo a la evolución, está indicado la realización de procedimiento quirúrgico así como de los riesgos y beneficios, llena los formatos y recaba la firma de la mujer en los formatos: • “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17” clave 2E10-009-012. • “Carta de Consentimiento informado”. NOTA 1: El formato “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17” clave 2E10-009-012. es el Anexo 1 del “Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave: 2660-003-066. NOTA 2: En caso de identificar una emergencia obstétrica, el equipo médico deberá de activar el Equipo de Respuesta Inmediata de acuerdo al “Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)” (Anexo 3). 235. Realiza nota pre quirúrgica e indicaciones médicas en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”, apegada a la “Norma Oficial Mexicana NOM 004 SSA3-2012, del Expediente Clínico”.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	236. Solicita a la Asistente Médica de labor, localizar al familiar o persona legalmente responsable de la mujer, le otorga informes sobre el estado de salud del binomio, diagnóstico motivo de la cesárea y recaba firma como testigo en los documentos: • “Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica, 4-30-59/17” clave 2E10-009-012 • “Carta de Consentimiento informado”. 237. Integra la documentación al “Expediente clínico”, notifica a la Enfermera General de UTQ la necesidad de preparar a la mujer embarazada para el procedimiento quirúrgico y notifica a su Jefe de Servicio, Coordinador Clínico de turno o Subdirector Médico y a la Enfermera (o) jefa (e) de piso de UTQ la necesidad de realizar el procedimiento quirúrgico, para que le sea asignada sala de quirófano y acorde al “Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-066. 238. Realiza procedimiento obstétrico-quirúrgico de acuerdo con los criterios técnico-médicos vigentes y procede conforme al caso. En caso de defunción del feto 239. Realiza actividades 5 a 87 del “Procedimiento para el tránsito, deposito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios”, clave 2660-003-008. Continúa en la actividad 231. En caso de defunción de la paciente Continúa en la actividad 298. Procedimiento Quirúrgico sin Complicaciones 240. Entrega a la persona recién nacida con el Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo.
Enfermera General de Sala de Recuperación.	



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo (a)	241. Se presenta por su nombre y cargo, recibe al (las) persona(s) recién nacida(s) y lleva a cabo las acciones correspondientes de acuerdo con el “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	242. Concluye atención de la mujer y lo registra junto con las indicaciones, en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). 243. Solicita a la Asistente Médica la presencia del familiar o persona legamente responsable de la mujer en periodo de puerperio, para otorgarle informe del estado de salud, recaba nombre y firma autógrafa en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”.
Médico No Familiar Anestesiólogo	244. Permanece en sala de quirófano con la mujer en periodo de puerperio, monitoriza signos vitales y los anota en el “Registro de anestesia y recuperación, 430-60/72” hasta su egreso. 245. Indica a la Enfermera General de sala de quirófano trasladar a la paciente al área de Recuperación.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de sala de quirófano	246. Registra los datos del evento obstétrico en el formato “Partos, Productos y Abortos 4-30-6B/17” clave: 2E10-009-010 y solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado. NOTA: El formato “Partos, Productos y Abortos 4-30-6B/17” clave: 2E10-009-010 es el Anexo 10 del “Procedimiento para el Registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002.
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas asignado	247. Se presenta por su nombre y cargo, solicita la colaboración de la mujer para ubicarse en la camilla y realiza traslado de la mujer a sala de recuperación.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General o Auxiliar de enfermería de Sala de Recuperación	Etapas V Recuperación 248. Recibe a la mujer en periodo de puerperio proveniente de sala de expulsión o quirófano, junto con los documentos “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”, “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8), “Registro de anestesia y recuperación, 430-60/72” y “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144 y la coloca en la cama asignada. 249. Toma signos y síntomas de alarma, cada 15 minutos la primer hora y cada 30 minutos a partir de la segunda hora y los registra junto con sus intervenciones en el formato “Cuidados de enfermería al paciente quirúrgico”, clave 2660-009-094. NOTA: El formato “Cuidados de enfermería al paciente quirúrgico”, clave 2660-009-094 es el anexo 4 del “Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans operatoria y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, 2660-003-066. 250. Informa de manera inmediata al Médico No Familiar Anestesiólogo del Área de Recuperación sobre cualquier cambio hemodinámico, hidroelectrolítico, estado de conciencia, sangrado de herida quirúrgica o datos de alarma que presente la paciente.
Médico No Familiar Ginecoobstetra, Anestesiólogo y Enfermera General de recuperación	251. Vigilan el estado hemodinámico y de conciencia de la mujer acorde a los establecido en la NOM007-SSA-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida”, lo registran en la parte IV del formato “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). 252. Elaboran nota de evolución y egreso de recuperación así como indicaciones médicas en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra y Anestesiólogo	253. Informan a la Enfermera General de Recuperación el momento en que la paciente en periodo de puerperio se encuentra dada de alta de recuperación, o si ocurre alguna complicación durante su recuperación, proceden conforme al caso. Envío a Hospitalización Continúa en la actividad 254. Unidad de Cuidados Intensivos Continúa en la actividad 276. Reingreso a Quirófano Continúa en la actividad 234. Defunción Continúa en la actividad 298. Etapas VI Hospitalización 254. Procede conforme al tipo de hospitalización. Hospitalización sin persona recién nacida Continúa en la actividad 274. Hospitalización con persona recién nacida 255. Elabora el formato de "Solicitud de internamiento", clave 2660-009-001 y lo entrega a la Enfermera General del área de Recuperación. 256. Informa al familiar o acompañante de forma clara las condiciones clínicas de la mujer así como de su envío a hospitalización en el área de alojamiento conjunto y recaba la firma de conocimiento en el formato "Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72".
Médico No Familiar Ginecoobstetra	



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de Recuperación	257. Recibe el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2669-009-001 y lo entrega a la Jefe de piso de quirófano para conocimiento y tramite de envío a hospitalización.
Enfermera Jefe de Piso de Quirófano	258. Solicita al Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo la valoración de la persona recién nacida y realiza actividades de acuerdo al “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068.
Asistente Médica de UTQ	259. Recibe el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-001, para la hospitalización de la madre y la persona recién nacida y establece comunicación con Asistente médica de UTQ para solicitar cama en alojamiento conjunto.
	260. Asigna cama para la paciente de acuerdo a la indicación médica y realiza el llenado del formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003.
	NOTA 1: El formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003 es el anexo 3 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de información Médico Operativo” clave 2E10-003-002.
	NOTA 2: En caso de no contar con Asistente Médica de Admisión Hospitalaria en el turno, la Asistente Médica de urgencias o quirófano llenará el formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003.
Asistente Médica de admisión	261. Elabora en original y copia el “Registro de Pacientes Hospitalizados, 4-30-51/72”, registra el número de cama asignado al paciente y requisita la “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21”, clave 2E10-009-013.
	NOTA: El formato “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21”, clave 2E10-009-013 es el anexo 13 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de información Médico Operativo” clave 2E10-003-002



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de admisión	262. Elabora en original y copia los formatos “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026 y entrega en ARIMAC para adquirir el “Expediente clínico” de la paciente y el “Expediente clínico” de la persona recién nacida que se hospitalizarán.
	263. Comunica a la Asistente Médica de quirófano, de UTQ o Enfermera Jefe de piso el número de cama asignada al binomio de acuerdo a la indicación médica y disponibilidad de camas y entrega el “Expediente clínico” de la paciente y de la persona recién nacida.
Asistente Médica de quirófano, de UTQ o Enfermera Jefe de Piso de Recuperación	264. Recibe de la Asistente Médica de admisión, el “Expediente clínico” de la paciente y de la persona recién nacida con el número de cama asignado.
	265. Adjunta la “Solicitud de internamiento” clave 2660-009-001 con el número de cama asignado al “Expediente clínico” de la paciente y avisa a la Enfermera Jefe de Piso del área de Recuperación que ingresará binomio.
	266. Solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de UTQ y de la Enfermera Auxiliar o Enfermera General para el acompañamiento y traslado de la mujer al área de hospitalización.
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas	267. Se presenta con la mujer en periodo de puerperio y solicita su apoyo, de ser posible, para el paso a la camilla de traslado.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de recuperación	268. Deposita a la persona recién nacida en contacto piel a piel con la madre y cubre con la sabana, acompaña al Camillero o Personal de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas, junto con el “Expediente clínico” de la Paciente y la persona recién nacida.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas	269. Conduce a la mujer y a la persona recién nacida en compañía de la Enfermera General al transfer y los (las) entrega al Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de hospitalización y a la Enfermera Auxiliar o General asignada para el traslado.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de recuperación asignada para el traslado	270. Entrega el binomio a la Enfermera Jefe de Piso, el “Expediente clínico” de la mujer y la persona recién nacida, en original con copia del certificado de nacimiento y verifica de forma conjunta con la Enfermera Jefa de Piso, que la persona recién nacida porte las dos pulseras de identificación y que los datos coincidan con la pulsera de la madre.
Enfermera Jefa de Piso	271. Recibe a la paciente y Persona Recién nacida junto con el “Expediente clínico” y certificado de nacimiento en original y copia. 272. Verifica que estén colocadas las tres pulseras de identificación, una en la muñeca derecha de la madre, segunda en la muñeca derecha de la persona recién nacida y tercera en el tobillo izquierdo de la persona recién nacida. NOTA: En caso de existir error u omisión de algún dato en las pulsera(s), se gestiona en el momento la solución al caso y se recibe al paciente con las 3 pulseras correctas, acorde con el “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068.
Enfermera Jefa de Piso y Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de recuperación asignada para el traslado	273. Realizan doble verificación de las dos pulseras de identificación que porta la persona recién nacida y que los datos coincidan con la pulsera de la madre. NOTA: La identificación del paciente esta descrito en: Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente 2660-006-018, “Acciones esenciales de seguridad del paciente”, acción esencial 1. Identificación correcta del paciente. La “Guía para la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente 2660-006-018 es el anexo 1 del



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefa de Piso y Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General de recuperación asignada para el traslado	“Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-056. Continúa en la actividad 277. Hospitalización sin persona recién nacida
Enfermera Jefa de Piso	274. Registra en el formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003, de acuerdo con el lugar a donde ingresa y en cumplimiento a los criterios del “Procedimientos para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)” clave 2E10-003-002.
Equipo Técnico Médico	275. Realiza actividades 55 a 163 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056. Continúa en la actividad 277. Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
Equipo Técnico Médico asignado al área de UCI	276. Realiza las actividades de atención en UCI de acuerdo al “Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-034 con la participación de los responsables correspondientes en el segundo nivel. NOTA: La atención y procedencia de la persona recién nacida se otorgará conforme al “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068 y a criterio del Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo. Continúa en la actividad 274. Etapas VII



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Egreso del Paciente
	277. Evalúa el estado de salud de la mujer en periodo de puerperio y en su caso determina tipo de egreso.
	Egreso por Defunción de la paciente
	Continúa en la actividad 298.
	Alta de la paciente
	278. Elabora nota de pre alta con 24 horas de anticipación, en el formato “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” y lo consigna en las indicaciones médicas.
	279. Informa de manera clara y sencilla a la paciente y en su caso a su acompañante, el motivo de pre alta, elabora nota de pre alta y la anexa al “Expediente Clínico”.
	280. Confirma alta de la paciente el día del egreso, previa evaluación médica, realiza “Nota médica” y la firma junto con el formato “Hoja de Alta Hospitalaria Alta 1/21” clave 2E10-009-013 ambos documentos los anexa al “Expediente Clínico” y procede según corresponda:
	Egreso de la Paciente sin persona recién nacida para vigilancia del Puerperio en el Primer Nivel de Atención
	Continúa en la actividad 288.
	Egreso con o sin persona recién nacida con envío a Unidad Hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de Atención
	Continúa en la actividad 290.
	Egreso con o sin persona recién nacida por traslado en ambulancia a Unidad Hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de atención
	Continúa en la actividad 296.



Responsable	Descripción de actividades
	Egreso del Binomio por Mejoría y Contrareferencia para Vigilancia del Puerperio en Primer Nivel de Atención
Médico No Familiar Ginecoobstetra	281. Notifica a la Enfermera Jefe de piso acerca de la decisión de pre alta y solicita se informe al Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo para valorar egreso de la persona recién nacida.
Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo	282. Se presenta por su nombre y categoría, informa a la paciente la posibilidad de pre alta de su persona recién nacida Hijo (a) y procede acorde a lo descrito en el “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068
	283. Realizan actividades de 228 a 250 y 262 a 269 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056.
Asistente médica, Enfermera Jefe de Piso	284. Enfatizan la cita abierta a urgencias las 24 horas del día, los 365 días del año en caso de requerirlo.
	285. Realizan doble verificación de las dos pulseras de identificación que porta la persona recién nacida y que los datos coincidan con la pulsera de la madre. NOTA: En caso de existir error u omisión de algún dato en las pulsera(s), se gestiona en el momento la solución al caso acorde con el “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068.
	286. Recaba las “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”, integra en orden en el “Expediente clínico” y verifica las indicaciones médicas, la receta y el certificado de incapacidad temporal y todos los documentos relacionados con la atención del paciente de acuerdo a la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente clínico”.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente médica, Enfermera Jefe de Piso	287. Solicita a la paciente, al familiar o persona legalmente responsable registre la fecha (día, mes y año), su nombre, parentesco y firma en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados, 4-30-51/72”, cuando recibe a la paciente y a la persona recién nacida. Continúa en la actividad 417. Egreso de la Paciente sin persona recién nacida para vigilancia del Puerperio en el Primer Nivel de Atención 288. Informa de manera clara y sencilla, a la paciente y en su caso a su acompañante, el motivo de egreso y realiza actividades 228 a 250 y 262 a 269 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-056. 289. Envía a la paciente y su familiar o acompañante con Trabajo Social quien realiza actividades de la 103 a 105 y 117 a la 143 del “Procedimiento para la Intervención de Trabajo Social en Unidades Médicas de Segundo nivel de Atención”, clave 2660-003-071. NOTA: En caso de producto Óbito o defunción de la persona recién nacida, lleva a cabo actividades 5 a 87 del “Procedimiento para el tránsito, deposito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios”, clave 2660-003-008. Continúa en la actividad 417. Egreso con o sin persona recién nacida y envío a Unidad Hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de atención



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	290. Indica, la necesidad de acudir a consulta en el segundo o tercer nivel de atención, ya sea de la misma especialidad o en aquella que lo amerite. NOTA: Cuando se determine llevar a cabo la vigilancia en la misma Unidad Médica, solicita a la Asistente Médica de piso programar la cita correspondiente. 291. Elabora en original y copia el formato “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98”, el número necesario de formatos de “Receta médica individual” de acuerdo con la prescripción, los entrega al familiar o persona legalmente responsable y le solicita acuda a la farmacia de la unidad, para realizar el canje de medicamentos. 292. Solicita a la Asistente médica, tramitar citas médicas dentro de la Unidad Médica, en caso de considerarlo necesario. 293. Enfatiza la cita abierta a urgencias las 24 horas del día, los 365 días del año en caso de requerirlo.
Enfermera Jefe de Piso	294. Solicita al Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo realizar las acciones correspondientes para el deposito o resguardo de la persona recién nacida en el cunero de la Unidad Médica o trámite de egreso según sea corresponda, de acuerdo al “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068. NOTA: En caso de producto Óbito o defunción de la persona recién nacida, lleva a cabo actividades 5 a 87 del “Procedimiento para el tránsito, deposito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios”, clave 2660-003-008.
Asistente Médica de piso	295. Agenda cita en consulta externa de la especialidad solicitada por el Médico tratante y anota fecha, hora y consultorio, en la nota de egreso y en el carnet de citas médicas de la paciente y procede conforme al caso.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Referencia a otra Unidad de Segundo Nivel de Atención Continúa en la actividad 113.
	Referencia a Tercer Nivel de Atención Continúa en la actividad 300.
	Egreso con o sin persona recién nacida por traslado en ambulancia a Unidad Hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de atención
	296. Informa al paciente y familiar o persona legalmente responsable acerca del traslado a otra Unidad Médica de segundo o tercer nivel según corresponda y comunica a la Enfermera Jefe de Piso o Responsable y a la Asistente Médica de Hospitalización el traslado del paciente.
Equipo Técnico Médico	297. Realizan actividades 181 a 188 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-071 y procede conforme al caso.
	Referencia a otra Unidad de Segundo Nivel de Atención Continúa en la actividad 113.
	Referencia a Tercer Nivel de Atención Continúa en la actividad 300.
	Egreso por Defunción de la paciente
	298. Realizan las actividades de la 41 a la 46 del “Procedimiento para el manejo y traslado de cadáveres, especímenes quirúrgicos y citológicos en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-069 con la participación de los responsables que se establecen en dicho procedimiento.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefe de piso	299. Solicita al Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo realizar las acciones correspondientes para el deposito o resguardo de la persona recién nacida en el cunero de la Unidad Médica, o en su caso, tramite de egreso de acuerdo al “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068 y concluye procedimiento. Modalidad C Unidad Hospitalaria de Tercer Nivel de Atención Unidad Médica de Alta Especialidad Etapas I Urgencias o Admisión Continua
Personal Médico o Enfermera General Asignado al Triage	300. Recibe a la mujer, derechohabiente o no derechohabiente del IMSS, y en su caso a su acompañante que se presentan: • En forma espontánea. • Derivada de otras Unidades Médicas del IMSS con el formato “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” o bien derivada de otros servicios de la misma Unidad Médica con el formato “Solicitud de servicios, 4-30-200” (Anexo 6). • Enviada con o sin “Nota de Referencia” por alguna de las Instituciones adheridas al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (Sistema Estatal de Salud, ISSSTE, Secretaría de Salud) • Medio privado.
Asistente Médica de Admisión	301. Registra la solicitud de atención de la mujer embarazada o en puerperio, en el formato “Consultas, Visitas y Curaciones 4-30-29/72”, clave 2430-021-092. NOTA: El formato “Consultas, Visitas y Curaciones 4-30-29/72”, clave 2430-021-092 es el anexo 1 del “Procedimiento para la atención médica en el área de primer contacto en el servicio de admisión continua o urgencias en unidades médicas hospitalarias de tercer nivel”, clave 2430-003-040.



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General asignada al Triage	302. Recibe a la mujer embarazada o en puerperio, interroga motivo de consulta y toma signos vitales, registrándolos en el formato “Sistema de Evaluación del Triage obstétrico”, clave 2650-A09-176, (Anexo 7). 303. Comunica de manera inmediata al Médico asignado al Triage obstétrico las condiciones generales y signos vitales de la mujer embarazada y lo asiste en la evaluación de la mujer.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	304. Recibe a la mujer embarazada o en período de puerperio, realiza interrogatorio dirigido y evaluación integral de la mujer estableciendo diagnóstico presuntivo y la clasifica, de acuerdo al nivel de gravedad apegada al “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico” 2650-A09-176 (Anexo 7). 305. Informa a la mujer el color asignado, explica lo que significan los colores y el tiempo aproximado en el que recibirá atención médica. NOTA 1: En las Unidades Médicas que así lo determinen, el personal de Enfermería realizará la clasificación de acuerdo al nivel de gravedad apegada al “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-009-176 (Anexo 7). NOTA 2: En caso de detectar emergencia obstétrica, el personal de Enfermería activa el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI). Paciente clasificada como “Amarillo o “Verde” Continúa en la actividad 314. Paciente clasificada como “Rojo” Urgencia Real.
Personal Médico Asignado al Triage	306. Realiza activación del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) e ingresa a la mujer al área de choque o al área que el obstetra determine como más conveniente de acuerdo a la sospecha clínica, para su atención, apegados al “Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)”, (Anexo 3).



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General asignada a Triage	307. Entrega a la mujer embarazada o en periodo de puerperio con emergencia obstétrica en el área de choque y regresa de inmediato al área de Triage. 308. Conduce al familiar de la mujer o a persona legalmente responsable con la asistente médica de admisión, para que otorgue datos personales de la paciente y le informa debe permanecer en sala de espera hasta que se le indique. 309. Informa a la Asistente Médica que la paciente fue clasificada como rojo e ingresó directo al área de choque, le entrega para su registro el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y regresa inmediatamente al área de Triage.
Asistente Médica de Admisión	310. Recibe el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico” clave 2650-009-176 (Anexo 7) y en paralelo realiza las actividades propias del registro y consulta de vigencia de derechos acorde al “Procedimiento para la atención en el servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045 NOTA: En el caso de que la mujer no cuente con derechohabencia o no esté vigente, actúa según el “Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica”, clave 2650-B03-005. 311. Informa a la persona acompañante de la mujer, que fue clasificada como rojo, en el “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico” clave 2650-009-176 (Anexo 7) y le solicita permanecer en sala de espera. 312. Solicita al familiar o acompañante de la mujer embarazada, la “Cartilla de la Mujer Embarazada”, “Cartilla Nacional de Salud” o credencial con fotografía como medio de identificación y realiza actividades 23 a 37 del “Procedimiento para la Atención en el Servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-045.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Admisión	313. Entrega a la Enfermera General de Admisión UTQ, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-A09-176 (Anexo 7) y el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. NOTA. En caso de no contar con identificación oficial vigente, no se deberá negar la atención a la mujer embarazada o en período de puerperio, apegados a la “Política rechazo cero” Continúa en la actividad 329. Paciente clasificada como “Amarillo” o “Verde” 314. Invita a la mujer embarazada o en puerperio, de acuerdo al color asignado, a tomar asiento en la sala de espera, le informa el tiempo de espera aproximado de acuerdo al color asignado, para su atención. Amarillo = Hasta 30 minutos Verde = No mayor a 120 minutos 315. Solicita a la paciente o al familiar o acompañante la “Cartilla de Salud de la Embarazada”, el formato “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” y la “Nota de Vigilancia Prenatal” o la “Solicitud de Servicios, 4-30-200” (Anexo 6), según sea el caso. 316. Registra la atención de la mujer embarazada o en puerperio, en el formato de “Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias, 4-30-6 URG /21”, clave 2E10-009-020. NOTA: El formato “Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias, 4-30-6 URG /21”, clave 2E10-009-020 es el anexo 20 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de información Médico Operativo” clave 2E10-003-002. 317. Escribe los datos de la unidad hospitalaria y de la paciente en el cuadro superior derecho del formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Admisión	128/72” y a solicitud del Médico el formato “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). 318. Entrega a la Enfermera los formatos: • “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. • En su caso “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” o “Solicitud de Servicios, 4-30-200” (Anexo 6). • A solicitud del médico, en caso de embarazo, el formato de “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8) • “Nota de Envío” cuando se trate de paciente no derechohabiente referida por otra institución. NOTA: Los documentos enlistados se les denominará en lo subsecuente “Documentos de ingreso”.
Enfermera General o Auxiliar de admisión	319. Recibe con cortesía a la paciente embarazada o en estado grávido puerperal y los “Documentos de ingreso”. 320. Mide y registra los signos vitales en el margen izquierdo del formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. 321. Asiste a la mujer embarazada o en puerperio para colocar la ropa hospitalaria y la orienta sobre la exploración ginecológica, y acompaña durante el procedimiento al Médico No Familiar Ginecoobstetra.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	322. Recibe a la paciente y los “Documentos de ingreso” que le entrega el personal de enfermería. NOTA: En caso de emergencia obstétrica, otorga atención inmediata, después recibe los formatos “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”, en su caso la de “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8). 323. Realiza el interrogatorio directo o indirecto, la exploración física general y obstétrica, registra los



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	hallazgos clínicos y en su caso paraclínicos, en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. 324. Establece el diagnóstico y el plan de tratamiento, apegados al “Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio para Prevenir la Violencia Obstétrica” (Anexo 10), lo registra en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y en su caso en el formato “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8) y procede conforme al caso. Requiere ingreso a UTQ (Labor, Expulsión y Quirófano) Continúa en la actividad 329. Ingreso a Hospitalización Continúa en la actividad 383. No requiere ingreso a la UTQ 325. Registra, al final de la valoración en Admisión de UTQ, las actividades realizadas en el formato “Control e informe de la Consulta Externa, 4-30-6/17” clave 2E10-009-001 y entrega a la Asistente Médica al final de la jornada, procede conforme al caso. NOTA: El formato “Control e informe de la Consulta Externa 4-30-6/17” Clave 2E10-009-001 es el anexo 1 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de Información Médico Operativo”, clave 2E10-003-002. Envío a la Consulta Externa de Ginecoobstetricia u otra especialidad de la misma unidad. Continúa en la actividad 327. Referencia a Unidad de Segundo Nivel Continúa en la actividad 129. Envío a su domicilio



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	326. Explica de manera clara y sencilla a la mujer y a su acompañante, sobre los signos y síntomas de alarma, con la indicación de regresar sin importar la hora, ni el día en caso de presentar uno o más de ellos y concluye procedimiento. Envío a Consulta Externa de Ginecoobstetricia u otra especialidad en la misma unidad 327. Informa a la paciente y al acompañante el motivo por el que continuará su atención en la consulta externa de Ginecoobstetricia de la misma unidad. 328. Elabora el formato “Solicitud de Servicios, 4-30-200” (Anexo 6) y la entrega a la mujer con la indicación de acudir al Control Central con Asistente Médica para otorgar cita y continúa atención de acuerdo al “Procedimiento para la planeación, recepción, otorgamiento de citas y atención médica en consulta externa de especialidades en las unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-016, reafirma indicaciones de alarma obstétrica y concluye procedimiento. Ingreso a UTQ (Labor, Expulsión o Quirófano) Fase 1 Ingreso de la paciente a UTQ
Asistente Médica de Admisión	329. Elabora y entrega el formato “Control e Informe de Consulta en el Servicio de Urgencias clave 4-30-6 URG /17” al Médico al inicio de la jornada, para anotar los datos de las mujeres que serán atendidas en Admisión de UTQ.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	330. Informa a la embarazada y a la persona legalmente responsable, del tratamiento, evolución y pronóstico de su padecimiento; así como, el área de la UTQ a donde se ingresa. NOTA: En su caso, elabora la “Carta de consentimiento informado” correspondiente.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	331. Entrega a la Enfermera los formatos: • “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. • En su caso, la “Solicitud de Exámenes de Laboratorio, 4-105-2001”.
Enfermera General	332. Recibe del Médico No Familiar Ginecoobstetra los documentos descritos en la actividad anterior, le informa a la Asistente Médica del ingreso a UTQ y le entrega los documentos. 333. Elabora y coloca la pulsera de identificación con los datos de la paciente y fecha y la hora en la que ingresa, prepara a la paciente para el ingreso a una de las salas de UTQ 334. Entrega a la Asistente Médica la ropa, en caso de que la paciente porte valores solicita la presencia de trabajo social. 335. Identifica, envuelve y rotula la ropa de la paciente, con los siguientes datos: • Fecha • Nombre del paciente • No de Seguridad Social • Servicio • Nombre y firma de la enfermera. • Adhiere la etiqueta al paquete o bolsa que contiene la ropa de la paciente y la entrega a la Asistente Médica etiquetada para que entregue a familiares o a la persona legalmente responsable o en su caso para su resguardo y control.
Trabajadora Social	336. Recibe de la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General los valores de la embarazada o puerpera, para su guarda sigue las actividades descritas en el “Procedimiento para la intervención de trabajo social en Unidades



Responsable	Descripción de actividades
Trabajadora Social	Médicas de Segundo Nivel de Atención” clave 2660-003-071.
Asistente Médica	337. Recibe de la Enfermera General o Auxiliar de Enfermería General el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”. 338. Registra el ingreso a UTQ en el formato “Ingresos, Registro Diario Servicio de Urgencias y/o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-I” clave 2E10-009-005. 339. Registra los datos de la paciente y familiar en el formato “Registro de Pacientes Hospitalizados, 4-30-51/72”. 340. Solicita el “Expediente clínico” al personal de OIMAC con el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y el “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026.
Personal de OIMAC	341. Recibe de la Asistente Médica la solicitud de elaborar o localizar el Expediente Clínico, con el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y el “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026.
Asistente Médica	342. Recibe el “Expediente clínico” elaborado por el OIMAC y lo entrega a la Enfermera del área de UTQ a la que se derivó la paciente.
Enfermera General	343. Acompaña a la paciente al área de UTQ a la que se derivó y recibe los formatos “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8) en tanto recibe el “Expediente clínico”, para su entrega al Médico No Familiar Ginecoobstetra. 344. Registra sus actividades en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144 y procede conforme al caso.



Responsable	Descripción de actividades
	Ingreso a Sala de Quirófano Continúa en la actividad 359.
	Ingreso a Sala de Expulsión Continúa en la actividad 367.
	Ingreso a Sala de Labor
Enfermera General de Labor	345. Recibe a la paciente junto con los formatos “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8).
	346. Mide y registra signos vitales y realiza nota del estado clínico de la paciente, al momento de su ingreso en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	347. Recibe a la mujer con amabilidad, junto con los formatos “Notas Médicas y Prescripción, 4-30-128/72” y “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144, en su caso el formato “Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8).
	348. Revisa las notas de admisión, en su caso los estudios de laboratorio y procede al interrogatorio, la exploración física y ginecológica.
	349. Ratifica o rectifica la impresión diagnóstica con base al cuadro clínico y revisión de los resultados de laboratorio realizados y registrados en el “Expediente Clínico”, establece el plan de tratamiento.
	350. Elabora la “Nota de Ingreso a Labor”, incluye el tratamiento y las indicaciones médicas en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y “Vigilancia y Atención de Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8) y entrega a la Enfermera las indicaciones médicas.
Enfermera General de Labor	351. Recibe del Médico No Familiar Ginecoobstetra las indicaciones, en el formato “Notas médicas y



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General de Labor	prescripción, 4-30-128/72”, en su caso el formato “Solicitud de Exámenes de Laboratorio, 4-105-2001”.
	352. Toma las muestras biológicas solicitadas y las envía a laboratorio con formato “Solicitud de Exámenes de Laboratorio, 4-105-2001”.
	353. Registra las indicaciones médicas en el formato “Registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería” clave 2660-009-144.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	354. Revalora a la paciente cada 30 minutos, aproximadamente, vigila la frecuencia cardiaca fetal, registra los datos en el formato de “Vigilancia y Atención de Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8), en caso necesario solicita valoración por Médico No Familiar Anestesiólogo para colocación de analgesia obstétrica.
Médico No Familiar Anestesiólogo	355. Se presenta con la paciente por su nombre, le explica con palabras sencillas los beneficios y en qué consiste el procedimiento así como las posibles complicaciones, de aceptarlo y solicita su autorización.
	La mujer rechaza colocación de analgesia obstétrica
	356. Llena los formatos de “Denegación de consentimiento informado para la realización de procedimientos anestésicos”, clave 2660-009-105, registra la decisión de la paciente en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” con la descripción de las causas de no aceptación de procedimiento anestésico e informa al Médico No Familiar Ginecoobstetra y al familiar o acompañante de la paciente.
	NOTA 1: El Formato: “Denegación de consentimiento informado para la realización de procedimientos anestésicos”, clave 2660-009-105 es el Anexo 6 del “Procedimiento para la planeación, programación y atención pre-operatoria, trans-operatoria, y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-066.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Anestesiólogo	NOTA 2: La paciente podrá solicitar analgesia obstétrica en cualquier momento y se colocará está, siempre y cuando las condiciones clínicas permitan su colocación. Continúa en la actividad 358. La mujer acepta colocación de analgesia obstétrica 357. Valora la petición del Médico No Familiar Ginecoobstetra para la aplicación de analgesia obstétrica y realiza actividades de la 224 a 227 del “Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-006.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	358. Determina, con la exploración física ginecológica, estudios de laboratorio y/o gabinete; continuar con la vigilancia del trabajo de parto o aborto y determina. Envío a sala de expulsión para atención del parto o aborto Continúa en la actividad 367. Envío a Quirófano para interrupción del embarazo vía abdominal (Cesárea o Laparotomía) 359. Registra las indicaciones en el formato “Vigilancia y Atención de Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8), en su caso elabora la “Solicitud y Registro de Intervención Quirúrgica” clave 2660-009-074 y el “Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos”, clave 2430-021-128 conforme establece el “Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las unidades médicas hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-006. NOTA 1: El formato “Consentimiento informado para la realización de procedimientos quirúrgicos, clave 2430-021-128 es el anexo 2 del “Procedimiento para la planeación,



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-006. NOTA 2: En caso de que se requiera ingreso urgente a quirófano se activa el Equipo de Respuesta Inmediata acorde al “Lineamiento para activación de Equipos de respuesta Inmediata (ERI)”, (Anexo 3) 360. Entrega a la Enfermera el formato “Solicitud al Servicio de Transfusión, BS-16” clave 2430-021-018, para la disponibilidad de hemoderivados. 361. Notifica al Médico No Familiar Anestesiólogo la decisión de realizar el procedimiento quirúrgico.
Médico No Familiar Anestesiólogo	362. Revisa los exámenes de laboratorio y determina el procedimiento anestésico, de acuerdo con las características de la paciente y la entidad nosológica, realiza nota pre-anestésica en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”.
Enfermera General de sala de labor	363. Recibe del Médico No Familiar Ginecoobstetra la indicación verbal y escrita en el “Expediente clínico” de ingreso de la paciente al quirófano y la prepara para el procedimiento quirúrgico. 364. Solicita el apoyo del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas, trasladan en conjunto a la paciente a sala de quirófano y solicita que el personal que la asiste acomode a la paciente en la mesa quirúrgica.
Equipo Técnico Médico	365. Realiza las actividades 248 a la 250 del “Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-006. 366. Realiza las actividades 259 a 412 y 451 a 464 del “Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-006 y



Responsable	Descripción de actividades
	procede conforme al caso. Atención sin complicaciones Continúa en la actividad 373. En caso de defunción del feto Continúa en la actividad 372. En caso de defunción de la paciente Continúa en la actividad 298. Envío a Sala de Expulsión
Médico No Familiar Ginecoobstetra	367. Notifica a la Enfermera que la paciente en trabajo de parto o aborto, se encuentra en condiciones de ser trasladada a la sala de expulsión para continuar su atención.
Enfermera General de labor	368. Solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas y traslada a la paciente a la sala de expulsión para la atención del parto o aborto, con el apoyo del personal que acudió y entrega "Expediente clínico" a enfermera de sala de expulsión.
Enfermera General de sala de expulsión	369. Recibe a la paciente con "Expediente clínico", asiste y colabora con el Médico No Familiar Ginecoobstetra, Anestesiólogo, Pediatra y/o Neonatólogo en la atención integral del binomio.
Médico No Familiar Ginecoobstetra	370. Atiende el parto o aborto de acuerdo a los criterios técnico-médicos vigentes así como a las guías de práctica clínica. 371. Entrega la persona recién nacida al Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo para su atención y concluye la atención del parto en Sala de Expulsión y procede conforme al caso.



Responsable	Descripción de actividades
Equipo Técnico Médico	Atención del parto sin complicaciones Continúa en la actividad 373. En caso de defunción de la paciente Continúa en la actividad 298. En caso de defunción del feto
	372. Realiza las actividades 47 a la 67 del “Procedimiento para el manejo y traslado de cadáveres, especímenes quirúrgicos y citológicos en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención”, clave 2660-003-069. Continúa en la actividad 379.
Enfermera General de Quirófano	Atención del parto sin complicaciones
	373. Elabora, las pulseras para identificar al(as) persona(s) recién nacida(s) y anota. • El nombre de la madre y el número de seguridad social. • Los datos de la persona recién nacida: Fecha y hora de nacimiento, Sexo (sin abreviaturas “Hombre” o “Mujer”), Peso, Talla, Tipo de parto y Apgar. 374. Coloca la pulsera a la persona recién nacida y/o a cada una de ellas, verifica que los datos de todos coincidan con los del “Expediente Clínico”. 375. Registra los datos del evento obstétrico en el formato “Partos, productos y Abortos, 4-30-6B/17”. NOTA: Los datos referentes a las condiciones de la(s) persona(s) recién nacida(s) se obtienen de la Nota Médica del Pediatra. (Peso, Talla, Perímetro cefálico, Semanas de gestación, Apgar al minuto y a los cinco minutos). 376. Registra la atención del aborto o parto; así como las indicaciones médicas en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72” y en



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera General de Quirófano	“Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72” (Anexo 8).
Médico No Familiar Ginecoobstetra	377. Indica a la Enfermera trasladar y acompañar a la paciente al área de Recuperación.
Enfermera General de Quirófano	378. Solicita el apoyo del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas y traslada a la paciente con el “Expediente Clínico” al Área de Recuperación y en compañía del Médico No Familiar Anestesiólogo.
Fase 2 Área de Recuperación	
Equipo Técnico Médico	379. Realiza las actividades de la 423 a 430 y 466 a 500 de acuerdo al “Procedimiento para la planeación, programación, atención pre-operatoria, trans-operatoria y post-operatoria en las Unidades Médicas Hospitalarias de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-006.
Enfermera General	380. Le informa a la Asistente Médica del internamiento al hospital y si estará o no en alojamiento conjunto (binomio madre e hijo), entrega a la Asistente Médica los documentos para continuar con los trámites.
Asistente Médica de Recuperación	381. Asigna una cama a la madre de acuerdo al tipo de alojamiento que tendrá en binomio. • Cama en servicio con alojamiento conjunto • Cama en servicio sin alojamiento conjunto
Enfermera General	382. Registra en el formato “Egreso, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E” clave 2E10-009-006, la salida de UTQ. NOTA: El formato “Egreso, Registro Diario Servicio de Urgencias o Admisión Continua, 4-30-21/35/17-E”, clave 2E10-009-006 es el Anexo 6 del “Procedimiento para el Registro de la Atención Médica en el Sistema de Información Médico Operativo” clave 2E10-003-002.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de Recuperación	Etapas II Hospitalización 383. Recibe del personal de enfermería la “Solicitud de Internamiento” clave 2660-009-001 y procede conforme al caso.
	Ingreso a UCI Continúa en la actividad 401.
	Hospitalización sin persona recién nacida Continúa en la actividad 400.
	Hospitalización con persona recién nacida
Médico No Familiar Ginecoobstetra	384. Elabora el formato de “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-001 y lo entrega a la Enfermera General del área de Recuperación.
	385. Informa al familiar o acompañante de forma clara las condiciones clínicas de la mujer así como de su envío a hospitalización en el área de alojamiento conjunto y recaba la firma de conocimiento en el formato “Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72”.
	386. Solicita al Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo la valoración de la persona recién nacida y realiza actividades del acuerdo al “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068.
Enfermera General	387. Recibe el formato “Solicitud de internamiento”, clave 2660-009-001 y establece comunicación con Asistente médica de Admisión para solicitar cama en alojamiento conjunto.
Enfermera Jefe de Piso de Quirófano	388. Elabora en original y copia los formatos “Vale al archivo por el expediente, 4-30-9/19”, clave 2E10-009-026 y entrega en OIMAC para adquirir el “Expediente clínico” del paciente y el “Expediente Clínico” de la persona recién nacida que se hospitalizará.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica	389. Asigna cama para la paciente de acuerdo a la indicación médica y realiza el llenado del formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003. NOTA 1: El formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003 es el anexo 3 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de información Médico Operativo” clave 2E10-003-002. NOTA 2: En caso de no contar con Asistente Médica de Admisión Hospitalaria en el turno, la Asistente Médica de urgencias o quirófano llenará el formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003.
Enfermera Jefe de Piso	390. Elabora en original y copia el “Registro de Pacientes Hospitalizados, 4-30-51/72”, registra el número de cama asignado al paciente y requisita la “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21”, clave 2E10-009-013. NOTA: El formato “Hoja de Alta Hospitalaria, Alta 1/21”, clave 2E10-009-013 es el anexo 13 del “Procedimiento para el registro de la atención médica en el Sistema de información Médico Operativo” clave 2E10-003-002.
	391. Comunica a la Asistente Médica de quirófano o enfermera Jefe de piso el número de cama asignada al binomio de acuerdo a la indicación médica y disponibilidad de camas.
	392. Adjunta “Solicitud de internamiento” clave 2660-009-001 con el número de cama asignado al expediente clínico de la paciente, avisa a la Enfermera Jefe de Piso del área de Obstetricia que ingresará binomio.
	393. Solicita la presencia del Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de UTQ y de enfermera auxiliar o general para el acompañamiento y traslado de la mujer al área de hospitalización.



Responsable	Descripción de actividades
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de UTQ	394. Se presenta con la mujer en periodo de puerperio y solicita su apoyo, de ser posible, para el paso a la camilla de traslado.
Enfermera General	395. Deposita a la persona recién nacida en contacto piel a piel con la madre y lo cubre con la sabana, acompaña al camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de UTQ, junto con el “Expediente clínico” de la paciente y el de la persona recién nacida.
Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de UTQ	396. Traslada a la mujer al transfer y la entrega al Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de hospitalización.
Enfermera General y/o Auxiliar de Enfermería General asignada para el traslado del binomio	397. Entrega el binomio a la Enfermera Jefe de Piso, el “Expediente clínico” y original con copia del “Certificado de nacimiento”, se cerciora que la persona recién nacida porte las dos pulseras de identificación una en la muñeca derecha y otra en el tobillo izquierdo y que los datos coincidan con la pulsera de la madre quien deberá tener colocada su pulsera en la muñeca derecha, realiza en conjunto con la enfermera general la doble verificación de las pulseras. NOTA: La identificación del paciente esta descrito en: “Acciones esenciales para la seguridad del paciente”. I. Acciones esenciales para la seguridad del paciente en el entorno hospitalario. Acción esencial 1. Identificación del paciente y es anexo 2 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención”, clave 2660-003-056
Enfermera Jefe de Piso	398. Recibe a la paciente y persona recién nacida junto con el “Expediente clínico” y “Certificado de nacimiento” en original y copia. 399. Registra en el formato “Ingresos Registro Diario Hospital 4-30-21/17-I”, clave 2E10-009-003, de acuerdo con el lugar a donde ingresa y en apego



Responsable	Descripción de actividades
Enfermera Jefe de Piso	a los criterios del “Procedimientos para el registro estadístico de las actividades médicas en Unidades Hospitalarias (SIMO)” clave 2E10-003-002 Continúa en la actividad 402.
	Hospitalización sin persona recién nacida
Equipo Técnico Médico	400. Realiza actividades 496 a 514 del “Procedimiento para la planeación, programación, atención pre operatoria, trans operatoria y post operatoria en la Unidades Médicas Hospitalarias de Tercer Nivel de Atención”, clave 2430-003-006. Continúa en la actividad 399.
	Ingreso a UCI
	401. Realiza las actividades de atención en UCI de acuerdo al “Procedimiento para planear y otorgar atención médica en la Unidad de Cuidados Intensivos o Terapia Intensiva de las Unidades Médicas de tercer nivel de atención”, clave 2430-003-034. Continúa en la actividad 402.
	Etapas III Egreso
Médico No Familiar Ginecoobstetra	402. Evalúa el estado de salud de la mujer en periodo de puerperio y procede conforme al caso. Egreso por defunción de la paciente Continúa en la actividad 298.
	Alta de la paciente
	403. Determina pre alta con 24 horas de anticipación, informa de manera clara y sencilla, a la paciente y en su caso a su acompañante, el motivo de pre alta así como la razón por la que continuará su atención en la Unidad de Medicina Familiar de adscripción.



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	404. Elabora la “Nota de pre alta” en el “Expediente clínico”, consignando las indicaciones médicas en la Hoja “Notas Médicas y Prescripción 4-30-128/72” y registra los datos de la pre alta en la “Hoja de Alta hospitalaria, Alta1/21”, clave 2E10-009-013 y procede conforme al caso. Egreso por traslado a unidad hospitalaria de Segundo o Tercer Nivel de Atención Continúa en la actividad 296. Egreso de la paciente sin persona recién nacida para vigilancia del puerperio en el Primer Nivel de Atención Continúa en la actividad 412. Egreso del Binomio por Mejoría y Contrareferencia para Vigilancia del Puerperio en Segundo Nivel de Atención
Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo	405. Notifica a la Enfermera Jefe de Piso acerca de la decisión de la pre alta y solicita se informe al Médico No Familiar Pediatra o Neonatólogo para valorar egreso de la persona recién nacida. 406. Se presenta por su nombre y categoría, informa a la paciente la posibilidad de pre alta de su persona recién nacida hijo (a) y procede acorde a lo descrito en el “Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social”, clave 2660-003-068.
Equipo Técnico Médico	407. Realiza actividades de 228 a 250 y 262 a 269 del “Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención” clave 2660-003-056.
Asistente Médica de hospitalización	408. Enfatiza la cita abierta a urgencias las 24 horas del día, los 365 días del año en caso de requerirlo.



Responsable	Descripción de actividades
Asistente Médica de hospitalización y Jefa de Enfermeras de piso	409. Realizan doble verificación de las dos pulseras de identificación que porta la persona recién nacida y que los datos coincidan con la pulsera de la madre. NOTA: En caso de existir error u omisión de algún dato en las pulsera(s), se gestiona en el momento la solución al caso acorde con el "Procedimiento para otorgar atención a la persona recién nacida en Unidades Médicas de Segundo Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social", clave 2660-003-068. 410. Recaba las "Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72", integra en orden en el "Expediente clínico" y verifica las indicaciones médicas, la "Receta" y el "Certificado de incapacidad temporal" y todos los documentos relacionados con la atención del paciente de acuerdo a la "Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente clínico" 411. Solicita a la paciente, al familiar o persona legalmente responsable registre la fecha (día, mes y año), su nombre, parentesco y firma en el formato "Registro de Pacientes Hospitalizados, 4-30-51/72", cuando recibe a la paciente y a la persona recién nacida. Continúa en la actividad 113. Egreso de la Paciente sin persona recién nacida para vigilancia del Puerperio en el 1er Nivel de Atención
Médico No Familiar Ginecoobstetra	412. Informa de manera clara y sencilla, a la paciente y en su caso a su acompañante, el motivo de egreso y realiza actividades 228 a 250 y 262 a 269 del "Procedimiento para la atención médica en el proceso de hospitalización en las unidades médicas hospitalarias de segundo nivel de atención", clave 2660-003-056. 413. Envía a la paciente y su familiar o acompañante con Trabajo Social quien realiza actividades de la 103 a 105 y 117 a la 143 del "Procedimiento para la Intervención de Trabajo Social en Unidades



Responsable	Descripción de actividades
Médico No Familiar Ginecoobstetra	Médicas de Segundo nivel de Atención”, clave 2660-003-071. NOTA: En caso de producto Óbito o defunción de la persona recién nacida, lleva a cabo actividades 5 a 87 del “Procedimiento para el tránsito, depósito, entrega y traslado de óbitos, órganos, extremidades anatómicas y muestras celulares en los servicios hospitalarios”, clave 2660-003-008. 414. Informa, de manera clara y sencilla, a la paciente y en su caso a su acompañante, el motivo por el que continuará la atención en la Unidad de Medicina Familiar de adscripción. 415. Entrega “Receta” y Certificado de incapacidad” en caso de requerirlo. 416. Elabora el formato “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98” en original y dos copias y entrega a la paciente para que continúe su atención en su UMF de adscripción. Continúa en la actividad 417. Modalidad A.2 Vigilancia Puerperal En la Unidad de Medicina Familiar
Asistente médica en UMF	417. Recibe a la paciente puérpera que se presenta espontánea o con cita previa, referida o no del hospital, solicita la “Cartilla Nacional de Salud” (se deja de usar Cartilla de la Mujer Embarazada), en su caso solicita el formato “Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98”, verifica la hora en la “Agenda de Citas” electrónica, y en el caso de mujer puérpera que llega de manera espontánea, otorga horario de acuerdo a disponibilidad. 418. Mide y registra peso, talla y temperatura corporal de la puérpera en el menú “Somatometría” del “Expediente clínico electrónico”. 419. Conduce a la paciente puérpera y en su caso a su acompañante con el Médico Familiar y lo asiste durante la exploración física de la paciente.



Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	420. Recibe a la paciente en puerperio y en su caso a su acompañante, verifica que los cambios anatómicos y funcionales durante el embarazo retornen a su estado normal. 421. Identifica mediante el interrogatorio y la exploración física la condición de las mamas, la involución uterina, las características de los loquios, la presencia de dolor en abdomen y/o miembros inferiores, el estado de la herida quirúrgica, de presentar la mujer puérpera episiotomía o cesárea. 422. Valora la presencia de complicaciones durante la etapa puerperal y en caso necesario establece el plan de tratamiento. 423. Informa a la paciente y acompañante sobre la evolución del puerperio. 424. Promueve las ventajas de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de la(s) persona(s) recién nacida(s); así como el inicio de la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo. 425. Registra, en la “Nota Médica” del SIMF, los datos clínicos y paraclínicos obtenidos, el diagnóstico (Categorías CIE-10 inserto en el SIMF), el plan de tratamiento y las actividades educativas realizadas. 426. Registra en el módulo “Valoración de Riesgo Reproductivo y Planificación Familiar” el método anticonceptivo otorgado post evento obstétrico o en su caso el que se otorga en medicina familiar, previa aceptación en el “Formato de Consentimiento Informado de Planificación Familiar, CSR-CI-2004”, clave 2230-009-036 y procede conforme al caso. Puerperio sin complicaciones Continúa en la actividad 431. Puerperio con complicaciones



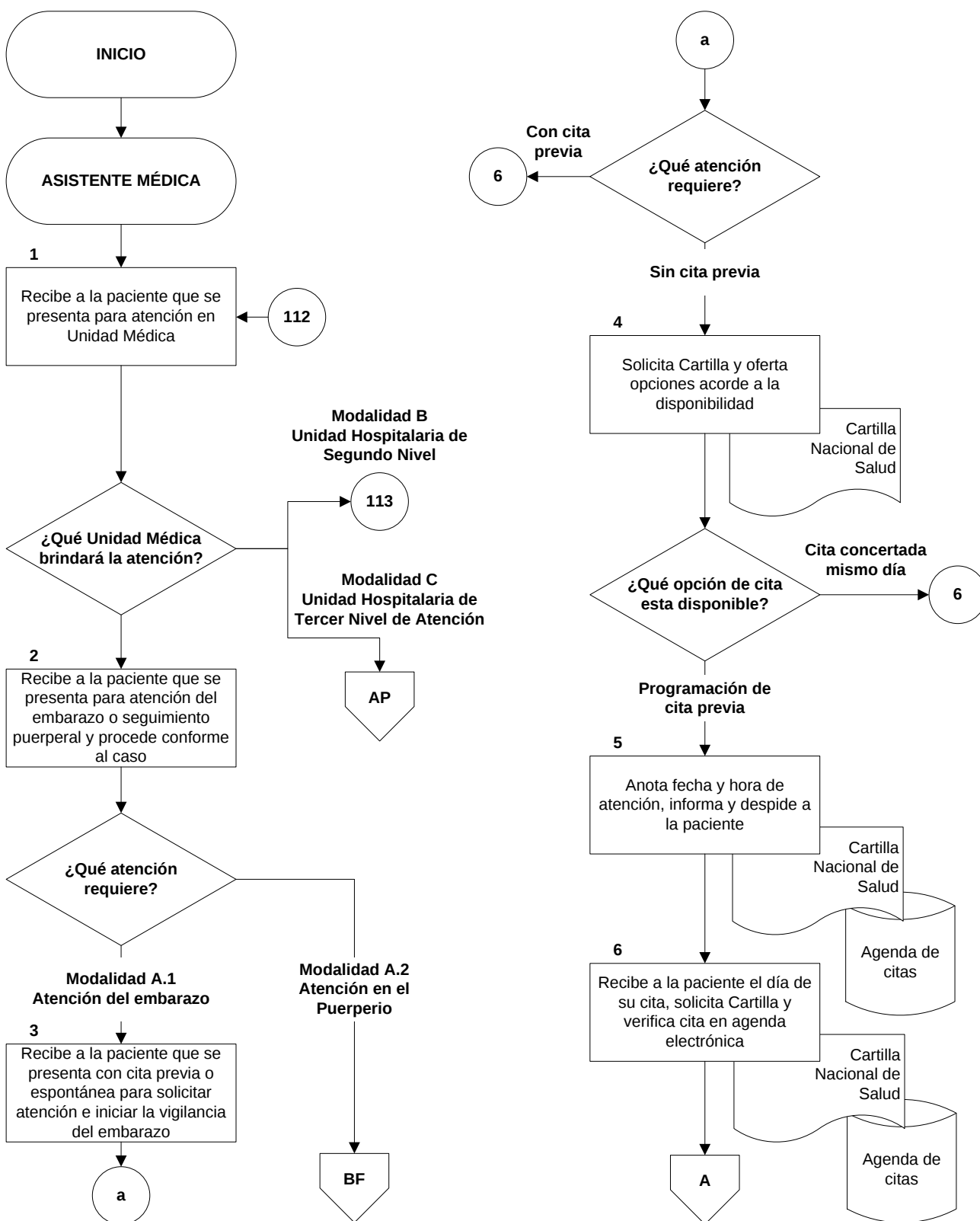
Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	427. Informa a la paciente en periodo de puerperio y en su caso, a su familiar o acompañante, la necesidad de ser referida a otro nivel de atención por complicaciones del puerperio. NOTA 1: Continuará su atención preferentemente en la Unidad Médica en la que fue atendida. NOTA 2: En caso de así determinarlo el Médico Familiar y/o su equipo de salud, podrán activar el ERI, acorde al "Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)" (Anexo 3) y en su caso también coordinará el envío con la Unidad Médica de mayor capacidad resolutive más cercana. 428. Elabora "Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98" del "SIMF", de acuerdo con los criterios técnico médicos vigentes o los protocolos de atención elaborados e implantados localmente y/o Guías de Práctica Clínica. 429. Imprime la "Referencia-Contrareferencia, 4-30-8/98", firma y otorga en original y copia a la mujer puérpera. 430. Otorga indicaciones de alarma obstétrica, informa a la paciente la importancia de acudir de manera inmediata al servicio de urgencias, solicita firma de enterada de la paciente y su familiar o acompañante y procede conforme al caso. Envío a Unidad de Segundo Nivel Continúa en la actividad 113. Envío a Unidad de Tercer Nivel Continúa en la actividad 300. Puerperio sin complicaciones 431. Determina cita subsecuente o alta del servicio. Cita subsecuente 432. Informa a la paciente puérpera, la necesidad e importancia de acudir a su cita subsecuente.

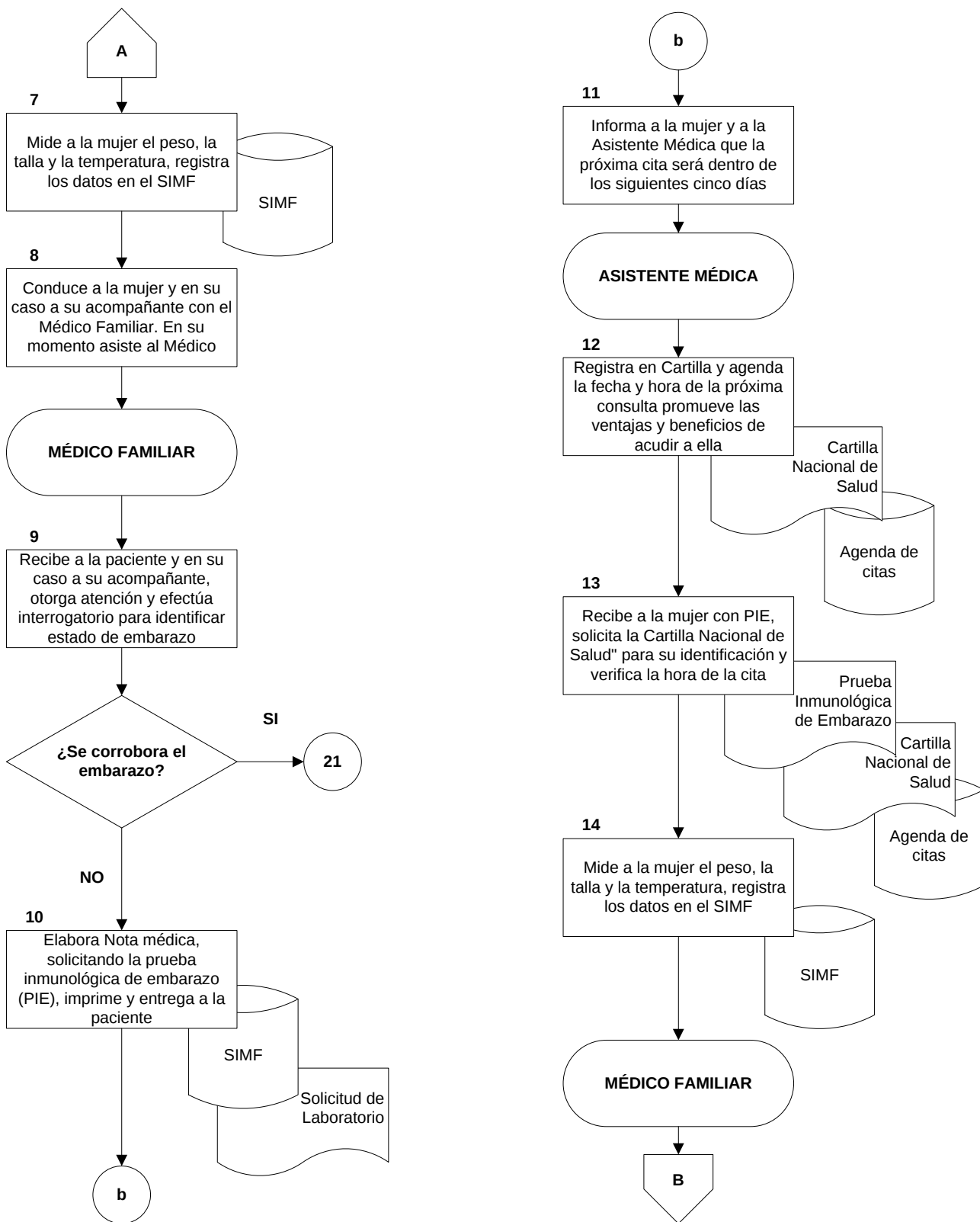


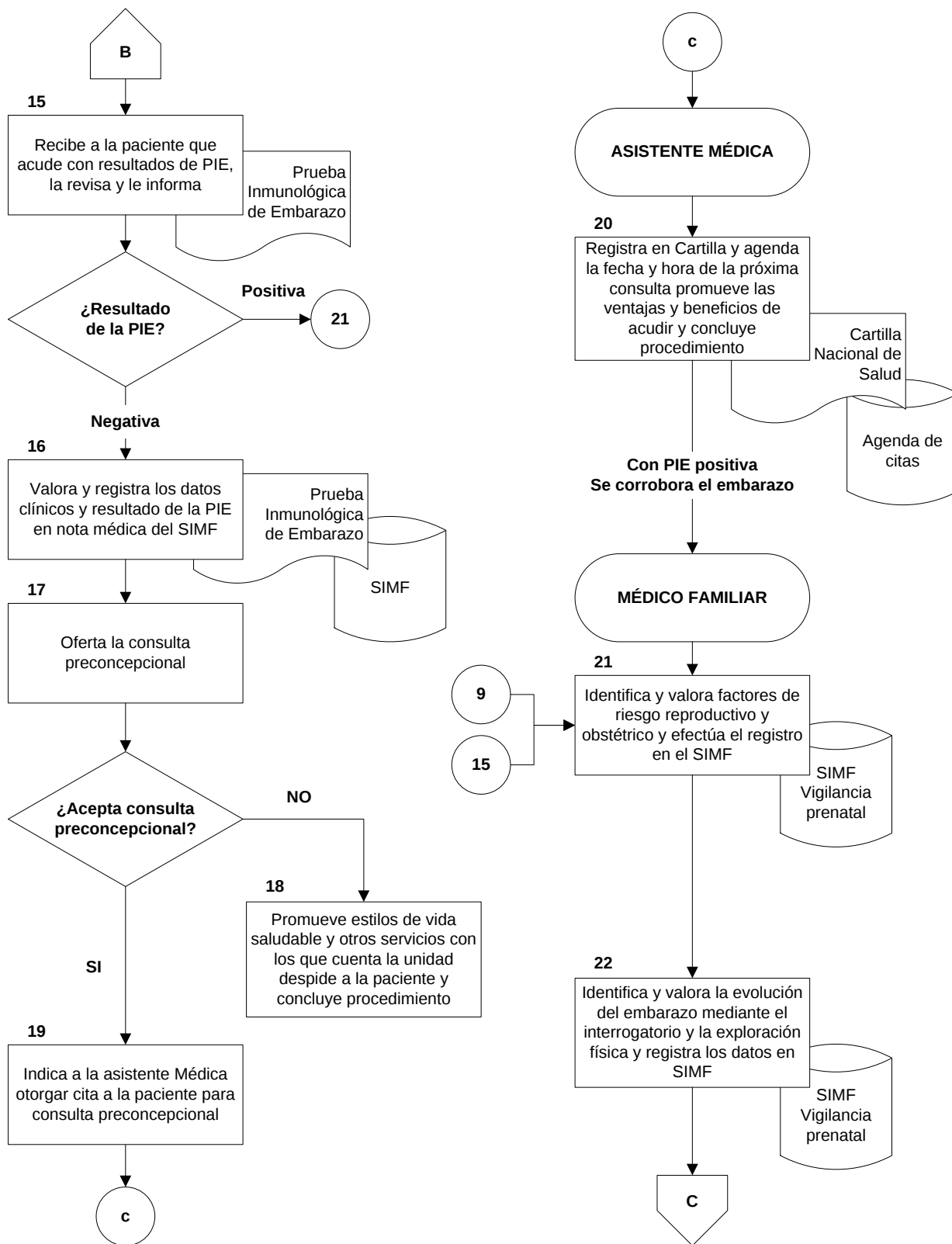
Responsable	Descripción de actividades
Médico Familiar	433. Indica a la Asistente Médica otorgue cita para consulta subsecuente de vigilancia puerperal.
Asistente Médica	434. Registra la fecha y hora de la próxima consulta, que le indicó el Médico en la “Cartilla Nacional de Salud” y en la “Agenda de Citas”, informa a la paciente puérpera y promueve los beneficios de acudir a la cita para continuar la vigilancia puerperal. Continúa en la actividad 417.
	Alta del servicio
Médico Familiar	435. Informa que ya no requiere seguimiento por parte del Médico Familiar en lo correspondiente al puerperio, corrobora método de planificación familiar y ratifica la necesidad de continuar con lactancia materna exclusiva a libre demanda al menos por los próximos 6 meses.
	436. Promueve la importancia de acudir a urgencias en caso de presentar datos de alarma o de acudir a Medicina Familiar por cualquier otro motivo
	Fin del procedimiento

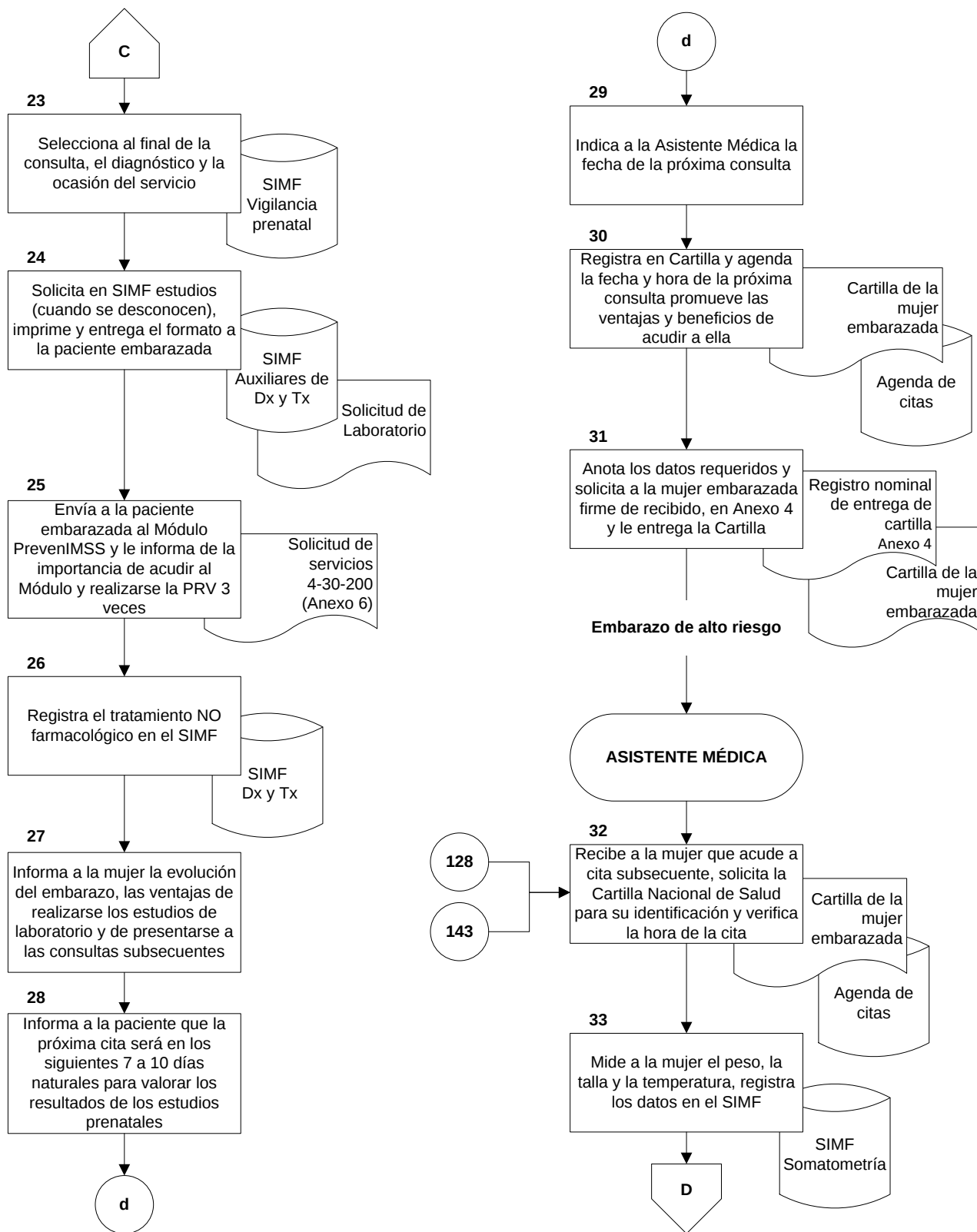


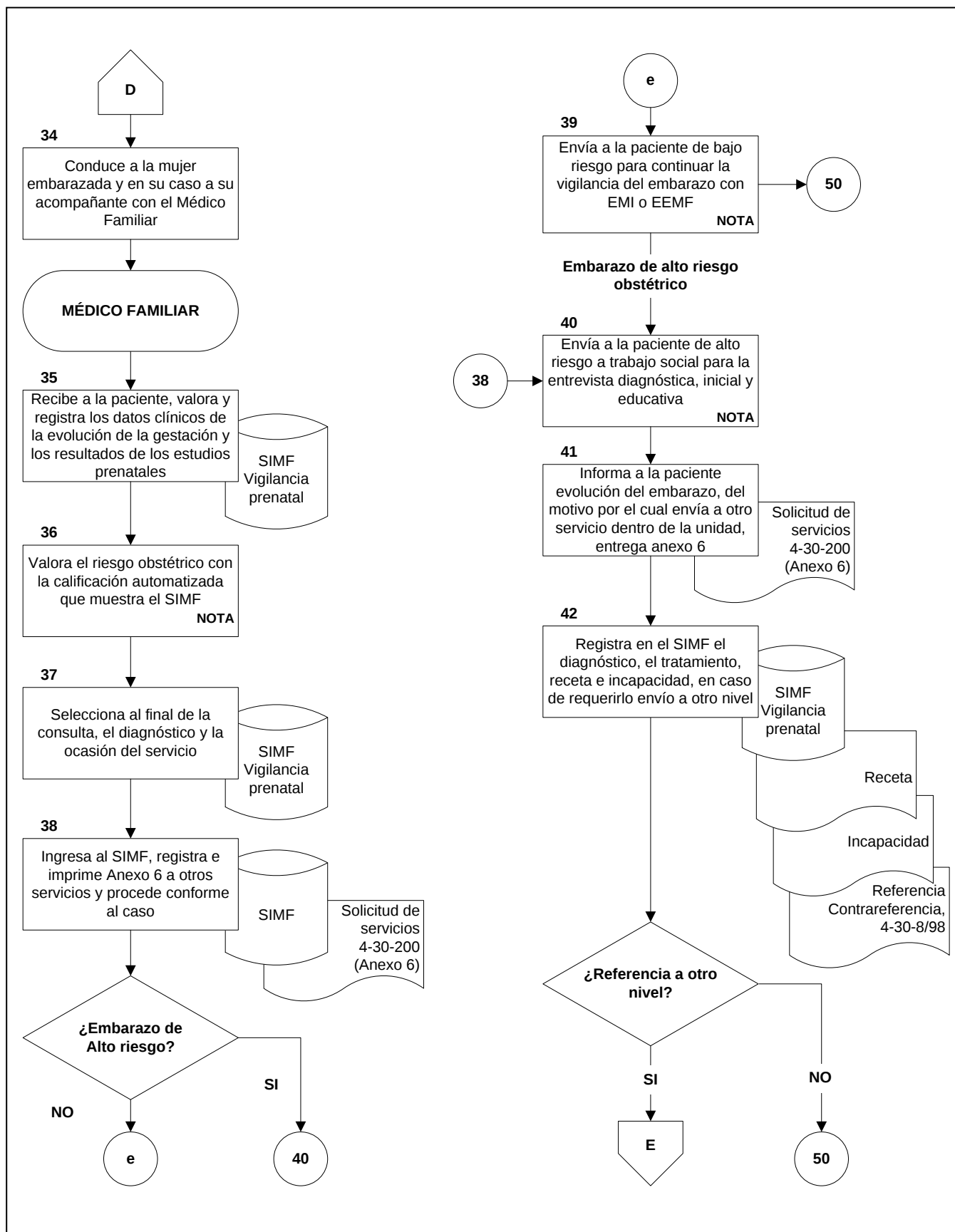
7 Diagrama de flujo

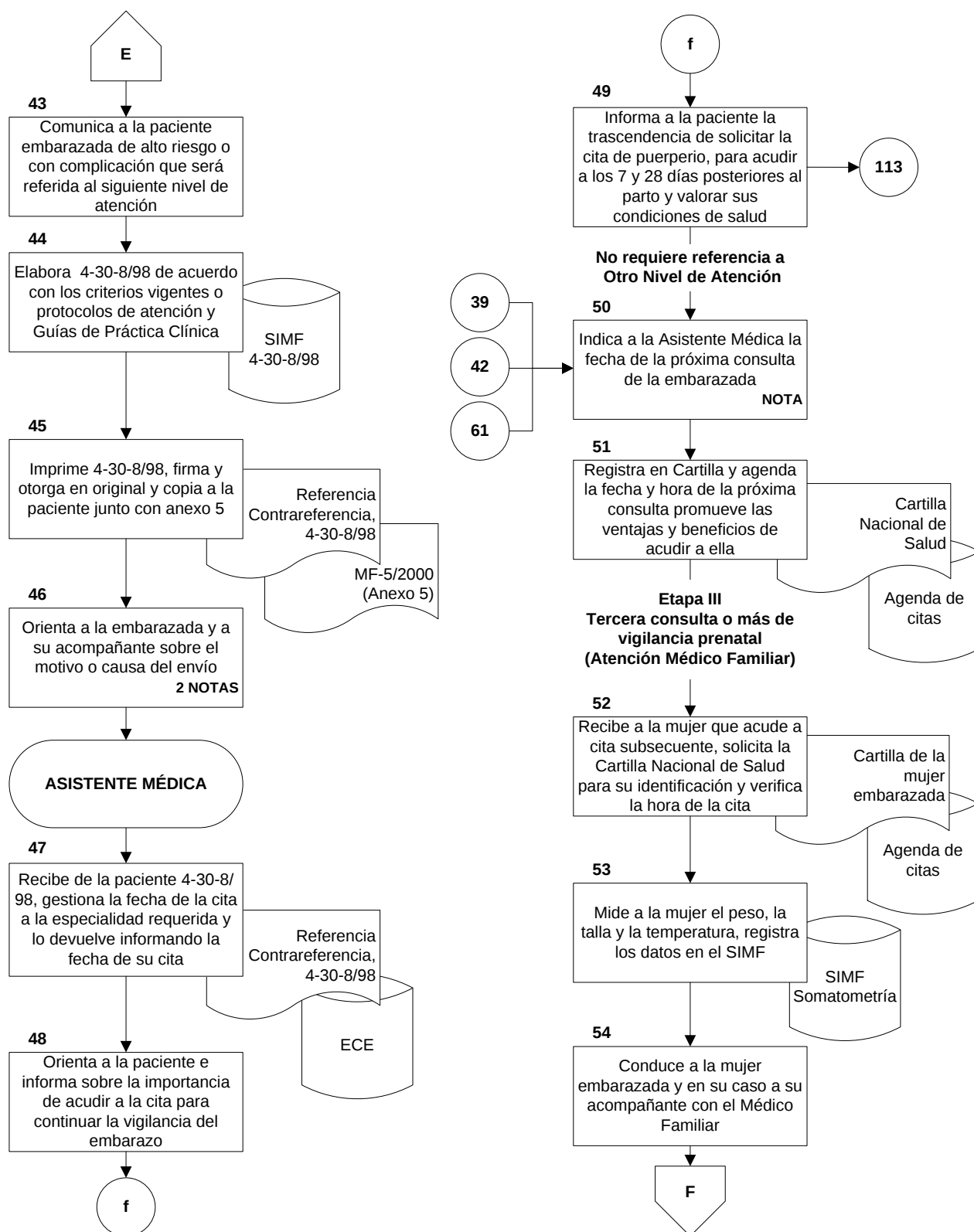


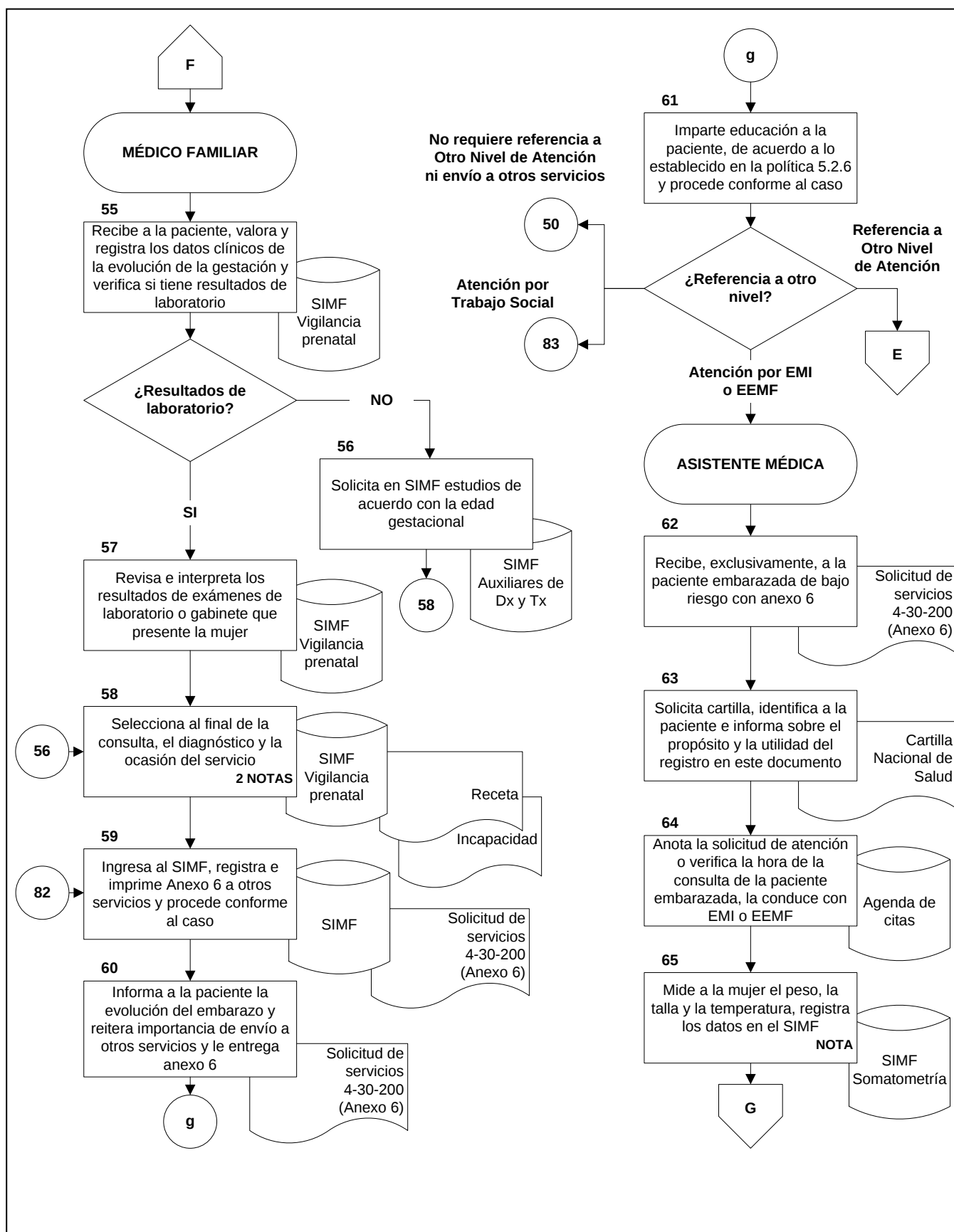


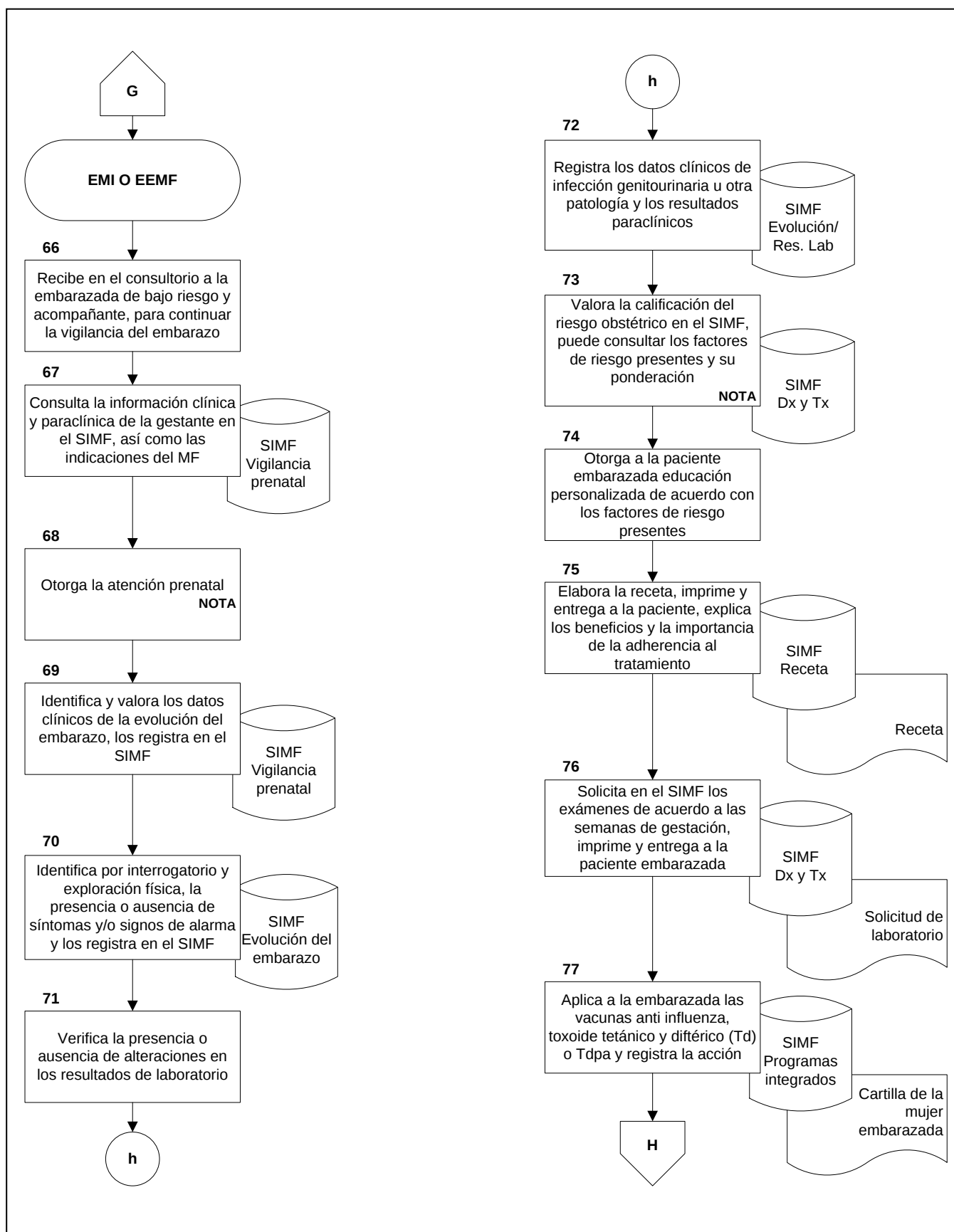


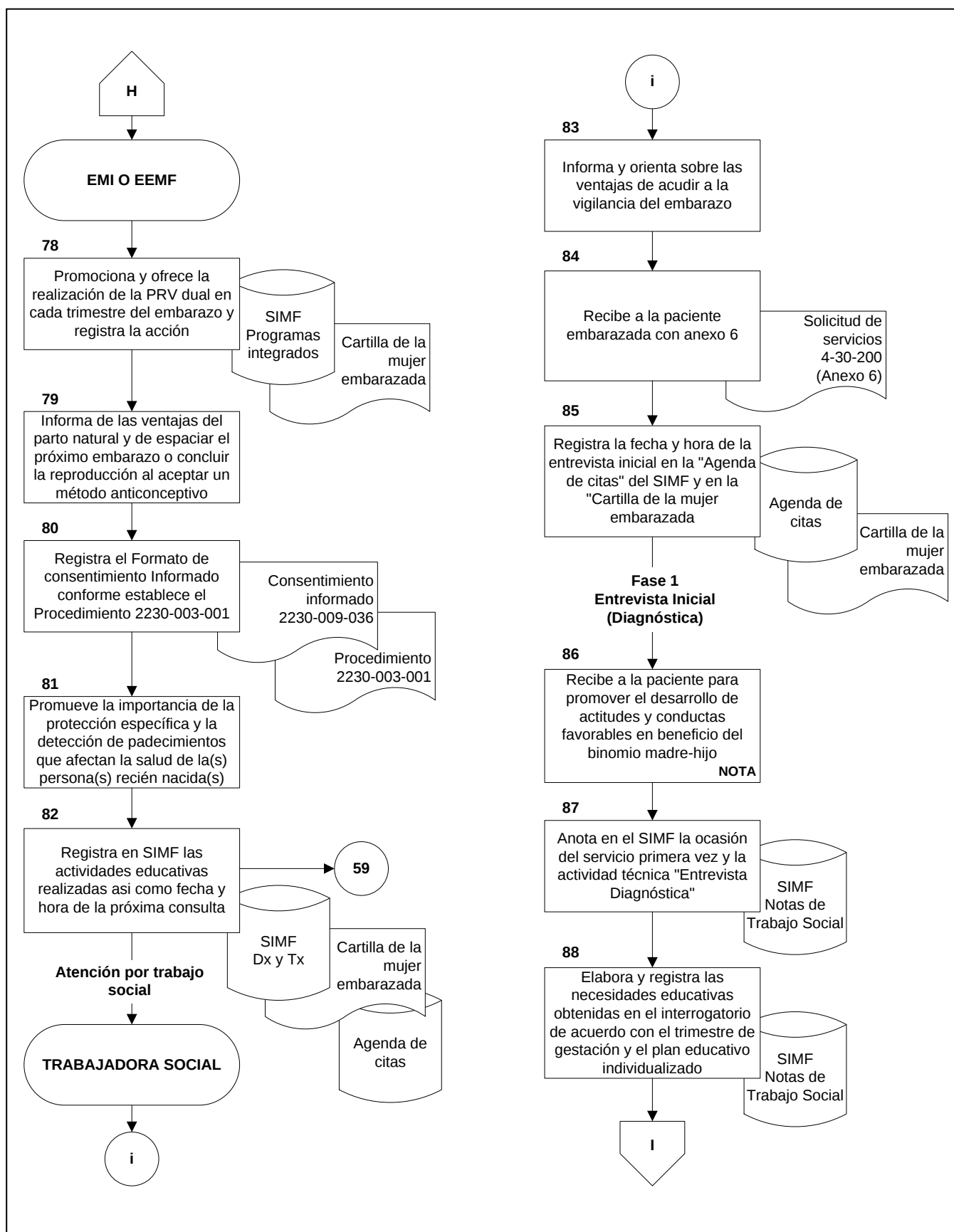


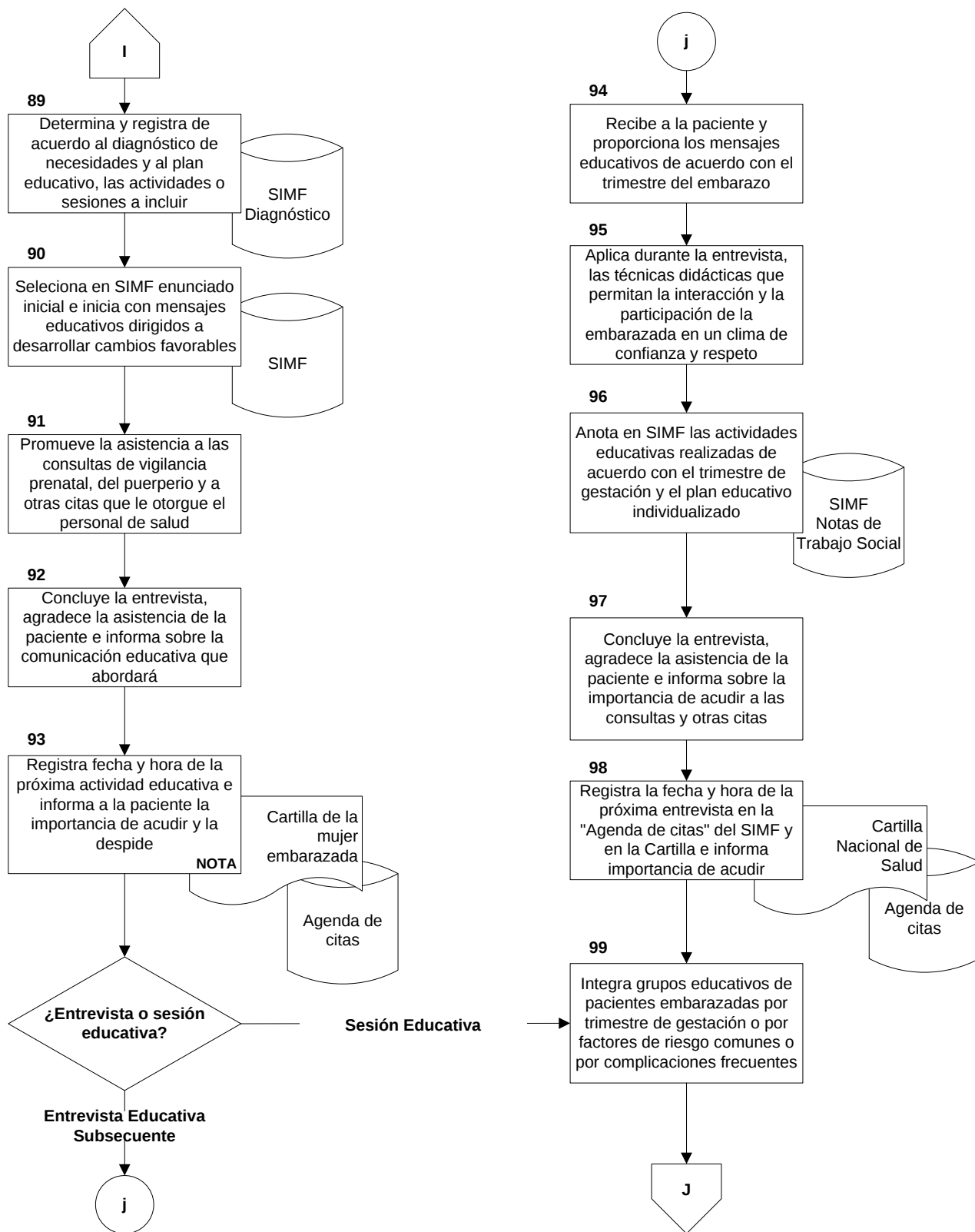


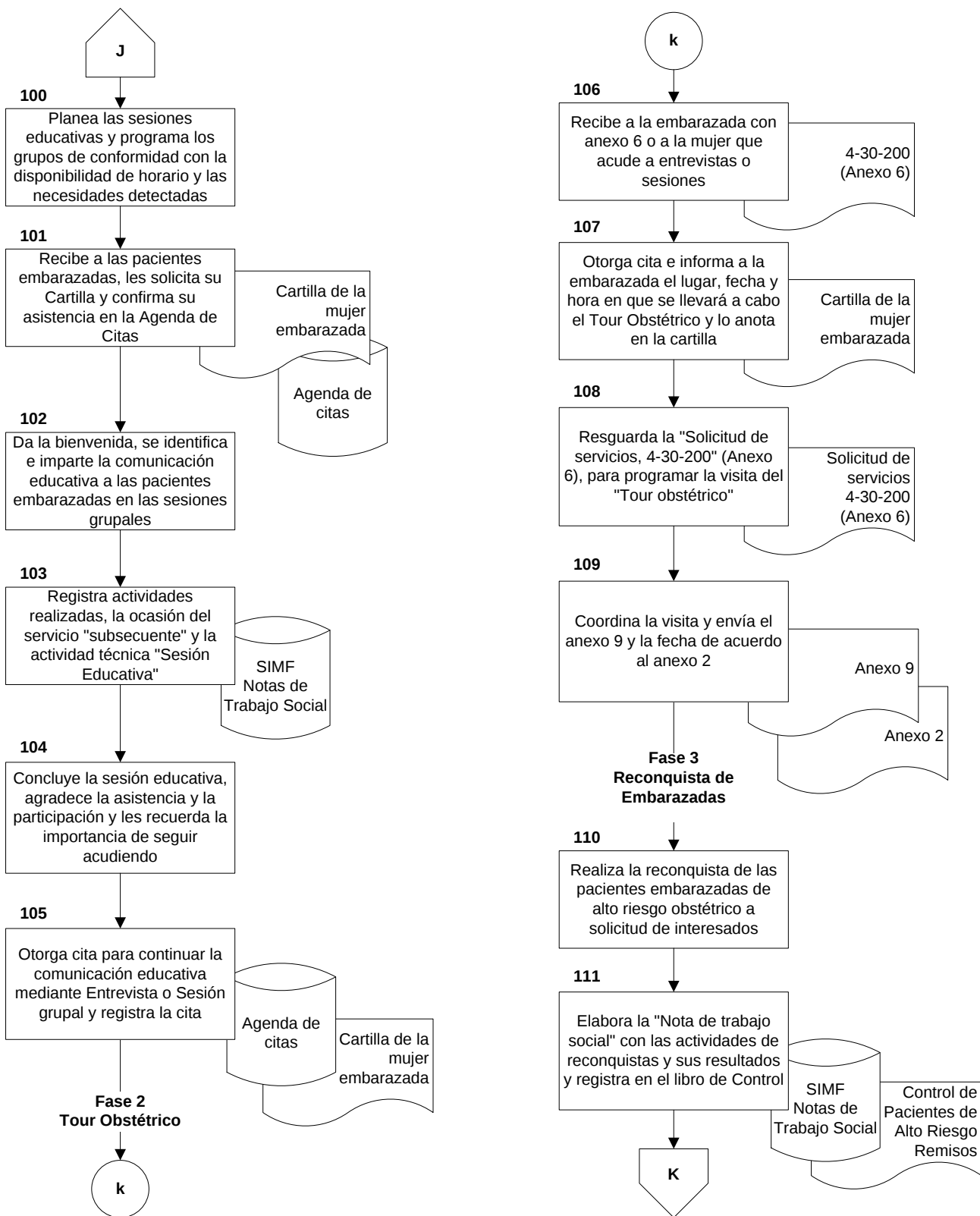


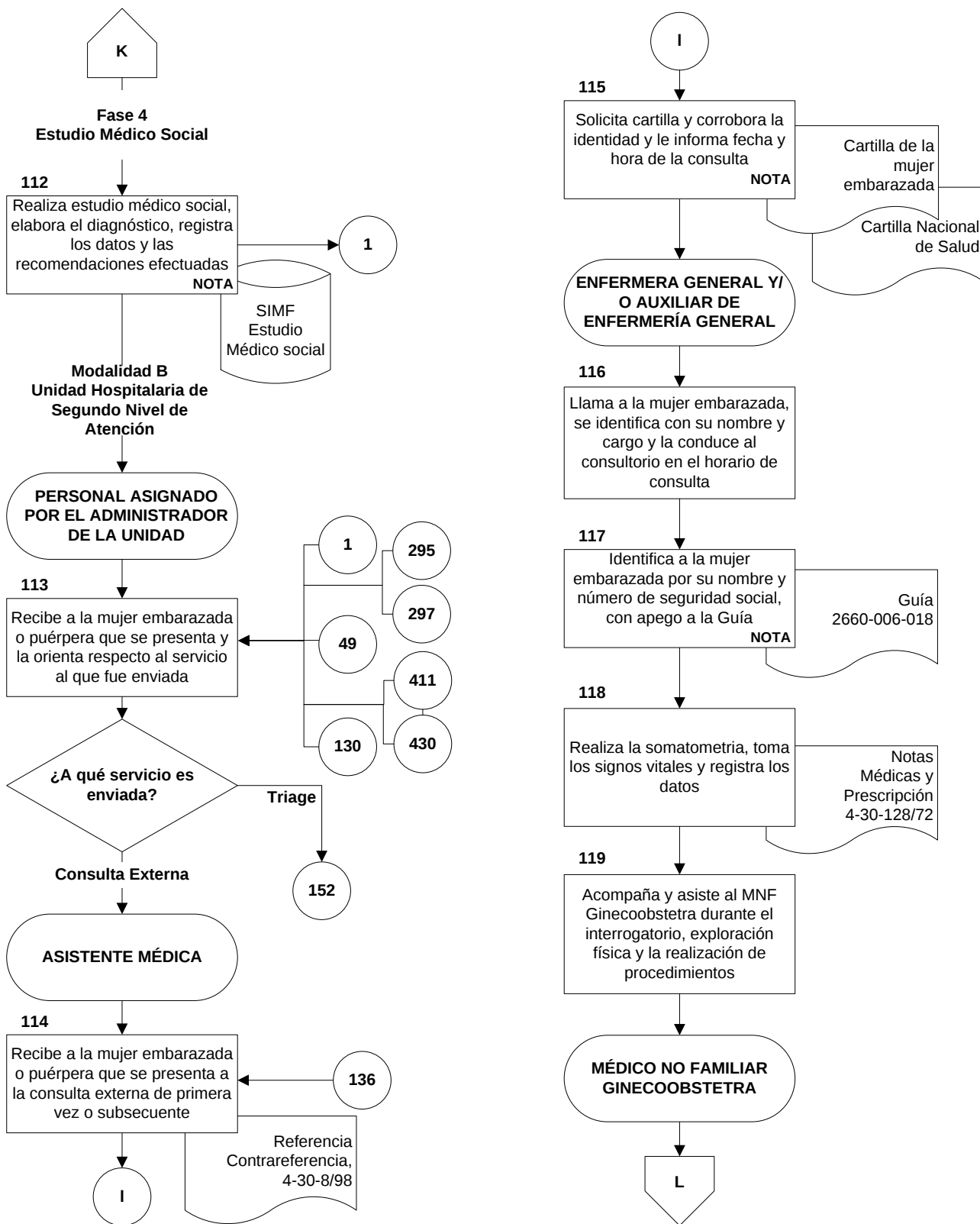


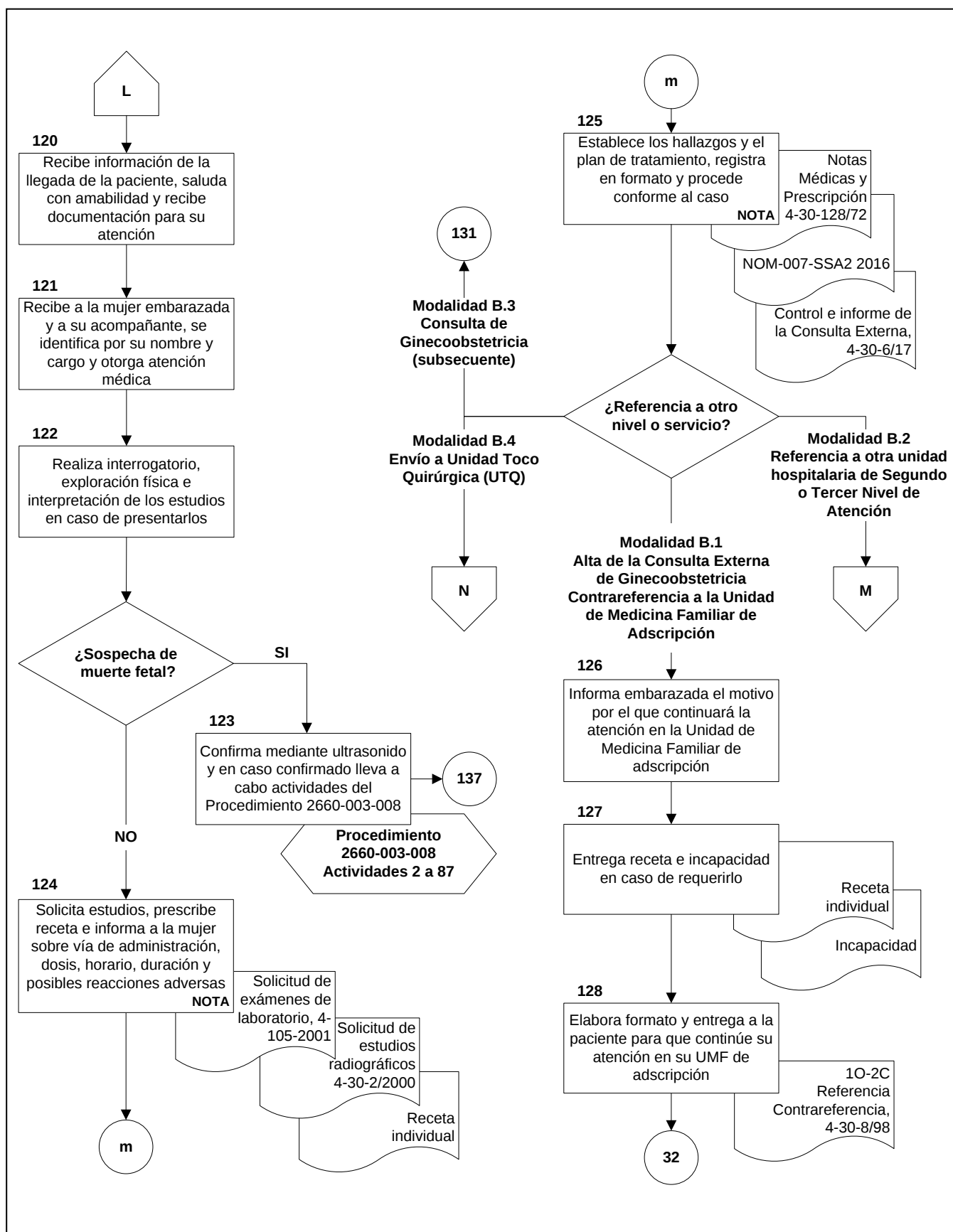


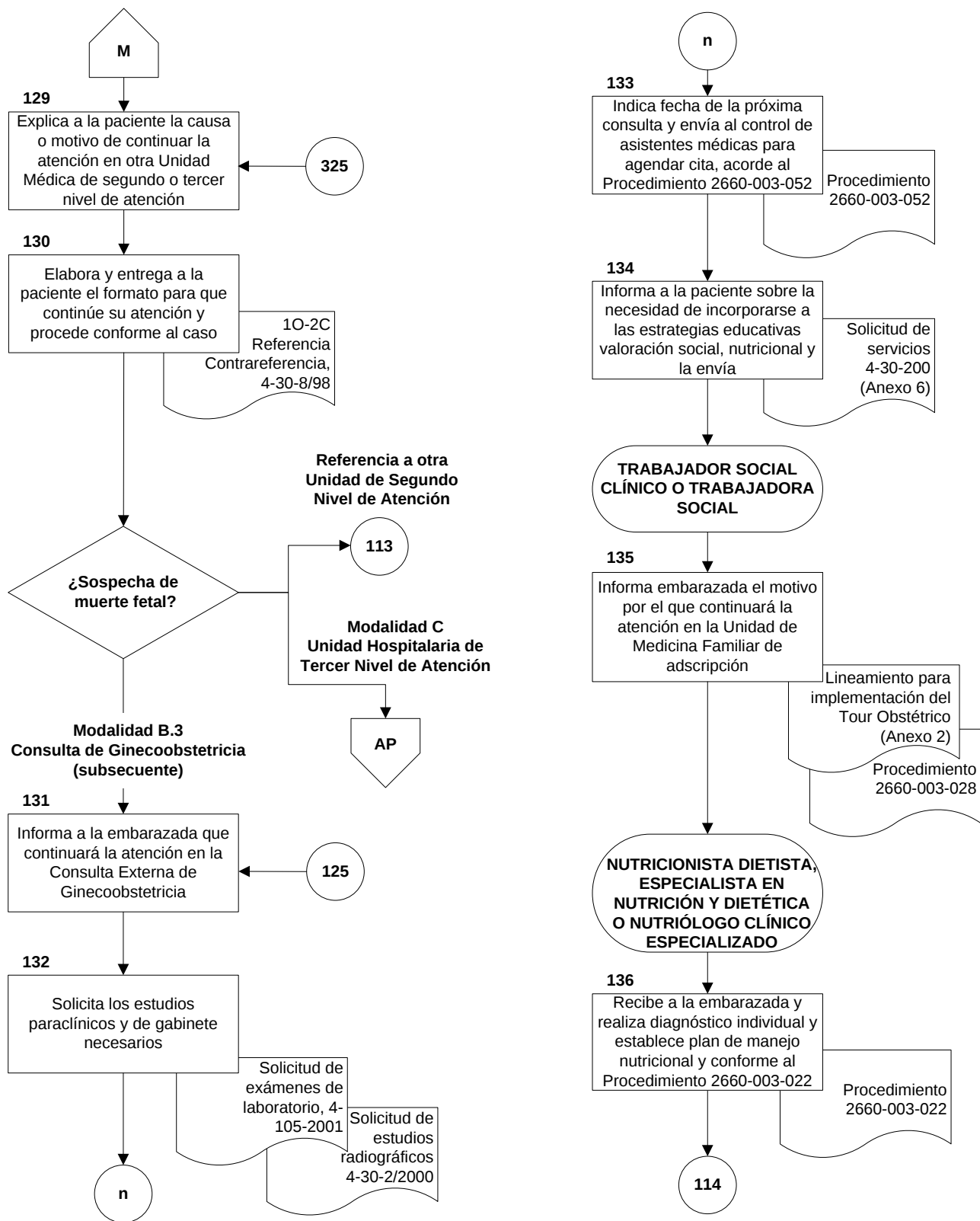


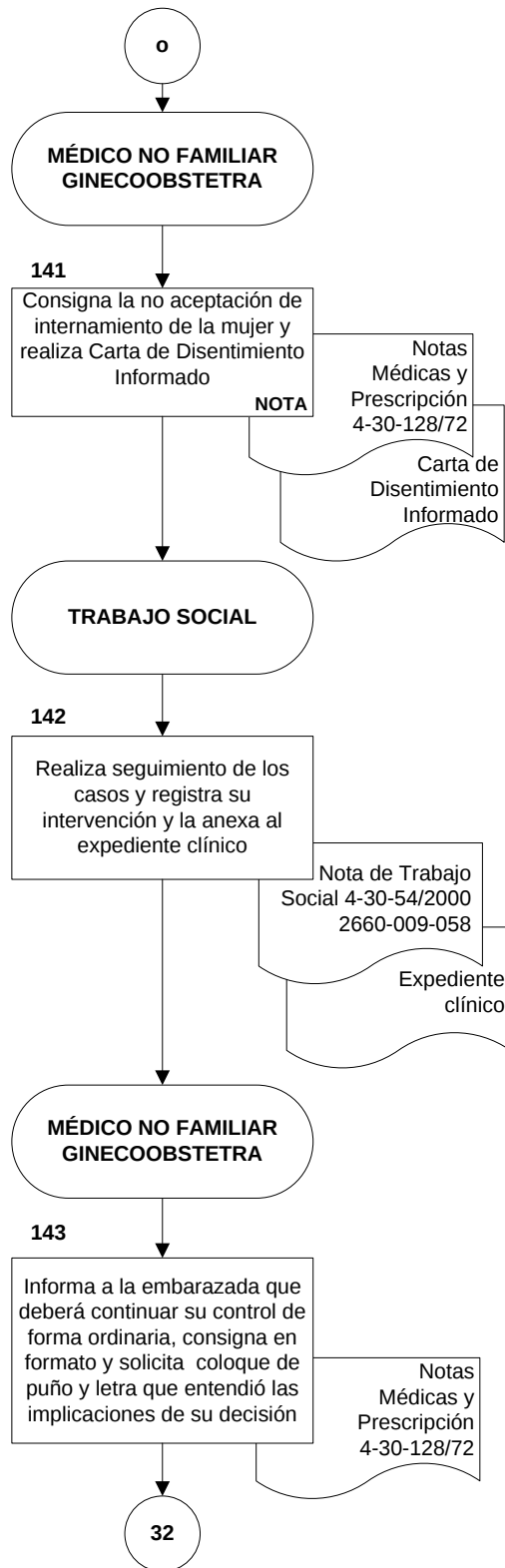
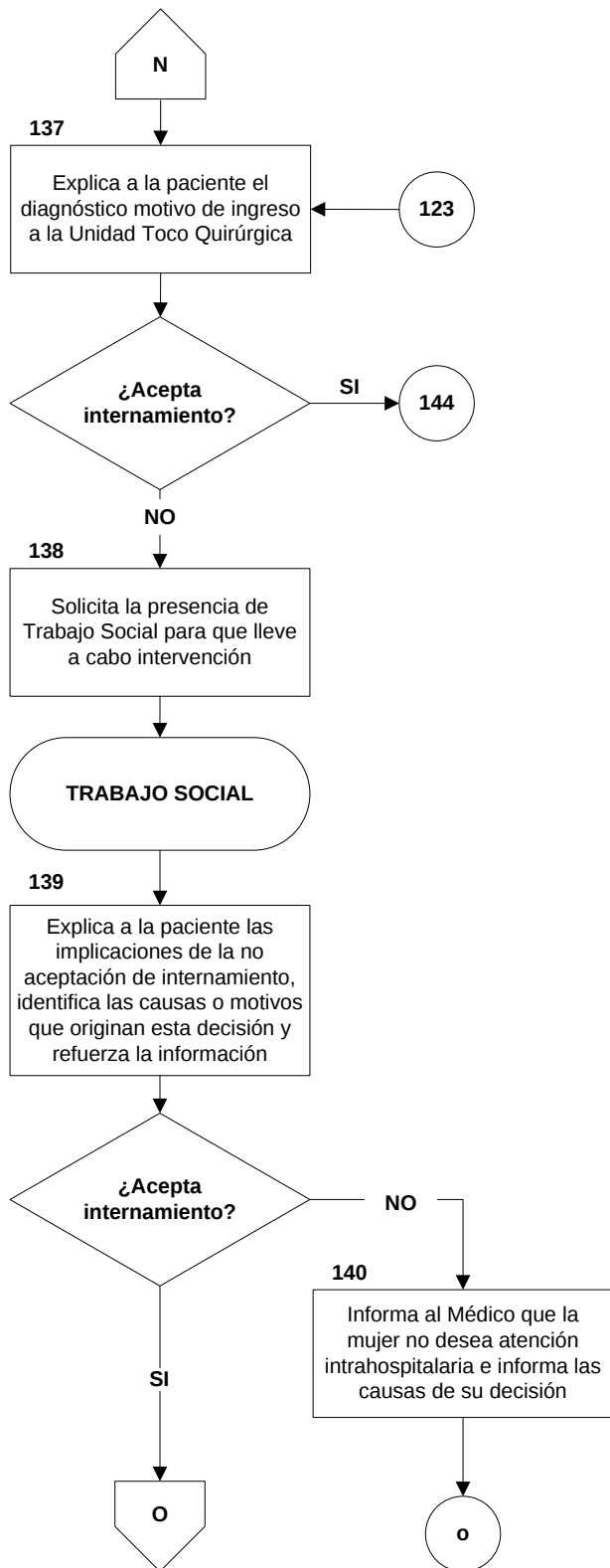


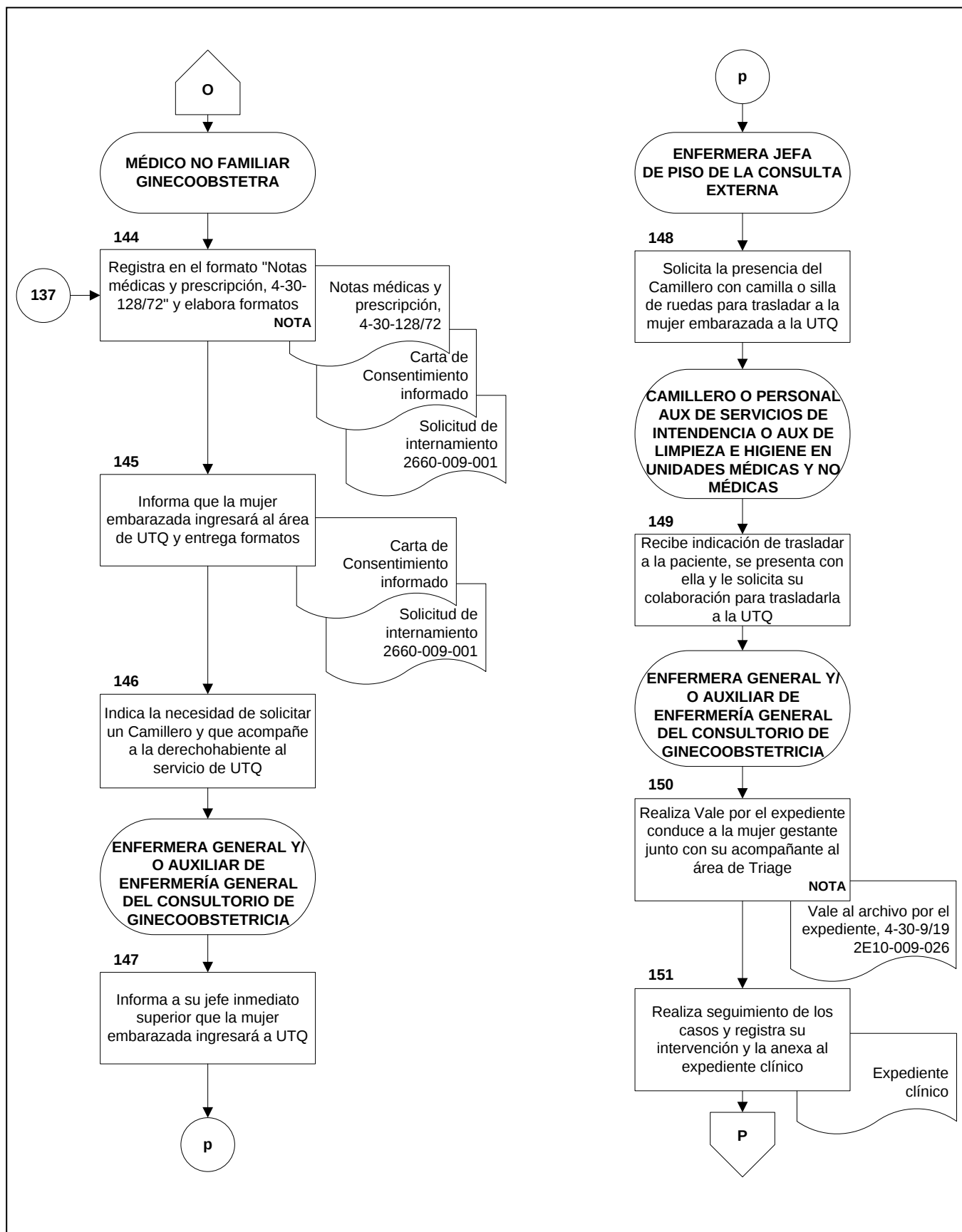


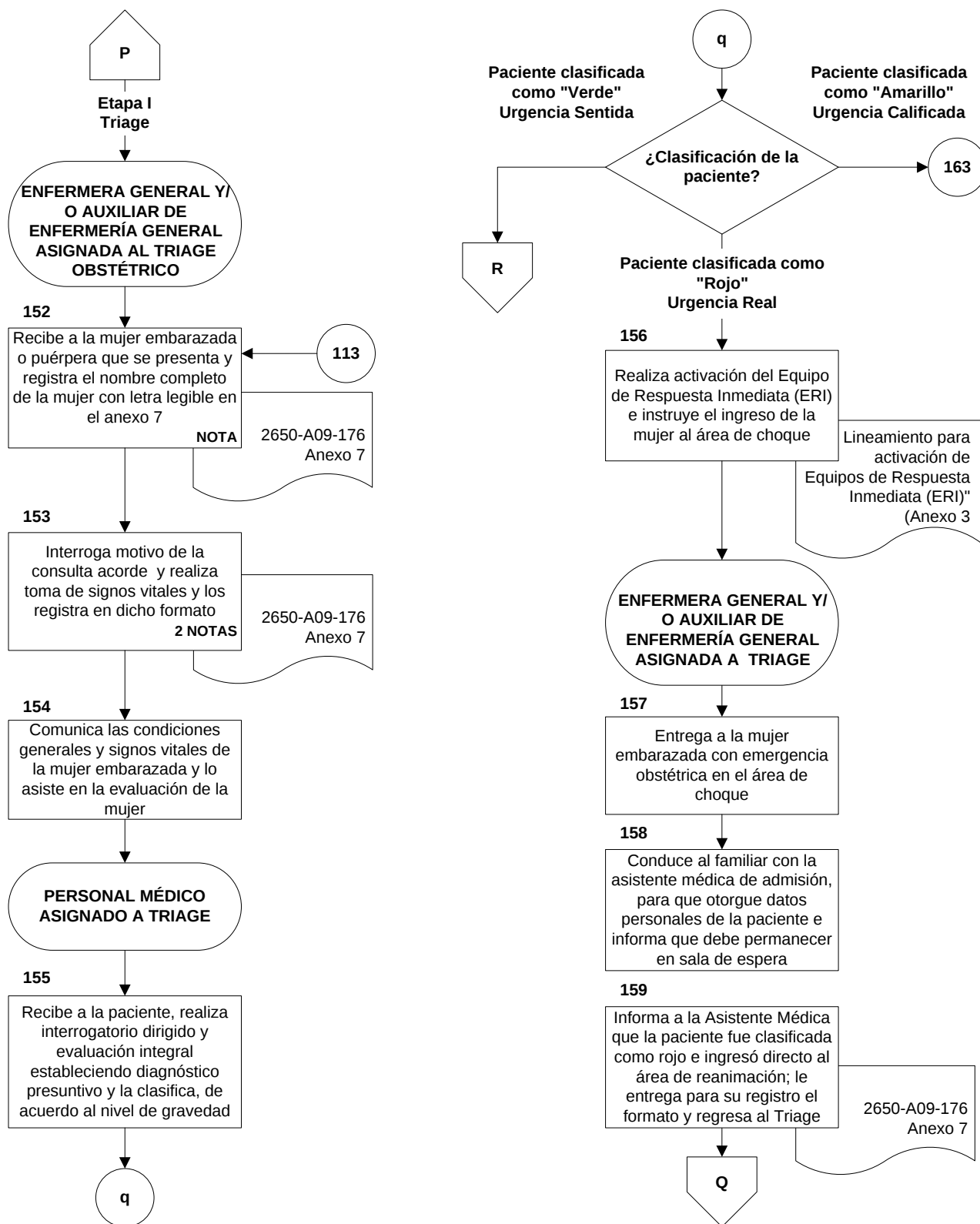


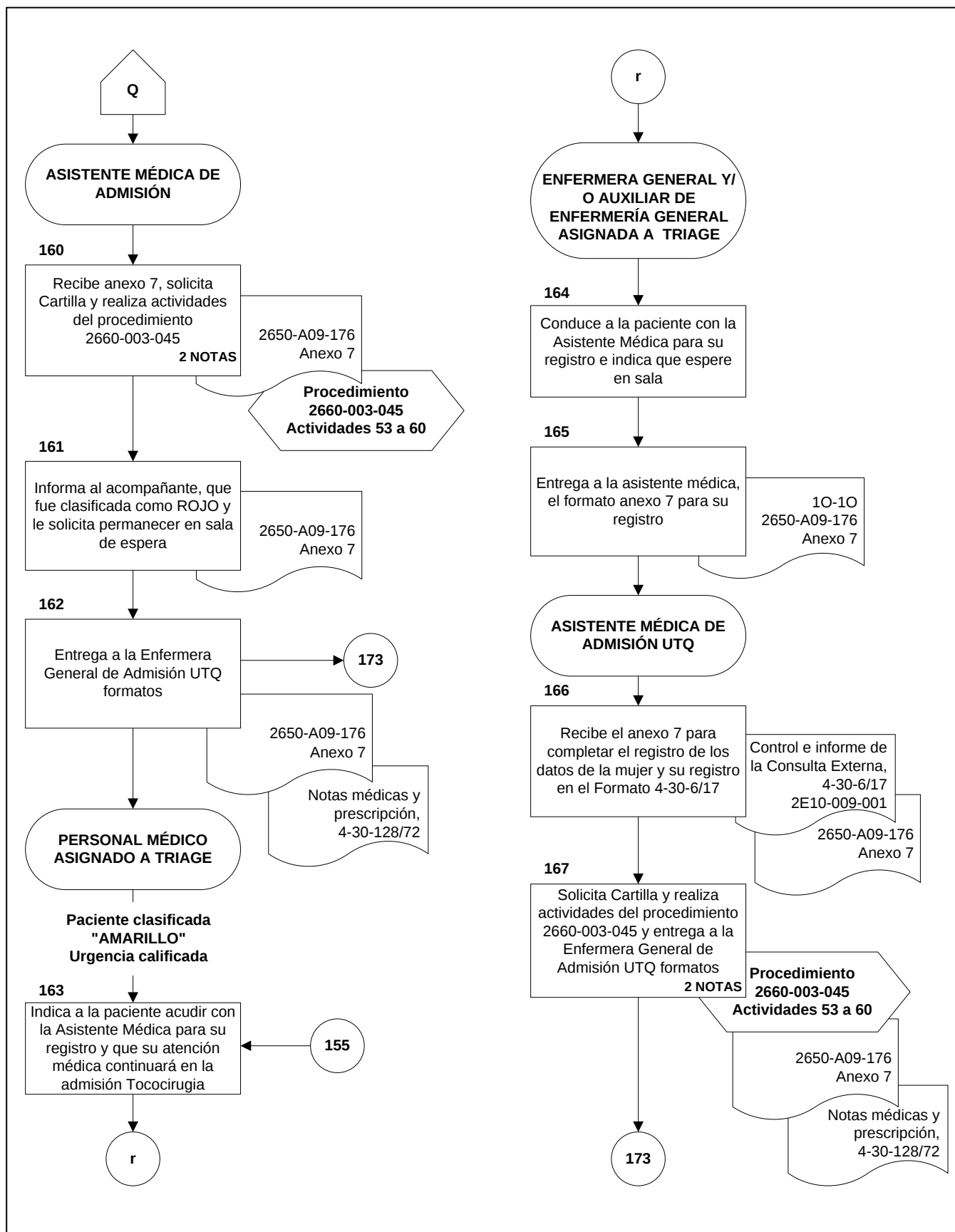


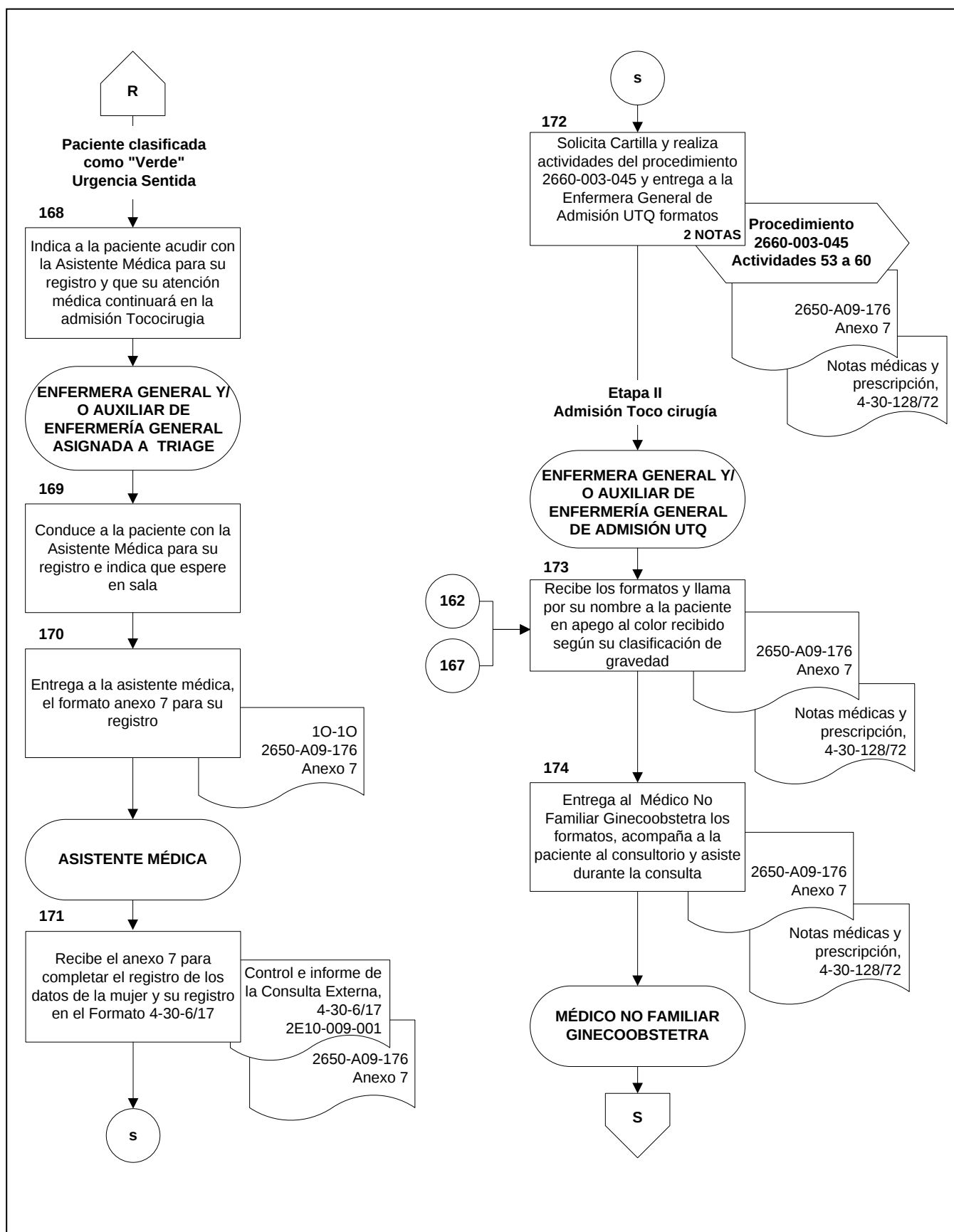


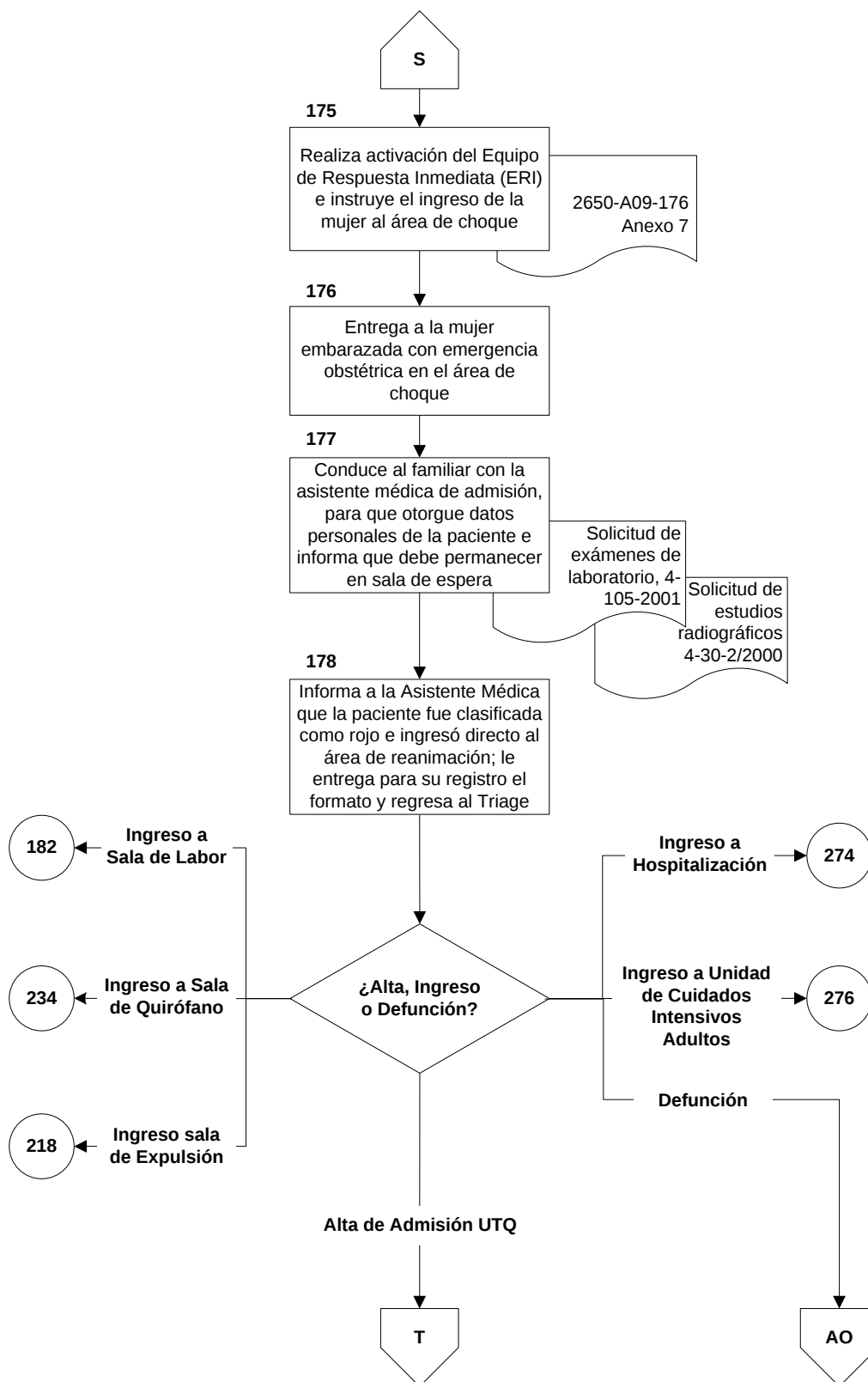


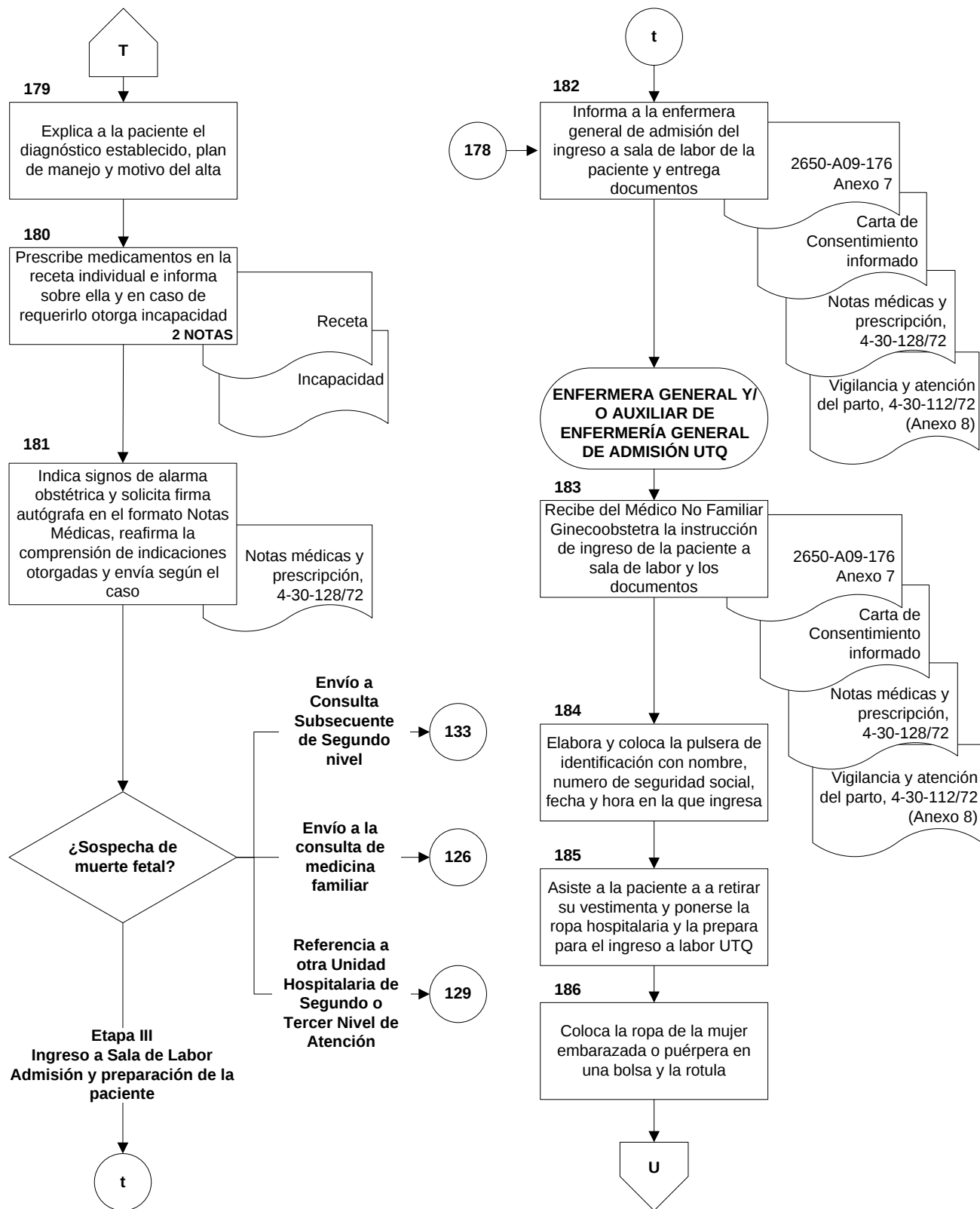


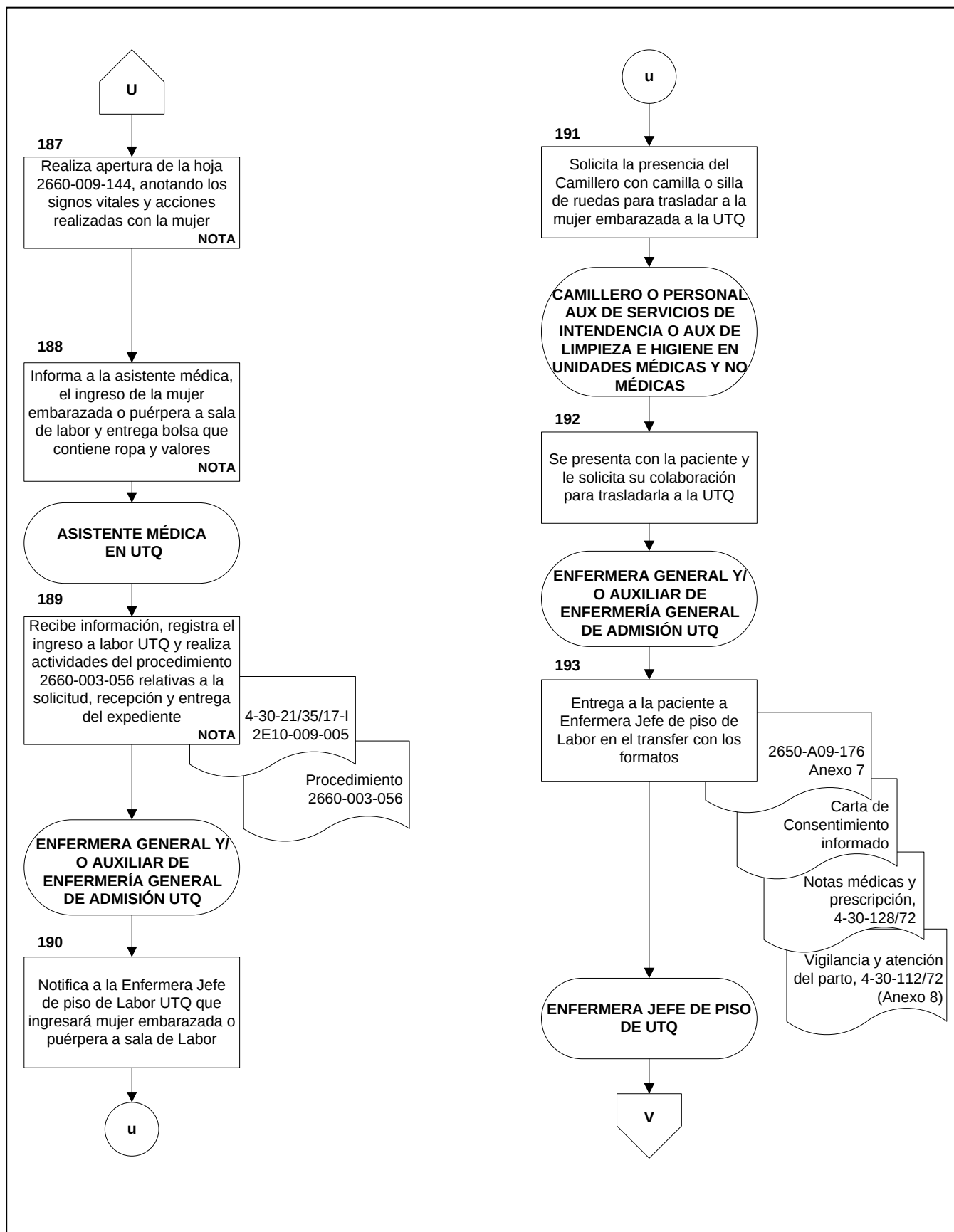


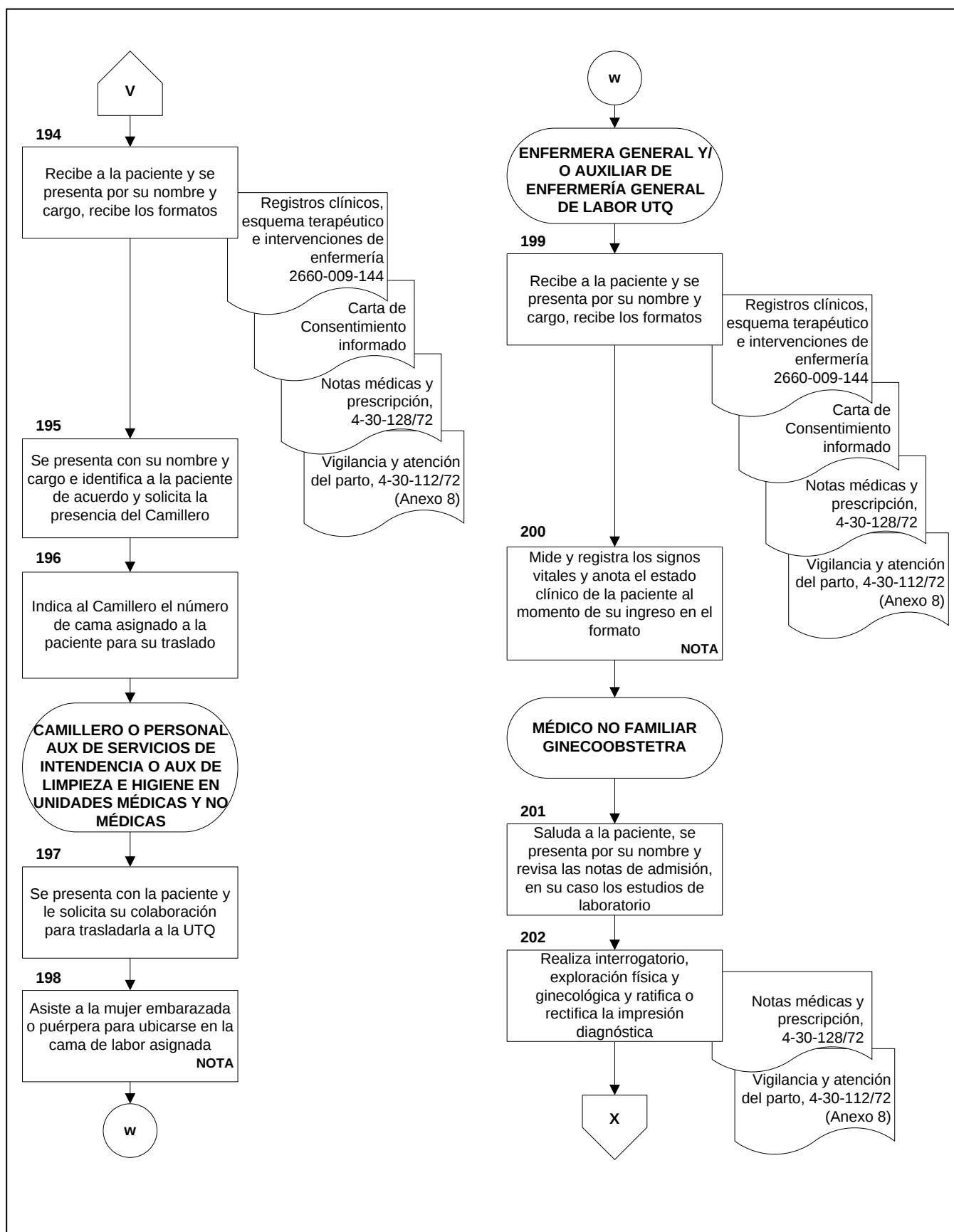


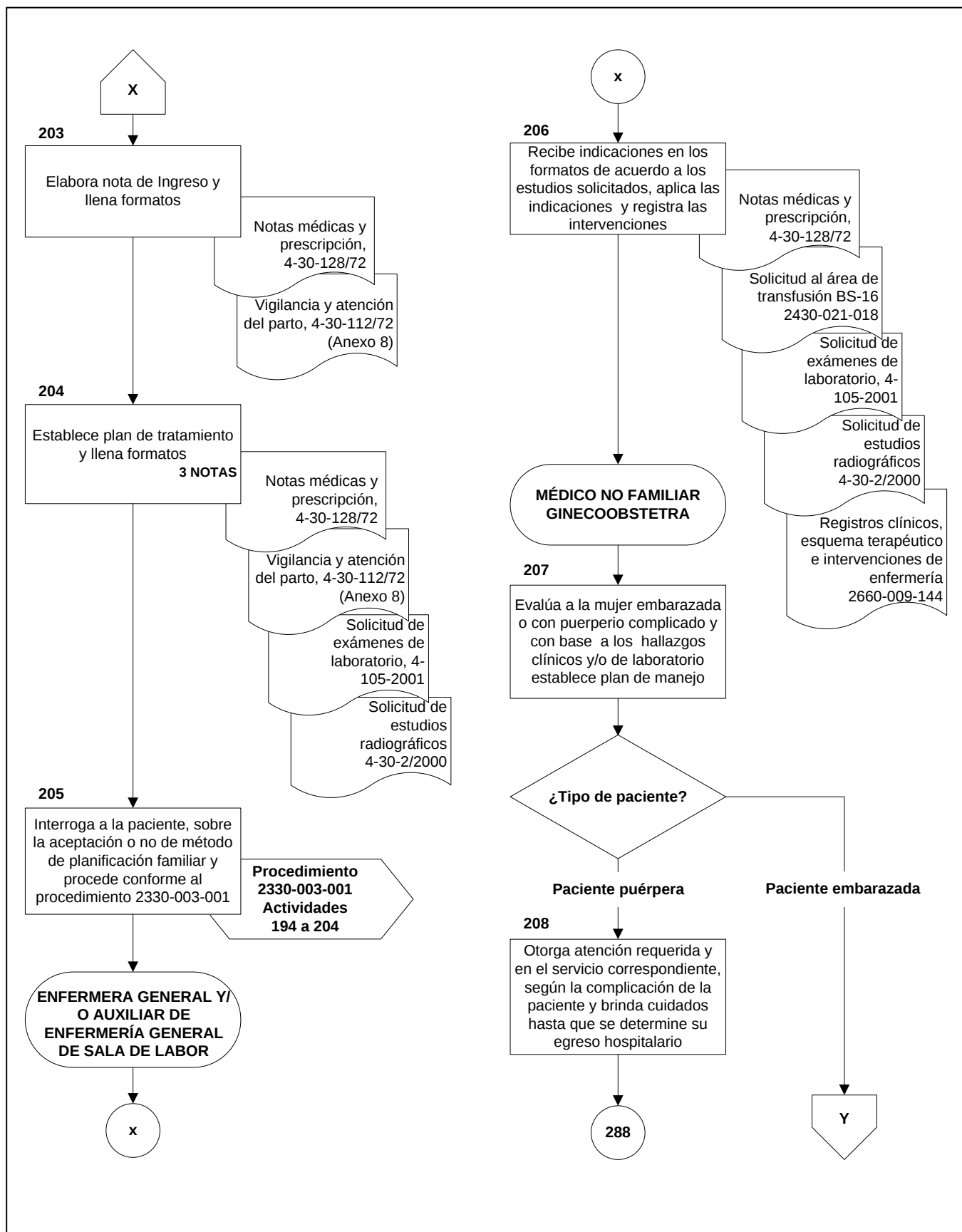


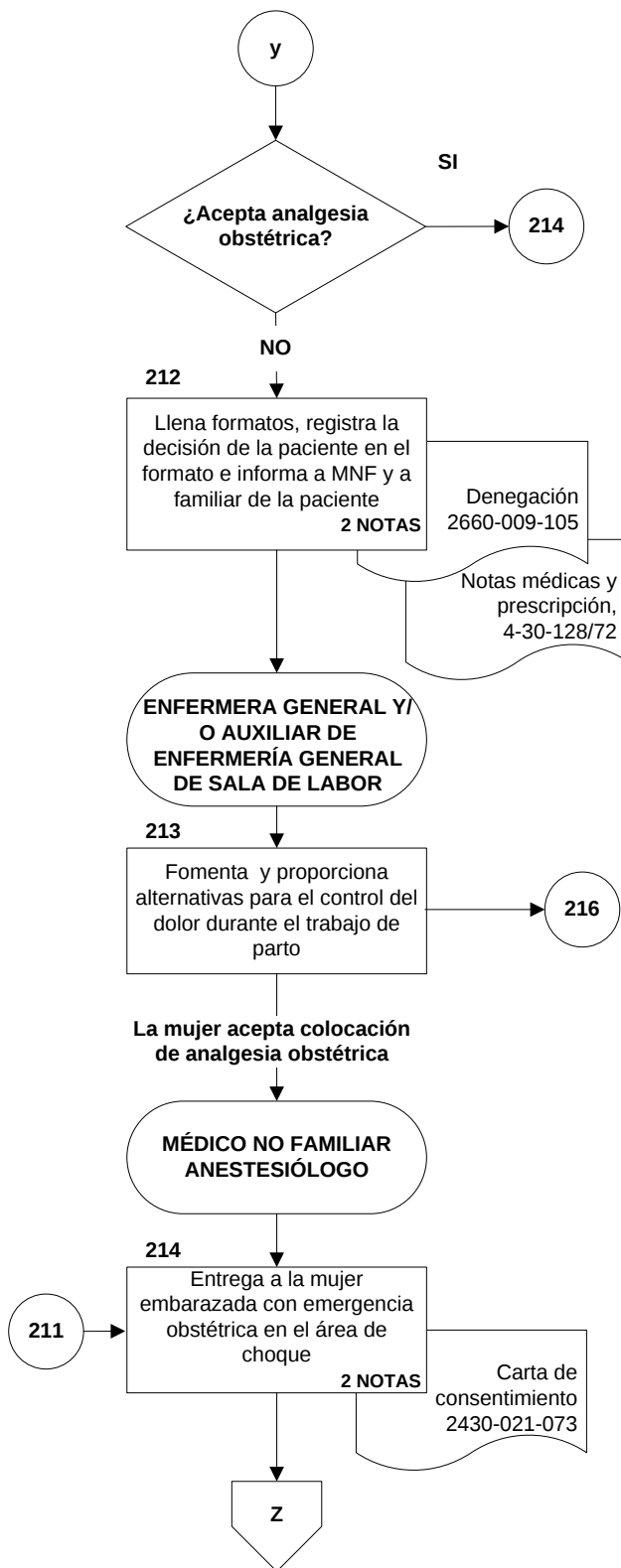
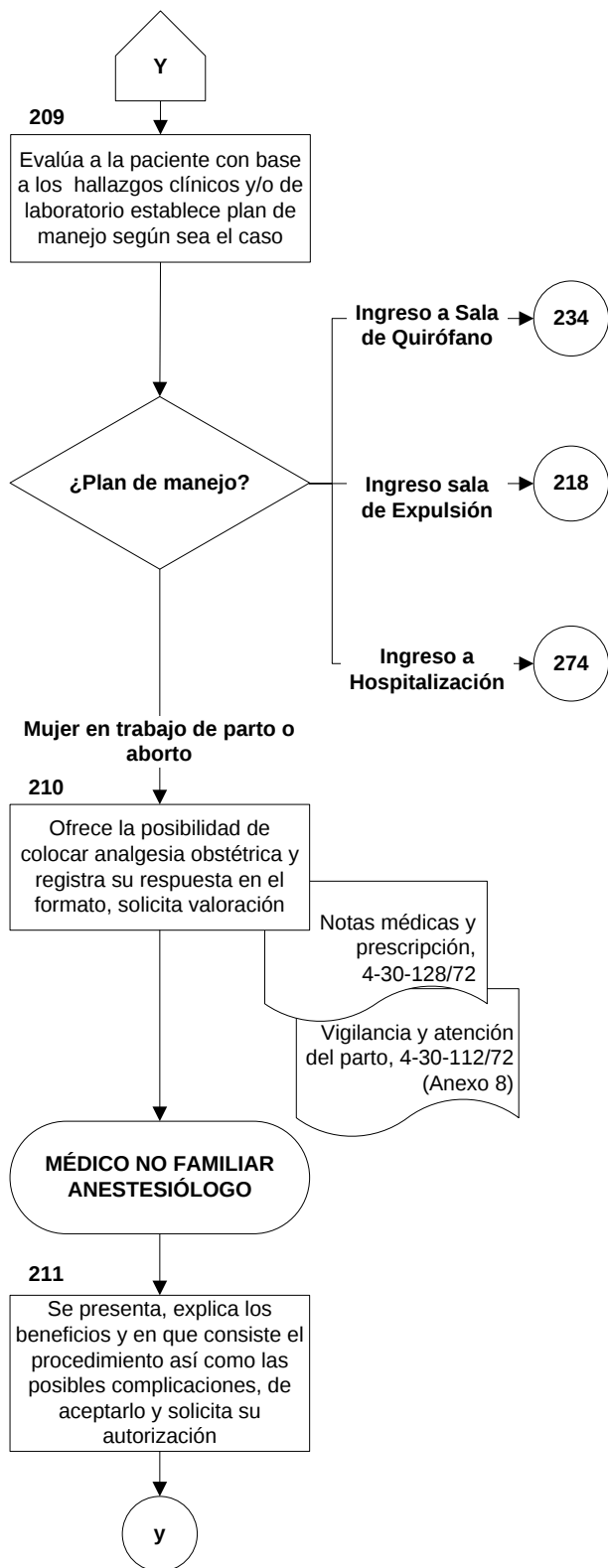


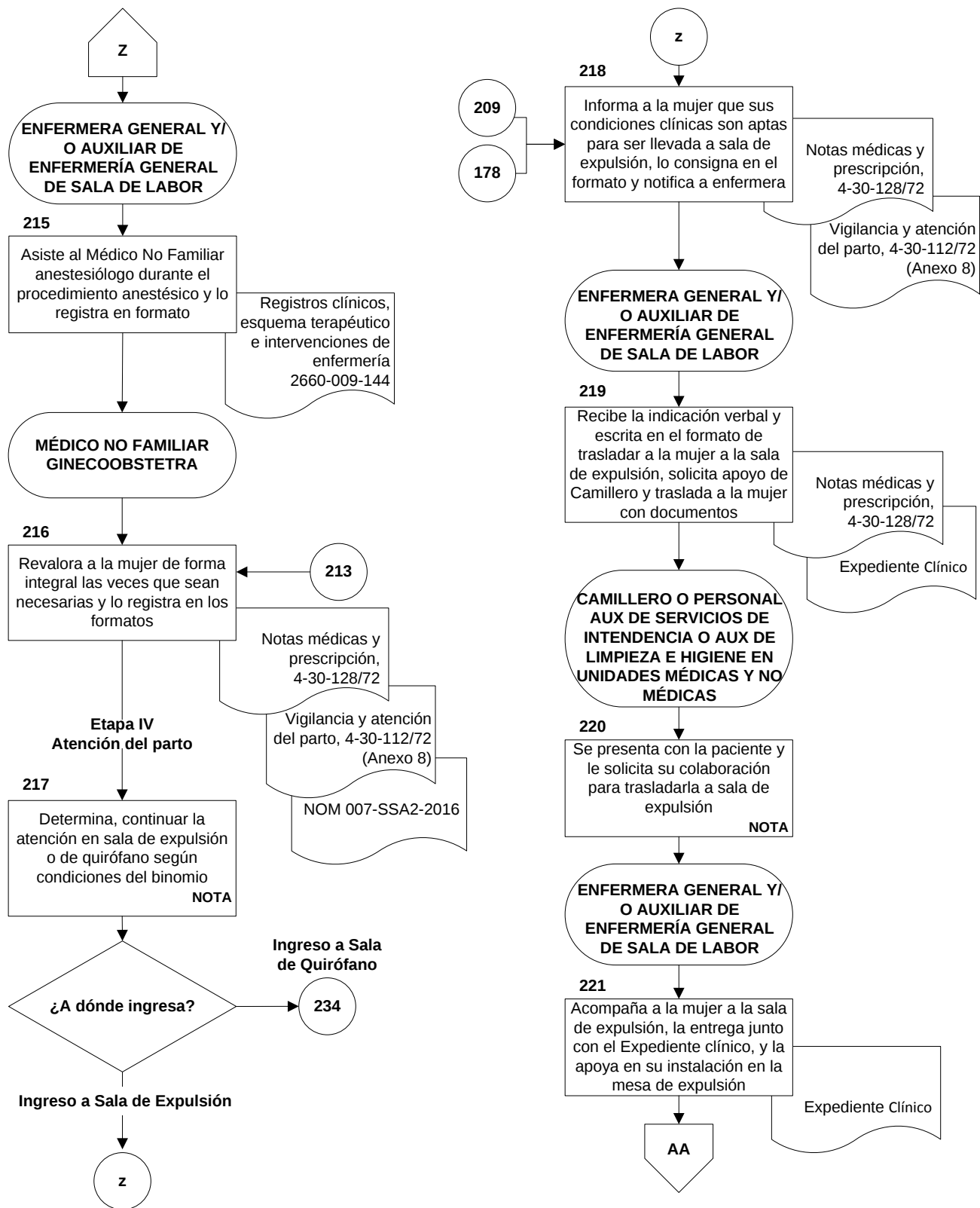


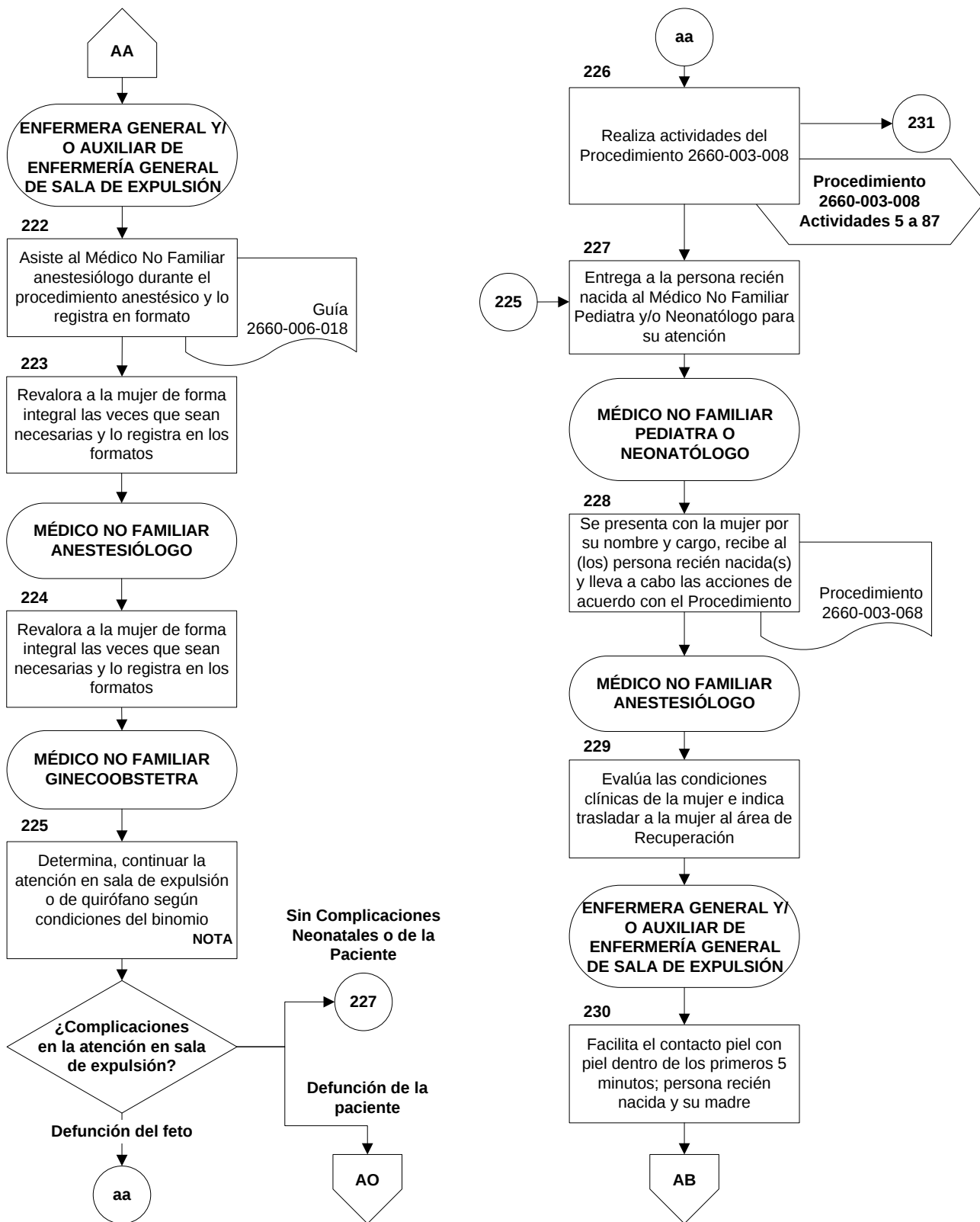


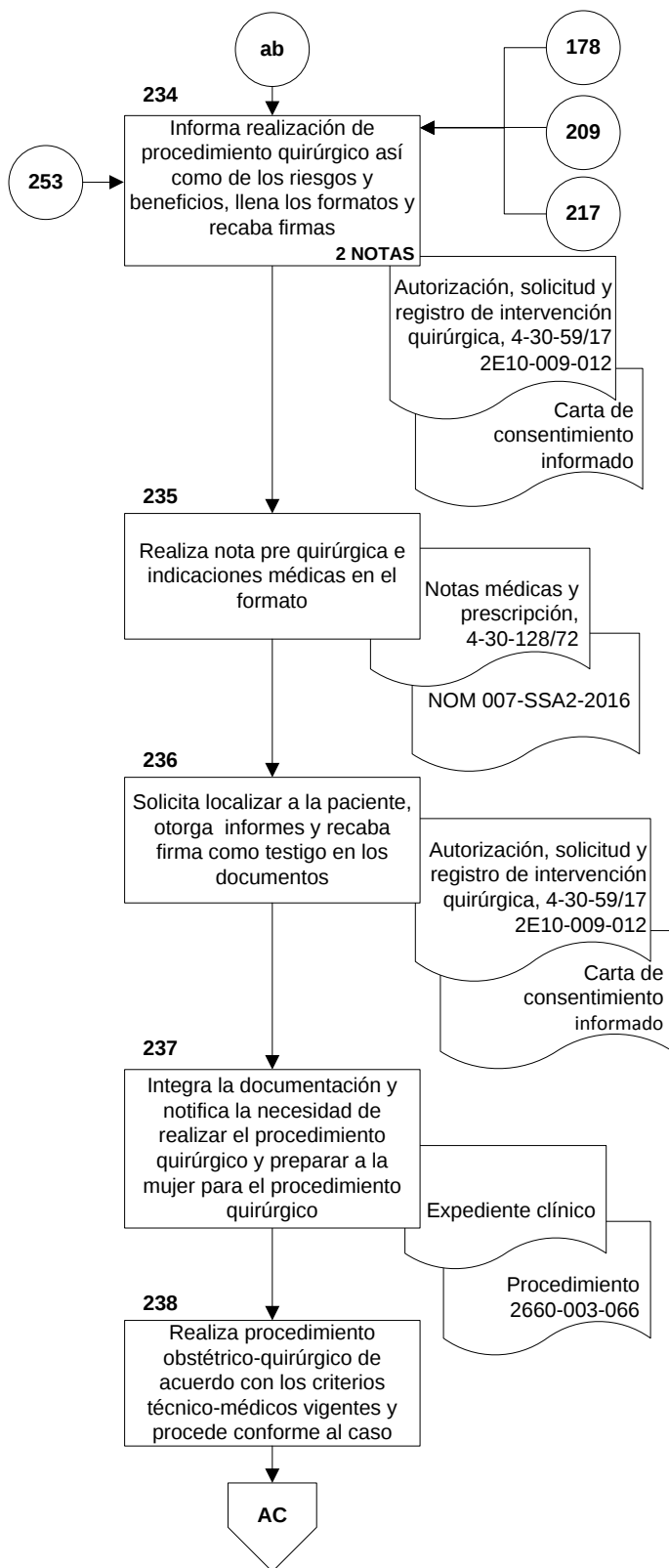
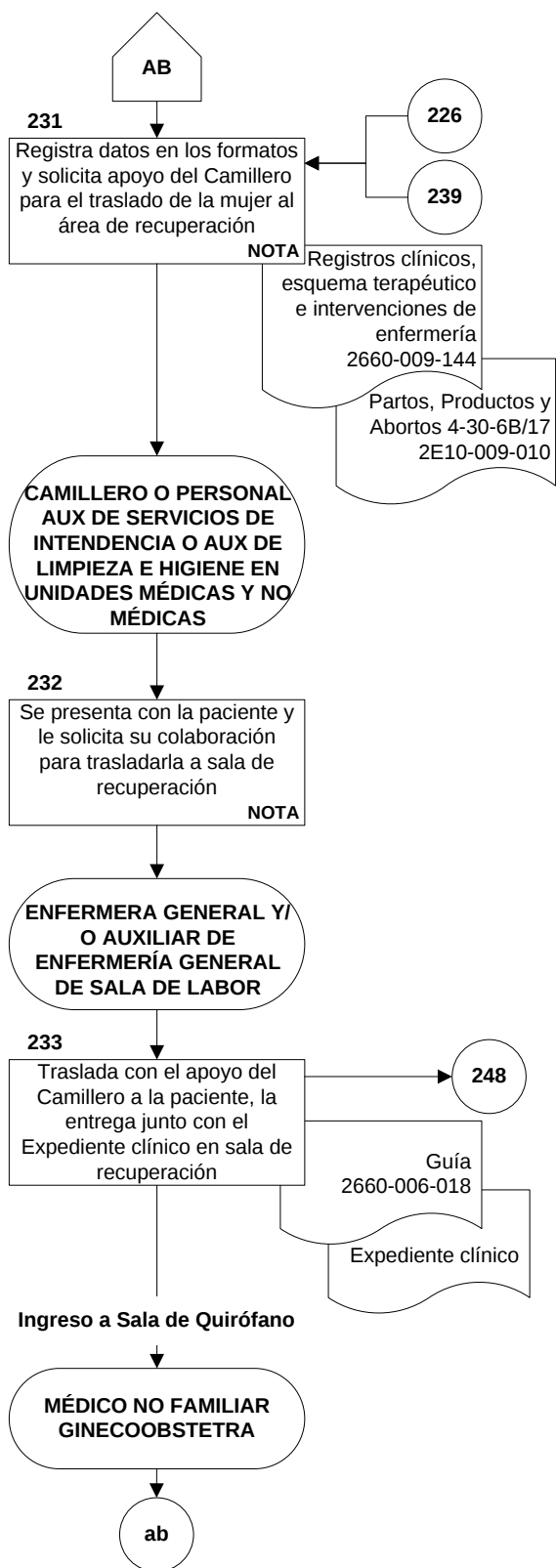


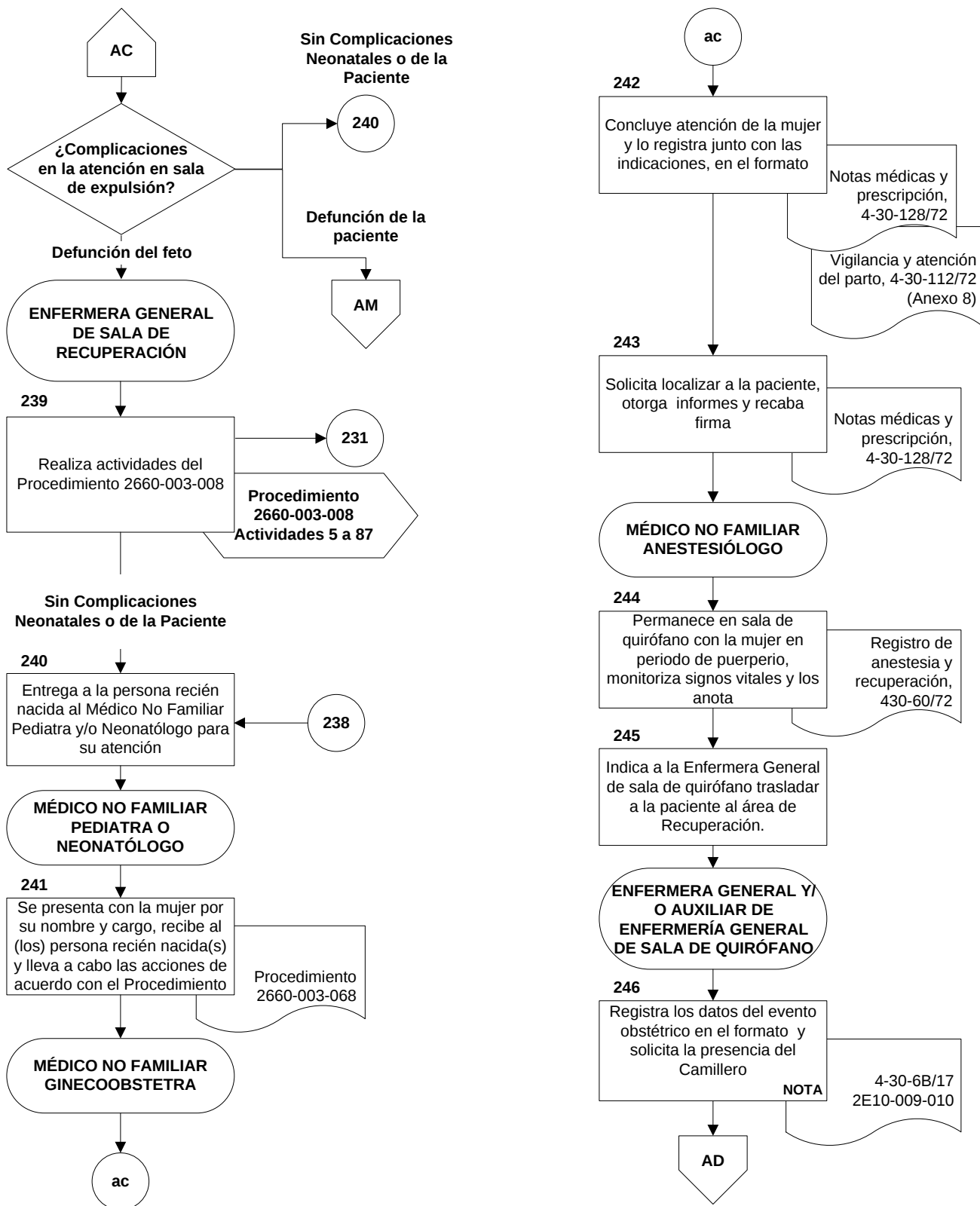


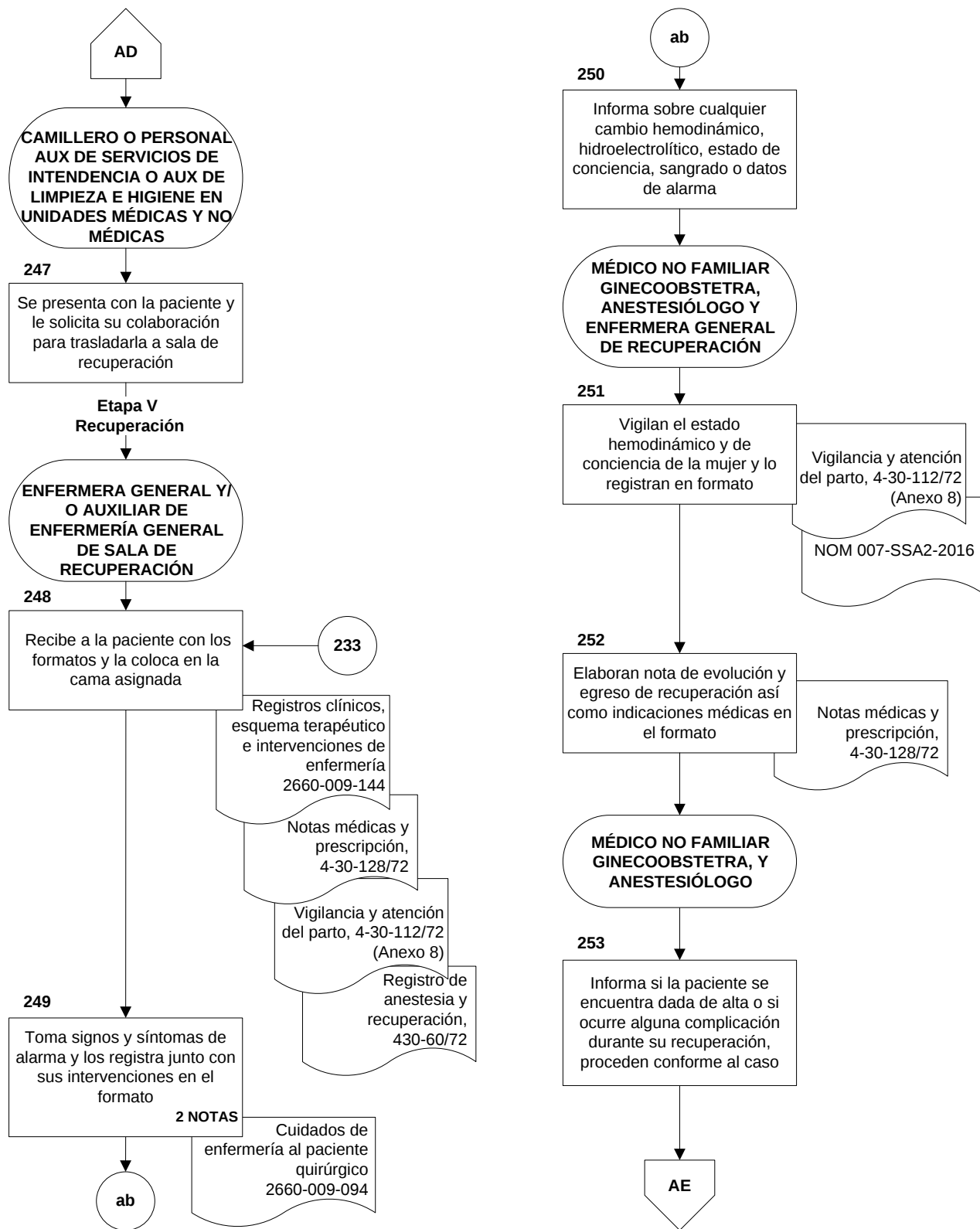


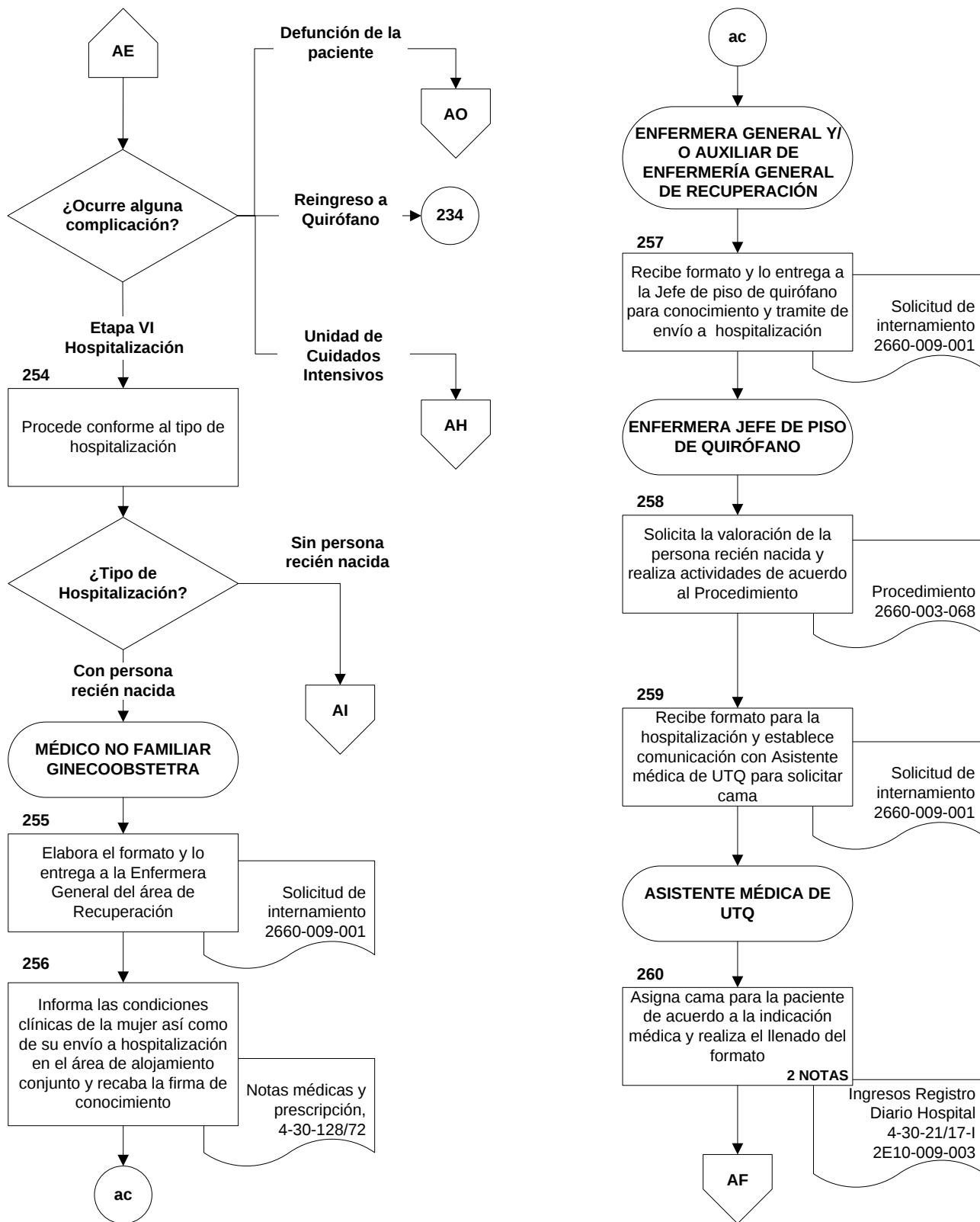


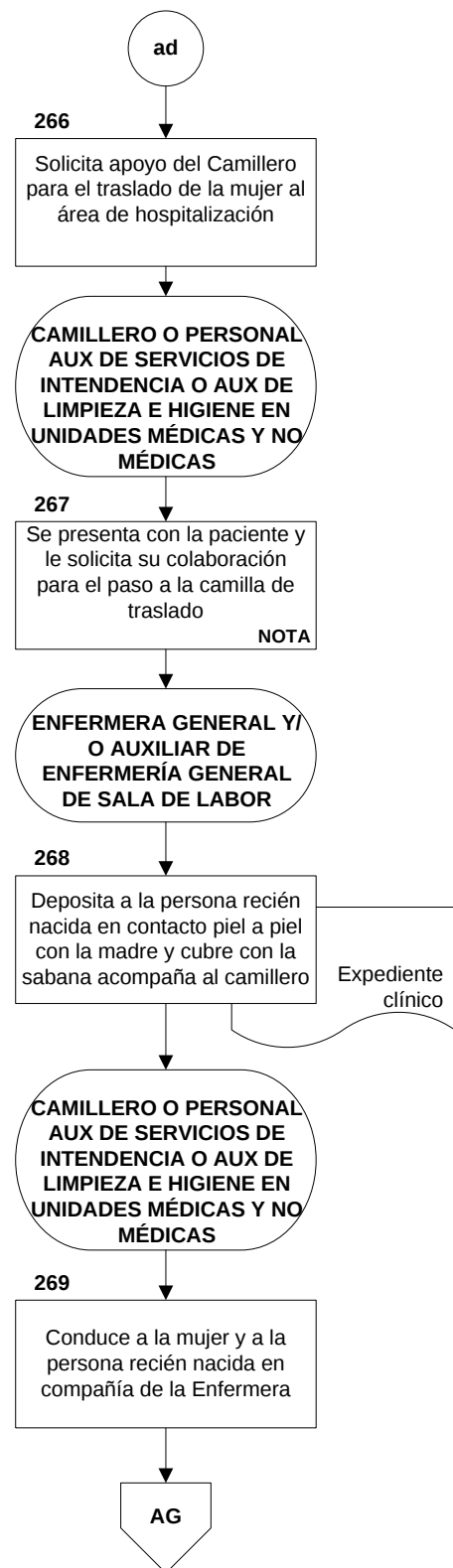
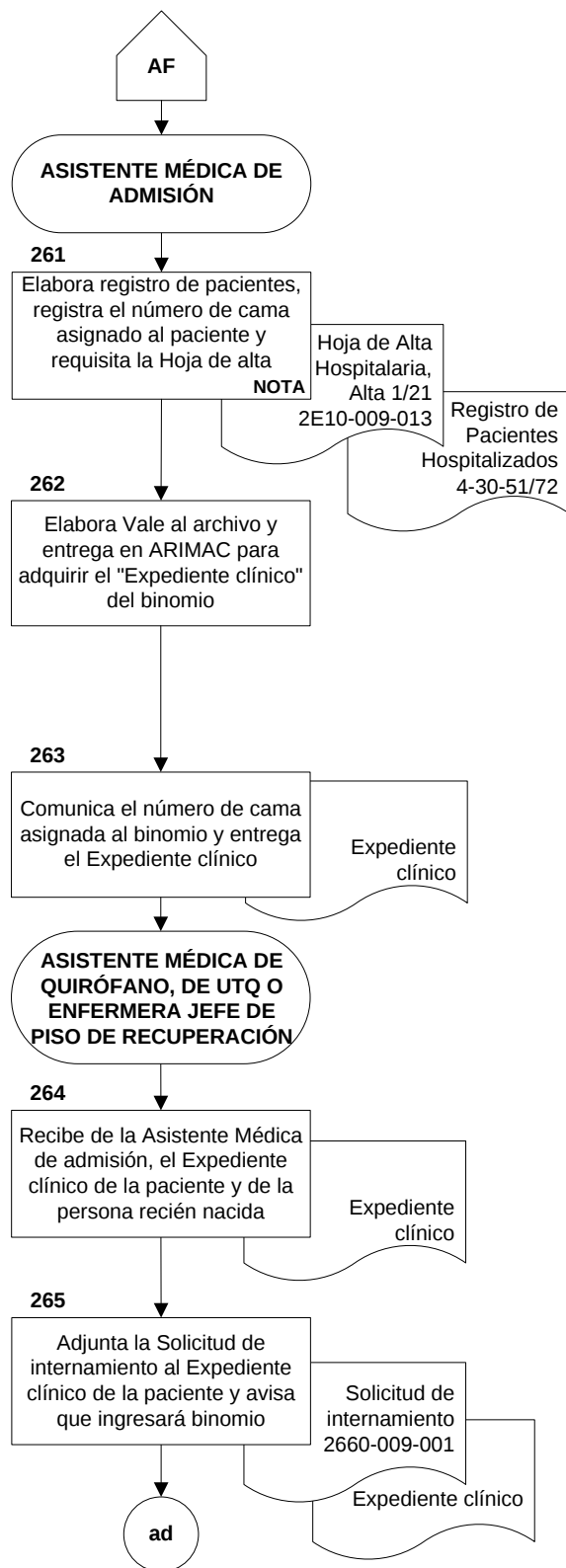


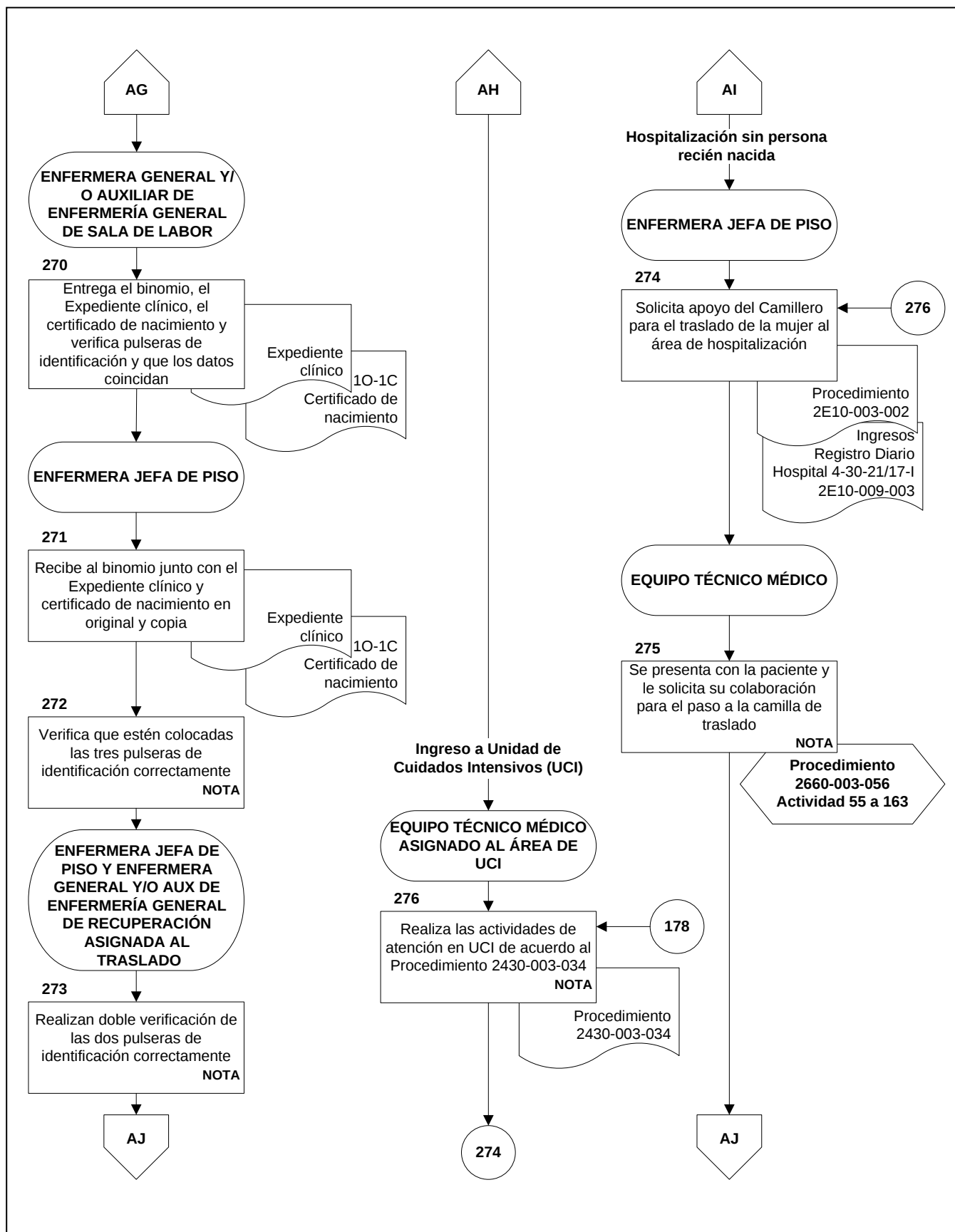


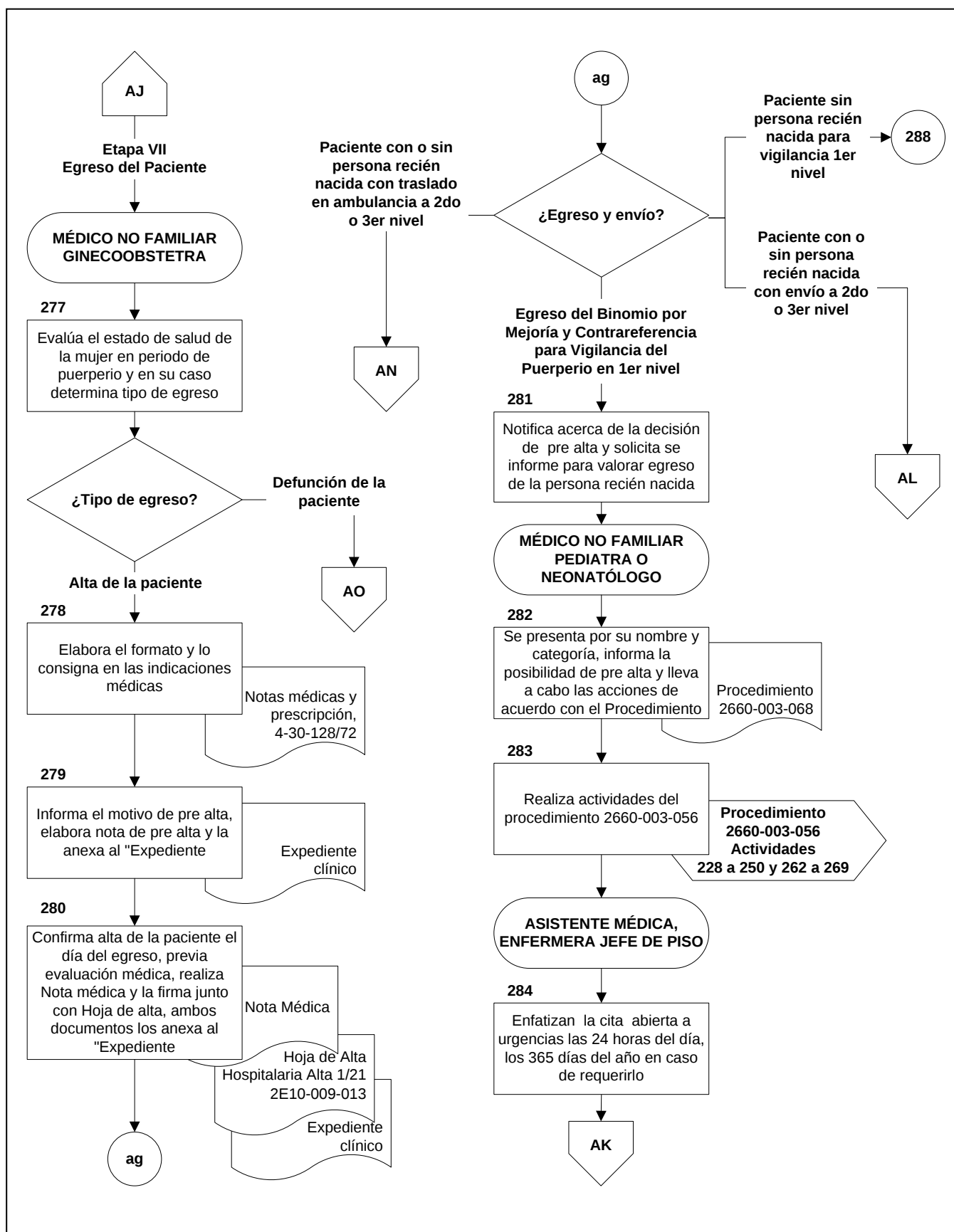


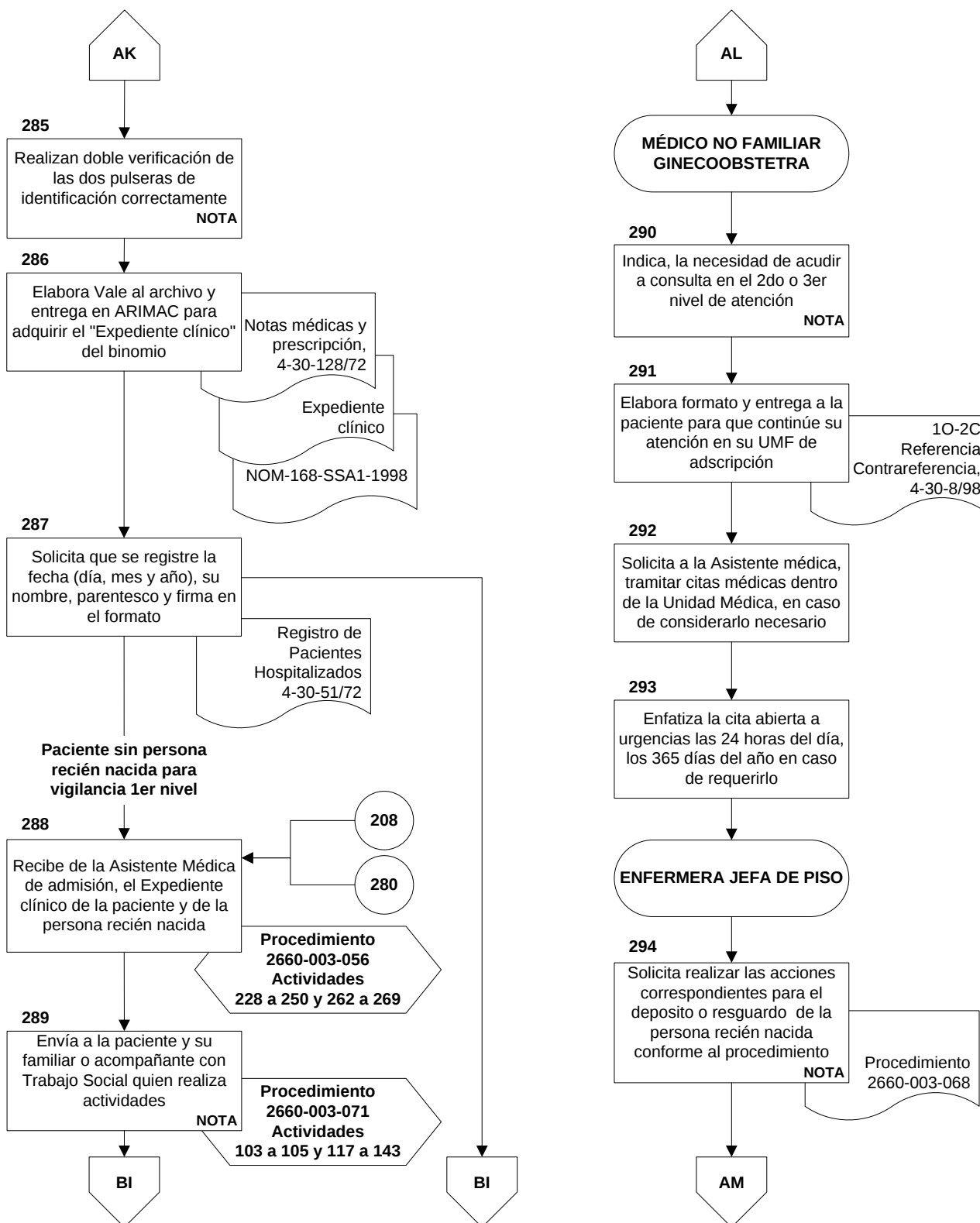


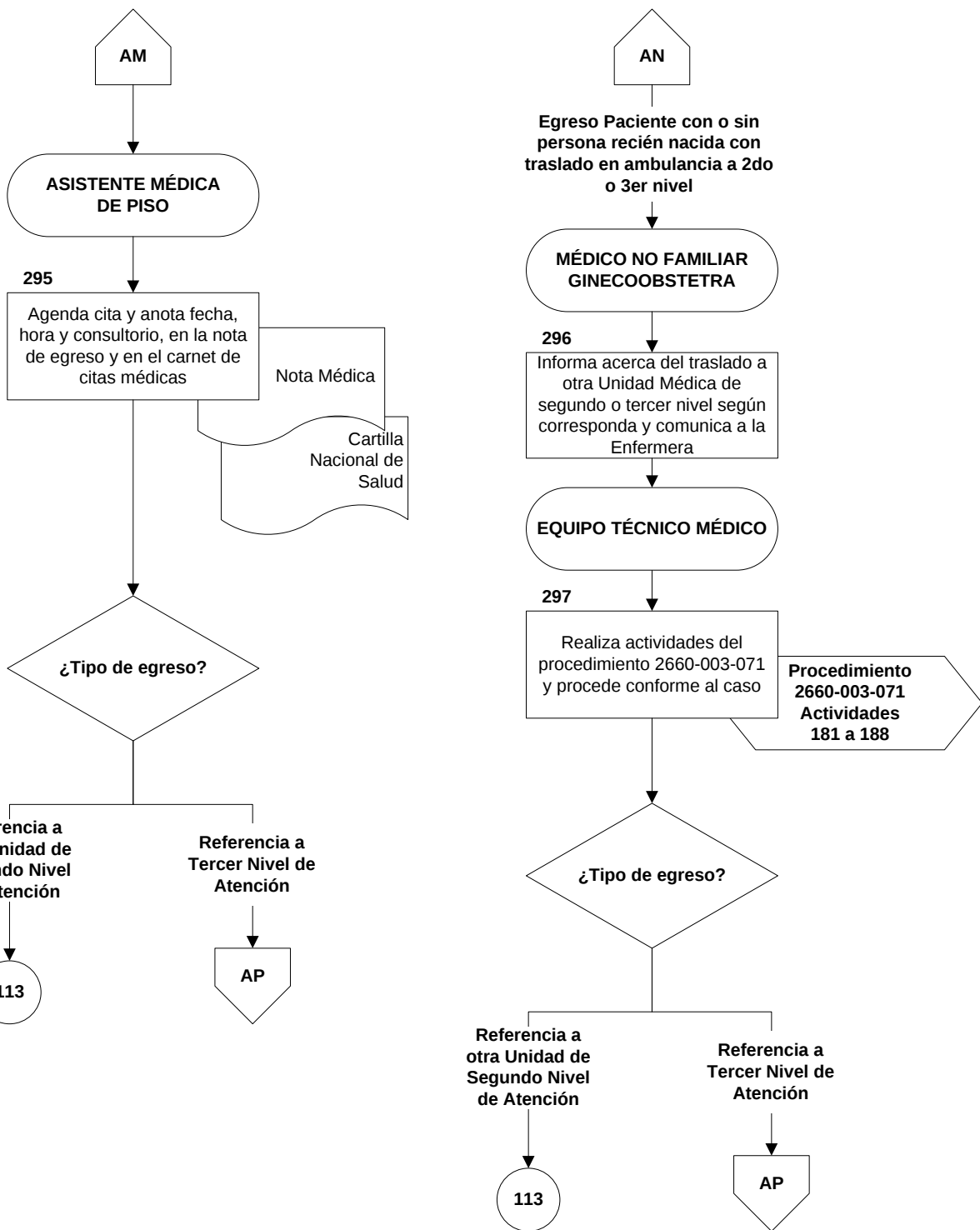


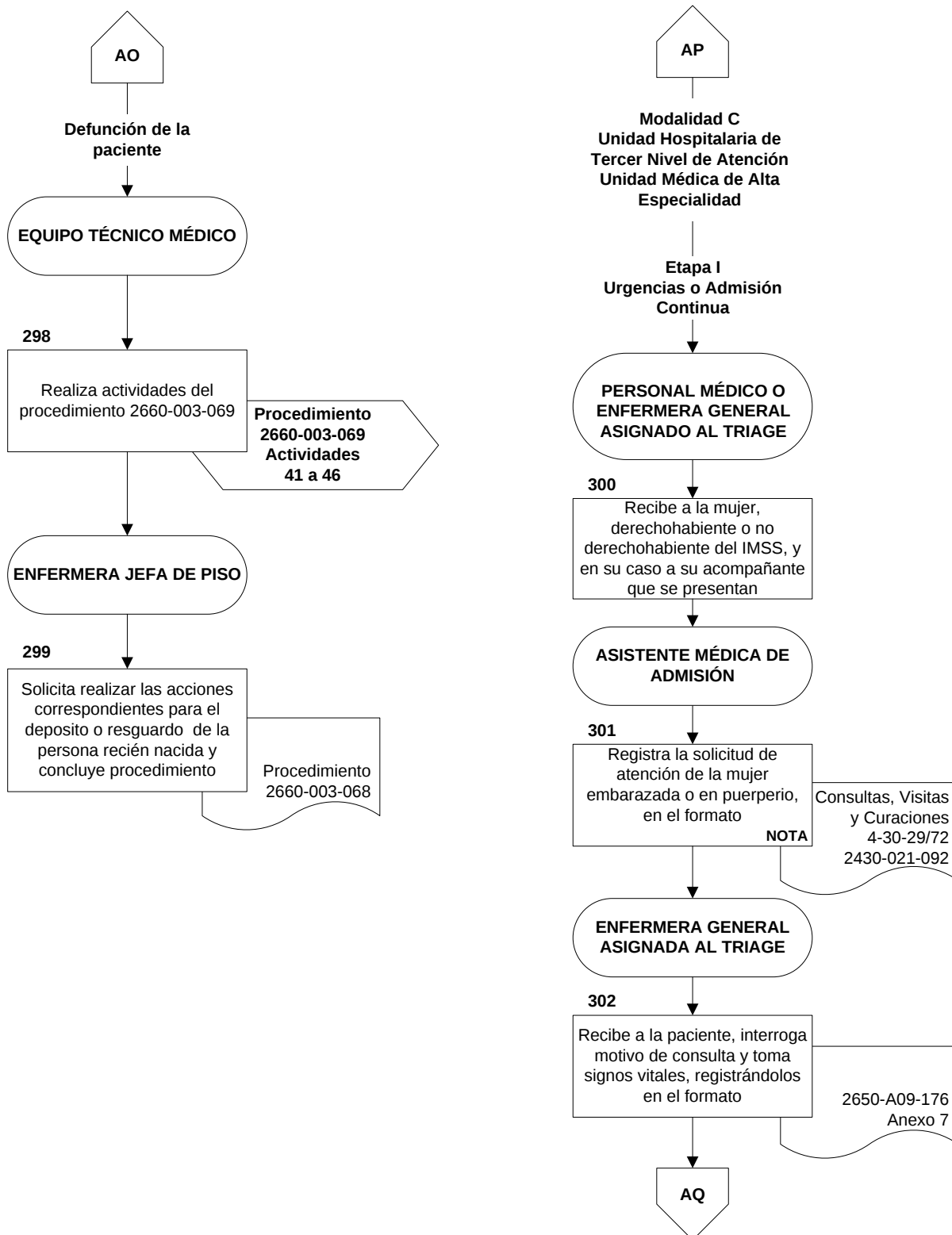


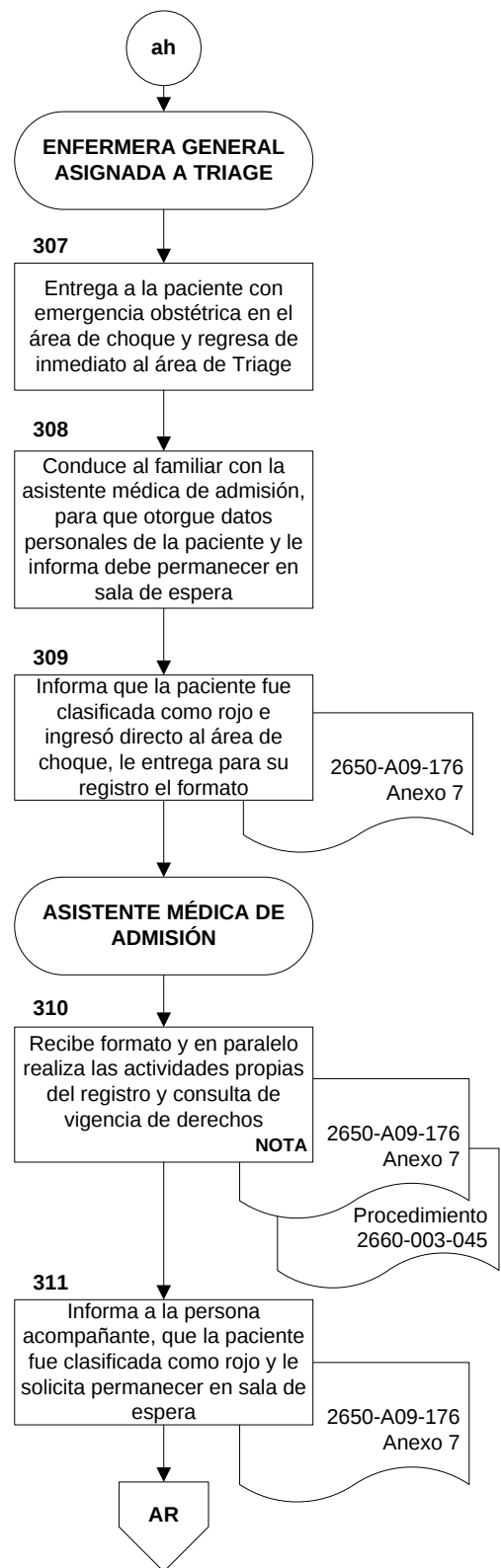
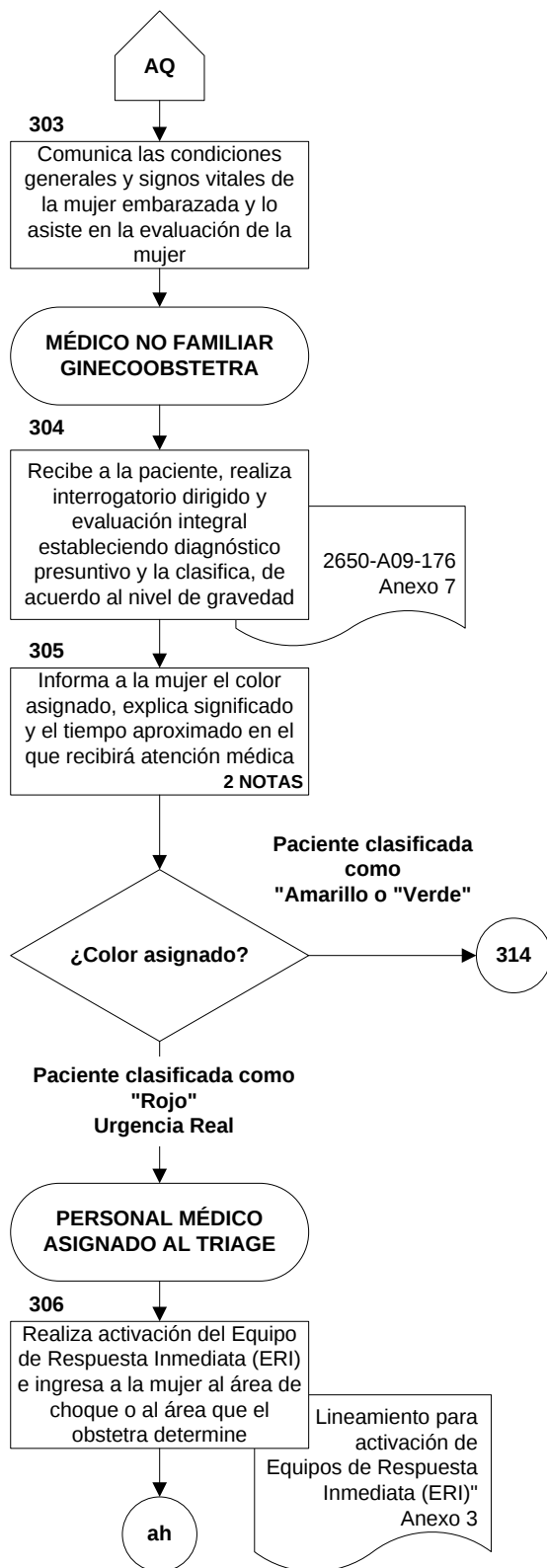


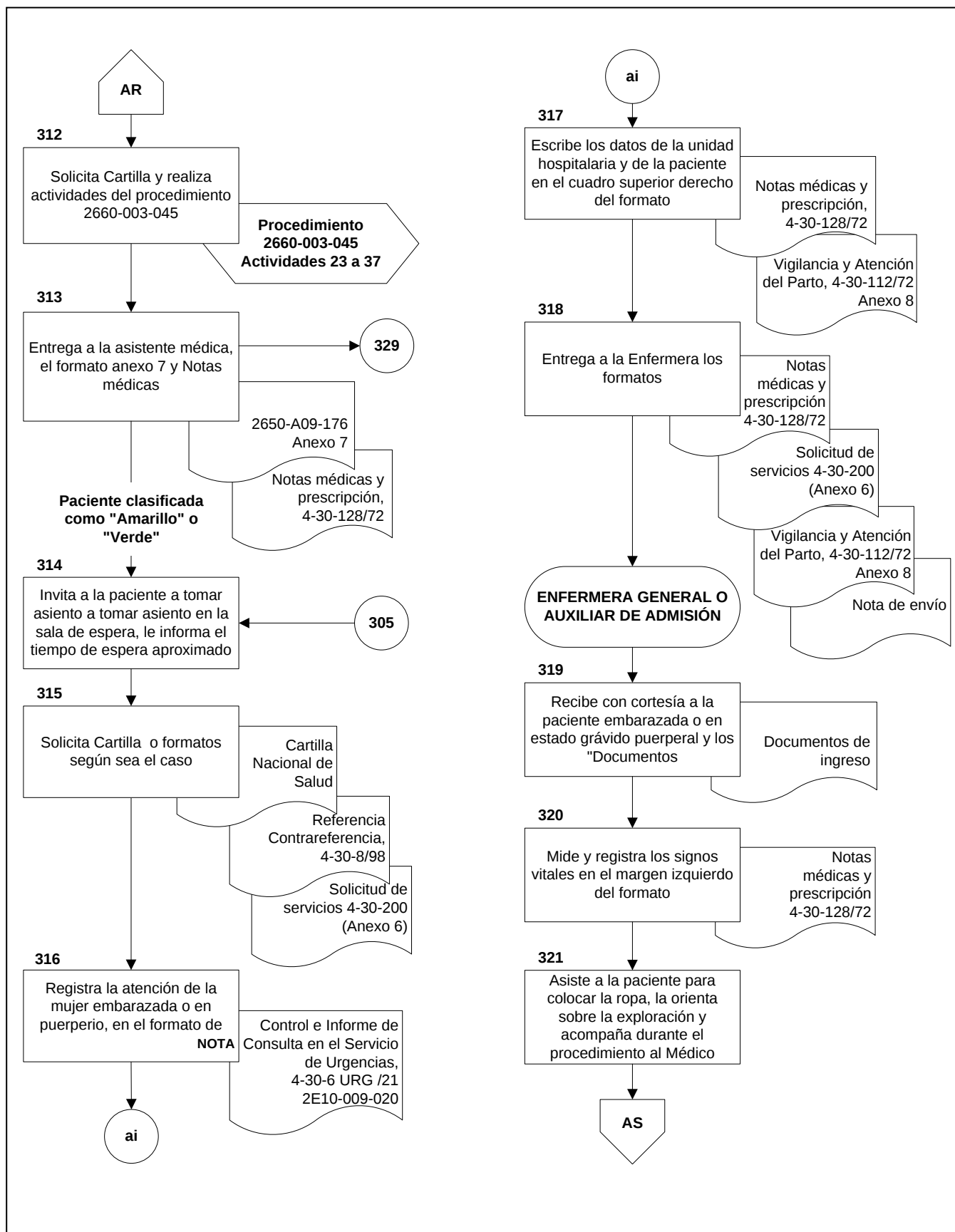


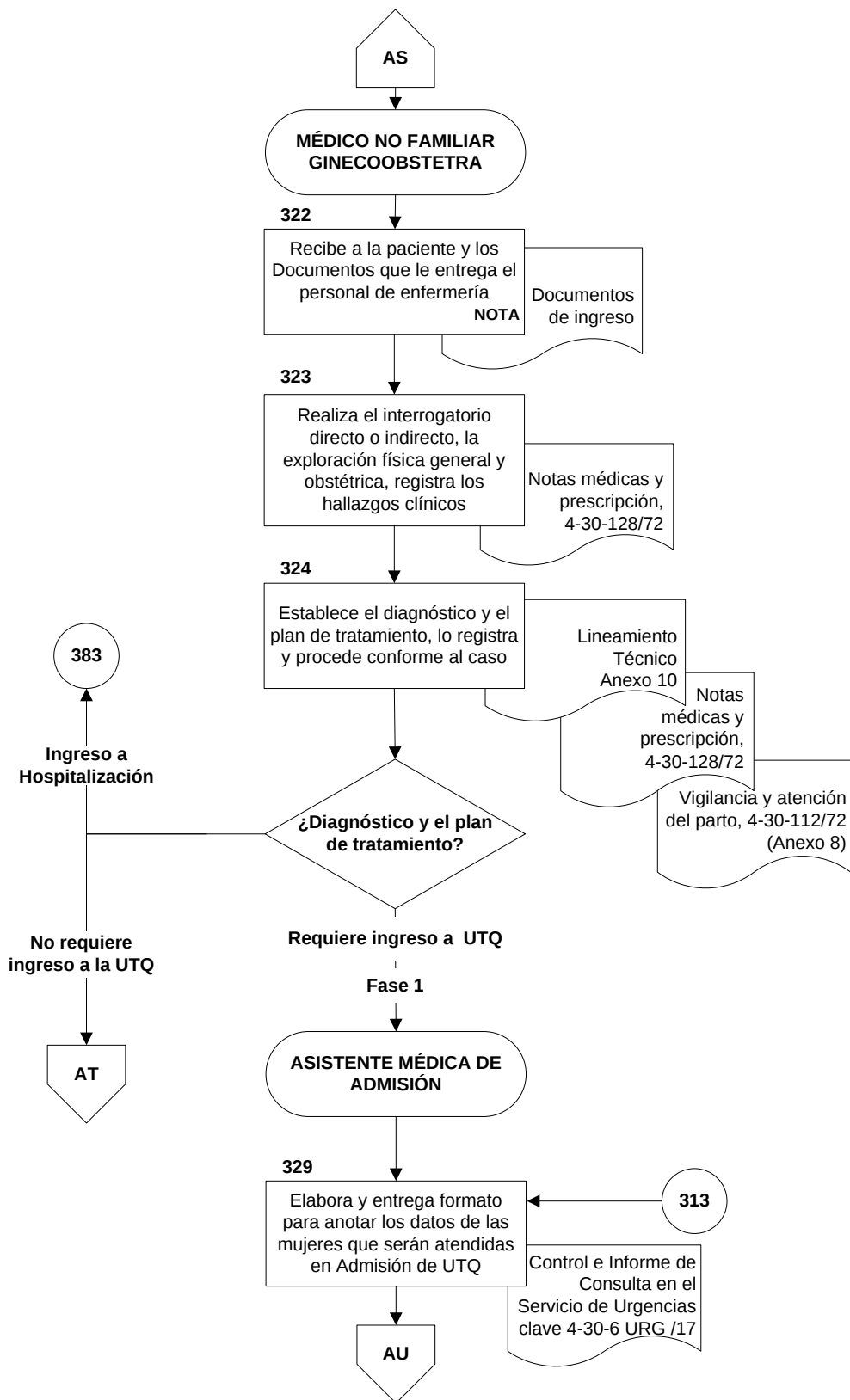


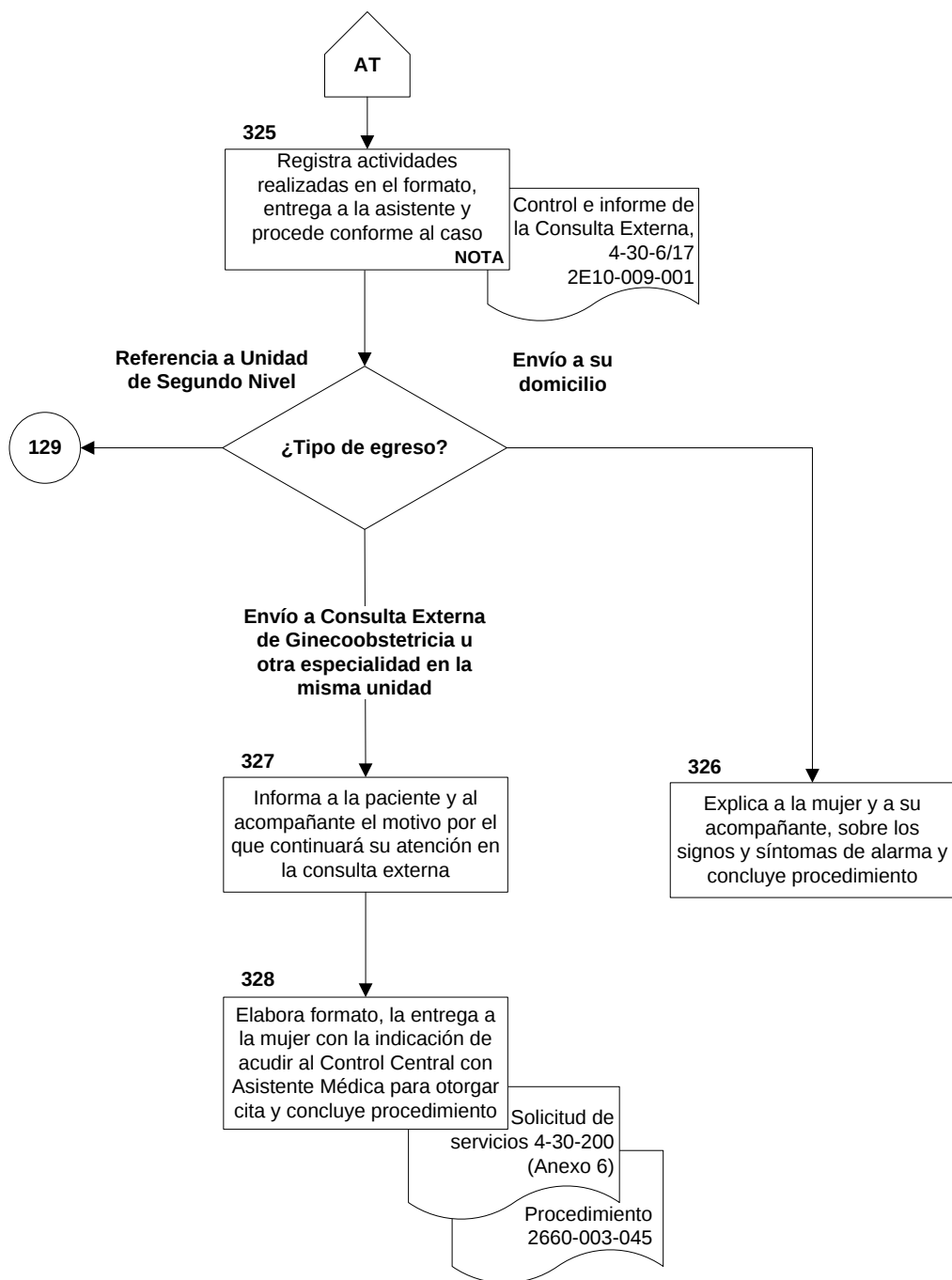


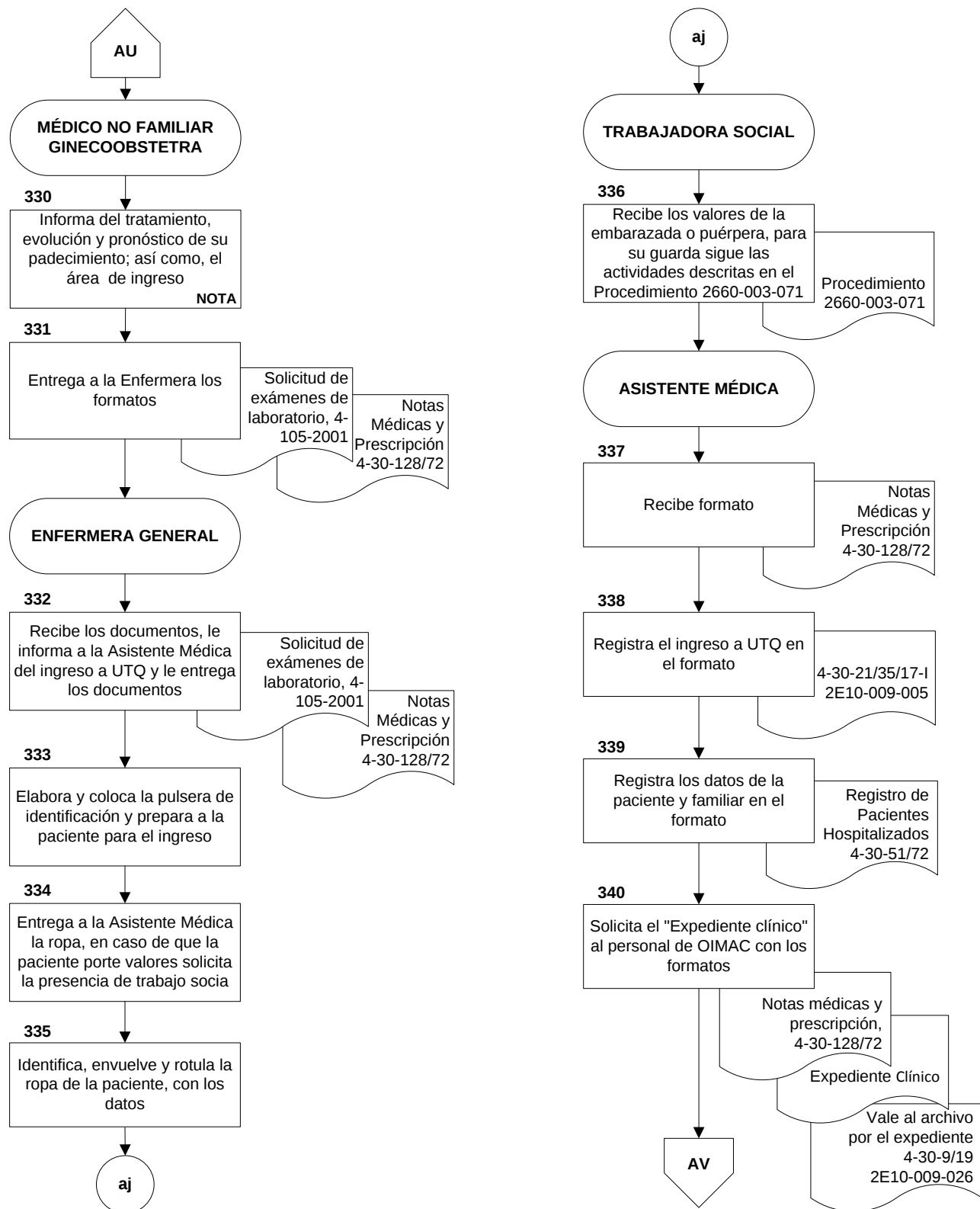


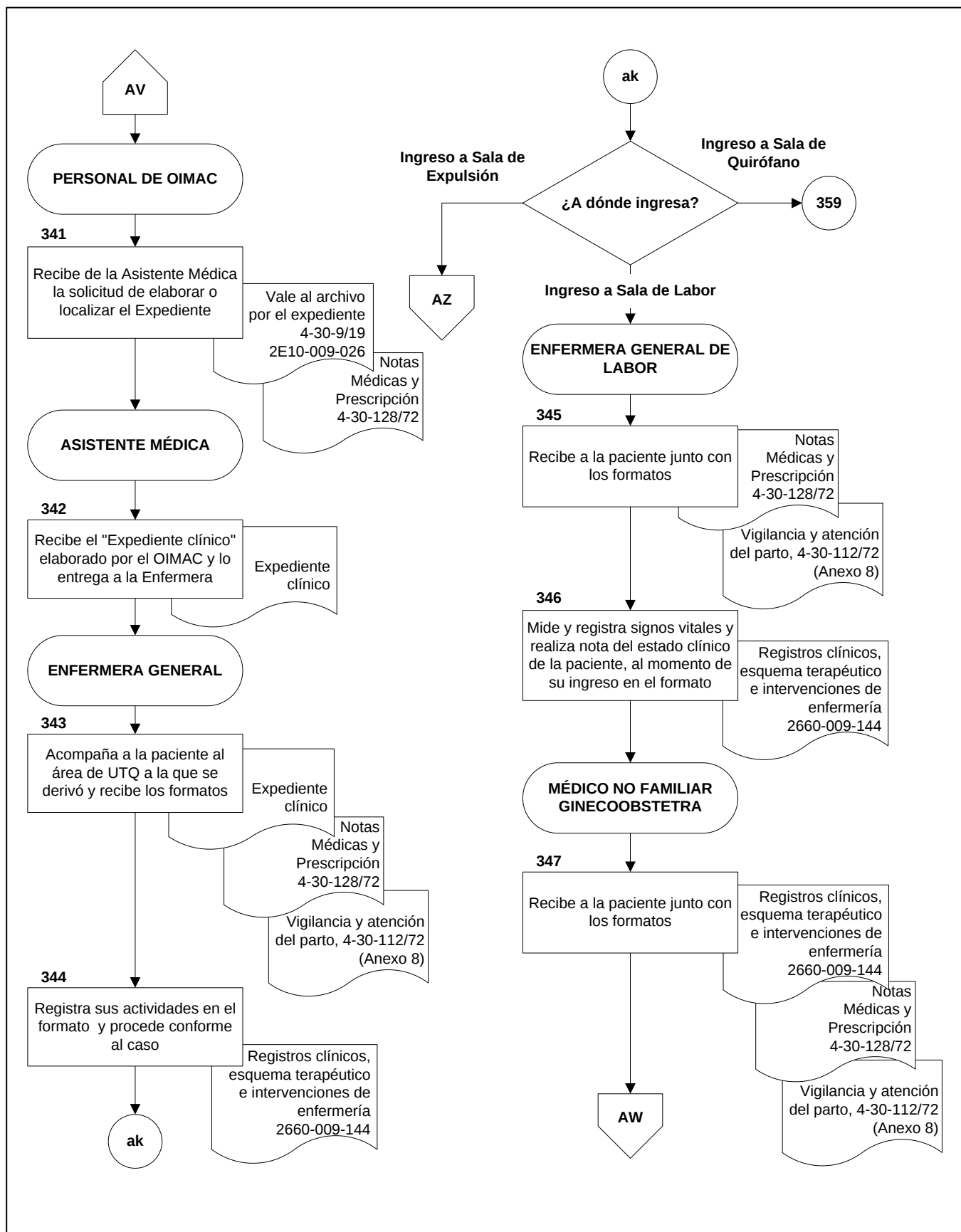


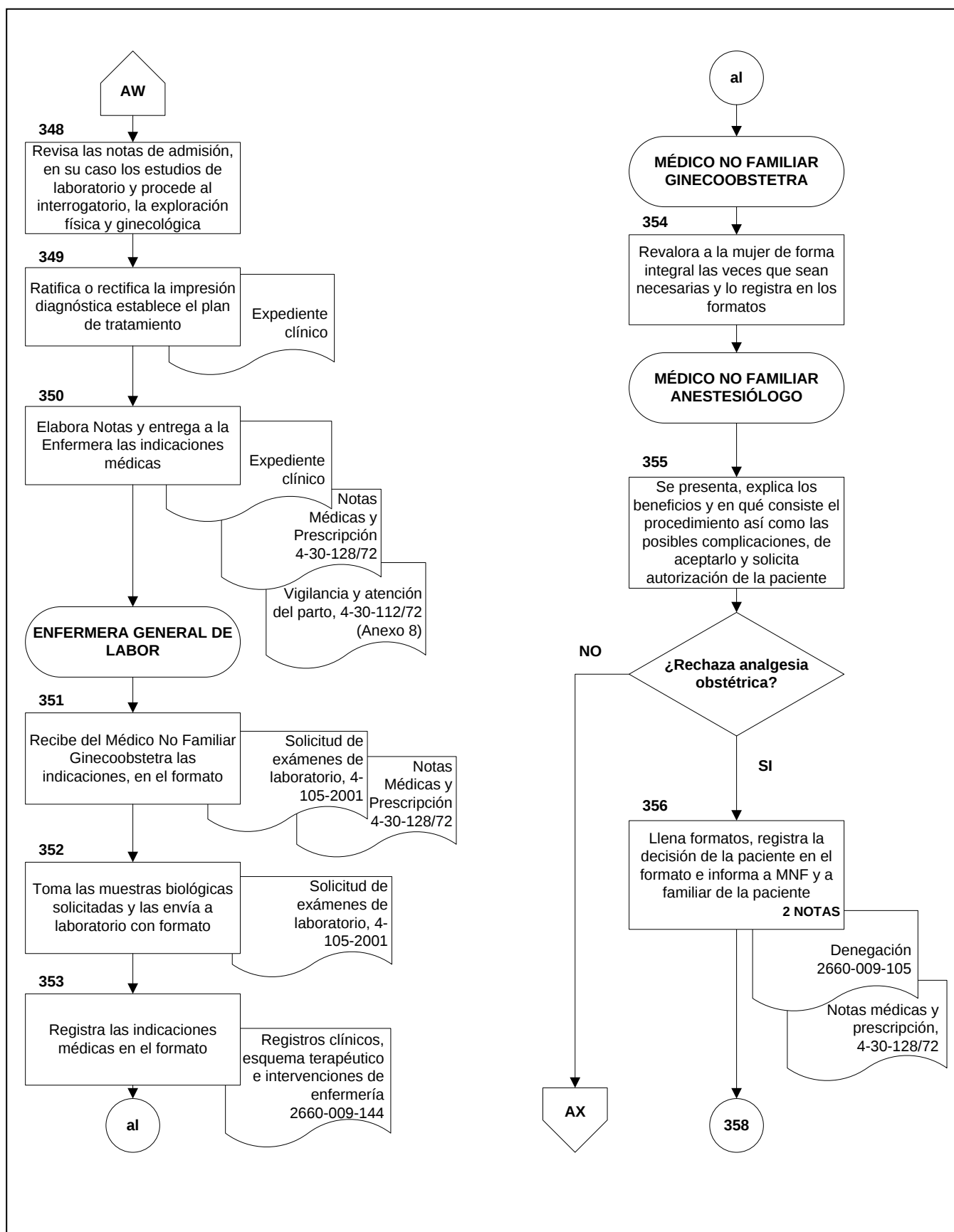


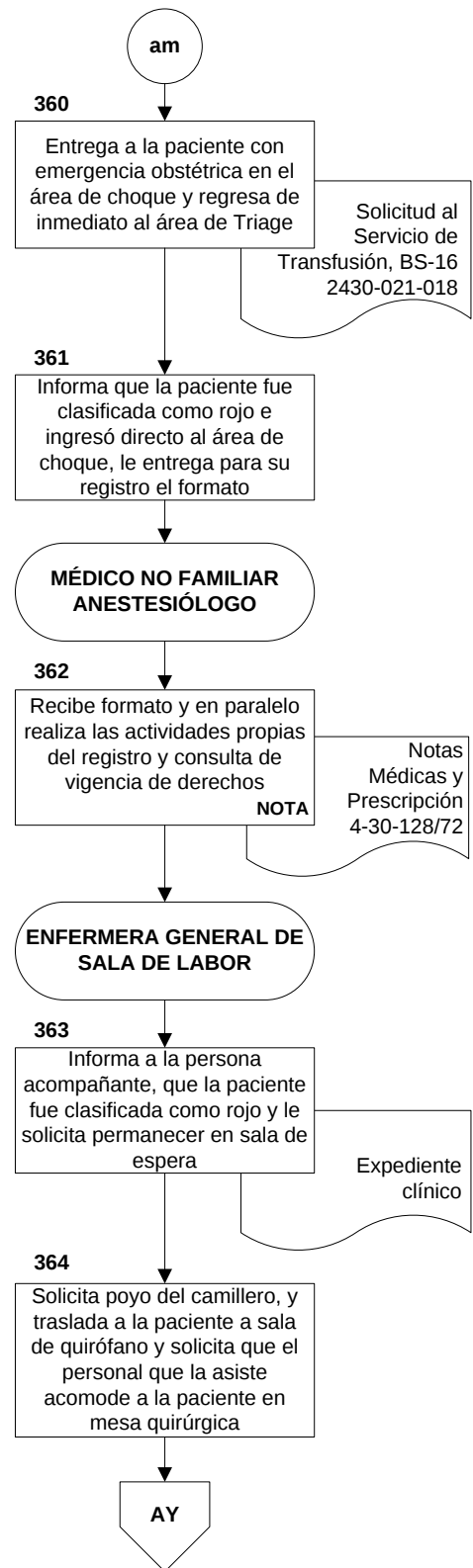
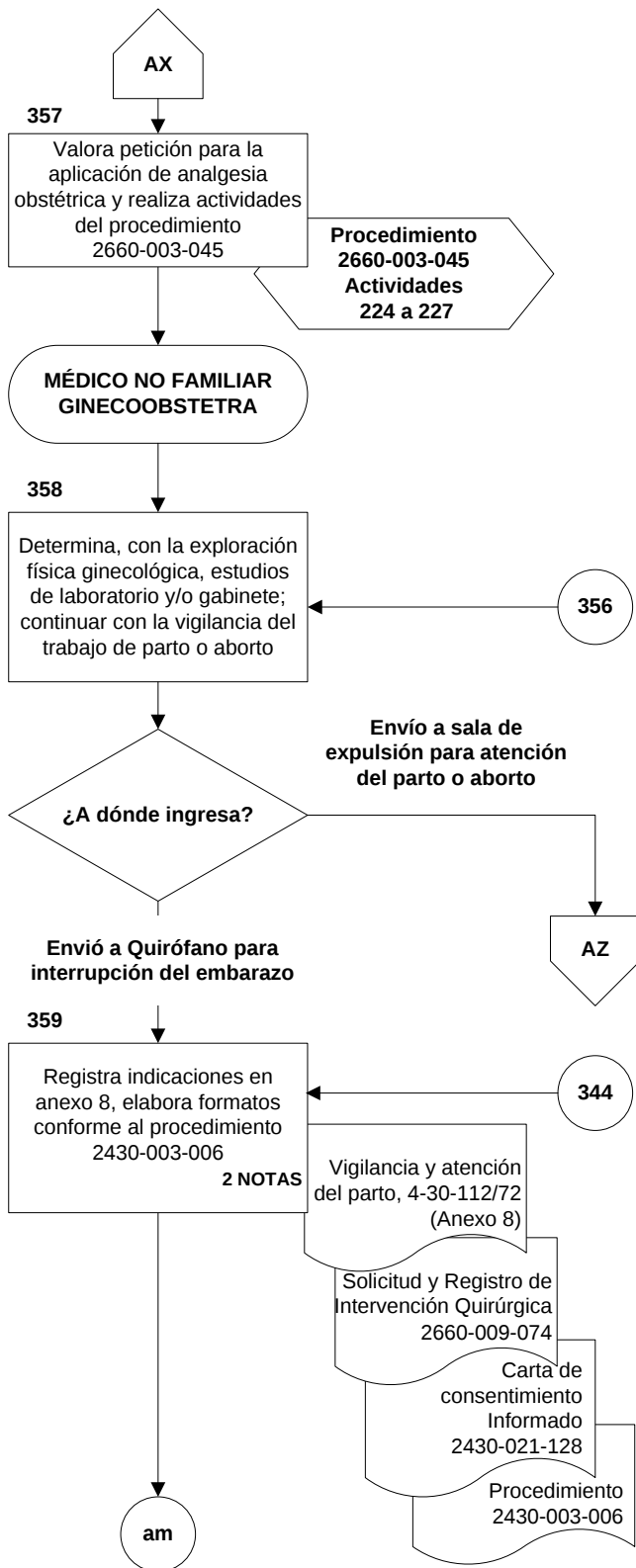


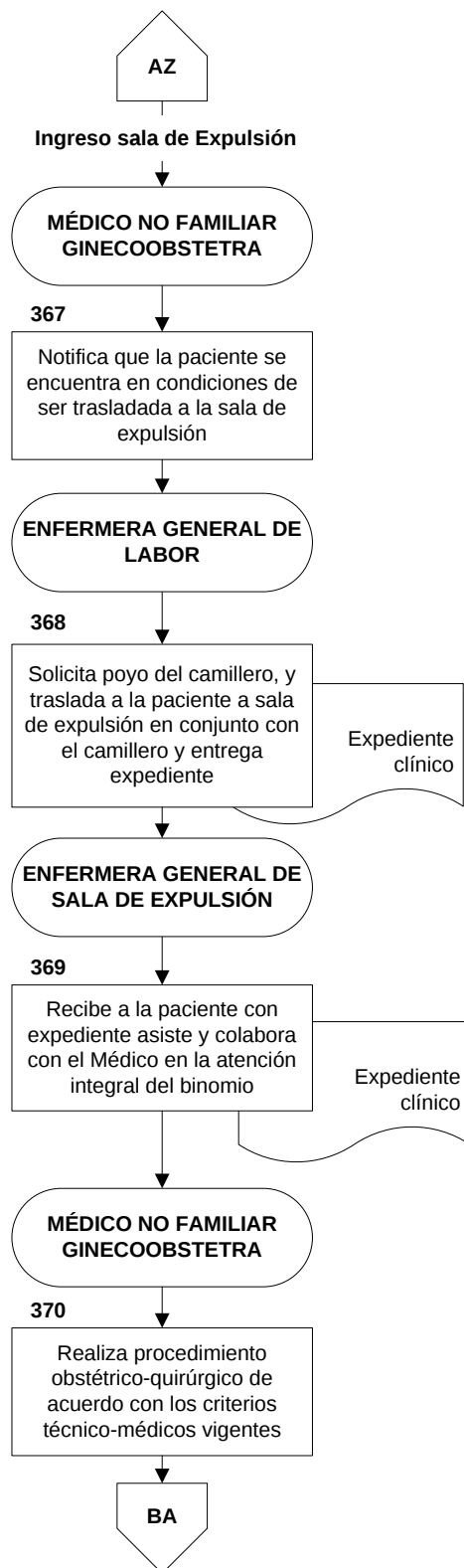
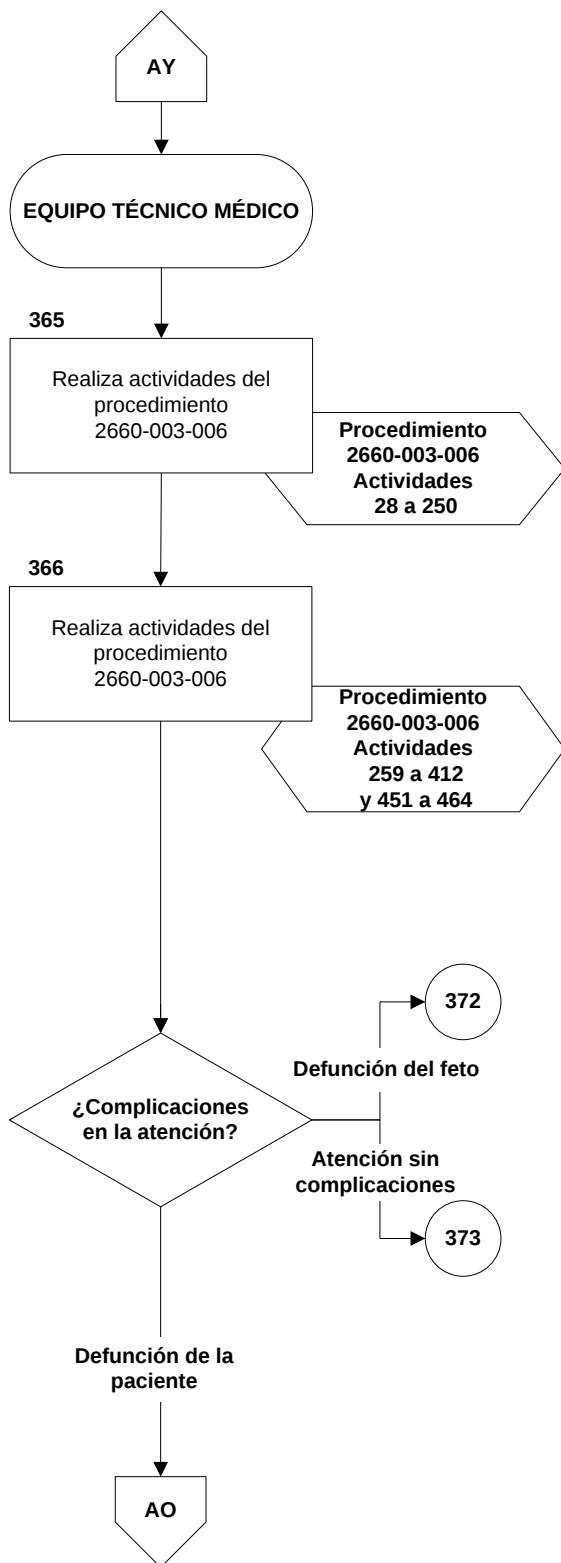


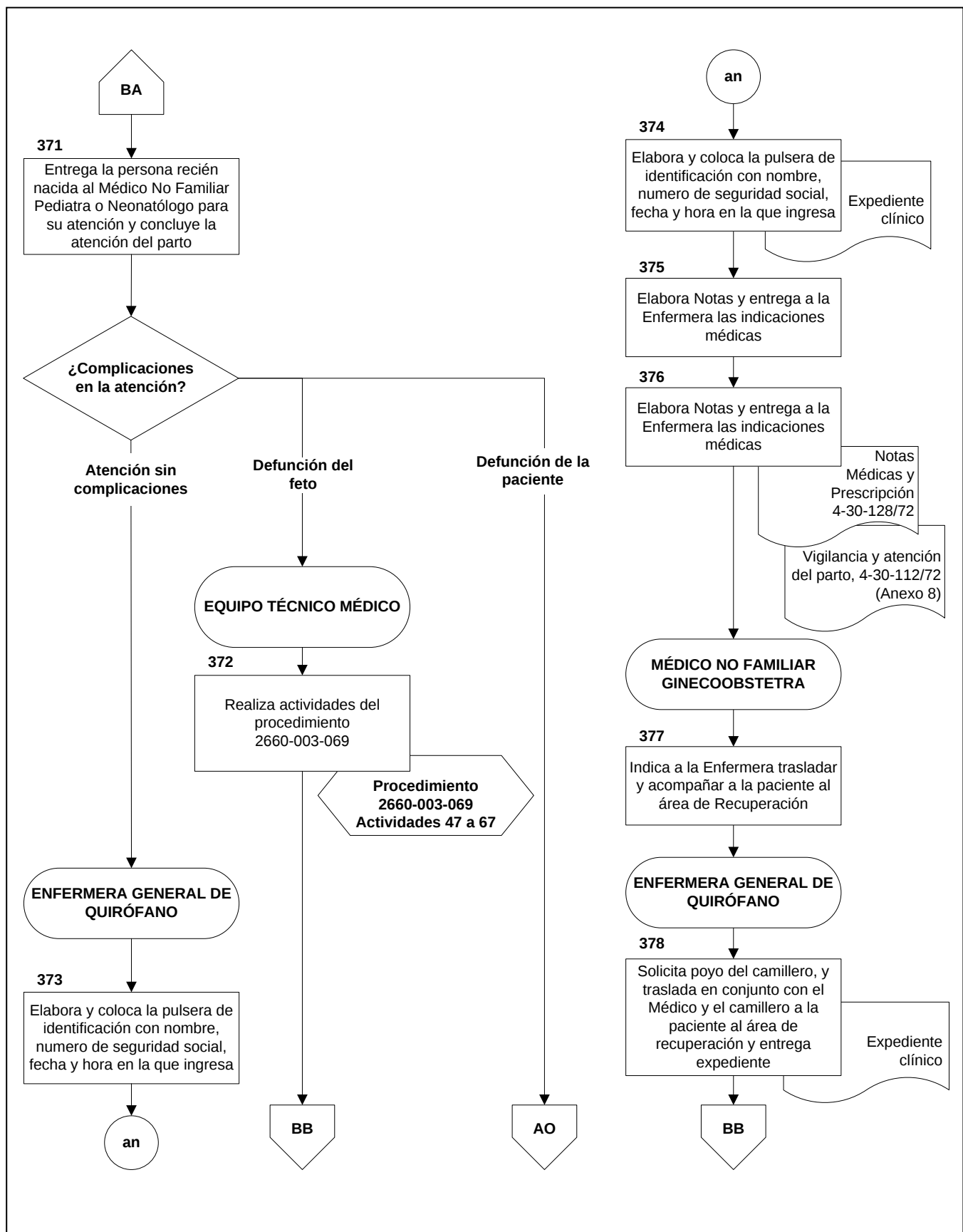


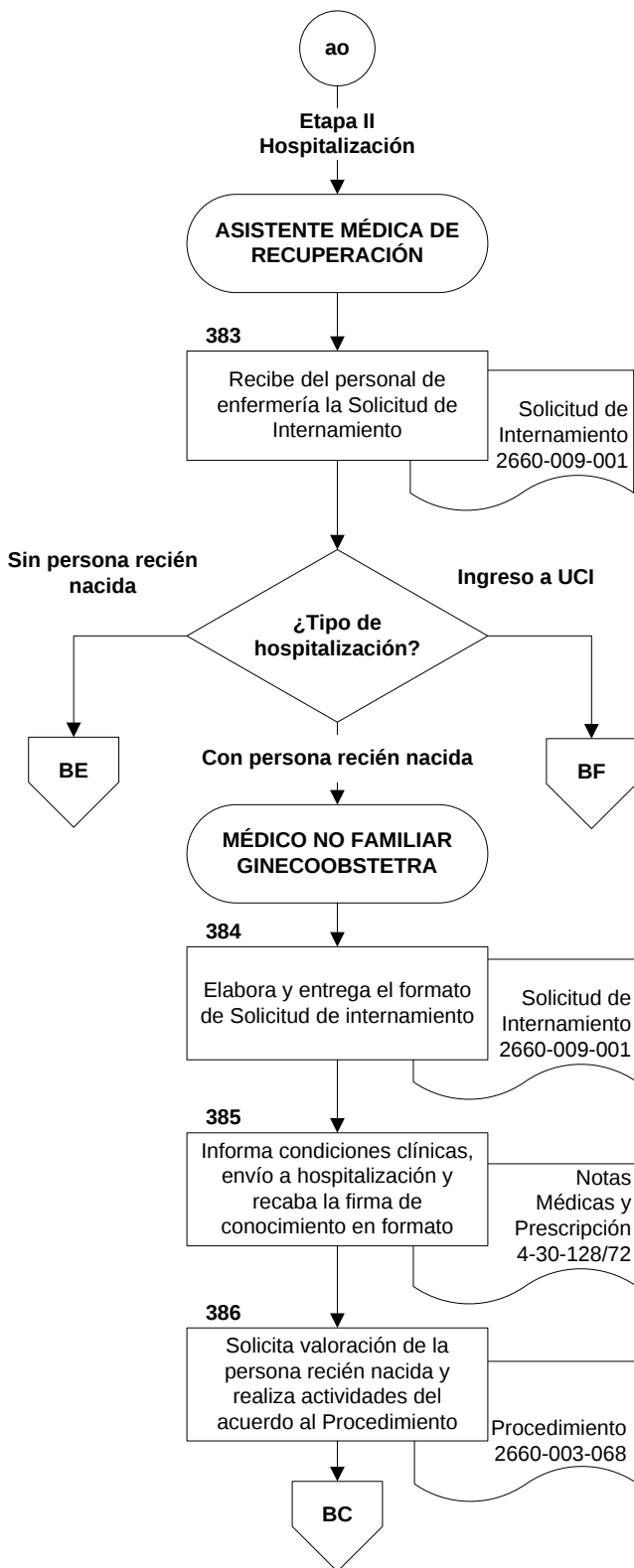
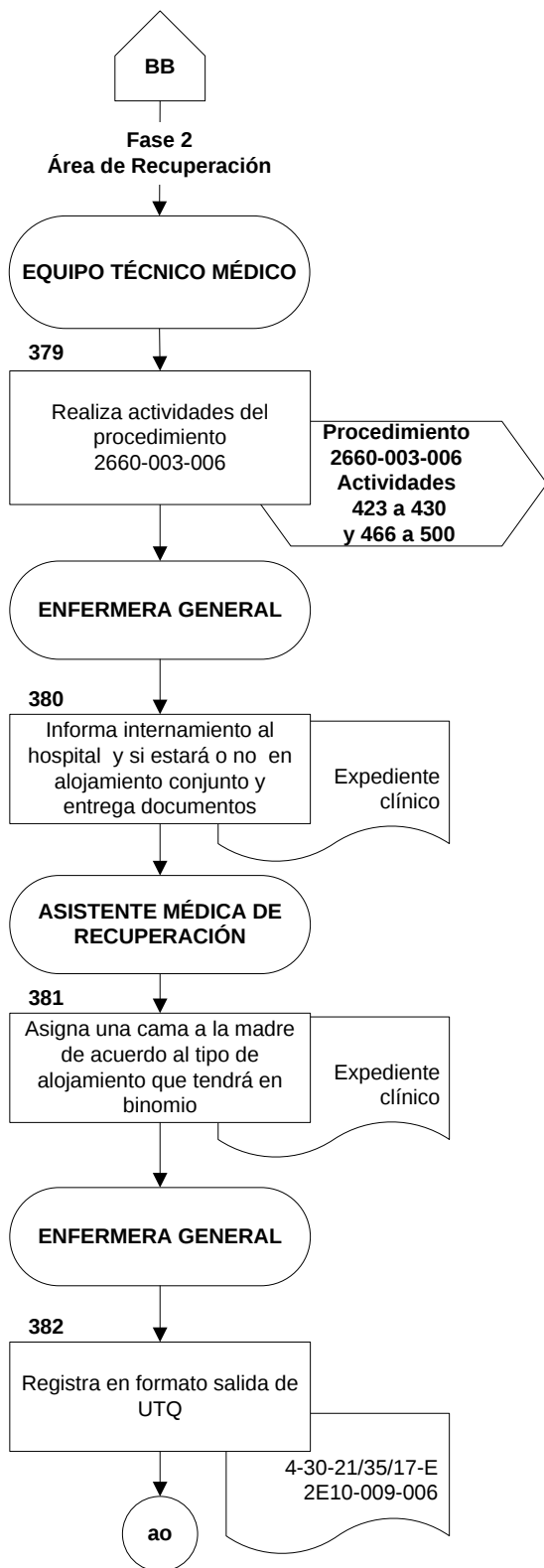


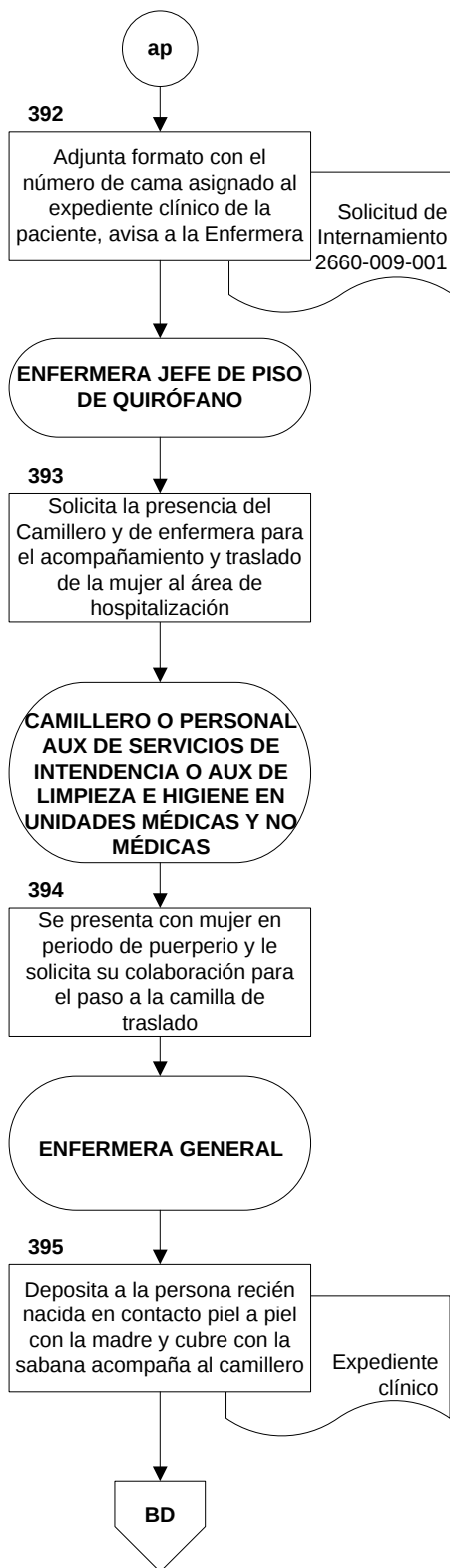
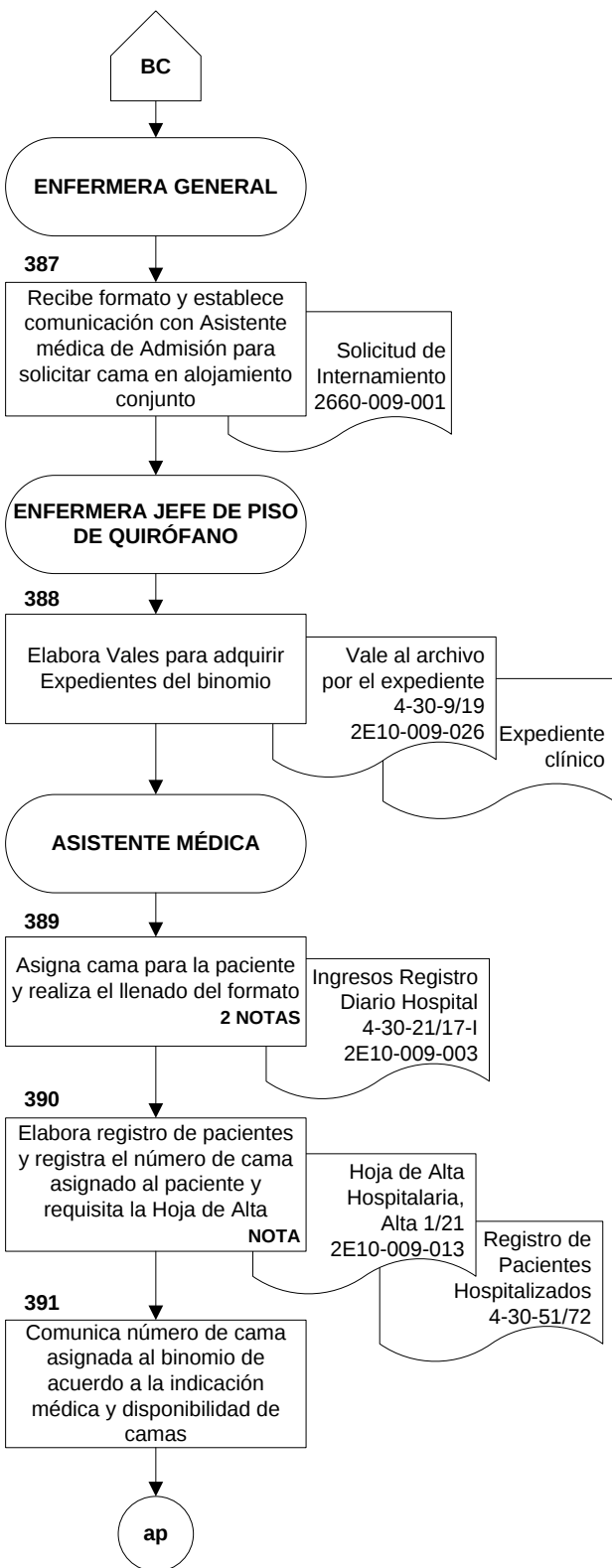


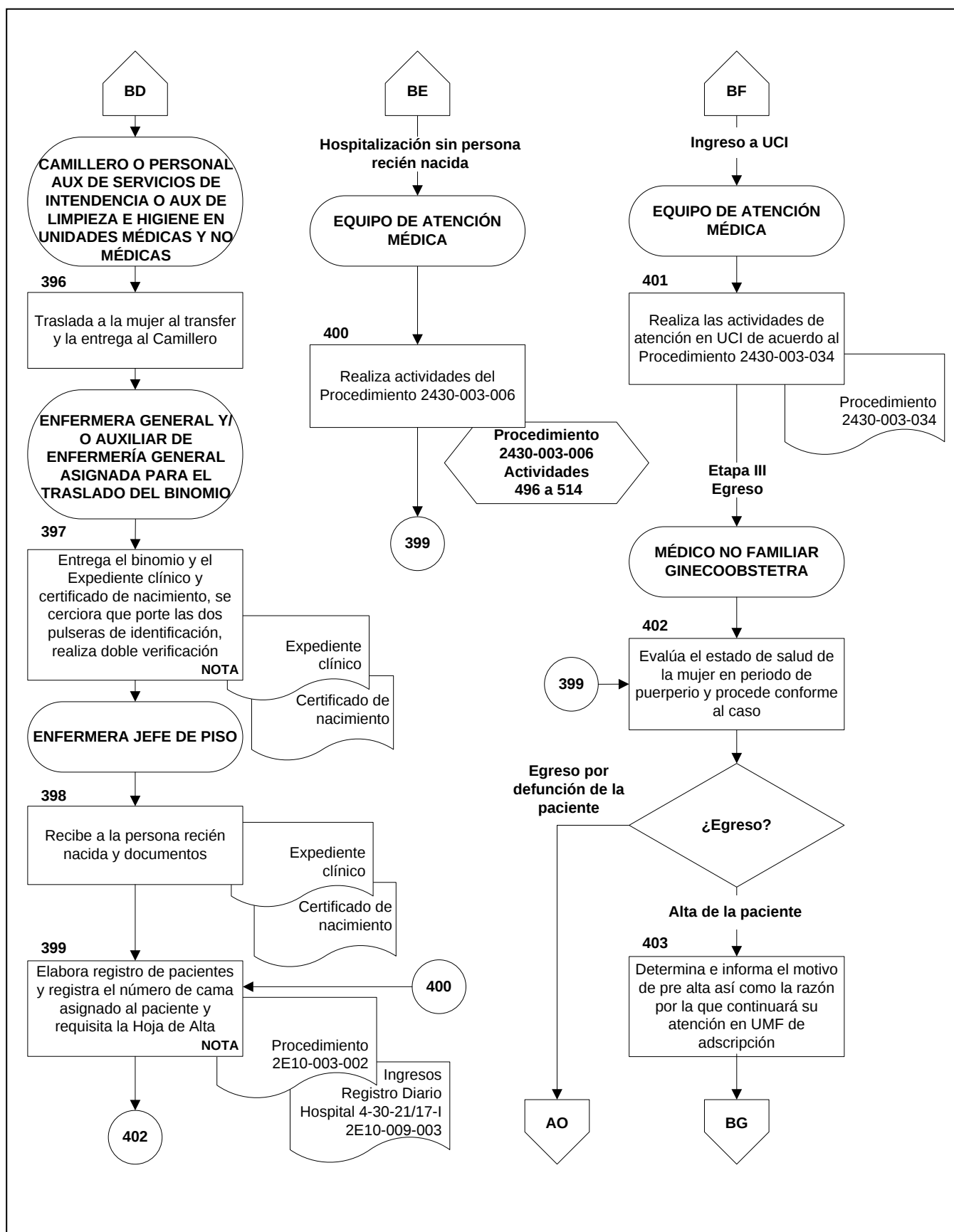


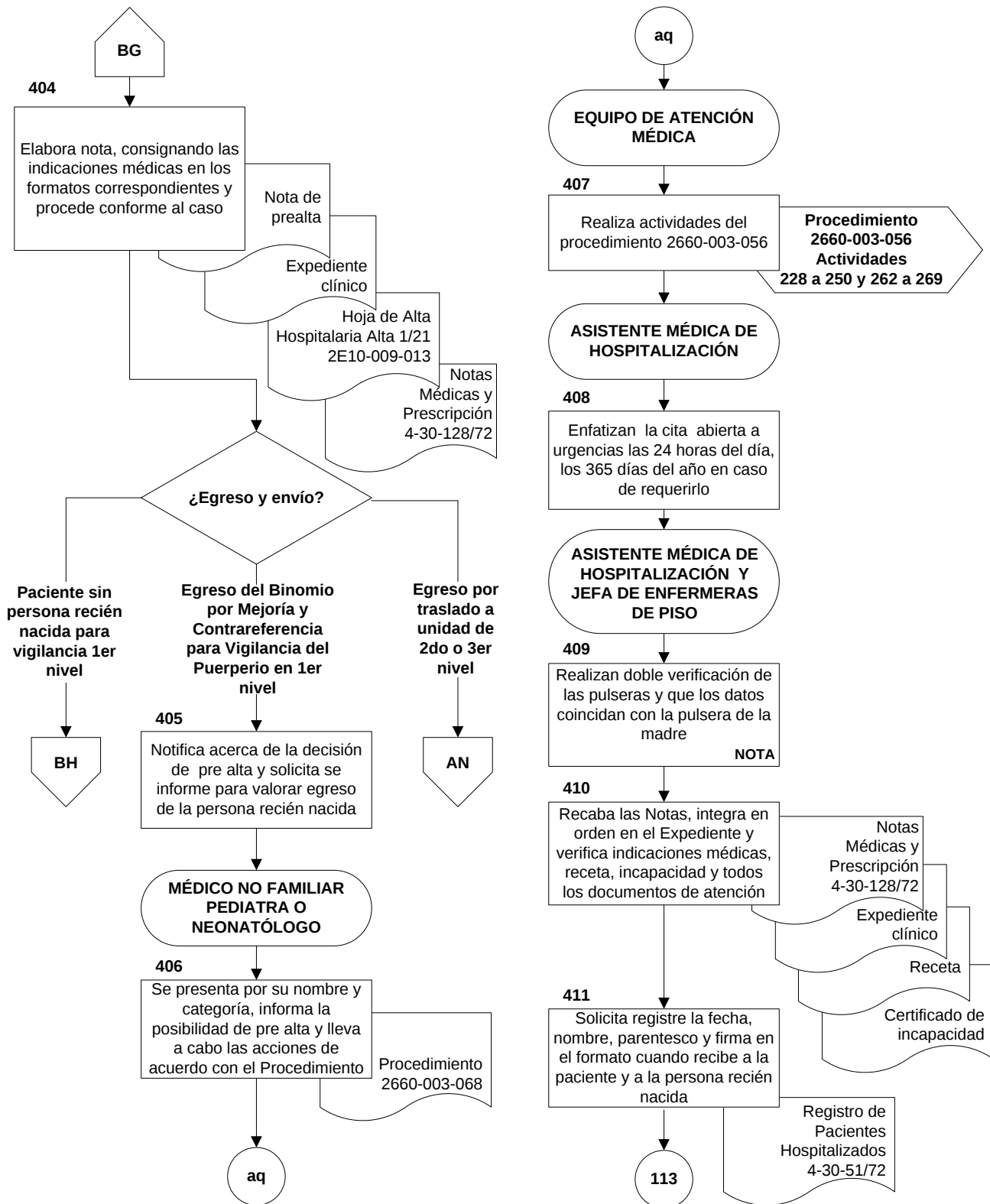


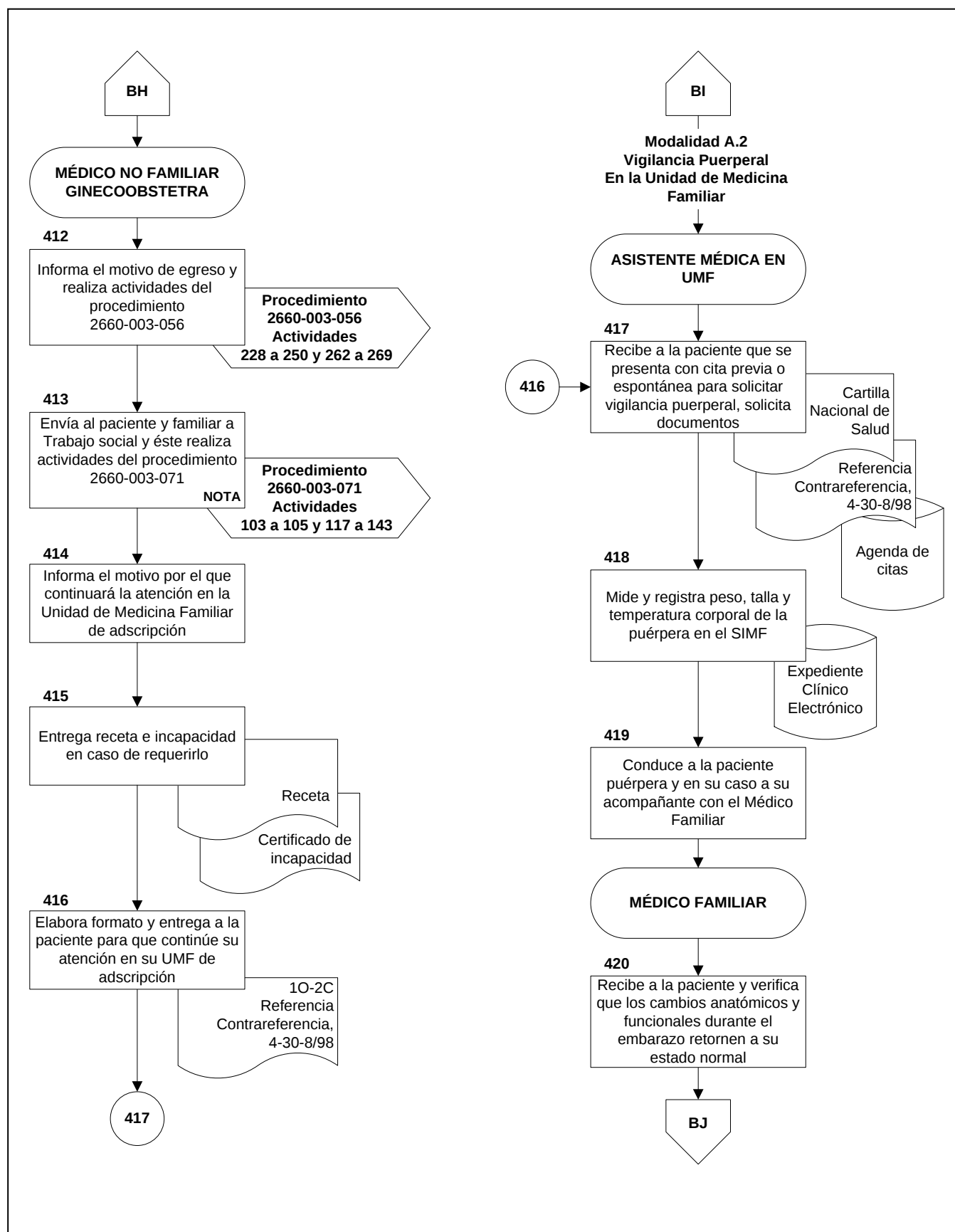


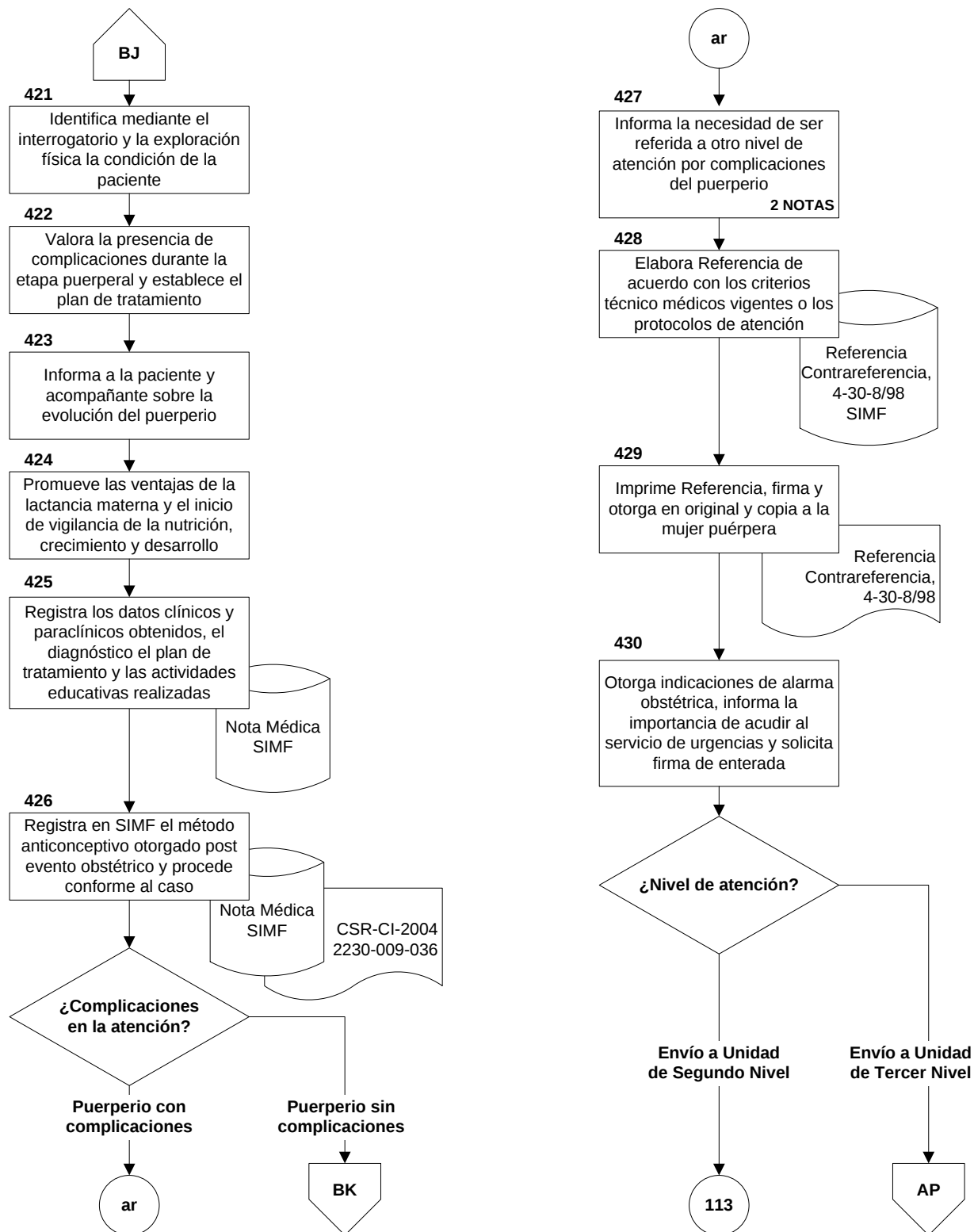


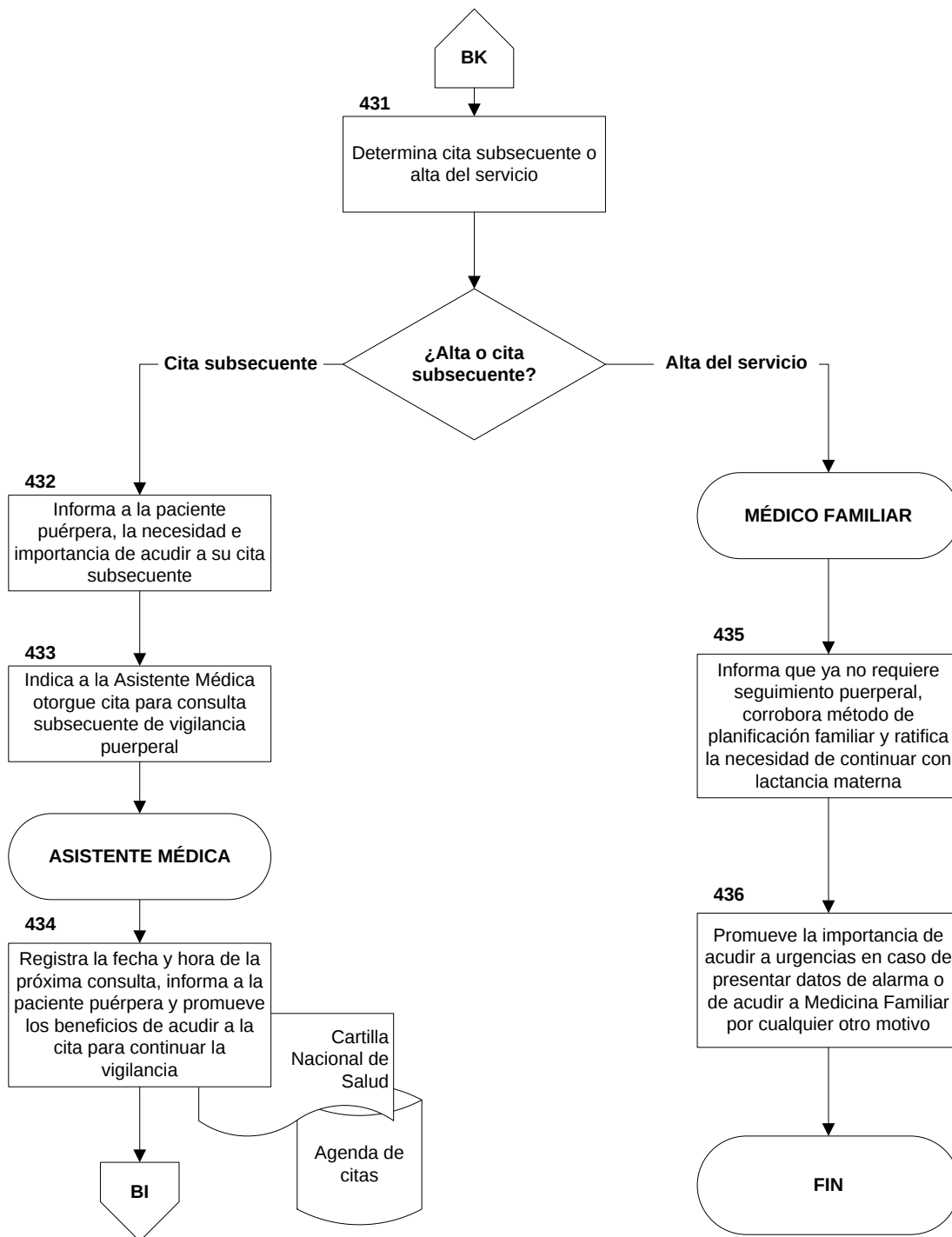














ANEXO 1

Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas



Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas

S aludar	• Mirar a los ojos. • Saludar antes que la mujer lo haga. • Presentarse utilizando la frase: “Buenos días/tardes/noches. mi nombre es... y soy la / el (Doctor (a), Enfermera (o), Residente, Asistente médica, etc.) que le atenderá. ¿Cómo puedo ayudarle? Cuando la paciente se encuentre hospitalizada, presentarse en cada cambio de turno. • Hablar de usted y dirigirse a la mujer por su nombre y/o apellido. Por ejemplo: Sra. María, Sra. Sánchez. • Evitar el uso de sobrenombres para dirigirse a la mujer por ejemplo: Mamá, mamita, madrecita, gordita, hija.
e scuchar	• Mantener la mirada en los ojos de la mujer, siempre y cuando sea posible. • Escuchar sin prejuicios y respetar la opinión de la mujer respecto a su atención médica, toma de decisiones y elección o no de algún método anticonceptivo. • Mostrar sensibilidad y empatía ante las expresiones de malestar físico y/o emocional de la mujer. • Escuchar las dudas, preguntas, necesidades y expectativas de la mujer acerca del desarrollo, parto o cesárea y nacimiento de su bebé.
r esponder	- Utilizar un lenguaje verbal y corporal cálido y abierto para evitar que la mujer se sienta observada o enjuiciada. - Evitar el uso de lenguaje técnico mientras se explica, adecuándose al contexto sociocultural de la mujer. - Por ejemplo si la mujer tiene discapacidad auditiva o no habla español. - Explicar a la mujer de forma clara y sencilla la información y los procedimientos a realizar. - Eliminar cualquier tipo de violencia o maltrato, como lo es utilizar frases humillantes, infantilización, intimidación, regaños. Por ejemplo: “<i>Ahorita te quejas, pero en 9 meses aquí te veo otra vez</i>”; “<i>¡No grite!</i>”; “<i>¡Que no llore!</i>”. - Brindar información constante y oportuna a la mujer y a sus familiares sobre el <u>estado de salud</u> de la mujer y de la persona recién nacida; no limitarla únicamente a describir el lugar donde se encuentra “<i>su paciente está en labor de parto</i>”; “<i>Su bebé está en cunero</i>”. - Asegurarse que la persona cuenta y comprende toda la información que usted pueda proveerle.
Despedirse	Utilizar la frase: “ <i>Buenos días / tardes / noches</i> ”, <i>estoy para atenderle (apoyar)</i>



Claves para otorgar Buen Trato a las Mujeres Embarazadas

Durante la exploración

- Aplicar el Protocolo Básico de Buen Trato (Saludar, Escuchar y Responder).
- Si es la primera vez que se tiene contacto con la paciente, presentarse utilizando la frase: *“Buenos días/tardes/noches mi nombre es_____ y soy la/el (Doctor (a), Residente, etc.)”*
- Respetar la privacidad y pudor de la mujer.
- Explicar con un lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento de exploración que se pretende realizar.
- Antes de iniciar la exploración dirigirse a la mujer utilizando la siguiente frase: *“¿Tiene alguna duda con respecto al procedimiento de exploración?”*
- Obtener la autorización verbal de la mujer antes de realizar cualquier exploración utilizando la siguiente pregunta: *“¿Me permite explorarla? ¿Me permite revisarla?”*
- Explicar a la mujer y pedir su autorización verbal para que durante la exploración estén presentes médicos residentes u otras personas observando. Se sugiere utilizar la frase: *“¿Está de acuerdo en que la revisión sea observada o realizada por profesionales en formación?”*
- Al finalizar la exploración explicar a la mujer con lenguaje claro y sencillo los hallazgos y asegurarse de que ha comprendido la información con la frase: *“¿Tiene alguna duda de lo que le acabo de explicar?”*



ANEXO 2

Lineamiento para implementación del Tour Obstétrico



INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio requiere de un enfoque humanizado, intercultural y seguro, libre de violencia y sin medicación excesiva, que reconozca y valore: la autonomía de las mujeres, su protagonismo durante el parto, garantice sus derechos y respete los aspectos socioculturales de las derechohabientes y su familia. La violencia obstétrica es un tipo más de violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud y es producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud. De acuerdo con la Organización Mundial Salud (OMS), todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo, parto y puerperio, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación

La Violencia obstétrica es todo acto u omisión que afecta la autonomía y la capacidad de decidir de las mujeres sobre su sexualidad y sus procesos reproductivos. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) no es solamente un problema de Salud, sino una responsabilidad de atención institucional. Derivado de los retos identificados, el IMSS ha implementado acciones específicas encaminadas a eliminar la violencia obstétrica como: la política de cero rechazo, favorecer el parto vaginal, evitar prácticas rutinarias innecesarias, otorgar un trato digno y respetuoso a la mujer en condición de embarazo parto o puerperio, mejorar la oportunidad al disminuir el tiempo de espera o retrasos en la atención, involucrar a las mujeres en la toma de decisiones, todo dentro de instalaciones dignas para la atención de la mujer y la persona recién nacida.

La toma de decisiones asertivas por parte de la mujer embarazada y su familia, solo puede llevarse a cabo cuando cuenta con información adecuada y suficiente con respecto a su condición de salud y la experiencia que vivirá cuando ocurra el nacimiento de su hijo o hija; esta información es otorgada de inicio por su Médico Familiar y el equipo de salud del primer nivel de atención (EMI, enfermera de familia, trabajo social etc.), el Tour Obstétrico es una estrategia encaminada a estandarizar la información que se le otorga a la mujer embarazada y a su acompañante, de una forma clara y sencilla desde un contexto de interculturalidad, tomando en cuenta la visión y expectativas de cada una de ellas considerando que cada una cuenta con información adquirida por varias vías previamente, por otra parte, es un primer acercamiento de la mujer y su acompañante a la Unidad Médica hospitalaria en donde continuará su atención por lo que es importante que se familiarice con el entorno, identifique a los diferentes jefes de servicio, áreas administrativas, políticas generales de la Unidad Médica y a dónde dirigirse en caso de dudas, comentarios o quejas, se les brindará información general sobre el embarazo, nacimiento y cuidados iniciales de la persona recién nacida, se les informará sobre trato amigable y el compromiso del IMSS con la lactancia materna y el alojamiento conjunto.

El Tour Obstétrico tiene como objetivo empoderar a la mujer en condición de embarazo, al informar y concientizar, acerca de sus derechos, fomentar el auto-cuidado, la corresponsabilidad en el seguimiento de la evolución de su embarazo y la participación en la toma de decisiones, al tiempo que resuelve dudas y genera un lazo de confianza con los profesionales de salud que la atenderán; le permite conocer su capacidad técnica y saber que están interesados en proporcionarle la mejor atención posible a ella y su hija(o).

El complementar el proceso educativo con un recorrido, virtual o físico, que le permita a la mujer embarazada y a su acompañante, familiarizarse con el sitio donde se atenderá el nacimiento de su



hija(o), le brindará seguridad y confianza, sobre la atención que recibirá, contribuirá a un mayor bienestar materno y les facilitará los trámites administrativos que deberán realizar.

Antecedentes y Justificación.

El 31 de julio de 2017 la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la Recomendación General No. 31/2017, sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. En el marco del cumplimiento a los artículos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Recomendación General 31/2017, que consta de 6 puntos de los cuales se tomaron algunos de ellos:

PRIMERA. Que se diseñe y ponga en práctica una política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista, en la relación materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud que presta sus servicios en la atención ginecoobstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas; así como de información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

TERCERA. Que se implemente el “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género.

CUARTA. Implementar en las instituciones de salud a su cargo, una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Por lo anterior, el IMSS se planteó como objetivo: “Mejorar la calidad y calidez de la atención obstétrica a nuestras derechohabientes y usuarias embarazadas” reforzando diversas acciones como “La iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHANyN)”, generada en 1991 por la OMS y la UNICEF en coordinación con la UNESCO y que en su momento permitió establecer de manera definitiva al alojamiento conjunto del binomio madre hijo y la lactancia materna exclusiva, como el mejor e insustituible alimento para la persona recién nacida hasta los seis meses de edad y a su vez, contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención materna y neonatal, mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva, el alojamiento conjunto al 100% de los binomios sanos hasta su egreso, así como la atención amigable a todas las mujeres en etapa grávido puerperal que requieren atención, erradicar la violencia obstétrica y perinatal con base en la percepción de la mujeres y el respeto absoluto a los derechos humanos de la mujer embarazada y su persona recién nacida hijo (a). Iniciativa que se extiende para su implementación a Unidades de Medicina Familiar, en el año 2018.

Paralelamente se inició el **Tour Obstétrico** concebido como una estrategia desarrollada en algunas unidades hospitalarias de segundo nivel, con el propósito de que las mujeres embarazadas conocieran las instalaciones del hospital y ubicaran el lugar donde recibirían atención en el momento del parto, para ello, las pacientes eran derivadas de la unidad de medicina familiar a partir del segundo trimestre del embarazo, esta estrategia coordinada por trabajo social, se llevaba a cabo una vez por semana en el turno matutino.



Fig.1 Componentes del EFAME

En el año 2018 el IMSS incorpora todas las actividades realizadas con objetivos comunes encaminados a erradicar la violencia obstétrica y mejorar la calidad de la atención e implementa la “La Estrategia para Fortalecer la Atención a la Mujer Embarazadas” (EFAME), la cual incluye estas actividades y busca estandarizarlas y sistematizarlas en todas las unidades médicas.

El EFAME consta de tres objetivos específicos: empoderamiento de la mujer, fortalecimiento en la formación de recursos humanos y dignificación de la infraestructura en salud. El Tour obstétrico forma parte del empoderamiento de la mujer embarazada.

Por lo anterior, se retoman los principios básicos y exitosos del Tour Obstétrico para mejorar las formas y contenidos de la información, homologar y estandarizar las iniciativas que se realizan en diversas unidades médicas y utilizar esta estrategia educativa para mejorar y facilitar la comunicación entre el personal de salud y las mujeres embarazadas; de esta manera se facilita el paso de la atención prenatal, que se realiza en las unidades médicas de primer nivel, a la atención final del embarazo en las unidades de segundo o tercer nivel, según corresponda.

El conocer las instalaciones de la Unidad Médica, los accesos, los servicios, así como las reglas que se observan dentro de la misma, genera una relación de confianza de la mujer embarazada con los servicios de salud, disminuye sus temores y aclara sus dudas, al tiempo que ejerce sus derechos a la atención y conoce lo que ofrece el personal del IMSS en un momento tan crucial en la vida familiar.

Objetivo

Establecer los lineamientos técnico-médicos dirigidos al personal de salud directivo y operativo de las unidades médicas hospitalarias con obstetricia, para el desarrollo de las actividades en forma sistemática, secuencial y coordinada del “tour obstétrico”, con un enfoque de atención amigable, favoreciendo la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Objetivos específicos

- ❖ Orientar al equipo multidisciplinario sobre los contenidos generales de la estrategia, para la estructuración de los guiones que faciliten la intervención de cada servicio.
- ❖ Establecer las actividades previas al Tour, para coordinar la estrategia entre los tres niveles de atención.



- ❖ Especificar las características requeridas, para la formación de los grupos de mujeres embarazadas que participarán en la estrategia educativa.
- ❖ Establecer los mecanismos de registro y control de la estrategia a fin de realizar evaluación de resultados.

Ámbito de aplicación

El presente lineamiento es de observancia obligatoria para el personal de salud, directivo y administrativo de las unidades médicas de todos los niveles de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde se otorgue atención médica a mujeres con embarazo.

Consideraciones Generales

El Tour Obstétrico es una estrategia mediante la cual se le otorga a la mujer y su acompañante, información médica y administrativa relevante, relacionada con el momento del nacimiento de su hijo(a), le permite conocer, mediante un recorrido físico o virtual, las diferentes áreas del hospital donde será atendida, así como al equipo multidisciplinario que la asistirá en un marco de atención obstétrica amigable.

Las Unidades de Medicina Familiar derivarán a las mujeres embarazadas a partir de las 34 semanas de gestación por medio de trabajo social, quien informará fecha y hora establecida por la Unidad Médica hospitalaria de segundo o tercer nivel y registrará en cartilla de salud.

El Director de la unidad hospitalaria designará al Médico responsable de esta actividad, la cual será coordinada por el servicio de Trabajo Social. Las unidades de segundo y tercer nivel de atención deberán informar a la Unidad de Medicina Familiar la calendarización anualizada de las sesiones del Tour Obstétrico que deberá incluir: días, horarios, número mínimo y máximo de participantes en cada sesión, así como área física donde se llevarán a cabo (auditorio, aula o sala de juntas) la cual deberá de ser preferentemente luminosa, ventilada, de fácil acceso y con sanitario cercano, para favorecer la comodidad de la mujer embarazada y su acompañante; lo anterior facilitará la derivación y programación de las derechohabientes.

El Médico responsable quién debe estar relacionado con la atención obstétrica en coordinación con el personal de trabajo social, realizará reuniones con el equipo multidisciplinario, quienes elaborarán los contenidos bajo un guion con lenguaje claro e inclusivo con perspectiva de género asegurando la interculturalidad, dicho guion será la base para el material didáctico de apoyo que se utilizará para impartir los diferentes temas. Esta información deberá estar avalada por el Director de la unidad, la duración del Tour no deberá exceder los 90 minutos.

El personal de Trabajo Social responsable de la estrategia, realizará la lista nominal de los asistentes, así como la crónica grupal, entregará de manera mensual informe que contemple análisis de los datos, encuestas de satisfacción y nombre del personal que participó, para el rediseño de los contenidos.



Actividades

Unidad de Medicina Familiar.

El Médico Familiar, la Enfermera Materno-Infantil (EMI) o la Enfermera Especialista en Medicina de Familia envían a la mujer embarazada, que su condición médica le permita participar en la estrategia, a partir de las 34 semanas de gestación, mediante la “Solicitud de servicios 4-30-200” con la Trabajadora Social, para programar la visita del Tour Obstétrico en los horarios asignados por el segundo o tercer nivel y la registra en la “Cartilla de la Mujer Embarazada”. El Director o Jefe de Trabajo Social de la UMF, informará a la Unidad Médica Hospitalaria, una semana previa a la fecha del Tour Obstétrico el listado nominal de embarazadas que acudirán, vía correo electrónico.

Unidad Médica Hospitalaria

Los Médicos No Familiares participarán a solicitud de su jefe inmediato en las actividades del Tour obstétrico y enviarán a las pacientes embarazadas que su condición médica le permita, a partir de la semana 34 de gestación y mediante formato 4-30-200, al servicio de trabajo social a para integrarse a la estrategia.

El Director de la Unidad Médica a través de las jefaturas de los servicios, realizará las gestiones necesarias a fin de asegurar la participación del personal operativo o del propio jefe de servicio, en el Tour Obstétrico. Dicho personal deberá presentarse puntualmente a la sesión, portando uniforme completo (no quirúrgico) y gafete institucional, con la finalidad de que las embarazadas y sus acompañantes los identifiquen durante su paso por el hospital, así mismo deberán apegarse al guion, acordado para que la información se otorgue de una forma ágil y en el tiempo previamente establecido.

El servicio de trabajo social coordinará la integración del grupo de mujeres embarazadas para el adecuado desarrollo de la actividad. El día del Tour, la trabajadora social asignada revisará listado nominal referido por la UMF y anotará la asistencia de la mujer embarazada, registrando en la “Cartilla de la Mujer Embarazada” o cartilla de salud, colocando: sello de asistencia, nombre, matrícula y firma. La estrategia incluye encuestas pre y post, para evaluar los conocimientos adquiridos y como un soporte documental para alinear las unidades hospitalarias que en su momento aspiraran a la nominación IHANyN, así como una encuesta de satisfacción.

Mensualmente la (el) Jefe de Trabajo Social, informa a la Dirección Médica en junta de cuerpo de gobierno, el número de mujeres embarazadas que acudieron al Tour, así como la participación de las diferentes jefaturas, envía el informe correspondiente a la JPM y retroalimenta a las Unidades de Medicina Familiar para que en caso de que alguna embarazada no asista a la cita programada del “Tour”, el personal de Trabajo Social de UMF realice la reintegración (Anexo 26)

El informe general del comportamiento de la estrategia, deberá contener:

- ❖ Número de mujeres agendadas que acudieron a la estrategia.
- ❖ Resultados de la encuesta de satisfacción.
- ❖ Resultados del cuestionario pre y post estrategia.
- ❖ Resultado obstétrico que contenga: vía de terminación del embarazo y método de planificación familiar.
- ❖ Número de mujeres que egresan con lactancia materna exclusiva, diferenciando entre las asistentes y no asistentes a la estrategia.



Las (los) Jefes de Trabajo Social de tercer nivel (UMAE) que reciban pacientes directas de las UMF o referidas por el segundo nivel a la consulta externa desde etapas tempranas del embarazo, trabajaran de forma conjunta con las jefaturas involucradas para establecer el lugar, los días y el horario en que se realizará el “Tour Obstétrico en la UMAE.

Etapas del Tour Obstétrico

- I. Bienvenida.
- II. Información relevante por servicio o jefatura.
- III. Recorrido virtual o físico.
- IV. Sesión de preguntas y respuestas.
- V. Encuesta de satisfacción.
- VI. Dinámica de cierre y despedida.

I. Bienvenida

Personal que participa: Trabajo Social

- ❖ Recibe al grupo de mujeres embarazadas y acompañante.
- ❖ Mensaje de protección civil para evacuación.
- ❖ Informa sobre Higiene de Manos.
- ❖ Favorece un ambiente cordial y agradable.
- ❖ Encuadre de la actividad resaltando los objetivos y beneficios.
- ❖ Cuestionario pre-estrategia (anexo1 del lineamiento)
- ❖ Presenta al personal de salud que le acompaña en el Tour Obstétrico.
- ❖ Colabora en la impartición de los diferentes temas educativos.

“El personal de este hospital sabe que el nacimiento de un(a) hija(o) es un momento especial que nos acompaña toda la vida, por ello esperamos que esa experiencia sea agradable para ustedes, queremos decirles que todo el personal de salud de esta Unidad Médica son profesionales en su área y tenemos el objetivo de que ustedes y su persona recién nacida regresen a casa en las mejores condiciones posibles” (puede utilizar otro mensaje de bienvenida relacionado).

“En esta visita ustedes identificarán los accesos del hospital donde llegarán para la atención, los documentos que deberán traer consigo, el reglamento hospitalario, conocerán al personal de salud de las diferentes categorías con las que tendrán contacto durante sus estancia, recibirán una breve plática relacionada con una de las políticas institucionales prioritarias que es la atención obstétrica libre de violencia, el compromiso con la lactancia materna exclusiva, el alojamiento conjunto y la planificación familiar, al final recorreremos juntos la unidad hospitalaria incluidas las áreas directivas para que las conozcan. Sean todas y todos bienvenidos”.



- Cada Unidad Médica hospitalaria podrá agregar, de acuerdo a sus necesidades, algún tema de interés local para mejorar la atención de la mujer durante el trabajo de parto, parto y puerperio.
- Si la Unidad Médica está nominada y/o ha recibido premios (IHANyN premio IMSS de competitividad, premio nacional de calidad, atención de la emergencia obstétrica, entre otras) habrá que mencionarlo como parte de sus fortalezas.
- Es importante aclarar a las mujeres embarazadas y su acompañante, que existen áreas del hospital, que por sus características, no se podrá ingresar al momento (sala de labor, sala de expulsión, recuperación, entre otras) pero es conveniente mencionar su ubicación.
- Si la Unidad Médica cuenta con área de pre labor es recomendable que la visiten.

2. Información relevante por servicio o jefatura.

Los guiones y material didáctico deberán incluir los siguientes temas:

Ginecoobstetricia.

- ❖ Presentación.
- ❖ Riesgo obstétrico y riesgo reproductivo.
- ❖ IHANYN, con énfasis en atención amigable y apego inmediato, independientemente de la vía de nacimiento
- ❖ Operación cesárea, indicaciones y riesgos.
- ❖ Horarios de atención en el servicio de urgencias, enfatizar que el hospital tiene servicio las 24 horas del día, durante los 365 días del año y que no se debe de subestimar ningún síntoma. (datos de alarma obstétrica)
- ❖ Proceso de atención en Admisión Toco (TRIAGE Obstétrico).
- ❖ Condiciones clínicas para ingreso a sala de pre labor, labor o egreso a domicilio.
- ❖ Explicar necesidades de conocer y firmar hoja de consentimiento informado y explica que durante su estancia en la labor estará acompañada por el personal de salud, en caso de solicitar ver a su familiar, el personal del hospital realizará las acciones necesarias para facilitar esa comunicación (mostrar siempre la empatía con la que se buscará ponerla en contacto con su familiar o acompañante siempre que sea posible por las condiciones de las áreas y la presencia de otras pacientes.
- ❖ Métodos de planificación familiar temporal y definitiva.
- ❖ Cuidados generales durante el puerperio y seguimiento médico en la unidad de segundo o tercer nivel o en la unidad de medicina familiar.

Pediatría

- ❖ 10 pasos y 3 anexos para una lactancia exitosa con énfasis en los beneficios de la lactancia materna exclusiva y a libre demanda.
- ❖ Lactancia materna con enfermedades infecciosas como: VIH, COVID, influenza, entre otras.
- ❖ Beneficios del apego inmediato y el alojamiento conjunto en la salud del RN
- ❖ Iniciativa madre canguro y la importancia de la participación de los padres en el cuidado de la persona recién nacida hospitalizado.



Enfermería

- ❖ Medidas higiénicas necesarias durante el embarazo y el puerperio.
- ❖ Apego inmediato y alojamiento conjunto.
- ❖ Técnicas y posiciones de amamantamiento.
- ❖ Técnicas para la extracción manual de leche y como mantener la lactancia aun en caso de separación de sus bebés,
- ❖ Vacunas en el neonato y tamiz metabólico.

Nutrición

- ❖ Alimentación saludable durante el embarazo y el puerperio.
- ❖ Participación del servicio de nutrición durante la atención hospitalaria.
- ❖ En las unidades médicas que cuenten con lactario se explicarán las políticas para recepción de leche materna en caso necesario, políticas y técnicas de extracción de leche materna.
- ❖ Asesoría personalizada a casos específicos, mujeres embarazadas o en puerperio que viven con VIH “Guía de alimentación para VIH” con privacidad y confidencialidad

TAOD (en las unidades médicas que no se cuente con esta categoría, el servicio de Trabajo Social realizará estas actividades)

- ❖ Quienes son, como las identifican (que uniforme portan) cuál es su función, donde se ubican y la disponibilidad del servicio por turno.
- ❖ Localización de las diferentes jefaturas, coordinaciones clínicas de turno, subdirección y dirección.
- ❖ Procedimiento para interponer una petición, comentario, queja o felicitación.
- ❖ Información general sobre incapacidades y guarderías.

Trabajo Social

- ❖ Coordina las intervenciones y los tiempos.
- ❖ Explica las condiciones preferentes en que deben acudir a la Unidad Médica (sin valores, teléfono celular o dinero, uñas despintadas y cortas, acompañadas de una adulto quien deberá permanecer en la Unidad Médica hasta que se le indique lo contrario)
- ❖ Reglamento hospitalario, proceso de pase de visita según las políticas hospitalarias del servicio en que se encuentre la mujer e informes de estado de salud.
- ❖ Proceso de ingreso de artículos de Higiene Personal en caso de hospitalización.
- ❖ Información y fomento a la donación de sangre.
- ❖ Información sobre los grupos de apoyo internos y externos a la lactancia materna.
- ❖ Información general sobre la entrega de Canastillas.

3. Recorrido virtual o físico.

El recorrido y las charlas educativas pueden suceder al mismo tiempo, donde sea posible (por cuestiones de espacio) ya que se podrán tener grupos de hasta 20 personas.

El Director de la Unidad junto con el equipo multidisciplinario determina la factibilidad o no del recorrido físico por la unidad hospitalaria, para lo cual se deberá considerar: número de participantes, seguridad ante alguna contingencia y disponibilidad de las áreas incluidas en el recorrido; de no considerarlo conveniente, el recorrido podrá ser virtual mediante la utilización de herramientas



tecnológicas tales como video y/o fotografías que permitan a la mujer embarazada y su acompañante visualizar las áreas de mayor relevancia como puede ser admisión, UTQ, hospitalización y el cunero.

4. Sesión de Preguntas y Respuestas.

Se deberá alentar la participación de la mujer embarazada y su acompañante a lo largo de toda la sesión, principalmente al final de la intervención de cada servicio. Sin embargo, se sugiere que se reserve este espacio para resolver dudas generales que puedan surgir al término de la sesión.

Es recomendable otorgar a la mujer embarazada, un documento escrito (folleto o tríptico) donde se reafirmen los puntos más relevantes del Tour Obstétrico, se mencione el nombre y dirección de la unidad hospitalaria y se otorguen los números de extensión de la dirección, subdirección y/o las que se consideren necesarias.

5. Encuesta de satisfacción

El personal de Trabajo Social aplicará a las mujeres embarazadas, una encuesta al finalizar el Tour, con la intención de conocer el grado de satisfacción y realizar acciones de mejora (anexo 2) del presente lineamiento.

6. Dinámica de cierre y despedida

El personal de trabajo social realizará dinámica grupal de su elección con el propósito de reforzar la información y favorecer el empoderamiento de la mujer embarazada.

Aplicará el cuestionario post- estrategia (anexo 1) del presente lineamiento.



Tour Obstétrico

Cuestionario:

Pre	Post
-----	------

Unidad Médica Hospitalaria: _____

Unidad de Medicina Familiar: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas

1 Mencione 2 datos de alarma durante el embarazo

2 ¿Cuáles son los cuidados de higiene y alimentación durante el embarazo?

3 Mencione los beneficios de la lactancia materna para:

Madre

Bebé

4 ¿Cuánto tiempo debe brindarse Lactancia Materna Exclusiva ?

5 Mencione las posiciones para alimentar al bebé

6 Hasta qué edad es recomendable alimentar al bebé con leche materna

7 ¿Cada cuándo debe dar a su bebé leche materna?

8 ¿Cuáles son las manifestaciones que indican que su bebé tiene hambre?

9 Explique la técnica de extracción manual de leche materna

10 Mencione los riesgos del uso de biberón

11 ¿Por qué es importante el contacto piel con piel inmediatamente después de parto?

12 Mencione los beneficios del alojamiento conjunto

13 ¿Qué es el trato amigable?

14 ¿Se debe suspender la lactancia materna en caso de ser portadora de VIH?

15 ¿Conoce los métodos de planificación familiar que se pueden utilizar a la par con la lactancia materna?

15 ¿Qué son los grupos de apoyo a la lactancia materna externos?



Encuesta de satisfacción Tour Obstétrico

Gracias por acudir a la estrategia educativa Tour Obstétrico, para nosotros es importante conocer su opinión sobre nuestras actividades, por ello le solicitamos responda las siguientes preguntas:

1. ¿Los temas presentados por el personal médico le parecieron de utilidad?
SI NO
2. ¿El material utilizado en las exposiciones fue de su interés?
SI NO
3. ¿Los temas abordados sobre planificación familiar le permiten tomar una decisión más informada sobre el método a utilizar?
SI NO
4. ¿La duración de la estrategia del Tour Obstétrico fue el correcto?
SI NO
5. ¿La información proporcionada fue de su interés?
SI NO
6. ¿El personal que participó en la estrategia del Tour Obstétrico, fue amable y respetuoso?
SI NO
7. Considera adecuado el lugar donde se desarrolla el Tour Obstétrico
SI NO

Comentarios y sugerencias de mejora:

Gracias por su participación



ANEXO 3

Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)



Lineamiento para activación de Equipos de Respuesta Inmediata (ERI)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está comprometido con la salud materna que comprende todos los aspectos de la salud de la mujer durante el periodo de embarazo, parto y puerperio, la morbilidad y mortalidad durante este periodo es un reflejo de condiciones previas al embarazo, que incluyen inequidad, falta de oportunidad y acceso a la atención médica adecuada. Es por eso que la muerte materna al considerarse prevenible y por tener un impacto negativo multidimensional que incluye a la familia, la comunidad y el país, ha permanecido en el centro de la agenda desde hace mucho tiempo. La mortalidad materna es un reflejo del desarrollo y calidad de los sistemas de salud, en México ha tenido un comportamiento descendente secundario a múltiples acciones encaminadas a su abatimiento, entre las que se encuentra la atención integral y multidisciplinaria de la mujer con enfermedad obstétrica grave a través de la estrategia de los Equipos de Respuesta inmediata (ERI).

El ERI está dirigido a la identificación, vigilancia y tratamiento inmediato e integral de las emergencias obstétricas asociadas a enfermedades preexistentes, intercurrentes o concomitantes que se presentan durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y/o puerperio y que ponen en riesgo de morir a la mujer. Los ERI son la respuesta al llamado de una emergencia obstétrica en cualquier sitio de una Unidad Médica hospitalaria de primer, segundo o tercer nivel de atención, una vez detectada la emergencia, se activa una “alerta” para que los integrantes del equipo multidisciplinario acudan al sitio, con la finalidad de facilitar, agilizar y utilizar todos los recursos disponibles de la unidad e incluso del IMSS en ese momento crítico para la mujer con el propósito de disminuir la morbilidad asociada y evitar la mortalidad, los equipos permanecen activos hasta que se determine que la emergencia ha pasado y la paciente se encuentre estable o bien bajo vigilancia segura.

El ERI es una estrategia multidimensional, ya que si bien se activa en el sitio en donde se encuentra la mujer y acude personal operativo para brindar la atención médica, incluye también al personal directivo, que a su vez se encarga de activar en ese momento el ERI a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas (JSPM) del OOAD correspondiente para que el JSPM notifique por medios electrónicos a Nivel Central dicha activación. En la Unidad Médica el reporte debe ser continuo hacia la JSPM hasta que la emergencia haya pasado, el reporte a Nivel Central se debe realizar dos veces al día o en caso de algún suceso extraordinario.

La integración del ERI incluye al personal directivo y operativo, médico, paramédico o de apoyo de diferentes especialidades médicas y/o servicios, que de manera colegiada participan en la valoración integral y/o en el tratamiento médico o quirúrgico de la paciente.

ERI operativo

En la unidad de medicina familiar o Unidad Médica hospitalaria de primer, segundo o tercer nivel el ERI puede ser activado por cualquier personal de salud que identifique la emergencia, en caso de no ser Médico o Enfermera quien identifique la emergencia localizará a uno de ellos para que se emita la alerta, la cual deberá ser efectiva y de preferencia sonora, con el objetivo de que los integrantes acudan de manera inmediata.



Una vez activada la alerta del ERI, el líder del equipo será, en primer nivel el Jefe de Departamento Clínico, Subdirector Médico o Director de la Unidad de Medicina Familiar, en segundo y tercer nivel el Jefe de Servicio de Ginecología, Subdirector Médico, Director o directivo responsable de la Unidad Médica en el momento de la identificación de la emergencia obstétrica. El Médico tratante siempre será el responsable de la paciente.

Los integrantes del ERI serán designados a través de un rol, por los jefes de los servicios participantes del área médica, paramédica y administrativa con la finalidad de garantizar que exista una persona designada por turno los 365 días del año. El equipo médico en unidades médicas de primer nivel incluirá al Médico tratante de la mujer, que puede ser un Médico general o un Médico Familiar y una enfermera general, el equipo paramédico deberá incluir: personal de laboratorio, imagenología, trabajo social, asistente médica y de contar con el recurso un Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas que apoye en la movilización de la mujer; el propósito es garantizar que la mujer embarazada o en periodo puerperal se encuentre estable y en condiciones de traslado seguro a la unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel más cercana.

En unidades médicas de segundo y tercer nivel deberá incluir un Médico No Familiar Ginecoobstetra, un Médico No Familiar con especialidad quirúrgica (cirujano general u oncología quirúrgica, angiólogo), un Médico con especialidad clínica (medicina interna, medicina crítica, cardiología) y un Médico No Familiar Anestesiólogo; además del personal de enfermería que se requiera para la atención médico-quirúrgica de la mujer, en caso de que los recursos humanos de la unidad así lo permitan, de no ser así se deberá adaptar al personal de la unidad hospitalaria donde ocurra la emergencia obstétrica. El equipo paramédico incluye: personal de laboratorio, imagenología, inhaloterapia, trabajo social, asistente médica, personal de ambulancia, bajo la misma consigna, en unidades que no cuenten con todo el recurso humano disponible. Una vez activado el ERI, los integrantes deberán acudir en un tiempo menor a 3 minutos al sitio donde ocurre la emergencia obstétrica, cuando la emergencia obstétrica se presente en áreas grises o blancas, deberán ingresar a las mismas.

Al llegar, serán informados del caso por el líder del equipo, así como de quien o quienes deberán permanecer para iniciar la atención, el resto deberá regresar a sus actividades y permanecer alertas durante su turno ya que pueden ser solicitados después, en caso de no ser así notificarán a su compañero del turno vespertino con las mismas competencias médicas, acerca de la activación del ERI ya que podrán ser requeridos en cualquier momento.

El Médico tratante (Ginecoobstetra) deberá realizar nota de activación del ERI en el expediente clínico, así mismo el resto del equipo médico registrará su participación a través de notas médicas, al término del turno y solo en caso de que el estado clínico de la paciente lo permita, harán entrega recepción del caso al equipo médico a cargo del ERI asignado del siguiente turno, para que haya continuidad en la atención que deberá consignarse en el expediente clínico a través de notas médicas e indicaciones.



En caso de que la paciente se encuentre en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos o algún otro servicio dentro de la unidad hospitalaria el equipo médico participante acudirá por turno a brindar atención en ámbito de su competencia en coordinación con el (la) líder Ginecoobstetra quien igualmente deberá realizar las notas correspondientes.

El líder del equipo (jefe de servicio, subdirector médico, coordinador clínico de turno o directivo a cargo del turno donde ocurrió la emergencia obstétrica) será responsable de disponer del personal necesario reasignando actividades a fin de otorgar seguimiento al caso de la paciente obstétrica grave en riesgo de morir.

Los médicos especialistas actuarán según corresponda su área de competencia con accesos vasculares, intubación con asistencia mecánica ventilatoria, estabilización hemodinámica y metabólica etc.

En caso de interrupción del embarazo el personal de pediatría o neonatología intervendrá en la atención a la persona recién nacida.

El personal de enfermería que otorgue atención a la mujer embarazada o en periodo puerperal realizará las actividades correspondientes a su competencia y formará parte del equipo para la entrega del paciente al servicio correspondiente, en caso de no contar con suficiente personal o de acuerdo a lo requerido para la atención de la mujer pueden participar las enfermeras jefes de piso e incluso la subjefe de enfermeras y en caso de que el personal sea suficiente se pueden incluir en el equipo dos o incluso tres enfermeras, para realizar las actividades y cuidados de enfermería a la mujer embarazada con riesgo de morir.

Realizará la identificación de la mujer embarazada con brazalete de acuerdo a las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP), aplicará el plan de cuidados de enfermería de baja complejidad para realizar acciones interdependientes a pacientes con emergencia obstétrica, de acuerdo a las indicaciones médicas otorgadas por el líder del ERI, toma de muestras biológicas para análisis de laboratorio, vigila y notifica al Médico el estado de conciencia de la mujer y registra en el formato de registros clínicos de enfermería las acciones realizadas.

Cuando la mujer embarazada o en periodo de puerperio requiera manejo en sala quirúrgica o en UCI, se integrarán además de la enfermera quirúrgica, y circulante, un integrante que apoye al *"team quirúrgico"*, con el objetivo de que la enfermera circulante no abandone la sala. Este personal realizará los registros clínicos de esquema terapéutico e intervenciones de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva, cuidados de enfermería al paciente quirúrgico, solicitud de hemoderivados y verificará las medidas de seguridad para la administración de los mismos.

El personal de laboratorio de análisis clínicos deberá acudir con tubos de muestras, rotular, tomar muestras o recibir los tubos y solicitudes para llevarlos al laboratorio y procesarlos de forma urgente y entregar los resultados en el sitio de la emergencia obstétrica, en caso de



requerir derivados sanguíneos realizaran la tipificación para la dotación de los hemoderivados requeridos.

El personal de imagenología realizará los estudios solicitados con equipos portátiles en caso de contar con ellos, y en caso contrario dispondrán de todo lo necesario para las tomas de estudio en el momento que se soliciten.

El Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas deberá estar en el sitio de atención de la mujer con emergencia obstétrica para realizar las movilizaciones necesarias.

El personal de trabajo social deberá localizar al familiar o persona legalmente responsable de la mujer embarazada o en periodo de puerperio informar y asesorar en caso de traslado, políticas en hospitalización en área de Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, etc.

La asistente médica realiza todas las actividades dentro de su ámbito de competencia que le sean solicitadas por el líder del equipo a fin de facilitar la atención médica de la paciente obstétrica grave.

ERI administrativo

El equipo administrativo en las unidades médicas de primer, segundo o tercer nivel incluye según corresponda: jefe de departamento clínico, y/o jefe de servicio de ginecoobstetricia responsable del ERI, subdirector médico o coordinador clínico de turno, subdirector administrativo y director de la unidad, responsables de realizar las gestiones necesarias para utilizar de manera óptima los insumos, hemoderivados e incluso traslado a otra unidad de mayor resolución.

El Director de la Unidad Médica es el responsable de reportar al personal directivo designado por la Jefatura de Servicios de Prestaciones cas quien en tiempo real notificará a la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal vía electrónica.

En caso de que la mujer se traslade a otra Unidad Médica con mayor resolución o bien de otro nivel de atención, el jefe de servicio responsable realizará comunicación con la unidad receptora con notificación a la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas y a Nivel Central, sobre el estado clínico de la mujer.

I. Activación:

- ☐ Debe ser: simple, confiable, fácil de recordar, llegar a todos los espacios físicos de la unidad, no propiciar errores en el llamado, especificar el lugar donde se está dando la alerta (Triage, choque, urgencias, tococirugia, quirófano u hospitalización) y deberá funcionar en todos los turnos.
- ☐ Preferentemente, implementar alerta sonora con el complemento de voceo que indique el lugar de activación, en aquellas unidades donde no se cuente con esta posibilidad, implementar una alerta efectiva con las características arriba descritas.
- ☐ La activación la realizará el personal de salud que identifique el estado de gravedad de la paciente obstétrica en riesgo de muerte. (médico, enfermera, personal de laboratorio etc)



- ☐ El líder del equipo supervisará y documentará la activación del ERI, en formato de “Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), en Unidades Hospitalarias”, clave 2650-A09-178 (Anexo 1) del presente lineamiento, cuando la activación se realice en el primer nivel de atención (UMF), se elaborará el formato “Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), en UMF”, clave 2650-A09-177 (Anexo 2) del presente lineamiento, en ambos casos se elabora nota Médico-administrativa en el expediente clínico de la paciente y coordinará a los integrantes del equipo operativos y administrativos con el fin de dar fluidez al proceso de atención médica.
- ☐ En coordinación con el Médico responsable de la paciente otorgará información clara precisa y resolverá dudas al familiar o persona legalmente responsable de la mujer; sobre su evolución, estado de salud, tratamiento y pronóstico de la paciente.

II. Mantenimiento.

- ☐ El ERI permanecerá activo hasta que el líder del equipo considere que dada la evolución clínica de la mujer condicione que el estado de gravedad ha pasado, sin embargo, el seguimiento por el servicio de ginecoobstetricia deberá ser permanente hasta el egreso.
- ☐ Los médicos de los servicios que intervinieron en el ERI darán seguimiento a la paciente obstétrica grave por turno sin requerir interconsulta y elaborarán la nota médica y de indicaciones que corresponda.
- ☐ Todos los integrantes se mantendrán en coordinación con el líder del equipo y el Médico tratante para la toma de decisiones multidisciplinarias conjuntas en beneficio de la paciente grave.
- ☐ En caso de que la mujer requiera ser trasladada a un segundo o un tercer nivel de atención o incluso dentro de la misma Unidad Médica hospitalaria, el traslado deberá ser seguro y con los medios que el instituto proporciona para la atención de la población derechohabiente, bajo ninguna circunstancia la mujer con emergencia obstétrica, podrá ser enviada por sus propios medios o sin haberse realizado el enlace correspondiente con el servicio o nivel de atención receptor.
- ☐ El líder de la Unidad médica reportará al coordinador delegacional del equipo de la Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas por turno sobre la evolución clínica de la mujer grave.
- ☐ El Jefe de Servicio de Prestaciones Médicas de cada OOAD reportará a nivel central dos veces al día la evolución de las pacientes o bien en caso de algún suceso extraordinario, hasta la desactivación y notificará en tiempo real todas las activaciones en las unidades médicas a su cargo.



La División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal registra diariamente las activaciones del ERI a nivel nacional, realizará cortes de información diaria y análisis mensual sobre causalidad, eficiencia y eficacia de los ERI.

Simulacros en Unidades Hospitalarias de Primer, Segundo y Tercer Nivel.

La estrategia ERI ha sido eficaz para el abordaje de la paciente obstétrica grave, sin embargo, para el funcionamiento efectivo, es indispensable que la activación sea adecuada por lo que es imprescindible que el personal que integra los equipos conozca el funcionamiento exacto y el momento de su participación, para lo cual la programación y realización calendarizada de simulacros es indispensable.

El Jefe de Servicio de Ginecoobstetricia calendarizará los simulacros, entregará el calendario al subdirector médico de la unidad hospitalaria el cual a su vez notificará a los coordinadores clínicos de los diferentes turnos, para la organización de los equipos.

Los simulacros se llevarán a cabo según el calendario, los activarán los Médico No Familiar Ginecoobstetra a solicitud del responsable del servicio en cualquier momento de su jornada laboral y registrará en el formato “Supervisión del equipo de respuesta inmediata (ERI), en Unidades Hospitalarias” 2650-A09-178 y cuando el simulacro se lleve a cabo en la Unidad de Medicina Familiar, se elaborara el formato “Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), en UMF”, clave 2650-A09-177, ambos insertos en el presente lineamiento.

El personal del equipo que acuda al sitio firmará la “Cédula de Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata” del presente lineamiento y lo entregará al Jefe de Servicio de Ginecoobstetricia o Jefe de Departamento clínico según corresponda, para que realice el análisis del funcionamiento del ERI, informando de los hallazgos al Director de la unidad en junta de cuerpo de Gobierno y al interior del CICASEP; la cédula de supervisión del equipo de respuesta inmediata y su análisis correspondiente se integrarán a la carpeta directiva del servicio y se retro informará al personal operativo participante sobre los hallazgos y áreas de oportunidad identificadas, en la búsqueda de una mejora continua.



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Atención Médica
División de Atención Ginecobstétrica y Perinatal

Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata(ERI) en Unidades Hospitalarias

Directivo a cargo del ERI Puesto 2

OOAD 3 Unidad 4 Fecha 5 Hora 6

Diagnóstico motivo de la Emergencia Obstétrica(EO):

Lugar de identificación de la EO: **8** Admisión ☐ Labor ☐ Expulsión ☐ Quirófano ☐
Recuperación ☐ Hospital ☐ Otro ☐ ¿Cuál?

9

SIMULACRO

10

CASO REAL

Persona que identifica la EO: (11) GO ☐ Anest. ☐ Enf. ☐ becario ☐ Otro ☐

Como activa el ERI, quien identifica la EO: Voceo Telef. Timbre Viva voz

Tiempo estimado de llegada de los integrantes del ERI al sitio de la EO **13** (minutos)

Resumen sucinto del caso

Ginecoobstetra (s)

Cirujano General

Médico Internista y/o intensivista

Anestesiologo(s)

Enfermera(s)

Personal de laboratorio

Personal de gabinete

Camillero

Directivo que participa

Nombre y categoría	Descripción	Valor
...	...	...

Aviso al ERI delegacional

Nombre y categoría	
Alfabetización	90%
Segunda alfabetización	80%
Tercera alfabetización	70%
Cuarta alfabetización	60%
Quinta alfabetización	50%
Sexta alfabetización	40%
Séptima alfabetización	30%
Ochava alfabetización	20%
Novena alfabetización	10%
Décima alfabetización	0%

Verificación de la eficacia del ERI

Acciones del ERI

¿Se identifica de forma oportuna la Emergencia obstétrica?	SI	NO	No aplica
--	----	----	-----------

¿Si inicia oportuna y correctamente la terapia hidrica?	SI		NO		No aplica
---	----	--	----	--	-----------

¿Se enviaron las muestras de sangre a laboratorio y banco de sangre de forma inmediata? SI ☐ NO ☐ No aplica ☐

¿Se realizaron maniobras para estabilizar signos vitales?	SI		NO		No aplica
---	----	--	----	--	-----------

¿Se identifica rápidamente la causa que origina la EO?	SI		NO		No aplica	
--	----	--	----	--	-----------	--



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Atención Médica

¿El laboratorio entregó resultados de forma rápida y completa?	SI	☐	NO	☐	No aplica	☐
¿Ingreso al quirófano o UCIA de forma rápida y oportuna?	SI	☐	NO	☐	No aplica	☐
¿Se activó el ERI delegacional de inmediato?	SI	☐	NO	☐	No aplica	☐
¿Se realizó gestión para traslado y recepción a otro hospital con mayor resolución?	SI	☐	NO	☐	No aplica	☐

Oportunidad en la atención

Acción del Equipo de respuesta Inmediata

18

Lapso en minutos

Recepción de resultados de laboratorio	
Inicio de maniobras para yugular crisis hipertensivas	
Inicio de maniobras para yugular convulsiones	
Inicio de maniobras para revertir hemorragia obstétrica	
Inicio de maniobras para corrección de choque séptico	
En caso de ser necesario, ingreso a quirófano	
Ingreso a Unidad de cuidados Intensivos Adultos.	

Se contaba con todos los recursos para atender:

19

Preeclampsia-Eclampsia	SI	☐	NO	☐	No aplica	☐
Hemorragia obstétrica	SI	☐	NO	☐	No aplica	☐
Recién nacido prematuro	SI	☐	NO	☐	No aplica	☐

20

Observaciones, acciones o recomendaciones para mejorar la activación del ERI

Elaboró:

21

DAGOP 2021
2660-A09-178



**Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI)
en Unidades Hospitalarias**

INSTRUCTIVO DE LLENADO

REGISTRAR

No.	DATO	
1	Directivo del ERI	El nombre del directivo a cargo del turno en el que se presentó la emergencia obstétrica.
2	Puesto	Cargo que desempeña en la Unidad.
3	OOAD	Órgano de Administración Administrativa Desconcentrada.
4	Unidad	Unidad hospitalaria donde se presenta la emergencia obstétrica.
5	Fecha	Día, mes y año en el que se presenta la emergencia obstétrica.
6	Hora	Hora del día en el que se presenta la emergencia obstétrica.
7	Diagnóstico motivo de la emergencia obstétrica	Entidad nosológica o causa por la que se activó el ERI
8	Lugar de Identificación de la EO	Con una X en el recuadro correspondiente según el lugar donde se presente la emergencia obstétrica.
9	Simulacro	Con una X si el evento a desarrollar es un simulacro de activación del ERI.
10	Caso Real	Con una X en caso de que se desarrolle una activación del ERI real.
11	Persona que identifica la EO	Con una X en el cuadro correspondiente si quien identifica la EO es Ginecoobstetra, Anestesiólogo, personal de enfermería, becario u otro.
12	Como activa el ERI, quien identifica la EO.	Con una X en el cuadro correspondiente, si la persona que activa el ERI lo hace por voceo, teléfono, timbre, viva voz u otro.
13	Tiempo estimado de llegada de los integrantes del	Con una X en el cuadro correspondiente, el tiempo en minutos que tardaron en llegar los integrantes del ERI.



**Supervisión del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI)
en Unidades Hospitalarias**

INSTRUCTIVO DE LLENADO

REGISTRAR

No.	DATO	
	ERI al sitio de la EO	
14	Resumen sucinto del caso	Brevemente un resumen del caso, que describa causa de la activación, diagnóstico de presunción y tratamiento inicial.
15	Directivo que participa	El nombre del personal médico directivo de la unidad que fungió como líder en el desarrollo de la activación del ERI.
16	Aviso al ERI delegacional	El nombre y el cargo del personal directivo de la delegación que acudió, apoyo o realizó gestiones en favor de la activación del ERI
17	Acciones del ERI	Con una X en el recuadro correspondiente, SI, NO o No aplica, según corresponda a las acciones descritas a lado izquierdo de la cédula.
18	Oportunidad en la atención	Con una X en la línea correspondiente a cada enunciado, el lapso de tiempo en minutos que transcurrieron para que se realizara la acción descrita.
19	Se contaba con todos los recursos para atender	Con una X en el recuadro correspondiente, SI, NO o No aplica en dependiendo del diagnóstico que desencadena la activación del Equipo de Respuesta Inmediata.
20	Observaciones, acciones o recomendaciones para mejorar la activación del ERI	Con texto libre en caso de tener alguna sugerencia que mejore la oportunidad o la calidad en la atención de la emergencia obstétrica.
21	Elaboró	El nombre, matrícula y cargo de quien llenó este formato.



Reporte de Actividades del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en UMF

OOAD 1 UMF 2 Fecha 3 Hora 4

Directivo a cargo del ERI 5 Cargo 6

Diagnóstico motivo de la Emergencia Obstétrica(EO): 7

Lugar donde se identificó la EO: Urgencias ☐ Atención Médica Continua ☐ Sala de espera ☐

8

Consultorio ☐

Otro ☐

¿Cuál?

9

☐

SIMULACRO

10

☐

CASO REAL

Personaje que identifica la EO: 11 Médica/o ☐ Enfermera/o ☐ Asistente Médica/o ☐

Medio de activación del ERI 12 Voceo ☐ Telef. ☐ Viva voz ☐ Otro

Verificación de la eficacia del ERI

13

Acciones del ERI

¿Se identificó de forma oportuna la Emergencia Obstétrica? SI ☐ NO ☐

¿Se realizó gestión para traslado y recepción al segundo/tercer nivel de atención? SI ☐ NO ☐

Se dió tratamiento inicial (canalización de vena y/o manejo) SI ☐ NO ☐

Se notificó a directivo de la JSPM SI ☐ NO ☐

DAPPF 2020

2650-A09-177



Sistema de Información de Medicina de Familiar

14

¿Se encuentra consignado en nota médica y de referencia la atención de la emergencia obstétrica? SI ☐ NO ☐

Recursos para la atención de la EO

15

¿Se cuenta con carro rojo equipado y desfibrilador funcional? SI ☐ NO ☐ No aplica ☐

¿Se cuenta con caja roja obstétrica equipada y vigente?

SI ☐ NO ☐

Vehículos de traslado para la EO

16

Ambulancia del IMSS SI ☐ NO ☐

Ambulancia servicio subrogado SI ☐ NO ☐

Otro ☐

¿Cuál?:

Unidad Médica a la que se traslada:

17

Fecha y hora de traslado:

18

19

Problemática Detectada

20

Acciones de mejora

1

2

3

21

Elaboró: _____

Nombre, matrícula y cargo.

DAPPF 2020

2650-A09-177



**Reporte de Actividades del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en UMF
2650-A09-177**

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	REGISTRAR
1	OOAD	El Órgano Operativo de Administración Desconcentrada.
2	UMF	Registrar el número y localidad de la Unidad de Medicina Familiar donde se presenta la Emergencia Obstétrica.
3	Fecha	Día, mes y año en que se presenta la emergencia obstétrica.
4	Hora	El tiempo en horas y minutos en que se identificó la emergencia obstétrica.
5	Directivo a cargo del ERI	El nombre de directivo líder del equipo de respuesta inmediata.
6	Cargo	El cargo que ostenta dentro de la Unidad de medicina familiar.
7	Diagnóstico Motivo de la Emergencia	La entidad nosológica o causa que detona la activación del ERI
8	Lugar donde se identifico	Área física donde se identificó la emergencia y se activó el ERI
9	Simulacro	Con una X en caso de que el evento se refiera a un simulacro de activación de ERI.
10	Caso real	Con una X en caso de que el evento se refiera a un caso real de activación de ERI.
11	Personaje que identifica la EO	Con una X en el recuadro correspondiente la categoría laboral de la persona que activa el Equipo de respuesta inmediata.
12	Medio de activación del ERI	Con una X en el recuadro correspondiente al medio por el que se activa el Equipo de respuesta inmediata, según sea el caso.
13	Acciones del ERI	Con una X en el recuadro correspondiente a SI o NO según corresponda a las acciones descritas en la cédula.
14	Sistema de Información de Medicina Familiar	Con una X en el recuadro correspondiente a SI o NO se registró en el expediente la emergencia obstétrica.



**Reporte de Actividades del Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) en UMF
2650-A09-177**

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	REGISTRAR
15	Recursos para la atención de la EO	Con una X, SI, NO o No aplica si hay recursos para la atención de la emergencia obstétrica.
16	Vehículos de traslado para la EO	Con una X en el recuadro correspondiente el tipo de vehículo que realizara el traslado de la paciente con emergencia obstétrica.
17	Unidad Médica a la que se traslada.	El nombre del hospital de segundo o tercer nivel que recibirá a la paciente con emergencia obstétrica.
18	Fecha y hora del traslado	El día, mes y año, así como la hora con minutos en que la paciente con emergencia obstétrica, dejó la UMF.
19	Problemática detectada	En texto libre si se encontraron inconsistencias u obstáculos para la atención.
20	Acciones de mejora	Enunciados encaminados a mejorar las problemáticas detectadas.
21	Elaboró	El nombre de la persona que lleno la cédula.



ANEXO 4

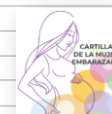
Registro nominal de entrega de la Cartilla de la Mujer Embarazada



GOBIERNO DE
MÉXICO



2020
LEONA VICARIO



Registro nominal de entrega de la Cartilla de la Mujer Embarazada

Delegación: _____

Unidad Médica: _____

Turno: _____

Responsable: _____

No.	Fecha	Número de Seguridad Social	Nombre completo de la Mujer Embarazada	Firma o huella digital de Entrega informada Cartilla de la Mujer Embarazada
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				



ANEXO 4

Registro nominal de entrega de la Cartilla de la Mujer Embarazada

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Elabora:

Asistente Médica y en su ausencia, Enfermera Especialista en Medicina de Familia, Enfermera Materno Infantil o personal asignado, según corresponda.

Número de tantos:

Se utiliza un formato por: día, turno y consultorio médico.
Original y copia en la Consulta de Medicina de Familia y Módulo PrevenIMSS.

Distribución:

El formato original se recibirá al siguiente día hábil de su llenado, en el ARIMAC.

El recibir el formato significará registrar su control.

Las copias se conservarán en los controles o en los servicios generadores durante 30 días posteriores a su elaboración, para aclarar posibles dudas.

Instrucciones específicas:

1. El llenado del formato se debe realizar a máquina, donde no exista el recurso, con letra manuscrita clara y legible, usando tinta diferente al color de la impresión.
2. La Asistente Médica y en ausencia la EEMF, EMI o personal asignado, son responsables del correcto llenado de los siguientes conceptos:

No	Dato	Anotar
1	Delegación	Nombre de la Delegación, ejemplo: Jalisco, Morelos, Yucatán
2	Unidad Médica	Nombre de la Unidad Médica. Ejemplo: Unidad de Medicina Familiar 4
3	Turno	Turno en el que se realizó el registro nominal de entrega de cartilla, ejemplo: Matutino (M), vespertino (V).
4	Responsable	Nombre completo de la Asistente Médica, EEMF, EMI que realizó el registro de entrega de la Cartilla. Ejemplo: Asistente médica, Liliana González Barrera.
5	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se entrega la cartilla, con números arábigos, en caso de un dígito se agrega un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2020, 03/05/2020



ANEXO 5

Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico, MF 5/2000



DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS

VIGILANCIA PRENATAL

RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTETRICO

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

AGREGADO

NOMBRE DE LA
MADRE

PATERO

MATERO

NOMBRE(S)

CUR

UNIDAD DE ADSCRIPCION

CONSULTORIO

TURNO

1. EDAD (EN)

2 A 2

1 A 1

3 A 3

MENOS 1 ó MAS 3

2. PESO HABITUAL (KILOS)

5 ó

MENOS DE 5

3. TALL (CENTIMETROS)

15 ó

MENOS DE 15

4. ESCOLARIDAD MATERNA

SECUNDARIA ó

PRIMARIA ó MENOS

5. F.U.M.

DIA MES AÑO

6. F.P.P.

DIA MES AÑO

VIDA SEXUAL ACTIVA

NUMERO DE HIJOS VIVOS

7. GEST

2 A 4

PRIMIGEST A

MAS DE 4

8. PARA

0 A 1

2

3 ó

10. CESARE

NO

SI

11. INTERVALO ENTRE EL ULTIMO

PARTO Y EL EMBARAZO ACTUAL

2 A 6 MESE

MENOS DE 2 MESE

MAS DE 6 MESE

EL ULTIMO EMBARAZO:

¿FUE DE TERMINO?

¿EL PARTO FUE

¿HUBO MORTALIDAD PERINATAL ?

VALORACION RIESG

REPRODUCTIVO

FECHA DE LA VALORACION

12. ANTECEDENTES

OBSTETRICOS

NINGUNO

PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA

POLIHIDRAMNOS

SANGRADO 3er.

PARTO - TERMINO

BAJO PESO AL NACER MENOS DE 2,500

MALFORMACION CONGENITA

MUERTE FET AL TARDIA

MACROSOMIA MAS DE 4,000

CIRUGIA PELVICO UTERINA

OTROS

13. ANTECEDENTES

PERSONALES

NINGUNO

HIPERTENSION ARTERIAL

DIABETES MELLITUS

CARDIOPATIA

OTRA ENFERMEDAD CRONICA Y/O

SISTEMICA GRAVE

TABAQUISMO:

NEGATIVO ó MENOS DE CIGARROS

1 ó MAS CIGARRILLO

ALCOHOLISMO

OTRA TOXICOMANIA

AN
T
E
C
E
D
E
N
T
E
S

E
V
O
L
U
C
I
O
N
D
E
L
E
M
B
A
R
A
Z
O

FECH A	DE P R E N A T A L	CONSULTA P R E N A T A L	SEMANAS D E G E S T A C I O N	PES (KILOS)	T. A. SISTOLICA Y DIASTOLICA	T.A. MEDIA	EDEMA	A.F.U.	SIND. VASCULO ESPASMODICO	FRECUENCI A CARDIACA
DIA	MES	AÑO							NO	SI
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
				Mayor = 4 Menor =	Mas de 140 = / Más de 90 =	105 ó más =	++ ó más =	Mayor = 4 Menor =	Presente =	Menos 120 = Más de 160 = 4

ANVERSO MF - 5/2000



D I A G N O S T I C O T R A T A M I E N T O	No.		DIAGNOSTIC O		RIESGO		TRATAMIENTO		MATRICULA	
	CONS				OBSTETRICO				MEDICO	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
ENVIO A:										
E.M.I.					TRABAJO SOCIAL				TOXOIDE TETANICO	
		DIA	MES	AÑO			DIA	MES	AÑO	

[illegible]

REVERSO MF - 5/2000



ANEXO 5

Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF 5/2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	Dato	Anotar
	Identificación de la paciente y de la Unidad Médica de adscripción (Cuadro superior derecho).	El número de seguridad social, el agregado, el nombre(s) y apellidos de la paciente, la clave única de registro de población (CURP), número y tipo de la unidad de adscripción, el número de consultorio y turno. El registro lo realiza la asistente médica o el personal del área de informática médica y archivos clínicos.
1.	Edad	La edad en años cumplidos. Circular el número correspondiente al grado de riesgo.
2.	Peso	El peso ponderal. Circular el número correspondiente al grado de riesgo.
3.	Talla	La estatura obtenida con la paciente descalza. Circular el número correspondiente al grado de riesgo.
4.	Escolaridad	El último año escolar concluido. Circular el número correspondiente al grado de riesgo.
5.	F.U.M.	La fecha de la última menstruación con el formato solicitado.
6.	F.P. P	La fecha probable de parto.
7.	Gesta	Con números arábigos el número de veces que se ha embarazado la paciente. Circular el número correspondiente al grado de riesgo
8.	Para	Con números arábigos el número de embarazos que terminaron por vía vaginal.
9.	Abortos	Con números arábigos el número de embarazos que terminaron en aborto. Circular el número correspondiente al grado de riesgo
10.	Cesárea	Con números arábigos el número de embarazos



ANEXO 5

Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF 5/2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	Dato	Anotar
		que terminaron a través de cesárea. Circular el número correspondiente al grado de riesgo.
11.	Intervalo entre el último parto y el embarazo actual	Con números meses transcurridos en este período. Circular el número correspondiente al grado de riesgo
12.	Antecedentes obstétricos	Los antecedentes previos referidos por la paciente. Circular el número correspondiente al grado de riesgo
13.	Antecedentes personales patológicos	En los espacios correspondientes un círculo a la presencia de cada una de las patologías, referidas por la paciente.
14.	Vida sexual activa	En el espacio correspondiente circule SI o NO para señalar si la paciente tiene o no vida sexual activa.
15.	Número de hijos vivos	El número de hijos vivos que tiene la paciente.
16.	El último embarazo	Los antecedentes del último embarazo. Circular los espacios que corresponden.
17.	Valoración del riesgo reproductivo	La calificación del riesgo obtenido al sumar los números que circuló previamente, en seguida la fecha de la valoración
18	Evolución del embarazo	La fecha de la consulta con el formato solicitado (Cada fila corresponde a una consulta).
	Las semanas de gestación	Con número arábigo las semanas de embarazo de acuerdo a la fecha de última regla.
	La cifra de tensión arterial sistólica y diastólica.	Identificar el riesgo de acuerdo a los criterios señalados al final de la columna.
	La tensión arterial media.	Identificar el riesgo de acuerdo a los criterios descritos al final de la columna.
	La presencia de edema en cruces	Identificar el riesgo de acuerdo a los datos



ANEXO 5

Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF 5/2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	Dato	Anotar
	(+).	señalados al final de la columna. Cuando no exista edema registrar la palabra NO.
	La altura del fondo uterino.	Identificar la calificación del riesgo de acuerdo a los criterios.
	“Síndrome vasculoespasmódico.”	En el espacio SI o NO una cruz (X) para señalar la presencia o ausencia. Identificar la calificación del riesgo al final de la columna.
	La frecuencia cardiaca fetal.	Identificar la calificación del riesgo de acuerdo a los criterios descritos al final de la columna.
19.	Laboratorio	La fecha de la interpretación los resultados de la BH, general de orina, urocultivo, glucemia, VDRL y RH, identificar la calificación de los factores de riesgo de acuerdo a los criterios descritos en la sección inferior de este cuadro.
20.	Diagnóstico Tratamiento	Al final de la consulta el diagnóstico resultado de la valoración integral de la evolución del embarazo.
	Riesgo obstétrico	En la consulta que se otorga en el espacio Riesgo obstétrico la calificación, resultado de sumar: a) La cifra señalada en la “valoración riesgo reproductivo” del recuadro “antecedentes”, más b) Las calificaciones obtenidas en cada uno de los factores de riesgo de los cuadros “Evolución del embarazo” y “laboratorio”.
	El tratamiento farmacológico y no farmacológico	En forma sucinta; así como la matrícula del Médico que otorgó la consulta.
	Fecha: del envío	En la sección inferior de este recuadro, la fecha: del envío a la EMI, trabajo social y la aplicación de toxoide tetánico.



ANEXO 5

Vigilancia Prenatal, Riesgo Reproductivo y Riesgo Obstétrico MF 5/2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	Dato	Anotar
21.	Referencia	Los datos de la “Interconsulta al servicio de Ginecoobstetricia”, el tipo y número de hospital y Delegación al que se refiere la paciente. Breve resumen del envío, especificando el motivo de este, el diagnóstico y la fecha. En su caso los datos de la incapacidad: folio, ramo, días otorgados y la fecha de inicio. La firma y matrícula del Médico que envía y del Médico directivo que autoriza. Una cruz (X) el espacio si es para atención del parto o la enfermera prenatal de hospital. Breve resumen, especificando el motivo de envío, diagnóstico, fecha del envío. Datos de la incapacidad prenatal: folio, días otorgados y la fecha de inicio. Firma y matrícula del Médico que envía y directivo que autoriza.
22.	Contrareferencia	Por el Médico No Familiar Ginecoobstetra los datos solicitados para referir a la paciente a la UMF de adscripción, una vez atendida la paciente y dada de alta en la consulta externa del hospital y/o por la atención de la interrupción del embarazo.



ANEXO 6

Solicitud de Servicios, 4-30-200



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

SOLICITUD DE SERVICIOS

(3) ORDINARIO ☐
URGENTE ☐

NOMBRE (1) _____ NSS (2) _____
PARA SER ATENDIDO POR (4) _____

ENVIADO POR (5) _____

FECHA (6) _____

FORMA 4 -30-200



ANEXO 6
Solicitud de Servicios, 4-30-200

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No	Dato	Anotar
1	Nombre	Anotar el nombre completo del paciente iniciando con el apellido paterno, apellido materno y nombre(s) del paciente.
2	No. de seguridad social	El número asignado al trabajador por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Ejemplo: 0000 00 0000 1M0000 OR
3	Tipo de solicitud	Anotar una "X" dentro del paréntesis para indicar si la solicitud es para atención Ordinario o Urgente.
4	Para ser atendido por	Indicar el servicio al que se envía el paciente, y el motivo de atención.
5	Enviado por	Anotar el servicio que envía y el diagnóstico.
6	Fecha	Anotar, día, mes y año correspondiente a la fecha en que se otorga la atención, los números deberán ser arábigos y en el caso de estar solamente conformados por unidades, se agregará un "0" a la izquierda. Ejemplo: 08-11-2020



ANEXO 7

Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico 2650-A09-176



Triage Obstétrico

El Triage Obstétrico es un proceso de valoración técnico médica rápida que se realiza mediante la aplicación del “Sistema de Evaluación del TRIAGE Obstétrico” y que permite clasificar a la mujer embarazada o en periodo de puerperio, en función de su gravedad y recibir atención inmediata o mantener una espera segura.¹

Se instaló en el Instituto Mexicano del Seguro Social alrededor del 2015 con la premisa de que se llevaría a cabo exclusivamente en los Hospitales de Segundo Nivel con atención obstétrica que presentaran saturación de servicios. Sin embargo, como parte del plan de trabajo 2021 de la División de Atención Ginecoobstétrica y Perinatal, se tiene el compromiso de implantar esta estrategia, alineada totalmente con la estrategia sectorial en todas las Unidades Hospitalarias con atención materna.

Objetivo: Identificar de manera oportuna la emergencia obstétrica y garantizar la adecuada categorización de la mujer embarazada o en período puerperal que solicite atención obstétrica, así como su atención y/o derivación oportuna, reduciendo los tiempos de espera.

Políticas:

- El presente lineamiento es de observancia obligatoria para todo el personal de salud del IMSS en sus tres niveles de atención.
- El Jefe de Servicio de Prestaciones Médicas y su cuerpo de gobierno realizara la difusión del presente lineamiento y vigilara su implementación, así como el cumplimiento del mismo en todas las unidades médicas que brinden atención obstétrica con o sin saturación de servicio, en el ámbito de su competencia.
- El Director(a) de la Unidad Médica junto con su cuerpo de gobierno, serán los responsables del cumplimiento de las actividades determinadas para el personal de salud, apegados a los profesiogramas contenidos en el CCT, realizara las gestiones para solicitar y realizar la capacitación que el personal operativo requiera así como la asesoría necesaria.
- El personal directivo y operativo de las unidades médicas hospitalarias que brindan atención obstétrica, en el ámbito de su competencia, deberá mantener en todo momento un trato amigable, digno y respetuoso a las mujeres en condición de embarazo, parto y puerperio, bajo un marco de respeto absoluto a sus derechos humanos.

Recursos.

La implementación del Triage obstétrico, así como su operación, deberá de adecuarse a las características específicas de cada Unidad Médica, tomando como base el Procedimiento para Otorgar Atención Materna en las Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer Nivel de 2650-003-001, el Procedimiento para la Atención Médica del Paciente en el Servicio de Urgencias 2660-003-045, así como el presente lineamiento.

¹ Angelini DJ, LaFontaine D. Obstetric triage and emergency care protocols: Springer Publishing Company; 2012.



Las Unidades Médicas Hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, deberán gestionarse los recursos humanos, insumos e infraestructura que garanticen la funcionalidad del Triage con las adecuaciones para su implementación de acuerdo a las necesidades de cada unidad.

Recursos Físicos: Se requiere de un área específica, designada dentro o cerca del servicio del servicio de admisión médica continua, urgencias tococirugia o urgencias adultos la cual debe de estar bien iluminada, señalizada y de preferencia próxima a un área de choque. Es importante mencionar que más que un área específica el Triage es “un concepto que facilita la atención de las pacientes que acuden a urgencias y contribuye al manejo inmediato de situación de emergencia. La señalización debe permitir la rápida

Identificación para el acceso de las usuarias al área de Triage obstétrico, aún en los casos en que exista barrera del lenguaje”.²

Recursos Humanos: Auxiliar de enfermería, enfermera(o) general, médica(o) general, Médico(a) Familiar, Médico(a) No Familiar Ginecoobstetra.

Recursos Materiales: Escritorio o mesa de trabajo, sillas, baumanómetro, estetoscopio, termómetro y formatos “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”.

Responsabilidades y Funciones del Personal de Salud en las Unidades Médicas.

1. Director(a), Subdirector(a) Médico(a), Jefe(a) Enseñanza, Subdirector(a) Administrativo(a), Jefe(a) de Obstetricia y/o UTQ y Jefa (e) de Enfermería.

Participan en la planeación, implementación, capacitación, evaluación, supervisión y control de la prestación del servicio, gestión de recursos necesarios (humanos y materiales).

2. Jefa o jefe del Servicio de Obstetricia. Coordina las acciones del personal asignado al Triage y supervisa el adecuado proceso de atención.

3. Personal de Triage obstétrico: Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención de acuerdo a la siguiente clasificación:

Rojo	Se trata de una emergencia obstétrica real, se activa el código ERI y se procede según el “Lineamiento para activación de los Equipos de Respuesta Inmediata”
amarillo	Se trata de una urgencia calificada, la atención puede realizarse dentro de los siguientes 30 minutos. Establece diagnóstico presuntivo, completa el llenado del formato del Triage y envía a la paciente al área de urgencias obstétricas, para continuar con su atención
verde	Urgencia NO calificada. La atención puede realizarse dentro de los siguientes 120 minutos.

² Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico



4. Personal administrativo.

Recibe a la paciente en el acceso general o en urgencias de la Unidad Médica, facilita el libre paso de la paciente al área de Triage, orienta respecto de la ubicación de la Unidad de Triage y apoya la movilidad de la usuaria si es necesario.

5. Camillero o Personal Auxiliar de Servicios de Intendencia o Auxiliar de Limpieza e Higiene en Unidades Médicas y no Médicas de UTQ

Apoya en el traslado de la mujer.

RESPONSABLE	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES
Personal asignado por la Subdirección Administrativa de la Unidad Médica	Recibe a la paciente, quien puede llegar por sus propios medios o en ambulancia. Si la paciente puede deambular la orienta a ella y a su familiar sobre la ubicación del servicio de Triage Si la paciente no puede deambular le facilitará de forma inmediata un medio de transporte adecuado (silla de ruedas o camilla) para el ingreso de la paciente al área de Triage.
Enfermera general o auxiliar del área de Triage	Recibe a la mujer embarazada o en periodo de puerperio que proviene de otro servicio, de otra Unidad Médica o de su domicilio, toma signos vitales, los registra en original y copia en el Formato "Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico", clave 2650-A09-176 (Anexo 7). Informa al médico asignado al Triage las condiciones de la paciente.
Médico general, médico familiar o Médico No Familiar Ginecoobstetra.	Realiza clasificación y registra el nivel de gravedad en el formato "Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico", clave 2650-009-146. Informa a la mujer embarazada o en periodo de puerperio y a su acompañante el tiempo en que será atendido según el color que corresponde al nivel de gravedad en la evaluación de Triage.
Médico general, médico familiar o Médico No Familiar Ginecoobstetra.	Paciente clasificada "ROJO" Emergencia Atención inmediata. Activa código ERI, solicita el traslado de la paciente al área de reanimación o choque y procede según el Lineamiento de Equipos de Respuesta Inmediata.



	Informa a la Asistente Médica que la paciente fue clasificada como ROJO y paso al área de choque, le entrega para su registro, el formato “Sistema de Evaluación del TRIAGE Obstétrico”, clave 2650-009-146 y regresa inmediatamente al área de Triage.
Asistente médica	Recibe el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-009-146 y en paralelo realiza las actividades propias del registro y consulta de vigencia de derechos acorde al “Procedimiento para la atención en el servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención 2660-003-045. NOTA: En caso de no contar con vigencia o no ser derechohabiente, actúa según el “Procedimiento para la atención y registro de pacientes no derechohabientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, beneficiadas por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica”, clave 2650-B03-005.
Médico general, médico familiar o Médico No Familiar Ginecoobstetra.	Informa al familiar o personal legalmente responsable que la mujer embarazada o en periodo de puerperio fue clasificada como ROJO (Emergencia) en el Sistema de Evaluación del TRIAGE Obstétrico, el estado gravedad y le solicita permanecer en sala de espera.
Médico general, médico familiar o Médico No Familiar Ginecoobstetra.	Paciente clasificada “AMARILLO”. Urgencia calificada-Atención hasta de 30 minutos. Informa a la mujer embarazada o en periodo de puerperio que fue clasificada en AMARILLO (urgencia calificada) y que su atención será dentro de los siguientes 30 minutos. La entrega personalmente al personal médico asignado para su valoración.
Médico general, médico familiar o Médico No Familiar Ginecoobstetra.	NO calificada-Atención hasta de 120 minutos MODALIDAD C. Paciente clasificada “VERDE”. Urgencia. Informa a la mujer embarazada o en periodo de puerperio que fue clasificada como verde (urgencia NO calificada) y que su atención será dentro de los siguientes 120 minutos. Entrega a la asistente médica, el formato “Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico”, clave 2650-009-146 en original y copia para su registro.



	Mantiene contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde en todo momento, para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario.
Asistente médica	Recibe el formato "Sistema de Evaluación del TRIAGE Obstétrico" 2650-009-146 y en paralelo realiza las actividades propias del registro y consulta de vigencia de derechos acorde al "Procedimiento para la atención en el servicio de Urgencias en Unidades Médicas de Segundo Nivel de Atención 2660-003-045.

La implementación del Triage obstétrico asegura la atención inmediata de pacientes con emergencia obstétrica, ya sea como resultado de una complicación propia del embarazo o como consecuencia de alguna comorbilidad. La participación de un equipo multidisciplinario en la atención oportuna de la mujer en situaciones de gravedad, agiliza la atención del binomio y mejoran los resultados perinatales.



Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico

Nombre	1	N.S.S.	2	Fecha	3
Unidad médica	4	O.O.A.D.	5	Hora	6

	ROJO (Emergencia)	AMARILLO (Urgencia calificada)	VERDE (Urgencia No calificada)
	Atención inmediata	Atención hasta 30 min.	Atención hasta 120 min

OBSERVACIÓN	7			
Estado de conciencia	Alterado:	Normal:	Normal:	
Hemorragia Transvaginal	Abundante:	Mod./escasa:	Ausente:	
Crisis convulsivas	Presentes:	Ausentes:	Ausentes:	
Respiración alterada	Presente:	Normal:	Normal:	
Coloración de la piel	Cianosis Palidez	Normal:	Normal:	

INTERROGATORIO	8			
Hemorragia Transvaginal	Abundante:	Mod./escasa:	Ausente:	
Crisis convulsivas	Presentes:	Negadas:	Negadas:	
Cefalea*	Presentes:	Negada:	Negada:	
Acufenos/fosfenos*	Presentes:	Negados:	Negados:	
Epigastralgia/amaurosis*	Presentes:	Negados:	Negados:	
Salida líquido amniótico		Normal Anormal	Negado:	
Actividad uterina/dolor abd.	>5 cont./10 min.	2-4 cont./10min.	<1 cont./10 min.	
Motilidad fetal (3er trim)	ausente	disminuida	normal	

SIGNOS VITALES	9			
T/A Sistólica	>160 o <89 mmHg	140 a 159 mmHg	90 a 139mmHg	
T/A Diastólica	≥110 o ≤50mmHg	90 a 109 mmHg*	51 a 89mmHg	
Frecuencia cardíaca	≤60 o ≥110 l/m		60 a 100 l/m	
Índice de choque FC/TAS	Mayor a 0.8*	Entre 0.7 y 0.8*	Menor a 0.7*	
Frecuencia respiratoria	<16 o >20 r/m*		16 a 20 r/m*	
Temperatura	<36 o >39 C	37.5 a 38.9C	36.1 a 37.4C	

* Si se asocian con otro signo o síntoma de la tabla se clasifica como rojo

Nombre, firma y matrícula de quien realiza la valoración:	10	categoría:	11
			DAGOP
			2650-A09-176



Sistema de Evaluación del Triage Obstétrico

INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	REGISTRAR
1	Nombre	El nombre de la paciente que solicita la atención obstétrica.
2	N.S.S (número de seguridad social)	El número de seguridad social con el que está afiliada al IMSS.
3	Fecha	Día, mes y año que la paciente solicita la atención.
4	Unidad médica	El nombre de la Unidad médica donde la paciente solicita la atención.
5	OOAD	El Órgano de operación Administrativa Desconcentrada donde está la Unidad que otorga la atención.
6	Hora	Registrar la hora con minutos en la que se presenta la mujer a solicitar la atención obstétrica.
7	Observación	Con una X en el recuadro correspondiente a las columnas marcadas con los colores rojo, amarillo o verde según sea el signo que sea visible para quien requisita el formato.
8	Interrogatorio	Con una X en el recuadro correspondiente a las columnas marcadas con los colores rojo, amarillo o verde según sea el síntoma que manifieste la paciente que solicitó la atención.
9	Signos vitales	Con una X en el recuadro correspondiente a las columnas marcadas con los colores rojo, amarillo o verde según sea el hallazgo durante la toma de signos vitales.
10	Nombre y firma de quien realiza la valoración	El nombre y firma de la persona que realiza la valoración de la paciente que solicita la atención.
11	Categoría	El puesto que desempeña en la Unidad Médica donde se solicita la atención obstétrica.

2650-A09-176



ANEXO 8

Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72



VIGILANCIA Y ATENCION
DEL PARTO

(Para ser llenado por asistente médica/o y/o enfermería)

NOMBRE 1
No. SEGURIDAD SOCIAL 2 E DAD 3
FECHA DE NACIMIENTO: 4 UNIDAD 5
F ECHA 6 HORA 6

(Para ser llenado por Enfermería)

MOTIVO DE CONSULTA 7
PULSO 8 TEMPERATURA 9 TA 10 RESP 11 SAT O2 12 CONCIENTE: SI () NO () 13

ANTECEDENTES (Para llenado por personal médico)

APP: ALÉRGICOS 14 QUIRÚRGICOS 15 TRANSFUSIONALES 16
TRAUMÁTICOS 17 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS 18
TRATAMIENTO 19 GRUPO Y RH 20

AGO: GESTA 21 PARA 22 ABORTOS 23 CESAREAS 24 FUM DÍA 25 MES 25 AÑO 25
COMPLICACIONES EN EMBARAZOS PREVIOS 26
EVOLUCIÓN DE LA GESTACION ACTUAL 27

VALORACION OBSTETRICA ACTUAL (Para llenado por personal médico)

SEMANAS DE AMENORREA 28 EDEMA 29 HEMORRAGIA 30
VASOESPASMO 31 EPIGASTRALGIA 32 DOLOR OBSTETRICO 33
CONTRACCIONES X 10 MIN 34 TONO UTERINO 35 MOVIMIENTOS FETALES 36
MEMBR 37 INTEGRAS () ROTAS () DÍA 38 ME 38 HORA 38 ASPECTO LIQ AMINIÓTICO 39
FCF FETAL 40 INTENSIDAD (+) (++) (+++) RITMO 41 OTROS DATOS 41
CUELLO DEL UTERO: POSTERIOR () CENTRAL () RESISTENTE ()
BLANDO () FIRME () CON DESGARROS ()
LONGITUD: 3CM () 2CM () 1 CM () 1/2CM ()
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS: 46 (++) (+++) (++++)
APLICACIÓN DE INDUCTOR DE MADUREZ PULMONAR: SI () NO () 47
FECHA DE APLICACIÓN 48
OBSERVACIONES 48 GRUPO DE ROBSON: 49
DIAGNÓSTICO 50 PLAN 51 PRONÓSTICO 52



OTRAS CONDICIONES DE INGRESO

AYUNO SI 53 NO 53 MOTIVO 54
OBSERVACIONES 54
ACEPTA MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 55
MÉDICA/O Y MATRÍCULA 56



VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO (Formulario a ser llenado por personal médico)

57 Nombre Completo de la paciente: _____ 58 G ____ P ____ A ____ C ____ Trabajo de parto: Espontáneo () Inducido ()
 Marque con "x" _____

60 Ruptura de Membranas: NO () SI () Fecha: 61 Hora: _____
 62 Características de Líquido amniótico Claro () Grumoso () Meconio () Sanguinolento ()

63 Factores de riesgo _____ 64 Peso fetal estimado _____

		PERIODO DE DILATACION ACTIVA												PERIODO EXPULSIVO		
HORAS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Atención Amigable	Acompañamiento	N														
	Alivio de dolor	N														
	Líquidos por vía oral	N														
	Postura	DD														
Vigilancia fetal	FCF Basal	<110 ó ≥160														
	Desaceleración FCF	Ta: Tardías														
	Líquido Amniótico	M: Meconio +++ Sa: Sanguinolento														
	Posición fetal	P: Posterior T: Transversa														
	Caput	+++														
	Moldeamiento Cefálico	+++														
Vigilancia Materna	Pulso	<60 ó ≥120														
	PA Sistólica	<80 ó ≥140														
	PA Diastólica	≥90														
	Temperatura °C	<35.0 ó ≥37.5														
	Uresis	Proteínas ++ Cetonas ++														
Vigilancia del Progreso del Trabajo de Parto	Contracciones cada 10 min	≤ 2 ó > 5														
	Duración de la contracción (seg)	<20 ó >60														
	Dilatación Cervical marcar con "x"	10														
		9	≥ 2 h													
		8	≥ 2.5 h													
		7	≥ 3 h													
		6	≥ 5 h													
	Descenso marcar con "0"	5	≥ 6 h													
		4														
		3														
2																
1																
Medicación	Oxitocina (U/L, gotas/min)															
	Medicamento															
	Soluciones IV															
Toma de decisiones	Observaciones															
	Plan															
	Nombre del Médico, firma y matrícula															

En el periodo de dilatación activa, marque con "X" el registro de la dilatación cervical. La alerta se activará cuando se exceda el tiempo en el progreso de la dilatación cervical. En el periodo expulsivo marque "P" para indicar el inicio de los pujos.

INSTRUCCIONES: Realice un círculo alrededor de cualquier observación que cumpla con los criterios de la columna de "ALERTA" y registre la evaluación y las acciones realizadas.
Abreviaturas: S: SI N: No R: Rechazó D: Desconocido DD: Decúbito Dorsal EM: En Movimiento Te: Temprana Ta: Tardía V: Variable



TERMINACION DEL EMBARAZO (Para llenado por personal médico)

FECHA DE NACIMIENTO _____ 71 _____ HORA _____ AMENORREA _____ 72 _____

PARTO EUTÓCICO 73	PARTO DISTÓCICO FÓRCEPS 74
VARIEDAD DE POSICIÓN _____	VARIEDAD DE POSICIÓN _____
EPISIOTOMÍA: SI () TIPO: MEDIA () MEDIO LAT ()	MEDIO BAJO _____ BAJO _____
INDICACIÓN _____ NO EPISIOTOMIA ()	INDICACIÓN _____
PROLONGACIÓN: SI () NO ()	INSTRUMENTO _____
DESGARROS: PERINÉ _____ VAGINA _____ CÉRVIX _____	DESGARRO: PERINE _____ VAGINA _____ CÉRVIX _____
GRADO: 1° _____ 2° _____ 3a _____ 3b _____ 3c _____ 4° _____	GRADO: 1° _____ 2° _____ 3a _____ 3b _____ 3c _____ 4° _____

CESÁREA: 75 CORPORAL () KERR () OTRAS ()

INDICACIÓN _____

PROLONGACIÓN DE HISTEROTOMÍA: SI () NO () DESCRIBIR _____

EXTRACCIÓN DEL PRODUCTO (MÉTODO) _____

COMPLICACIONES _____

OTRAS OBSERVACIONES _____

ALUMBRAMIENTO: 76	PERSONA RECIÉN NACIDA: 77
ESPONTÁNEO () DIRIGIDO () MANUAL ()	VIVA () MUERTA () MACERADA ()
INDICACIÓN _____	MASCULINO () FEMENINO () APGAR _____
MANEJO ACTIVO 3A FASE: SI () NO ()	MALFORMACIONES _____
REVISIÓN DE CAVIDAD: SI () NO ()	PESO _____ KG TALLA _____ CM CAPURRO _____ SDG
SEDACIÓN: SI () NO ()	TRAUMATISMO _____
MANIOBRA DE BRAND ANDREWS SI () NO ()	PINZAMIENTO CORDÓN:
MASAJE UTERINO: SI () NO () UTEROTÓNICO: SI () NO ()	TEMPRANO: SI () NO () TARDÍO: SI () NO ()
CUAL Y DOSIS: _____	

HIPO/ ATONIA UTERINA: SI () NO () 78

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	UTEROTÓNICO UTILIZADO:	DOSIS
	OXITOCINA	_____ MU /l
	ERGONOVINA	_____ MG
	CARBETOCINA	_____ MCGR
SANGRADO ESTIMADO: _____ ML	MISOPROSTOL	_____ MCGR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: SI () NO () CONSERVADOR (DESCRIBA CUAL) _____

HISTERECTOMÍA _____

79

ANALGESIA EN TRABAJO DE PARTO: SI () NO () TIPO _____

RESULTADO _____ COMPLICACIONES _____

ANESTESIA EN PARTO-LEGRADO-CESÁREA: SI () NO () TIPO _____

RESULTADO _____ COMPLICACIONES _____



PLACENTA: NORMAL () ANORMAL (DESCRIBIR) **80**
CORDÓN UMBILICAL: NUDOS () CIRCULAR (DESCRIBIR) **81**
REVISIÓN CONDUCTO VAGINAL (DESCRIBIR) **82**

83
LEGRADO: FECHA _____ HORA _____ PRODUCTO DE ABORTO _____
CON DILATACIÓN CERVICAL _____ SIN DILATACIÓN _____ INSTRUMENTAL _____ DIGITAL _____
COMPLICACIONES _____

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: **84**
DIU _____ OTB _____ OTROS (DESCRIBIR) _____
CAUSA DE NO APLICACIÓN _____

85 VIGILANCIA DEL PUERPERIO INMEDIATO (Para llenado por personal médico y de enfermería)

	HORA	TA	FC	FR	TEMP	TONO	SATURACIÓN O ₂ (%)	SANGRADO	URESIS (CANTIDAD Y CARACTERÍSTICAS)	NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA ENFERMERA	NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA GINECO- OBSTETRA/ANESTESIOLOGO
Min 15											
Min 30											
Min 45											
Min 60											
Min 90											
Min 120											
4 HORAS											

CONDICIONES DE EPISIOTOMÍA **86**
PRESENCIA DE DOLOR (ESCALA VISUAL ANALÓGICA): **87**
ESTADO POSTPARTO/POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO: **88**

OBSERVACIONES **89**
90
LACTANCIA MATERNA: SI () NO () DESCRIBA LA CAUSA DE NO LACTANCIA: _____
CONTACTO PIEL A PIEL: SI () NO () DESCRIBA LA CAUSA DE NO APEGO: _____
91
APEGO INMEDIATO: SI () NO () TIEMPO: **92**

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO/O **93** MATRÍCULA **94**



ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO
FICHA IDENTIFICACIÓN
(Para ser llenado por Asistente Médica y/o Enfermería)

No	DATO	ANOTAR
1	Nombre	El nombre completo del paciente, iniciando por los apellidos paterno, materno y nombre. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe al paciente.
2	No. Seguridad Social	El número de seguridad social y los dígitos (número y letras) que conforman el agregado al número de seguridad social del paciente. Este dato deberá transcribirse de: expediente clínico, cartilla de salud y citas médicas u otro documento con la que se recibe al paciente. Ej. 92018017803 4F1954OR
3	Edad	La edad en años cumplidos. Ejemplo: 32 años
4	Fecha de nacimiento	Anote la fecha de nacimiento de la paciente en formato dd/mm/año. Ejemplo: 22/12/1978
5	Unidad	El tipo y número de Unidad Médica hospitalaria en donde se otorgará la atención. Ejemplo: Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4.
6	Fecha	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que se inicia el llenado del formato, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 27/08/16
	Hora	La hora en que el paciente solicita la consulta, en formato hora y minutos. Ejemplo: 7:55

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72



INSTRUCTIVO DE LLENADO
Para ser llenado por Enfermería

No	DATO	ANOTAR
7	Motivo de consulta	La causa o problema de salud por el que acude la paciente y/o familiar a solicitar valoración médica (Ej. trabajo de parto, dolor de cabeza, sangrado transvaginal)
8	Pulso	El valor obtenido de la toma del pulso. El pulso se puede tomar en la arteria radial en la muñeca o la arteria carótida en el cuello.
9	Temperatura	El valor obtenido de la toma de la temperatura corporal.
10	TA	Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial con estetoscopio y esfigmomanómetro. Las mediciones en la paciente con embarazo, es recomendable realizarlas en un entorno tranquilo con la paciente sentada durante varios minutos. Al menos dos mediciones deben ser tomadas separadas por 1-2 minutos.
11	Respiración (Resp)	El valor obtenido de la medición de la frecuencia respiratoria de la paciente. Ejemplo: 18.
12	Saturación O2 (Sat O2)	El valor obtenido de la cuantificación de la saturación de oxígeno a través de dispositivo electrónico o pulsioxímetro. Ejemplo 98%
13	Consciente	Marcar con una X Si o No de acuerdo al estado de consciencia de la paciente en el momento de la solicitud de la consulta. Las pacientes conscientes están despiertas y responden a su entorno.
14	Alérgicos	Los antecedentes alérgicos referidos por la paciente; deberá especificarse el tipo: alimentarios, medicamentosos o específicos como el lodo, látex o cloro)

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO



Para ser llenado por Enfermería

No	DATO	ANOTAR
15	Quirúrgicos	Los antecedentes quirúrgicos previos referidos por la paciente, incluyendo complicaciones
16	Transfusionales	Los antecedentes transfusionales previos referidos por la paciente, incluyendo reacciones adversas.
17	Traumáticos	Los antecedentes traumáticos previos referidos por la paciente.
18	Enfermedades crónico degenerativas	Las enfermedades crónico degenerativas referidos por la paciente, registrando su tiempo de evolución. Ejemplo: Diabetes mellitus de 3 años de evolución.
19	Tratamiento	El nombre del (los) medicamento(s), dosis y vía de administración que la paciente consume.
20	Grupo y Rh	El grupo y Rh de la paciente, este último, con letra. Ejemplo A positivo.
21	Gestas	El total de embarazos incluyendo, partos eutócicos y distócicos, abortos y operaciones cesáreas.
22	Para	El total de partos vía vaginal, eutócicos y distócicos que ha tenido la paciente.
23	Abortos	El número de pérdidas gestacionales que ha sufrido la paciente de menos de 20 semanas o menos 500 gramos, Especificando si fue: espontaneo, inducido y/o voluntario.
24	Cesáreas	El total de nacimiento vía abdominal que ha tenido la paciente.

ANEXO 8

Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72



INSTRUCTIVO DE LLENADO
ANTECEDENTES
(Para ser llenado por personal Médico)

No.	DATO	ANOTAR
25	Fecha de última menstruación (FUM)	El día, mes y año correspondientes a la fecha en que la paciente presento el último sangrado menstrual, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 17/06/16
26	Complicaciones en embarazos previos	Los antecedentes de complicaciones desarrolladas en embarazos previos referidos por la paciente. Ejemplo: placenta previa en embarazo previo o muerte fetal temprana.
27	Evolución de la gestación actual	Los antecedentes del desarrollo del embarazo actual referidos por la paciente. Ejemplo: Curso con anemia a la semana 25, tratada con hierro.

VALORACION OBSTÉTRICA ACTUAL
(Para ser llenado por Médico)

No.	DATO	ANOTAR
28	Semanas de amenorrea	Las semanas de amenorrea considerando la fecha de la última menstruación, en semanas y días, en números arábigos, Ejemplo: 30.5 semanas.
29	Edema	Especificar la región corporal del edema y marcar la intensidad del mismo en +, ++ o +++,.
30	Hemorragia	La presencia o no de hemorragia, así como la cantidad, señalada como: abundante, regular o escasa.
31	Vaso espasmo	La presencia o no de vaso espasmo a través de sus manifestaciones clínicas (cefalea, acúfenos y/o fosfenos) así como su intensidad.
32	Epigastralgia	La presencia o no de dolor en epigastrio y sus características (intensidad, irradiación etc.)



ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO
VALORACION OBSTÉTRICA ACTUAL
(Para ser llenado por Médico)

No.	DATO	ANOTAR
33	Dolor obstétrico	Anotar Si o NO así como su intensidad. Se reporta en cruces de + a ++++.
34	Contracciones x 10 minutos	Número de contracciones presentes en 10 minutos. Ejemplo: 3 -4 o 2-3
35	Tono Uterino	Describir las condiciones del útero como normal o aumentado.
36	Movimientos fetales	Percepción de movimientos fetales referidos por la paciente, presentes, disminuidos o ausentes. En estos últimos dos casos registrar el tiempo de evolución. Ejemplo: Disminuidos desde hace 3 horas.
37	Membranas	Marcar con X la referencia de la paciente como: membranas íntegras o rotas según sea el caso.
38	Fecha	En caso de ruptura, señalar: día, mes y hora en que la paciente refiere ruptura de las membranas, con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: fecha 28/03 hora 07:55
39	Aspecto del líquido amniótico	Describir las características del líquido amniótico referido por la paciente o las observadas durante la exploración ginecológica. Ejemplo: normal, verde, claro, sanguinolento,
40	FC Fetal	El número de latidos cardiacos fetales escuchados a través de medio electrónico o por estetoscopio de Pinard. Deberá anotarse en números arábigos. Ej. 155x'
	Intensidad	Marcar con "X" de acuerdo a la intensidad en: +, ++, +++.



Ritmo

Anotar si es rítmico o arrítmico.

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO
VALORACION OBSTÉTRICA ACTUAL
(Para ser llenado por Médico)

No.	DATO	ANOTAR
41	Otro Datos	Describir otros datos referidos por la paciente o hallazgos a la exploración física.
42	Cuello del útero	Colocar una "X" para describir las características del cérvix: posterior, central, resistente, blando, firme o con desgarros.
42	Longitud del cuello Uterino	Colocar una "X" en la línea correspondiente a la longitud del cuello uterino encontrada en la exploración: 3cm, 2cm, 1cm, ½ cm.
43	Altura del útero	Representación gráfica de la medición en centímetros de la distancia entre la sínfisis del pubis de la madre y el fondo uterino.
44	Altura de la presentación	Marque en la figura, la altura de la presentación de acuerdo a los planos de Hodge.
45	Dilatación	Sombrear en la figura del recuadro, la dilatación cervical identificada durante el tacto vaginal.
46	Reflejos Osteotendinosos	Se reporta en cruces de +, ++, +++.
47	Aplicación de inductores de madurez pulmonar	Marque con una "X" según corresponda SI/NO
	Fecha de aplicación	Anotar la fecha del inductor de madurez pulmonar
48	Observaciones	Describir cualquier otro dato relevante identificado durante la exploración ginecoobstétrica.



- 49 Grupo de Robson Anote de acuerdo a la Clasificación de Robson el grupo al cual pertenece.

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO
VALORACION OBSTÉTRICA ACTUAL
(Para ser llenado por Médico)

No.	DATO	ANOTAR
50	Diagnóstico	Anotar el diagnostico que se integre de acuerdo al interrogatorio y exploración física. Ejemplo: embarazo 38.2 semanas de gestación, en trabajo de parto.
51	Plan	El tratamiento médico o quirúrgico a realizar de acuerdo al diagnóstico.
52	Pronóstico	Probabilidad del curso clínico, grado de afectación y/o secuelas, consecuencia del diagnóstico establecido. Ejemplo: bueno o malo para vida de la madre, el feto o el binomio, bueno o malo a corto, mediano y largo plazo, bueno o malo para la función.

OTRAS CONDICIONES DE INGRESO

No	DATO	ANOTAR
53	Ayuno	Marque con una X según corresponda SI/ NO, en caso de SI , anotar la indicación del ayuno.
	Motivo	Señale el motivo por el que la paciente requiere ayuno.
54	Observaciones	Describir si la paciente requiere alguna atención especial a su ingreso Ejemplo: Colocación de sonda Foley, interconsultas o estudios especiales.



55	Acepta Método de Planificación Familiar	En caso de que la mujer acepte algún método de planificación familiar, se deberá anotar SI y el método que solicita. Se deberá llenar el formato de consentimiento informado correspondiente
----	---	--

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO
OTRAS CONDICIONES DE INGRESO

No	DATO	ANOTAR
----	------	--------

56	Médica/o y matrícula	Nombre (s) y apellidos así como matrícula, del Médico (a) que realizó la atención de la paciente Ejemplo: Dr. Rogelio Rios Peña matrícula:14626199
----	----------------------	--

VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO
(Para ser llenado por personal médico)

No.	DATO	ANOTAR
-----	------	--------

57	Nombre completo de la paciente	Registre el nombre completo de la mujer y verifique que coincida con el expediente clínico, hoja de ingreso u otro documento oficial con el que se reciba a al paciente.
58	Paridad	Se colocará con número arábigo o romano los antecedentes de paridad de la mujer. • Gesta: número de embarazos referidos por la mujer • Partos: número de embarazos resueltos por vía vaginal. • Abortos: número de embarazos que culminaron en aborto. • Cesáreas: número de embarazos resueltos por vía abdominal.

ANEXO 8



Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72

INSTRUCTIVO DE LLENADO

VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO

(Para ser llenado por personal médico)

No	DATO	ANOTAR
59	Trabajo de parto	Se consignará si el trabajo de parto fue espontáneo o inducido. Marque con X si: Espontáneo»: la mujer entró en el periodo de dilatación activa sin estimulación artificial para desencadenar el inicio del trabajo de parto (por medios farmacológicos o no farmacológicos).Inducido»: el inicio del trabajo de parto se estimuló artificialmente administrando oxitocina o prostaglandinas, rompiendo artificialmente las membranas, introduciendo una sonda con balón en el cuello uterino, o por cualquier otro medio.
60	Ruptura de Membranas	Marcar con una X si la ruptura de membranas ocurrió antes de que la paciente ingrese a la sala de labor.
61	Fecha y Hora	Anotar fecha y hora de la ruptura de membranas con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad, se agregará un “0” a la izquierda. Ejemplo: 08-01-2021.
62	Características del líquido amniótico:	Marqué con X una de las siguientes opciones: Claro: si el líquido amniótico es cristalino/hialino. Grumoso: si el líquido amniótico tiene grumos Meconio: si el líquido amniótico tiene coloración verdosa Sanguinolento: si el líquido amniótico tiene sangre franca o tinte hemático.

ANEXO 8

Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72

INSTRUCTIVO DE LLENADO



VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO
(Para ser llenado por personal médico)

No	DATO	ANOTAR
63	Factores de riesgo	Se describirán los factores de riesgo obstétricos, médicos y sociales conocidos que tengan implicaciones en el monitoreo y manejo del trabajo de parto y en los resultados perinatales. Por ejemplo: una enfermedad pre-existente (como la hipertensión crónica), enfermedades propias del embarazo (como la preeclampsia), embarazo en la adolescencia, trabajo de parto pretérmino y colonización por estreptococos del grupo B, entre otros.
64	Peso fetal estimado	Anote el peso fetal estimado, calculado por formula de Johnson o por Ultrasonido
65	ATENCIÓN AMIGABLE	
	Acompañamiento	La mujer tiene un acompañante de su elección presente y brindándole apoyo en el momento de la evaluación. Registre: S = Sí, N = No, R = la mujer lo rechaza.
	Alivio del dolor	La mujer ha recibido algún método para aliviar el dolor. Coloque S = Sí N = No D = La mujer rechaza recibir métodos farmacológicos o no farmacológicos para aliviar el dolor.
	Líquidos por vía oral	Se documenta si la mujer ha tomado líquidos por vía oral a demanda desde la última evaluación. Coloque S = Sí N = No R = La mujer lo rechaza.

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO



VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO
(Para ser llenado por personal médico)

No	DATO	ANOTAR
	Postura	Es la postura adopta la mujer durante el trabajo de parto y el parto. Coloque DD = Decúbito dorsal, EM = En movimiento (incluye caminar, balancearse o cualquier posición no supina, por ejemplo, decúbito lateral izquierdo, en cuclillas, de rodillas, de pie).
66	VIGILANCIA FETAL	
	FCF basal	Registre la FCF basal (número de latidos en 1 minuto), en número.
	Desaceleraciones de la FCF	Registre la presencia de desaceleraciones utilizando: N = No Te = Tempranas Ta = Tardía V = Variable.
	Líquido amniótico	Coloque: +, ++ o +++ M = meconio Sa= sanguinolento
	Posición fetal:	Coloque: P = Posición occipitoposterior T = Posición occipitotransversa.
	Caput	Determine la presencia de caput succedaneum (edema difuso del cuero cabelludo) Clasifique el caput de: 0 (ausente) a +, ++ o +++ (marcado)

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO



VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO
(Para ser llenado por personal médico)

No	DATO	ANOTAR
	Moldeamiento cefálico	Al realizar un tacto vaginal, examine la forma de la cabeza fetal y el grado de superposición de los huesos del cráneo. Califíquelo de 0 (ausente) a +++ (marcado):
67	VIGILANCIA MATERNA	
	Pulso	Cuente la frecuencia del pulso de la mujer durante al menos 1 minuto completo. Registre el pulso materno (l.p.m.).
	PA sistólica	Registre la presión arterial sistólica (PAS) de la mujer en mmHg.
	PA diastólica	Registre la presión arterial diastólica (PAD) de la mujer en mmHg.
	Temperatura	Registre la temperatura de la mujer en grados Celsius.
	Uresis	Compruebe la presencia de proteínas y acetona en la orina con una tira reactiva. Registre las lecturas de proteínas (P) y acetona (A) como negativo, trazas, +, ++, +++, +++++.
68	VIGILANCIA DEL PROGRESO DEL TRABAJO DE PARTO	
	Contracciones en 10 min	Cuente el número de contracciones uterinas en un periodo de 10 minutos. Registre el número total de contracciones.



VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO
(Para ser llenado por personal médico)

No	DATO	ANOTAR
	Duración de las contracciones	Registre la duración de las contracciones en segundos.
	Dilatación cervical	En el periodo de dilatación activa, marque «X» en la casilla que coincida con la hora y la dilatación cervical, cada vez que realice un tacto vaginal. En el periodo expulsivo, marque «P» para indicar cuándo comienzan los pujos.
	Descenso	Marque «O» en la casilla que coincida con la hora y el nivel de descenso. Marque una «O» en cada tacto vaginal. Para describir la estación fetal mediante palpación abdominal se deben utilizar quintos de cabeza fetal (5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 y 0/5).
69	Medicación	Escriba N = No, si no se está administrando oxitocina,
	Oxitocina	Si se está administrando, registre la cantidad de oxitocina en unidades por litro (UI) y gotas por minuto (gotas/min). Cuando utilice oxitocina, registre la cantidad que se administra cada 60 minutos.
	Medicamento	Registre el nombre, la dosis y la vía de administración de cualquier otro medicamento que se esté administrando a la mujer durante el periodo de dilatación activa o en el periodo expulsivo (ej: 50 mg de ranitidina IM).
	Soluciones IV	Registrar: S = Sí, N = No

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO



VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO
(Para ser llenado por personal médico)

No	DATO	ANOTAR
70	Toma de decisiones	
	Observaciones	Registre la evaluación general y cualquier hallazgo adicional no documentado previamente, pero que sea importante para el seguimiento del trabajo de parto.
	Plan	Registre el plan después de las evaluaciones. Por ejemplo: continuar el monitoreo del trabajo de parto, indicación de pruebas diagnóstica, estimulación del trabajo de parto con oxitocina, procedimientos como la amniotomía, parto asistido con ventosa o fórceps, cesárea, entre otros.
	Nombre del médico, firma y matrícula	Se escribirá el nombre completo iniciando por el apellido paterno, materno y nombre (s) del profesional de salud que otorga la atención así como matrícula y firma. Ejemplo: Dr. Guillermo Ortiz Calva, matrícula 97150283 y firma.

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

(Para ser llenado por personal médico)

No.	DATO	ANOTAR
71	Fecha de Nacimiento y Hora	La fecha y hora de nacimiento del recién nacido, con números arábigos, en el caso de estar conformado el dato por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda. Ejemplo: 22/12/11

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72



INSTRUCTIVO DE LLENADO
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO
(Para ser llenado por personal médico)

No.	DATO	ANOTAR
72	Amenorrea	La edad gestacional del producto de la concepción al momento de nacer, en semanas y días. Ejemplo: 40 semanas.
73	Parto eutócico	
	Variedad de Posición	La posición de la salida de la cabeza del recién nacido (Occipito-púbica, occipito sacra).
	Episiotomía	Marque "X" en SI o NO de acuerdo si realizo o no episiotomía.
	Tipo	Marque "X" el tipo de corte perineo-vaginal. Ejemplo: Media o media-lateral.
	Indicación	La causa principal motivo de la episiotomía.
	Prolongación	En referencia al punto anterior, marque "X" según corresponda, SI o NO
	Desgarros	En su caso las lesiones del cérvix, vagina o periné, señalar el sitio y la longitud en centímetros y si fueron reparados o no.
	Grado	Marque "X" según corresponda el grado de desgarro según corresponda.

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO



TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

(Para ser llenado por personal médico)

No.	DATO	ANOTAR
74	Parto Distócico fórceps	
	Variedad de posición	La variedad en que se encontraba la presentación en el momento de la aplicación del fórceps. Ejemplo: Occipito-transversa, occipito sacra
	Altura	Marque la altura de aplicación del fórceps: Ejemplo: medio bajo, bajo.
	Indicación	El motivo o diagnóstico por el que se aplicó el fórceps.
	Instrumento	El nombre del tipo de fórceps utilizado (tractores o rotadores). Ejemplo: Simpson, Kjiland, otros.
	Desgarros	En su caso las lesiones del cérvix, vagina o periné, señalando longitud en centímetros
	Grado	Marque "X" el grado de desgarro según corresponda.
75	Cesárea	
	Tipo	El tipo de incisión uterina que se realizó, en caso de "otras" especifique. Ejemplo: Tipo Beck
	Indicación:	La causa principal motivo del procedimiento quirúrgico, que de acuerdo al criterio médico se establece para la terminación del embarazo.
	Prolongación de la histerotomía	Marcar en el recuadro Si o No hubo prolongación de la histerotomía. Describir el curso y dimensiones de la misma.
	Extracción del producto	Anotar el método de extracción, ejemplo: calzador, maniobras de extracción producto



	(método)	presentación de nalgas.
	Complicaciones	Si existieron o no complicaciones durante el procedimiento quirúrgico. Ejemplo: desgarros de comisura, atonía uterina, acretismo placentario, otros (especificar).
	Otras observaciones	El o los eventos relevantes durante el procedimiento quirúrgico.
76	Alumbramiento	
	Hora	La hora en que ocurre la obtención de la placenta, en formato hh:mm Ejemplo: 20:50.
	Espontáneo	
	Dirigido	Marque con una "x" el tipo de alumbramiento.
	Manual	
	Indicación	Anotar el motivo por el cual se llevó a cabo la extracción manual de la placenta.
	Manejo activo 3ª fase	Marque "X" en SI o NO de acuerdo si hubo o no manejo activo de la 3ª fase del trabajo de parto
	Revisión de Cavidad	Marque "X" en SI o NO de acuerdo si hubo o no revisión manual de cavidad uterina.
	Sedación	Marque "X" en SI o NO de acuerdo si hubo o no sedación previa a realizar revisión manual de cavidad uterina.
	Maniobra de Brand Andrews	Marque "X" en SI o NO de acuerdo si la realiza o no.
	Masaje uterino	Marque "X" en SI o NO de acuerdo si realiza masaje uterino posterior al alumbramiento.
	Uterotónico	Marque "X" en SI o NO de acuerdo si se aplica uterotónico al nacimiento de hombro anterior



	Cual y Dosis	Anote el uterotónico utilizado así como la dosis utilizada
77	Persona recién nacida	Una "X" en el recuadro correspondiente para señalar las condiciones al nacer (vivo, muerto o macerado)
	Masculino/Femenino	Una "X" para señalar el sexo (género) que corresponda al producto de la concepción
	Apgar	La calificación del Apgar, a los cinco minutos de nacimiento.
	Malformaciones	En su caso las malformaciones congénitas detectadas de la persona recién nacida.
	Peso	El peso de la persona recién nacida en gramos. Ejemplo: 3,050 grs.
	Talla	La talla de la persona recién nacida en cms. Ejemplo: 50 cms.
	Capurro	La edad gestacional del producto de la concepción al momento de nacer, en semanas y días calculadas por Capurro, con número arábigo. Ejemplo: 38 semanas
	Traumatismo	La presencia o no de traumatismo al nacimiento.
	Pinzamiento de cordón umbilical	Marcar si se realiza de forma temprana o tardía.

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

(Para ser llenado por personal médico)

No.	DATO	ANOTAR
------------	-------------	---------------



78	Hipo/Atonía Uterina	Una "X" en el recuadro correspondiente para señalar la presencia de hipo/atonía uterina.
	Tratamiento farmacológico	Anotar medicamento y dosis del uterotónico utilizado para el tratamiento de hipo o atonía uterina. Con números arábigos. Ejemplo: Oxitocina 20 MU/I
	Sangrado estimado	Anotar la cantidad aproximada de sangrado durante el evento de hemorragia obstétrica, con números arábigos. Ejemplo: 1500 ml.
	Tratamiento quirúrgico	Marque con una "X", en el recuadro correspondiente SI o NO.
	Conservador (Describa)	Anote el procedimiento quirúrgico conservador realizado como tratamiento para el manejo de la hipo/atonía uterina.
	Histerectomía	Anotar el motivo de su realización.
79	Analgesia en trabajo de parto	Marcar con una "X" en el recuadro, para señalar si se aplicó o no analgesia obstétrica.
	Tipo de anestesia	Procedimiento anestésico utilizado. Ejemplo: bloqueo epidural, otro.
	Resultado	El resultado de la aplicación de la analgesia obstétrica.
	Complicaciones	Las que se presentaron como consecuencia de la aplicación de la analgesia obstétrica.

ANEXO 8
Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72
INSTRUCTIVO DE LLENADO
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

(Para ser llenado por personal médico)

No.	DATO	ANOTAR
80	Placenta	Una "X" en el recuadro para señalar si la placenta fue normal o anormal, en caso de



81	Cordón umbilical	anormal señalar el motivo. Ejemplo: Placenta velamentosa, con datos de desprendimiento, acretismo. La presencia o no de alteraciones en su arquitectura y si hubo o no circulares de cordón o presencia de nudos describiendo cada una de estas alteraciones.
82	Revisión de conducto vaginal	Descripción de las condiciones y características encontradas a la revisión del conducto vaginal.
83	Legrado	
	Fecha	El día, mes y año en que ocurre el evento obstétrico. Con números arábigos, en el caso de estar conformados solamente por una unidad se agregará un cero "0" a la izquierda Ejemplo: 25/01/11.
	Hora	La hora en que se le practicó el procedimiento, con el formato hh: mm. Ejemplo: 07:55
	Producto del aborto	Las características del material obtenido del legrado realizado. Ejemplo: restos óvulo-placentarios, otros.
	Con / sin dilatación cervical	Colocar una "X" en el recuadro correspondiente, para señalar si se requirió o no de dilatación.
	Instrumental/digital	Si fue legrado instrumental o digital, señalar con una "X" en el recuadro correspondiente si la dilatación fue instrumental (dilatadores) o digital.
	Complicaciones	Anote las que se presentaron como consecuencia de la realización del legrado.

ANEXO 8

Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72

INSTRUCTIVO DE LLENADO

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

(Para ser llenado por personal médico)

No.

DATO

ANOTAR



84 **Método de Planificación familiar** Colocar una "X" en el recuadro correspondiente en caso de que la mujer acepte y autorice, previo consentimiento informado, algún método de planificación familiar temporal o definitivo. Ejemplo: DIU, OTB, Hormonal inyectable, implante, etc.

Causa de no aplicación Anotar el motivo por el que no se aplicó el método de planificación familiar; en caso de rechazo también deberá señalarse.

Vigilancia del Puerperio Inmediato
(Para ser llenado por personal médico y de enfermería).

No	DATO	ANOTAR
85	Signos vitales al egreso de sala de expulsión / quirófano	Anote la hora en que se toman los signos vitales de la paciente previo al egreso de la sala de expulsión /quirófano, con el formato hh:mm. Ejemplo: 07:55
	Hora	Se deberán registrar los signos vitales cada 15 minutos la primera hora, incluyendo llenado capilar, hemorragia transvaginal, tono y altura del útero, así como reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio.
	T/A	Los valores obtenidos de la toma de tensión arterial con estetoscopio y esfigmomanómetro al paciente, arriba de la diagonal la presión sistólica y abajo la presión diastólica. Ejemplo: 130/90.
	FC	El valor obtenido de la toma de la frecuencia cardiaca de la mujer. Ejemplo: 70.
	FR	El valor obtenido de la toma de la frecuencia respiratoria de la mujer. Ejemplo: 16.
	TEMP	El valor obtenido de la toma de la temperatura de la mujer. Ejemplo: 36.5
	Tono uterino	Anote para señalar la presencia de tono uterino. Ejemplo: Útero bien contraído.



	Saturación O2%	Valor de la saturación de oxígeno periférico, medido a través del pulsioxímetro.
	Sangrado transvaginal	Cantidad aproximada de sangrado transvaginal previo al egreso de la sala de expulsión: escaso, moderado o abundante Ejemplo: Sangrado moderado
	Uresis (cantidad y características)	Cantidad aproximada de uresis, describiendo sus características y/o su presencia espontánea.
	Nombre, firma y matrícula de personal enfermería	Deberá anotar los datos solicitados del personal de enfermería que vigila durante el puerperio.
	Nombre, firma y matrícula de MNF Ginecoobstetra/Anestesiólogo	Deberá anotar los datos solicitados del MN que vigila el puerperio.
86	Condiciones de episiorrafia	Anotar la presencia o no de sangrado hematomas.
87	Presencia de Dolor (Escala Visual Análoga)	Describir el grado de dolor referido por la mujer, de acuerdo a Escala Visual Análoga.
88	Estado postparto/post quirúrgico inmediato	Anote el estado general de la mujer en postparto/postquirúrgico inmediato
89	Observaciones	Anote otro(s) evento(s) relevante(s)
90	Lactancia Materna	Marque con una "X" según corresponda, SI/ NO. En caso de "NO" anote la causa de No lactancia

ANEXO 8

Vigilancia y Atención del Parto, 4-30-112/72

INSTRUCTIVO DE LLENADO

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

(Para ser llenado por personal médico)

No.	DATO	ANOTAR
91	Contacto piel a piel	Marque con una "X" según corresponda, SI/ NO. En caso de "NO" anote la causa de No contacto piel a piel



- | | | |
|----|----------------------------------|---|
| 92 | Apego Inmediato | Marque con una "X" según corresponda, SI/ NO. En caso de "NO" anote la causa de No apego inmediato |
| 93 | Nombre y Firma de la/el Médica/o | El nombre (s), apellido paterno y apellido materno y firma de la (el) Médica (o) que atendió al paciente. Ejemplo: Dr. Roberto Carlos Castillo Ríos |
| 94 | Matrícula | Matricula El número de matrícula de la (el) Médica (o) que realiza la atención. Ejemplo: 99170687 |



ANEXO 9
Informe Tour Obstétrico



Informe "Tour Obstétrico"

OOAD: **1**
Unidad Médica Hospitalaria: **2**
Fecha: **3**

Número de grupos educativos: **4**

5 Número de pacientes derivadas por las UMF

UMF:	UMF:	UMF:	UMF:	UMF:	Total
Número de pacientes que acudieron al Tour Obstétrico					6
% de asistencia					

Datos de embarazadas asistentes:

7 Rango de edad	8 Número de gestas	9 Número	
<18 años	1	Partos	Cesáreas
19 a 25	2		
25a 35	3		
36 a 40	4		
>40 años	Más de 4		
Total	Total		

Pacientes con prueba de VIH **10**

N°	%

Pacientes con consentimiento informado **11**

--	--

Pacientes que adoptarán MPF **12**

--	--

Jefatura de Ginecoobstetricia

13

Jefatura de Trabajo Social

14

Nombre, matrícula y firma

Jefatura de Enfermería

15

Nombre, matrícula y firma

Nombre, matrícula y firma

Clave: 2645-A14-002



ANEXO 9
Informe Tour Obstétrico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

No.	DATO	ANOTAR
1	OOAD	El nombre completo del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada
2	Unidad Médica Hospitalaria	El nombre completo y número del hospital.
3	Fecha	El día, mes, año que se elabora el informe nombres.
4	Número de grupo educativos	El número de grupos educativos formados en el que realizaron "Tour obstétrico".
5	Número de pacientes derivadas por las UMF	El número de la unidad de medicina familiar a la que corresponde.
6	Número de pacientes que acudieron al Tour Obstétrico	Total de pacientes que asistieron al grupo educativo "Tour obstétrico".
7	Rango de edad	El rango de edad de las embarazadas que asistieron al grupo educativo "Tour obstétrico".
8	Número de gestas	El total de gestas de las pacientes al grupo.
9	Número de partos y cesaras	El total de partos y cesáreas de las pacientes que asistieron al grupo.
10	Pacientes con prueba de VIH	El número y porcentaje de pacientes que cuentan con prueba VIH.
11	Pacientes con consentimiento informado	El número y porcentaje de pacientes que tienen consentimiento informado.
12	Pacientes que adoptarán MPF	El número y porcentaje de pacientes que adoptarán Método de Planificación Familiar.
13	Jefatura Ginecoobstetricia	El nombre completo, matrícula y firma del Jefe(a) de Ginecoobstetricia de la Unidad Médica.



ANEXO 9
Informe Tour Obstétrico
INSTRUCTIVO DE LLENADO

- | | | |
|----|----------------------------|--|
| 14 | Jefatura de Trabajo Social | El nombre completo, matrícula y firma del Jefe(a) de Trabajo Social de la Unidad Médica. |
| 15 | Jefatura de Enfermería | El nombre completo, matrícula y firma del Jefe(a) de Enfermería de la Unidad Médica. |



ANEXO 10

Lineamiento Técnico para la Atención Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio para Prevenir la Violencia Obstétrica



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AMIIMSS
ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL



Lineamiento Técnico
para la Atención
Amigable durante
el Embarazo,
Nacimiento y Puerperio
para Prevenir la
Violencia Obstétrica



Directorio

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto

Director General del IMSS

Dra. Célida Duque Molina

Directora de Prestaciones Médicas

Dr. Efraín Arizmendi Uribe

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Ricardo Avilés Hernández

Titular de la Unidad de Innovación y Planeación en Salud

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto

Titular de la Unidad de Educación e Investigación

Dr. Efraín Arizmendi Uribe

Titular de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dr. Luis Rafael López Ocaña

Titular de la Coordinación de Atención Integral en el Segundo Nivel

Dr. Manuel Cervantes Ocampo

Titular de la Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer Nivel

Dra. Gabriela Borrayo Sánchez

Titular de la Coordinación de Innovación en Salud

Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias

Titular de la Coordinación Técnica de Enfermería



1. Presentación

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, tiene como uno de sus propósitos fundamentales proporcionar atención médica profesional y de la más alta calidad a la población derechohabiente, mediante el desarrollo e implementación de programas estratégicos, guías, lineamientos y protocolos de atención prioritarios, en los tres niveles de atención, con el objetivo de alcanzar el mayor impacto positivo en la salud de las y los derechohabientes y sus familias.

En la actualidad, la atención a las mujeres durante el embarazo, nacimiento y puerperio requiere de un enfoque humanizado, intercultural y seguro, erradicando todas aquellas conductas generadoras de violencia obstétrica dentro de las unidades de atención médica del IMSS y sin medicalización excesiva, que reconozca y valore: la autonomía de las mujeres y su protagonismo durante el parto; que de igual forma garantice sus derechos y respete los aspectos socioculturales de las derechohabientes y/o usuarias y su familia, así como el derecho a decidir el método de planificación familiar que desea usar para espaciar el nacimiento de sus hijos y/o hijas¹⁻³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad de las políticas públicas, llevado como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Los servicios de atención materna y perinatal centrados en la mujer, la persona recién nacida y la familia otorgan la oportunidad a las instituciones de brindar una atención obstétrica libre de violencia, así como de lograr una mayor calidad, efectividad y seguridad en el proceso de atención, mayor adherencia y entendimiento de los tratamientos y mejor comunicación entre las y los profesionales de la salud, la mujer y su familiar^{4, 5}.

De acuerdo con la OMS, todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa durante el embarazo, nacimiento y puerperio, así como el derecho a no sufrir violencia ni discriminación, a recibir orientación sobre su salud reproductiva y que sus decisiones sobre ésta sean respetadas. Entre los principales actos médicos que vulneran los derechos humanos de las pacientes destacan la exclusión de la toma de decisiones respecto al cuidado de su salud, negar o retrasar la atención durante el trabajo de parto, realizar procedimientos técnicos de manera rutinaria, prohibir la visita de las personas de su elección, suspender el alojamiento conjunto sin indicación médica y realizar sistemáticamente la inducción del trabajo de parto antes de la semana 41 de gestación¹⁻⁵. Estas acciones son algunas de las manifestaciones del maltrato durante la atención, que pueden ser consideradas como violencia obstétrica.

En México, el número de mujeres que refieren haber sido víctimas de violencia obstétrica es elevado, como lo demuestran diferentes estudios, incluido el realizado por parte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi). El IMSS reconoce dicha problemática, y en un esfuerzo por erradicar la violencia obstétrica, admite que debe sensibilizar a las y los trabajadores en la materia, que debe dotar de herramientas teórico-prácticas al personal clínico que atiende a las mujeres en estado grávido-puerperal para poder otorgar una atención obstétrica amigable, libre de maltrato, y que debe adecuar su infraestructura para cumplir con las necesidades y expectativas de las mujeres.



Derivado de lo anterior, el IMSS ha desarrollado el presente Lineamiento Técnico para la Atención Obstétrica Amigable durante el Embarazo, Nacimiento y Puerperio, para Prevenir la Violencia Obstétrica como una guía integral para evitar y erradicar conductas generadoras de violencia obstétrica en la institución, que al mismo tiempo apoye en la toma de decisiones de las y los profesionales de la salud y coadyuve a otorgar una atención digna, respetuosa y con calidad a las mujeres que reciben atención obstétrica, con el propósito de limitar las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del maltrato, reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, mejorar la calidad de vida, incrementar la autoestima de la mujer e informar a las y los profesionales de la salud acerca de los derechos de la mujer durante el nacimiento de su hijo o hija y puerperio. Para ello es fundamental desarrollar estrategias y líneas de acción efectivas sobre la base de dos pilares clave: a) la prevención, al proporcionar educación e información al personal de salud, y b) la formación y capacitación de las y los profesionales de la salud, de manera que sus intervenciones se basen en la mejor evidencia científica disponible^{4, 5}.

2. Introducción

La atención obstétrica amigable durante la vigilancia prenatal, el trabajo de parto, el nacimiento y el puerperio surge como una contrapropuesta a la atención tradicional en obstetricia, que busca erradicar las prácticas de violencia obstétrica. El modelo tradicional o biomédico es aquel que ha establecido que el embarazo y nacimiento normoevolutivo debe ser manejado como un proceso patológico, por lo que se emplean rutinariamente intervenciones como sondeo vesical, enemas evacuantes, uso de oxitocina, amniorrexia, analgesia epidural, episiotomía y revisión manual de cavidad uterina, así como la negativa a que la paciente deambule o ingiera líquidos durante su estancia en sala de labor. Este modelo de atención ha generado que la práctica médica en obstetricia sea impersonal, intervencionista, jerárquica e impositiva, lo que relega a un segundo plano a la mujer embarazada, pues ignora sus necesidades psico-emocionales, preferencias, expectativas y condición sociocultural, lo que la predispone a recibir maltrato o violencia por parte del personal de salud⁴⁻⁶.

El empleo del modelo tradicional y el ejercicio del autoritarismo durante la atención obstétrica han demostrado tener importantes consecuencias físicas y psicológicas en la paciente, lo que contribuye a una baja satisfacción materna y aumento de la morbi-mortalidad materna y perinatal, así como a la falta de confianza en el personal de salud (y las instituciones) que atienden a la mujer en esta etapa crucial en la vida, por lo que es fundamental promover un cambio de paradigma en la atención de la mujer embarazada, lo cual puede lograrse mediante la implementación de la atención obstétrica amigable, cuyo principal objetivo es que la mujer reciba atención integral oportuna, garante de sus derechos humanos, efectiva y segura, centrada en ella, en un ambiente psicológicamente seguro, libre de violencia obstétrica, fundamentada en recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica, el ejercicio de la comunicación efectiva, el trato respetuoso con enfoque intercultural y la preservación en todo momento de la dignidad, privacidad y confidencialidad (anexo 1, figura 1)¹⁻⁵. El nacimiento, en la mayoría de los casos, es un proceso natural con un profundo significado cultural, psicológico y social, por lo que es fundamental que el personal de salud encargado de su cuidado otorgue atención médica con calidad, calidez y empleando el modelo de atención obstétrica amigable, lo que generará un impacto positivo en la salud de



la madre y la persona recién nacida, pues permitirá que la madre ejerza sus derechos, además de favorecer la reincorporación a su vida familiar, social y laboral, mientras que la persona recién nacida podrá continuar con normalidad su crecimiento, desarrollo e integración en el entorno familiar y social^{1, 4, 5}.

La OMS ha postulado que la atención obstétrica amigable es una estrategia fundamental para disminuir la morbilidad y, en consecuencia, la mortalidad materna, pues representa un modelo de atención que toma en cuenta, de manera explícita y directa: a) las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, nacimiento y puerperio; b) un enfoque intercultural que reconoce la diversidad existente entre las mujeres e identifica y erradica las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, y c) una atención médica segura, al fomentar el derecho a recibir cuidados basados en fundamentos científicos, por profesionales de la salud que dispongan de las mejores competencias obstétricas, que permitan mejorar la calidad de la atención, la comunicación y la confianza entre el personal de salud y la mujer gestante (anexo 1, figura 2)⁴⁻⁶.

3. Justificación

Durante las últimas décadas, la atención del embarazo, nacimiento y puerperio se ha medicalizado de manera creciente, lo que ha contribuido a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal; sin embargo, también ha generado en las mujeres la percepción de ser relegadas a un segundo plano durante el proceso de su atención, así como insatisfacción por el ejercicio de violencia obstétrica, incluyendo el incremento en la práctica de cesáreas innecesarias y episiotomías, así como en la realización rutinaria de algunos procedimientos técnicos⁷⁻¹⁰. Al respecto, distintos organismos internacionales han elaborado pronunciamientos y definiciones relativas al maltrato durante la atención obstétrica y propusieron los conceptos “violencia obstétrica”, “falta de respeto durante el nacimiento” o “abuso en obstetricia”, lo que abrió el campo a la investigación, generando la clasificación internacional del maltrato durante la atención en obstetricia propuesta por Bowser y Hill (anexo 2 tabla 1)³, que fue el fundamento para que la asociación White Ribbon Alliance postulara los derechos de la mujer durante el parto y el puerperio, que a su vez han sido modificados por el IMSS e incluidos en la Cartilla de la Mujer Embarazada (anexo 2, tabla 2 y anexo 7)¹¹.

En México se ha definido como violencia obstétrica a toda forma de vulneración de los derechos humanos de las mujeres que se presenta durante la atención obstétrica y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva^{1, 4}. En 2016, el Inegi publicó una Encuesta Nacional donde evaluó el maltrato en la atención obstétrica, en el cual se reportó que 33.4% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia por parte de quienes las atendieron, siendo la Ciudad de México, Estado de México, Querétaro, Aguascalientes, Coahuila, Tlaxcala, Yucatán, Jalisco, Morelos e Hidalgo las entidades con más prevalencia de violencia y abuso¹⁰.

En este contexto, la violencia obstétrica constituye un grave problema en el marco de los derechos de las mujeres y de la persona recién nacida, por lo que se requieren iniciativas efectivas que generen cambios positivos en la competencia y el comportamiento de las y los profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención de la mujer, desde la consulta pre-concepcional, el embarazo y el periodo de puerperio, así como también aquellas que fomenten la participación activa de las mujeres, bajo un entorno clínico amigable con trato digno y respetuoso, que coadyuven a erradicar la violencia de género en general y la



violencia obstétrica en particular, así como todas aquellas acciones negativas, ofensivas o negligentes durante el proceso de atención del embarazo, nacimiento y puerperio en las unidades médicas del Instituto.

4. Base normativa y fundamento legal

4.1. Ley del Seguro Social, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de diciembre de 1995.

4.2. Reglamento Interior del Instituto Mexicano del Seguro Social artículo 82, fracción IV publicado en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2006.

4.3. Reglamento de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, Título IV Capítulo II, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre del 2006.

4.4. Título I, Capítulo I, Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial el 5 de febrero de 1917, y sus reformas posteriores¹².

4.5. Parte I, Artículos 1 y 2 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981¹³.

4.6. Capítulo II, Artículos 3 y 4 de Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), entrada en vigor el 14 de agosto de 1995¹⁴.

4.7. Capítulo V, Título III, Artículos 61 y 64 de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y sus reformas posteriores¹⁵.

4.8. Artículo 20 Ter y 34 Ter de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

4.9. Numerales 5.1.12, 5.3.1.16 y 5.5.1 al 5.5.18 de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, nacimiento y puerperio, y de la persona recién nacida, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016¹⁶.

5. Objetivos

General

5.1. Establecer un referente institucional que facilite, al personal directivo y operativo en los servicios de salud, la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, incluyendo la participación de la mujer embarazada, con la finalidad de otorgar atención obstétrica amigable durante el embarazo, nacimiento y puerperio, con un enfoque de género, humanizado, intercultural y seguro, que favorezca un ambiente en el que la mujer pueda ejercer su derecho a vivir una vida libre de violencia, y se puedan evitar las consecuencias psico-emocionales, físicas, mentales, conductuales, sexuales y reproductivas derivadas de la violencia obstétrica, considerando los derechos humanos, el marco normativo nacional y las recomendaciones de la OMS.

Específicos

5.2 Proporcionar información basada en evidencia relativa a la atención obstétrica amigable a todo el personal de salud de primer, segundo y tercer niveles de atención, que



participa en la atención durante el embarazo, nacimiento y puerperio, tomando en cuenta la normatividad vigente, las recomendaciones de la OMS y el enfoque basado en evidencia científica.

5.3 Promover un enfoque intercultural, con perspectiva de género y de derechos humanos en todo el personal de salud que participa en la atención obstétrica, incorporando la comunicación asertiva en la relación médico-paciente.

5.4 Promover una atención médica segura, integral, respetuosa a la dignidad de las mujeres y la persona recién nacida durante el embarazo, nacimiento y puerperio.

5.5 Contribuir a eliminar las barreras culturales y de género responsables del distanciamiento e insatisfacción de las mujeres a recibir atención obstétrica en los servicios de salud.

5.6 Fomentar la lactancia materna.

5.7 Incentivar la atención amigable en el proceso de vigilancia y cuidado de la mujer durante el embarazo, nacimiento y puerperio.

5.8 Guiar al equipo multidisciplinario que participa en la atención de la mujer desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio para prevenir y erradicar conductas generadoras de violencia obstétrica.

6. Ámbito de aplicación

El presente lineamiento técnico-médico está dirigido a todo el personal directivo y operativo que participa en el proceso de atención de las mujeres durante el embarazo, nacimiento y puerperio en las unidades médicas del primer, segundo y tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.

7. Alineación al Plan Sectorial y Programa Institucional

- Acción puntual 4.5.6 “Otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal, que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica”, de la estrategia 4.5 “Salud sexual y reproductiva” del Objetivo Prioritario 4 “Vigilancia Epidemiológica” del Programa Sectorial de Salud 2019-2024.
- Acción Puntual 2.4.1 “Proporcionar atención obstétrica amigable durante el embarazo, nacimiento y puerperio.” de la Estrategia 2.4 “Definir e implementar mecanismos para garantizar la calidad de los servicios médicos.” del Objetivo Prioritario 2 “Garantizar la calidad y cobertura de los servicios y prestaciones institucionales, privilegiando la



prevención de enfermedades y la promoción de la salud.”, del Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2020-2024.

8. Disposiciones generales

- 8.1. El incumplimiento de las personas en el servicio público involucradas en el presente documento será causal de las sanciones que resulten conforme a la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones aplicables al respecto.
- 8.2. El personal de servicios de salud en las unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel otorgarán atención médica y orientación a las usuarias que se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual y notificarán los casos, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- 8.3. Las personas servidoras públicas deberán mantener la confidencialidad de la información relativa a los casos evaluados y se asegurarán de que los datos personales de las mujeres tengan el manejo que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- 8.4. El personal de salud tratará a la mujer embarazada, su pareja, familiar, persona legalmente responsable o acompañante con respeto, amabilidad y dignidad; asimismo, se dirigirá en todo momento con un lenguaje claro y preciso que permita comprender las observaciones e instrucciones. Además, deberá hacer uso y cumplir con el Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas (anexo 6). Las personas servidoras públicas dedicadas a la atención de las mujeres en etapa grávido-puerperal brindarán la atención con base en el citado Protocolo.
- 8.5. En el caso de mujeres con discapacidad, indígenas, afrodescendientes o que utilicen otra lengua diferente al español hablado, deberán tener apoyo de una persona intérprete en la lengua de la persona usuaria.
- 8.6. En las unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel, que participan en la atención de la mujer se deberá proteger en todo momento su integridad y libertad, evitando el maltrato.
- 8.7. Las Coordinaciones Normativas de Atención Médica del primer, segundo y tercer niveles tienen la facultad de interpretar el presente documento, así como resolver los casos especiales y no previstos.
- 8.8. El presente lineamiento atiende el contenido de:
 - WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018⁵.
 - Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida¹⁶.



- Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017¹⁹.
- Guía de Práctica Clínica, Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014²⁰.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. 2010²¹.
- NICE guidelines. Intrapartum care for healthy women and babies (CG190). Clinical Guideline. 2014²².
- Guía de Práctica Clínica, Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud. 2013²³.
- Guía de Práctica Clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. Colombia. 2013²⁴.
- SOGC Clinical Practice Guideline. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. 2016²⁵
- NICE guidelines. Caesarean section (CG132) Clinical guideline. 2017²⁶.

9. Lineamientos generales

Dirección de Prestaciones Médicas, titular de la Unidad de Atención Médica, Coordinadores de Unidades de Primer y Segundo Nivel y de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Titular de la Dirección Médica; en los Órganos de Operación Administrativa Desconcentrada Estatales y Regionales, Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas y Coordinación de Prevención y Atención a la Salud o Responsables:

9.1 Verificarán la difusión del presente lineamiento entre el personal que participa en el proceso de atención de la mujer durante el embarazo, nacimiento y puerperio en las unidades médicas del primer, segundo y tercer niveles de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.

9.2 Conducirán, en el ámbito de su responsabilidad y nivel organizacional, la implantación y aplicación del presente lineamiento.

Personas titulares de la Dirección Médica de Unidades Médicas de Primer, Segundo y Tercer nivel de atención, de la jefatura de División Médica y Quirúrgica y Coordinación Médica de Turno en Unidades Médicas de Alta Especialidad, de la Coordinación Clínica en Unidades Médicas de Segundo Nivel, de la Jefatura de Servicio de Medicina Familiar de Primer Nivel, de la Dirección de Enfermería o Jefatura de Enfermería, subjefatura de Enfermería o Responsables:

9.3. Difundirán el presente lineamiento entre el personal que participa en el proceso de atención de la mujer durante el embarazo, nacimiento y puerperio en las unidades médicas de primer, segundo y tercer niveles.



- 9.4. Supervisarán que el personal de salud realice las actividades conforme a lo establecido en el presente lineamiento e implementarán las medidas correspondientes para su efecto.
- 9.5. Promoverán y permitirán la capacitación del personal en el curso Buen Trato para Fortalecer la Atención a Mujeres Embarazadas, así como en los cursos Responsabilidades Legales en el Actuar de las y los Servidores Públicos en los Servicios de Salud y Atención Obstétrica Amigable.
- 9.6. Supervisarán el cumplimiento del trato respetuoso hacia la mujer durante el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y puerperio, tomando en cuenta el Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas.
- 9.7. Promoverán la comunicación efectiva entre la mujer gestante, su familia y el personal de salud.

10. Lineamientos específicos

Consulta externa de control prenatal y de Obstetricia

Personal de salud:

- 10.1. Otorga información a la mujer y su familia respecto a sus derechos como paciente, los signos de alarma en el embarazo, la importancia de la lactancia materna y la planificación familiar de acuerdo con el riesgo reproductivo de cada mujer.
- 10.2. Entrega y llena la Cartilla de la Mujer Embarazada a cada mujer gestante (anexo 7).

Personal de Trabajo Social:

- 10.3. Programará y realizará el *Tour* Obstétrico a las mujeres gestantes hayan sido referidas desde el primer nivel de atención.

Atención en Urgencias y/o Admisión continua de la Unidad Toco-Quirúrgica

Personal médico:

- 10.4. Otorgará atención médica en los servicios de Urgencias de Toco-Cirugía con cortesía, apegado a los derechos de las y los pacientes de acuerdo a lo normado en el procedimiento Atención Materna Integral.
- 10.5. Evaluará a la mujer y determinará la fase del trabajo de parto en que se encuentra y decide, de acuerdo con las condiciones materno-fetales y en conjunto con la mujer, el ingreso a la sala de pre-labor (en caso de disponer de dicha área en el hospital) o labor, para continuar la atención del trabajo de parto.



- 10.6. Realizará exploración clínica ginecológica con previo consentimiento de la mujer, acompañado de personal de Enfermería, guardando respeto a la intimidad de la paciente, en una sala o cubículo de exploración con cortinas y/o sábana clínica que permita cubrir el cuerpo de la mujer.
- 10.7. Indicará el ingreso de la paciente a sala de labor cuando la mujer con embarazo no complicado presente actividad uterina regular, 4 centímetros de dilatación y más de 50% de borramiento cervical.
- 10.8. Indicará la hospitalización para inducción del trabajo de parto en embarazos no complicados a partir de la semana 41 de gestación. Esto debe realizarse explicando a la mujer los beneficios para ella y la persona recién nacida, así como los procedimientos que tendrán lugar, para obtener su consentimiento informado y voluntario por escrito.
- 10.9. Capacitará a la mujer embarazada en los signos de alarma obstétricos e indicará su egreso en caso de embarazo no complicado con menos de 4 centímetro de dilatación y menos de 50% de borramiento cervical.

Ingreso a la Sala de Labor

Personal médico y de Enfermería:

- 10.10. El personal médico y de Enfermería se presentará con la mujer, mencionando su nombre y categoría de forma cordial.
- 10.11. Verifica y registra la frecuencia cardiaca fetal con monitor fetal Doppler o Pinard.
- 10.12. Realiza la documentación para integrar el expediente clínico, realizando el interrogatorio médico de forma respetuosa y confidencial.
- 10.13. Recaba las firmas de la mujer y de los testigos en los formatos normados, de consentimiento informado y de procedimientos quirúrgicos, informando de forma clara a la mujer y a su acompañante responsable las acciones que se realizarán para su atención.
- 10.14. Permite y promueve que la mujer exprese dudas o inquietudes.

Personal de Enfermería:

- 10.15. Evitará realizar rasurado del vello púbico y enemas evacuantes de modo rutinario, únicamente se realizará bajo indicación médica por escrito y previo consentimiento de la mujer embarazada.



Vigilancia del trabajo de parto en la Sala de Labor

Persona responsable de la Jefatura de Departamento Clínico o Servicio, Dirección de Enfermería o Jefatura de Enfermería, Subjefatura de Enfermería o Responsables:

- 10.16. Supervisarán que el personal a su cargo evite tomar actitudes violentas o represoras y evite emitir juicios de valor ante la mujer en trabajo de parto.
- 10.17. Supervisarán el cumplimiento del Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas, a fin de prevenir y evitar acciones, omisiones o actitudes que puedan denotar algún tipo de violencia.

Personal de salud:

- 10.18. Fomentará y apoyará la libre adopción de postura materna y la deambulación asistida y segura durante el trabajo de parto.
- 10.19. Fomentará el acompañamiento continuo de la mujer durante el trabajo de parto, siempre que las condiciones de personal e infraestructura de la unidad lo permitan.

Personal médico:

- 10.20. Registrará las indicaciones de la mujer en trabajo de parto no complicado en el formato Notas médicas y prescripción, 4-30-128/72: ingesta de líquidos claros a libre demanda, libre adopción de postura materna y deambulación asistida.
- 10.21. Se usará el formato del partograma para registrar la frecuencia cardíaca fetal de modo intermitente, cada 30 minutos, con monitor fetal Doppler o Pinard.
- 10.22. Realizará el tacto vaginal a la mujer en trabajo de parto, solicitando su consentimiento verbal, cuidando su privacidad y dignidad, explicándole la razón y hallazgos del mismo. En caso de ser necesario el apoyo o concurso del personal en formación, se le informará a la paciente y se solicitará su consentimiento libre e informado.

Personal de Enfermería:

- 10.23. Fomentará la ingesta de líquidos claros a la mujer en trabajo de parto, y proporcionará la cantidad que solicite.
- 10.24. Solicitará al personal de Nutrición y Dietética el surtimiento de líquidos claros con base en las necesidades de las mujeres que se encuentren en el área de labor.

Personal de Nutrición y Dietética:

Jefe de Departamento o de servicio de Nutrición y Dietética:



10.25. Verificará el suficiente abasto de líquidos claros, jarras y vasos en la sala de labor.

Personal técnico manejador de alimentos:

10.26. Entregará garrafas con líquidos claros y vasos de plástico al personal de Enfermería en la Jefatura (o responsable) del piso (sala de labor).

Alivio del dolor durante el trabajo de parto

Personal de salud:

10.27. Fomentará y proporcionará alternativas para el control del dolor durante el trabajo de parto como masajes, aplicación de compresas calientes, técnicas de relajación, respiración profunda, y otras como musicoterapia y aromaterapia, en caso de estar disponibles y en caso de que en las unidades se cuente con la infraestructura para ello.

Atención del parto vaginal

Personal médico:

10.28. Fomentará y colaborará con la mujer para que adopte la postura de su elección (vertical u horizontal) durante el momento del nacimiento, siempre y cuando se cuente con la infraestructura necesaria.

10.29. Efectuará técnicas para la prevención del trauma perineal, como el uso de compresas calientes y/o la protección manual del periné, y evitará en todo momento la manipulación del canal del parto con objeto de acelerar el nacimiento.

Personal de Enfermería

10.30. Colaborará con el personal médico en la atención del parto y en la aplicación de técnicas para la prevención de trauma perineal.

10.31. Realizará acompañamiento a la mujer durante la atención del parto.

10.32. Aplicará los cuidados específicos de Enfermería durante el parto.

Nacimiento vía cesárea

Personal médico:



10.32. Otorgará información a la paciente respecto a la indicación, riesgos y beneficios de la cesárea, y en caso de que la paciente otorgue su consentimiento libre e informado, recabará la firma del documento de consentimiento informado correspondiente.

10.34. En caso de que la cesárea no sea urgente, atenderá las preferencias maternas durante la cesárea y permitirá que la mujer observe el momento del nacimiento.

Personal de Enfermería:

10.35. Una vez concluida la cirugía, verificará y registrará la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial, tono uterino y vigilancia de sangrado transvaginal, así como escala del dolor, cada media hora durante las primeras 2 horas del posoperatorio.

Atención del nacimiento (parto vaginal o cesárea)

Personal médico:

10.36. En nacimientos no complicados, realizará el pinzamiento tardío del cordón umbilical, de 1 a 3 minutos después del nacimiento, o bien hasta que este deje de latir.

Personal de salud:

10.37. Realizará el contacto piel con piel dentro de los primeros 5 minutos en las personas recién nacidas sin complicaciones. Se mantendrá dicho contacto durante la primera hora después del nacimiento.

10.38. Realizará el apego de la persona recién nacida con el seno materno tan pronto como sea posible y cuando muestre los primeros signos de hambre, siempre que la madre se encuentre estable.

Promoción y asistencia de la lactancia materna

Médico No Familiar:

10.39. La o el médico que atienda el nacimiento indicará el alojamiento conjunto, siempre que las condiciones de salud de la madre y la persona recién nacida lo permitan.

Personal de salud

10.40. Otorgará información a todas las madres sobre los riesgos y beneficios de diferentes opciones de alimentación y sobre las técnicas de amamantamiento, incluidas la relativa a una correcta posición y a la verificación de la toma y la succión.

10.41. Capacitará, a todas las madres que amamantan, sobre cómo reconocer los signos que muestran sus bebés cuando tienen hambre y cuándo la han saciado.



- 10.42. Otorgará información a todas las madres respecto a que no existen restricciones en cuanto a la frecuencia y la duración de cada amamantada.
- 10.43. Otorgará información a todas las madres sobre la técnica de extracción manual de leche.
- 10.44. Otorgará información respecto al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.



11. Anexos

Anexo 1. Figuras

Figura 1. Componentes de la atención obstétrica amigable



Atención Integral y Segura

- * Enfoque interdisciplinario y uso de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica.
- * Recurso humano capacitado, equipamiento e infraestructura mínima e indispensable.



Enfoque intercultural y de género

- * Carácter inclusivo, respeto y valoración de la diversidad cultural.
- * Percepción de la diversidad como un valor, sin discriminación y favoreciendo la convivencia.



Comunicación efectiva

- * Empleo de un lenguaje claro y entendible en su lengua, sin que genere confusión, dudas o interpretaciones erróneas. Comunicación respetuosa, abierta y bidireccional (Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas).

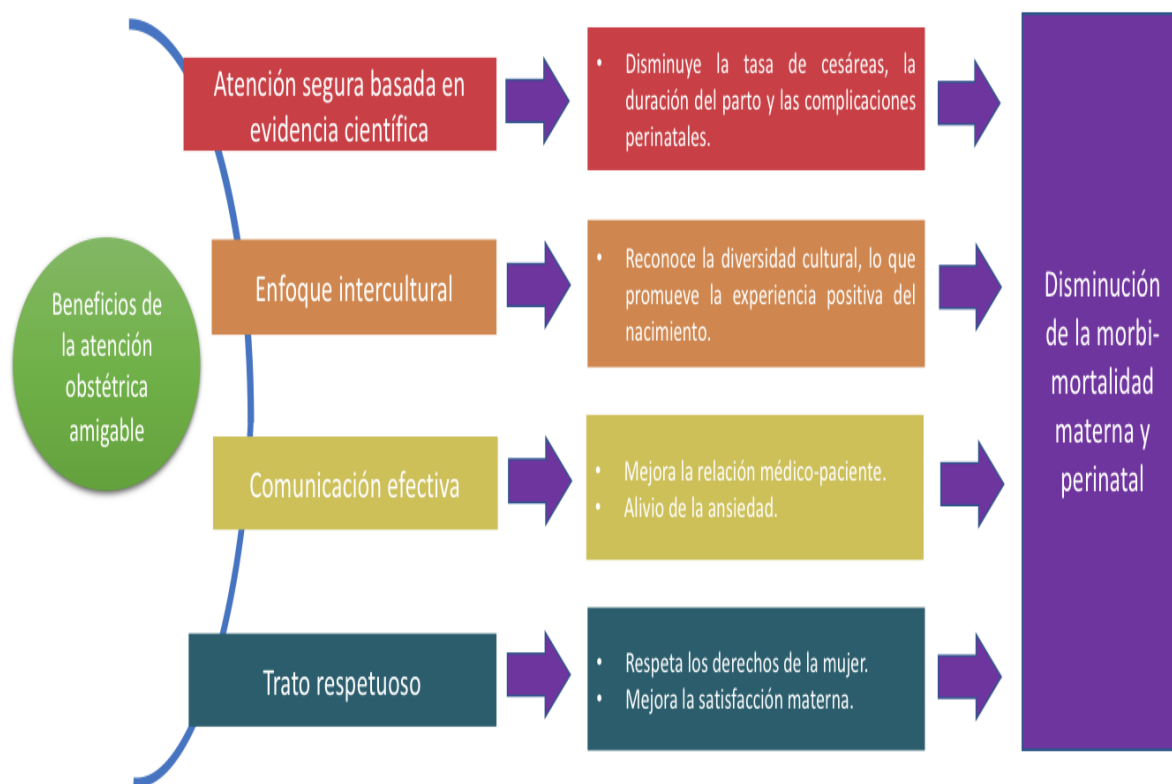


Trato digno, humanizado y respetuoso

- * Respetar los derechos humanos, en general; los principios de igualdad, no discriminación y no violencia, y los derechos reproductivos y sexuales, en particular.
- * Respetar los pensamientos sobre cuestiones de género, pudor e intimidad.



Figura 2. Beneficios de la Atención Obstétrica Amigable





Anexo 2. Tablas

Tabla 1. Clasificación de Bowser y Hill sobre los tipos de maltrato o abuso en la atención obstétrica³

Clasificación de Bowser y Hill	
Tipo de maltrato o abuso	Ejemplos
Abuso físico	Realizar procedimientos innecesarios. Puncionar o pellizcar a la paciente.
Llevar a cabo procedimientos sin el consentimiento de la paciente	No dar explicación sobre el procedimiento. No informar sobre el diagnóstico, manejo y alternativas terapéuticas. No resolver dudas.
Vulnerar la dignidad de la paciente	Usar lenguaje rudo. Trato grosero. Amenazar a la paciente. Exponer el cuerpo de la paciente innecesariamente. Ofrecer servicios en condiciones antihigiénicas. Emitir juicios de valor respecto a cualquier característica física, económica o condición social de la mujer.
Discriminación	Negar el servicio por la condición étnica, racial o ideológica, de orientación sexo-afectiva o, cualquier otra, de la paciente. Hacer comentarios despectivos en referencia a la edad (en el caso de adolescentes y de mujeres mayores de 35 años).
Abandono o negligencia	Retraso deliberado de la atención médica. No emplear insumos que estén disponibles. No proceder de acuerdo con las Guías de Práctica Clínica o Lineamientos.
Retención	Posponer el egreso hospitalario sin razón médica.
Falta de confidencialidad	Realizar el interrogatorio y exploración física en un área sin privacidad. Desproteger la privacidad, dignidad y confidencialidad de la paciente y/o su familia.

Fuente: Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. 2010, Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, University Research Co., LLC. 57.



Tabla 2. Derechos de la mujer durante el parto y el puerperio^{11, 42}

Recibir un trato digno y respetuoso.
Recibir atención médica adecuada e incapacidad por maternidad.
Recibir atención médica de urgencia.
Expresar dudas, emociones, necesidades y expectativas respecto al embarazo y posterior al parto o cesárea.
Ser respetada en su intimidad y dignidad, con confidencialidad y privacidad.
Recibir, junto con su acompañante y/o familiar, información suficiente, clara, oportuna y veraz, en un lenguaje sencillo y comprensible, sobre la atención y procedimientos que se realicen.
Participar libremente en las decisiones sobre su atención y otorgar, o no, su consentimiento informado.
Establecer un vínculo inmediato con su hijo o hija recién nacida, piel a piel, en la medida que la atención o el estado de salud de ambos lo permita.
Decidir el espaciamiento entre los embarazos con el método anticonceptivo adecuado.
Ser atendida cuando se inconforme con la atención y/o trato recibidos.



Anexo 3. Recomendaciones clave

Los principales componentes de la atención amigable en Obstetricia son mantener la privacidad y confidencialidad, preservar la dignidad de la madre, promover la comunicación efectiva, otorgar información veraz, pertinente y adecuada, obtención del consentimiento libre e informado, proporcionar áreas físicas adecuadas, con recursos suficientes, respetando las decisiones de la madre y brindando cuidados maternos continuos con igualdad, sin discriminación ni violencia, calidad y calidez (Nivel de Evidencia 1++)²⁷.

Se debe considerar que implementar la atención respetuosa en Obstetricia es una estrategia que ayuda a disminuir la violencia obstétrica (Nivel de Evidencia 1++)²⁸, para lo cual se debe tener en cuenta que las principales intervenciones del trato respetuoso que han probado mejorar la experiencia del nacimiento son el apoyo a la madre durante el nacimiento, empleo de técnicas de relajación y de alivio del dolor, mínima intervención durante la vigilancia del trabajo de parto y estar preparados para el manejo de complicaciones (Nivel de Evidencia 1++)²⁹; mientras que los factores que influyen en la calidad de la atención del personal de salud son la capacitación, supervisión, equipamiento y personal suficiente, así como salarios y condiciones de vida adecuados. Otros factores que mejoran la calidad y calidez del servicio son la comunicación, confianza y colaboración entre el personal y con las pacientes (Nivel de Evidencia 1++)³⁰.

Recomendaciones clave durante el trabajo de parto

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Cuidado respetuoso durante el embarazo	Se recomienda otorgar y proporcionar una atención organizada a todas las mujeres, mantener su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegurar la ausencia de daño y maltrato, permitir la posibilidad de una elección libre, informada y continúa durante el trabajo de parto y el nacimiento.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵ Downe S, 2018 ²⁸
Comunicación efectiva	Se requiere comunicación efectiva entre quienes proveen el cuidado de la salud y las mujeres en trabajo de parto, usando términos simples y culturalmente aceptables, y brindando la posibilidad de externar dudas e inquietudes.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵ Chang YS, 2018 ³¹



Acompañamiento durante el trabajo de parto y el nacimiento	Se recomienda que, durante el trabajo de parto y el nacimiento, la mujer cuente con el acompañamiento de una persona de su elección. Los beneficios del acompañamiento continuo son incremento del parto vaginal espontáneo, disminución del uso de analgesia intraparto, disminución de la insatisfacción materna en la duración del parto, así como disminución de la tasa de cesáreas y de parto instrumentado.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵ WHO recommendations for augmentation of labour, 2014 ³² .
--	--	---

Recomendaciones previas al inicio del trabajo de parto
(Admisión hospitalaria/Hospitalización)

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Favorecer el estado emocional positivo	Es importante favorecer estados emocionales positivos en la mujer embarazada y en trabajo de parto, tratándolas de manera individualizada, con respeto y afecto, asegurando su entendimiento y aprobación de los procedimientos en todo momento.	Punto de buena práctica
Inicio del trabajo de parto	A las mujeres con embarazo no complicado se les debe dar la oportunidad de iniciar un trabajo de parto espontáneamente.	Punto de buena práctica
Inducción del trabajo de parto	A las mujeres con embarazos no complicados se les debe dar la oportunidad de que inicien un trabajo de parto espontáneo y se les debe ofrecer la inducción de trabajo de parto entre las semanas 41 y 42, para evitar riesgo de embarazo prolongado.	Punto de buena práctica
Momento indicado para la inducción del trabajo de parto	A las mujeres con embarazos no complicados se les debe proponer la inducción del trabajo de parto entre las semanas 41 a 42.	Punto de buena práctica



Recomendaciones durante el ingreso de la mujer embarazada a sala de labor de la unidad toco-quirúrgica

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Admisión tardía a sala de labor	Se recomienda que el ingreso a sala de labor de mujeres con embarazo normoevolutivo sea a partir de la fase activa del trabajo de parto.	Punto de buena práctica
Criterios de ingreso a sala de labor	Se recomienda que la admisión se realice cuando se cumplan los siguientes criterios: actividad uterina regular, dilatación cervical >4 cm y borramiento >50%.	Punto de buena práctica
Pelvimetría clínica al ingreso	No se recomienda realizar pelvimetría clínica de rutina en mujeres sanas en el momento de su ingreso a sala de labor.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Cardiotocografía rutinaria al ingreso a sala de labor	No se recomienda la cardiotocografía rutinaria para establecer el bienestar fetal en mujeres sanas con embarazo normoevolutivo que hayan desencadenado trabajo de parto espontáneo.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal al ingreso a sala de labor	Se recomienda auscultar la frecuencia cardíaca fetal, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler, para establecer el bienestar fetal.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Rasurado del vello púbico	No se recomienda el rasurado rutinario del vello púbico.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Enema evacuante	No se recomienda realizar enemas evacuantes en el momento del ingreso de la mujer a sala de labor.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Vaciamiento vesical	Se recomienda favorecer la micción espontánea y sólo se recomienda el vaciamiento vesical por sonda ante la sospecha de retención urinaria.	Punto de buena práctica



Recomendaciones durante el trabajo de parto (Sala de labor de la unidad toco-quirúrgica)
Anexo 4. Algoritmo 1

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de Recomendación
Cardiotocografía continua en el trabajo de parto	No se recomienda realizar cardiotocografía continua en mujeres sanas que iniciaron espontáneamente el trabajo de parto.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Vigilancia de la frecuencia cardíaca durante el trabajo de parto	Se recomienda auscultar intermitentemente la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto de mujeres sanas, ya sea con Pinard o con monitor fetal Doppler.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Actitud del personal de salud ante el dolor de la parturienta	El personal de salud no debe tomar actitud violenta o represora ante mujeres con dolor obstétrico, cuidando el tono y las palabras. Por el contrario, deberá ofrecer apoyo para el control del dolor y dar confianza en su atención.	Punto de buena práctica
Ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto	Se recomienda la ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto en mujeres sanas.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Ingesta de bebidas isotónicas	Se le debe informar a la paciente que la ingesta de bebidas isotónicas puede ser más benéfica que los líquidos claros.	Recomendado NICE guidelines. Intrapartum care for healthy women and babies ²²
Posición materna	Se recomienda la libre movilidad y adopción de la postura durante el trabajo de parto de mujeres sanas.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵



Posición materna (con analgesia epidural)	Se debe alentar y ayudar a las mujeres con analgesia epidural a adoptar cualquier posición que encuentren cómoda a lo largo del primer periodo del trabajo de parto.	Recomendado GPC Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: 2014 ²⁰
Deambulación materna	Deambular durante el trabajo de parto, bajo vigilancia hospitalaria, reduce la duración del primer periodo del trabajo de parto y el riesgo de nacimiento por cesárea. Además, no se asocia a efectos adversos en la madre o la persona recién nacida.	A SIGN Lawrence A. 2013 ³³
Canalización intravenosa y deambulación	La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la deambulación o la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto.	Punto de buena práctica
Tacto vaginal	Se recomienda realizar un tacto vaginal cada cuatro horas durante el primer periodo de trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Condiciones para realizar un tacto vaginal	Se le debe proporcionar privacidad, dignidad y comodidad a la mujer durante el procedimiento del tacto vaginal. Además, se le debe explicar la razón y los hallazgos del mismo.	Punto de buena práctica
Aseo vaginal	No se recomienda el aseo vaginal rutinario durante el trabajo de parto.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Amniotomía de rutina	No se recomienda realizar amniotomía rutinaria para abreviar el trabajo de parto.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵



Uso rutinario de oxitocina	No se recomienda el uso rutinario de oxitocina para abreviar el trabajo de parto.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Uso de antiespasmódicos	No se recomienda el uso rutinario de antiespasmódicos para abreviar el trabajo de parto.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Soluciones intravenosas	No se recomienda el uso de soluciones intravenosas para abreviar el trabajo de parto.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵

Recomendaciones para el alivio del dolor durante el trabajo de parto (Sala de labor de la unidad toco-quirúrgica)

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Analgesia epidural para el alivio del dolor	Se recomienda la analgesia epidural para el alivio del dolor en mujeres sanas que así lo soliciten, más no debe de ofrecerse de manera rutinaria.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Dosis de la analgesia epidural	Se recomienda emplear dosis bajas en la analgesia epidural para favorecer la movilidad materna.	A SOGC Clinical Practice Guideline. Canadá. 2016 ²⁵
Analgésicos opioides para el alivio del dolor	Se recomienda el uso de opioides parenterales, como el fentanil, para el alivio del dolor en mujeres sanas que así lo soliciten.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive



		childbirth experience, 2018 ⁵
Técnicas de relajación para el control del dolor	Se recomienda el uso de técnicas de relajación para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como respiración profunda, relajación muscular progresiva o musicoterapia, entre otras.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Técnicas manuales para el control del dolor	Se recomienda el uso de técnicas manuales para el control del dolor de mujeres sanas durante el trabajo de parto, como masajes o aplicación de compresas calientes.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Control del dolor para prevenir la falta de progresión del trabajo de parto	No se recomienda emplear técnicas para el control del dolor para prevenir la falta de progresión del trabajo de parto.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Masaje	Se recomienda el masaje y el contacto físico tranquilizador como un método de alivio del dolor durante la primera y la segunda etapa del parto.	A GPC. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. Colombia. 2013 ²⁴
Técnicas de respiración	Las mujeres que elijan utilizar técnicas de respiración o relajación deben ser apoyadas en su elección.	B GPC. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico.



Colombia.
2013²⁴

Recomendaciones para el cuidado de la madre durante el nacimiento vía vaginal

(Sala de expulsión de la unidad toco-quirúrgica)

Anexo 4. Algoritmo 2

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Ingreso a sala de expulsión	La paciente debe ingresar a sala de expulsión cuando se encuentre en el segundo periodo del trabajo de parto (dilatación completa).	Punto de buena práctica
Postura materna durante el nacimiento sin analgesia epidural	Se recomienda permitir la libre adopción de postura durante el nacimiento a mujeres sin analgesia epidural.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Postura materna durante el nacimiento con analgesia epidural	Se recomienda permitir la libre adopción de postura durante el nacimiento (incluyendo la posición vertical) a mujeres con analgesia epidural.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Posición de la mujer durante el periodo expulsivo	Se recomienda que las mujeres tengan el parto en la posición más cómoda para ellas. Se les debe informar que la posición vertical se asocia a menor duración del segundo periodo del trabajo de parto, menos nacimientos asistidos, menos dolor, menor tasa de episiotomías y menos alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. También se asocian a mayor número de desgarros de segundo grado y mayor posibilidad de hemorragia posparto.	A SIGN Gupta JK. 2017 ³⁴
Método de pujo	Se recomienda retrasar, en una o dos horas, el momento de inicio del pujo materno durante el segundo periodo del trabajo de parto en mujeres con analgesia epidural.	Punto de buena práctica
Técnicas para prevenir el trauma	Se recomienda emplear técnicas para prevenir el trauma perineal durante el	Recomendado WHO:



perineal	segundo periodo del trabajo de parto, como aplicación de compresas calientes y la protección manual del periné.	intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Episiotomía rutinaria	No se recomienda realizar episiotomía rutinaria en mujeres sanas con trabajo de parto espontáneo.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Episiotomía selectiva	Puede practicarse la episiotomía en casos de periné corto, presentación de cara, compuesta o de nalgas, así como ante la presencia de distocia de hombros o necesidad de parto instrumentado. Siempre deberá realizarse bajo analgesia adecuada y la técnica recomendada es la mediolateral.	Punto de buena práctica
Presión en el fondo del útero	No se recomienda aplicar presión en el fondo del útero durante el periodo expulsivo para facilitar el nacimiento.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience 2018 ⁵
Maniobra de Kristeller	No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.	A GPC. Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. Colombia. 2013 ²⁴
Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto	Se recomienda el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, a fin de reducir la hemorragia posparto. Consiste en administrar agentes uterotónicos, aplicar tracción controlada del cordón umbilical (alumbramiento dirigido) y	A GPC Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo.



	aplicar masaje uterino después del alumbramiento.	México. 2014 ²⁰
Revisión manual de cavidad uterina	La revisión manual de la cavidad uterina solo se practicará en casos de sospecha de retención de placenta (parcial o completa) o hemorragia uterina por atonía uterina.	Punto de buena práctica

Recomendaciones para el cuidado de la persona recién nacida

(Sala de expulsión y área de recuperación de la unidad toco-quirúrgica)

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Reanimación neonatal, pasos iniciales	Se recomienda evaluar el inicio de los pasos iniciales de la reanimación neonatal o reanimación avanzada, con base en la condición individualizada de la persona recién nacida, previo al contacto piel con piel, en el primer minuto de vida.	Recomendado Neonatal Resuscitation 8 th ILCOR, American Heart Association, American Academy of Pediatrics
Aspiración rutinaria de boca y fosas nasales	No se recomienda la aspiración rutinaria de boca y fosas nasales en las personas recién nacidas que han nacido con líquido amniótico claro y que inician respiración espontánea.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience,; 2018 ⁵
Contacto piel con piel	Se recomienda que la persona recién nacida sin complicaciones tenga contacto piel con piel durante la primera hora después del nacimiento, con la finalidad de prevenir hipotermia y promover la lactancia materna.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Pinzamiento tardío del cordón umbilical	Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical, (1 a 3 minutos después del nacimiento) o hasta el cese del latido del cordón umbilical.	Recomendado GPC Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México. 2014 ²⁰



Pinzamiento inmediato del cordón umbilical	Se debe considerar el pinzamiento inmediato del cordón umbilical ante la presencia de desprendimiento de placenta, placenta previa, ruptura uterina, desgarro del cordón o paro cardíaco materno.	Punto de buena práctica
Lactancia materna	Se recomienda que todas las personas recién nacidas con capacidad de mamar tengan contacto con el seno materno tan pronto como sea posible y una vez que la madre y la persona recién nacida se encuentren listas y estables.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Uso de vitamina K	Se recomienda que a todas las personas recién nacidas se les administre 1 mg de vitamina K intramuscular después del nacimiento, como profilaxis para enfermedades hemorrágicas.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Baño de la persona recién nacida	El baño de la persona recién nacida deberá llevarse a cabo 24 horas después del nacimiento. Se debe procurar que la vestimenta sea adecuada y se encuentre a temperatura ambiente.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵

Recomendaciones clave durante el nacimiento vía cesárea

(Sala de quirófano y área de recuperación) Anexo 4. Algoritmo 3

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Comunicación efectiva	Se recomienda dar a la mujer embarazada información relativa al procedimiento de la cesárea durante el periodo prenatal. La información debe incluir: indicaciones, riesgos, beneficios, explicar en qué consiste el procedimiento y las implicaciones para futuros embarazos.	A SIGN O’Cathain A. 202 ³⁵
Consentimiento informado	Se debe obtener el consentimiento bajo información después de que se le explicó a la paciente acerca de las indicaciones, riesgos, beneficios y alternativas de la cesárea.	Punto de buena práctica



Preferencias maternas	Se recomienda atender las preferencias maternas durante la cesárea, como reproducir música de su elección, bajar el campo cefálico para que la madre pueda observar el nacimiento y guardar silencio durante el mismo, para que lo primero que escuche la persona recién nacida sea la voz de la madre.	Punto de buena práctica
Contacto piel con piel	Debe procurarse el contacto piel con piel entre la madre y la persona recién nacida tan pronto como sea posible.	A SIGN Moore ER. 2016 ³⁶
Inicio de lactancia	Debe ofrecerse apoyo adicional a la mujer que ha dado a luz por vía cesárea para que pueda iniciar la lactancia lo más pronto posible.	A NICE guidelines. Caesarean section ²⁶
Vigilancia del posoperatorio	Se recomienda la vigilancia de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, tensión arterial y escala del dolor cada media hora durante las primeras 2 horas del posoperatorio.	B NICE guidelines. Caesarean section ²⁶
Alimentación después de la cesárea	Si la cesárea no tuvo ninguna complicación, se recomienda que la paciente ingiera líquidos y alimentos tan pronto tenga hambre o sed.	A NICE guidelines. Caesarean section ²⁶
Sonda vesical	Se recomienda el retiro de la sonda vesical una vez que la paciente ha logrado deambular y no antes de las primeras 12 horas del posoperatorio.	Punto de buena práctica

Recomendaciones clave durante el puerperio (Área de alojamiento conjunto)

Anexo 4. Algoritmo 4

Escenario/Acción	Recomendación	Grado de recomendación
Vigilancia del tono uterino	La vigilancia periódica del tono uterino se recomienda para identificar oportunamente la atonía uterina.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Antibioticoterapia posparto	No se recomienda el uso rutinario de antibióticos profilácticos después de un parto no complicado.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive

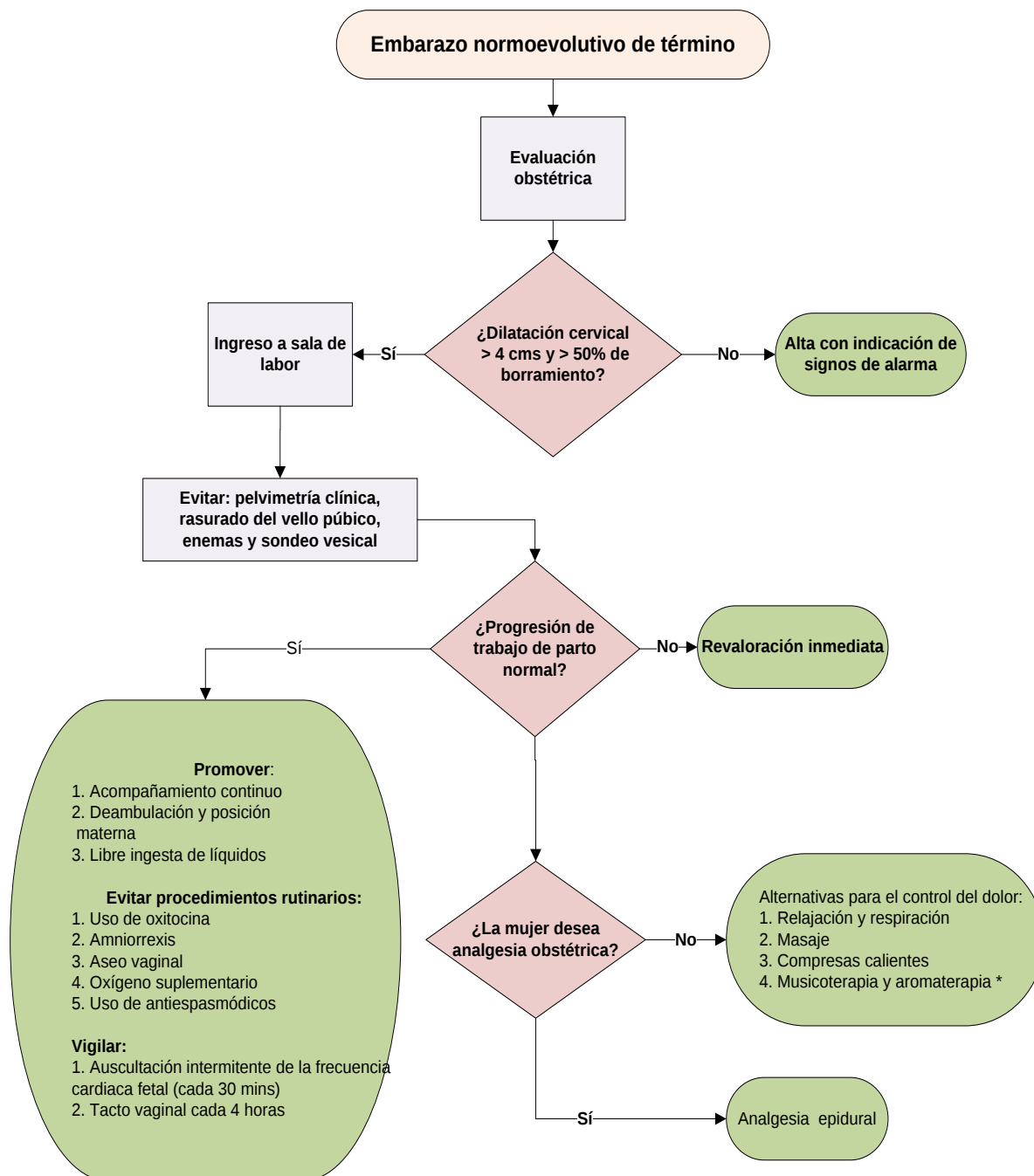


		childbirth experience, 2018 ⁵
Antibioticoterapia profiláctica posterior a la episiorrafía	No se recomienda administrar antibiótico profiláctico después de la reparación de una episiotomía no complicada.	No recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Vigilancia rutinaria del puerperio	Se recomienda que todas las mujeres que cursen su puerperio inmediato reciban vigilancia rutinaria respecto al sangrado transvaginal, tono uterino, altura del fondo uterino, temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial y uresis, a partir de la primera hora posparto y hasta las 24 horas posteriores al nacimiento.	Recomendado WHO: intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018 ⁵
Apoyo para el inicio de la lactancia	Después del nacimiento, todas las madres deben de recibir apoyo para iniciar la lactancia dentro de la primera hora del puerperio.	Recomendado WHO: protecting, promoting and supporting breastfeeding, 2017 ¹⁹
Apoyo práctico para la lactancia	Todas las mujeres deberán recibir apoyo práctico que les permita establecer la lactancia y manejar las dificultades más comunes.	Recomendado WHO: protecting, promoting and supporting breastfeeding, 2017 ¹⁹
Extracción manual de leche	A todas las mujeres se les deberá enseñar cómo extraerse manualmente la leche para poder continuar con la lactancia en caso de separación temporal de la persona recién nacida.	Recomendado WHO: protecting, promoting and supporting breastfeeding, 2017 ¹⁹
Proveer alojamiento conjunto	Se deben de proveer las facilidades para que la madre y la persona recién nacida permanezcan día y noche en alojamiento conjunto.	Recomendado WHO: protecting, promoting and supporting breastfeeding, 2017 ¹⁹



Anexo 4. Algoritmos

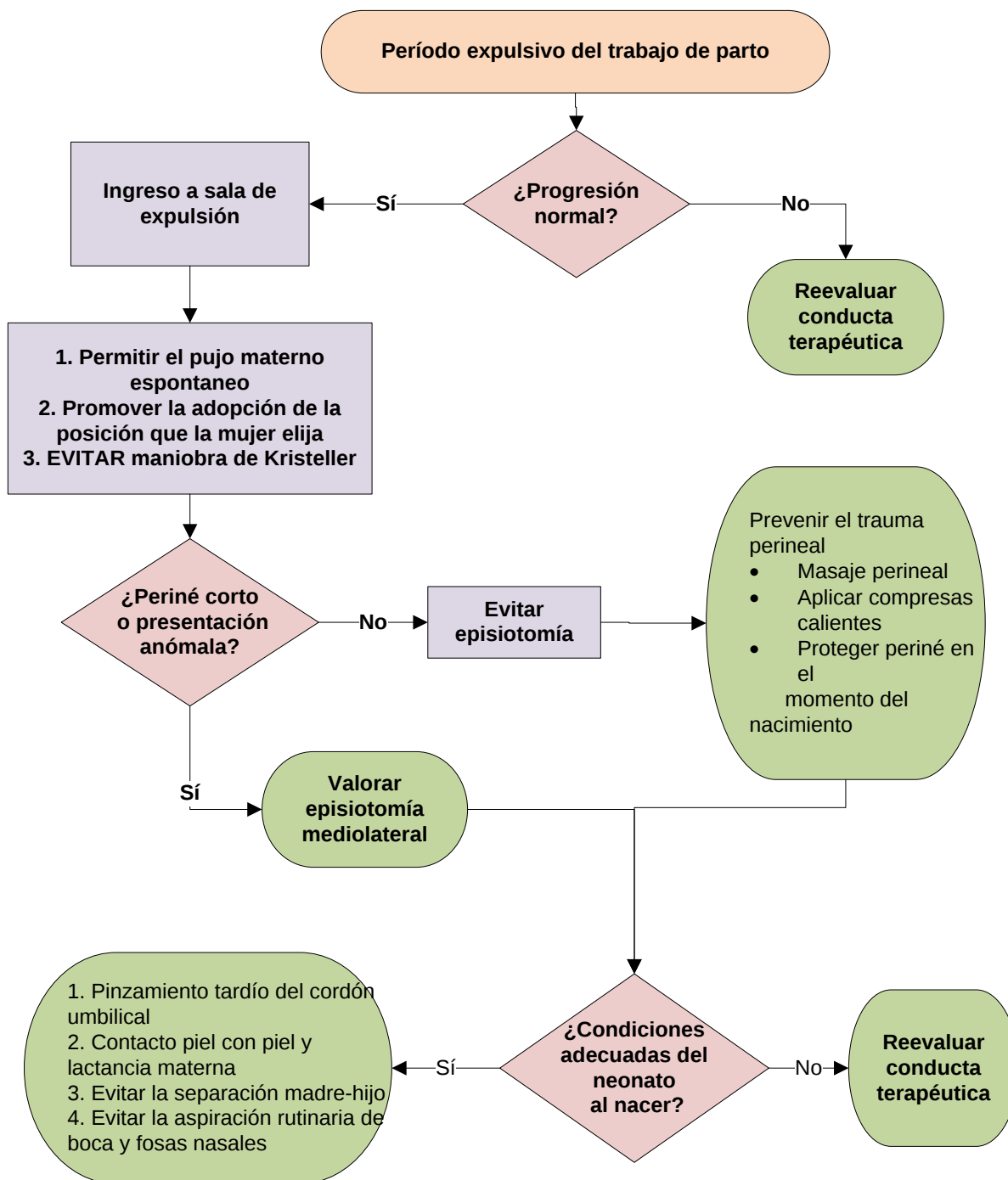
Algoritmo 1. Atención obstétrica amigable durante el trabajo de parto



*Nota: En las unidades en las que sea factible y cuenten con infraestructura para aplicarlo

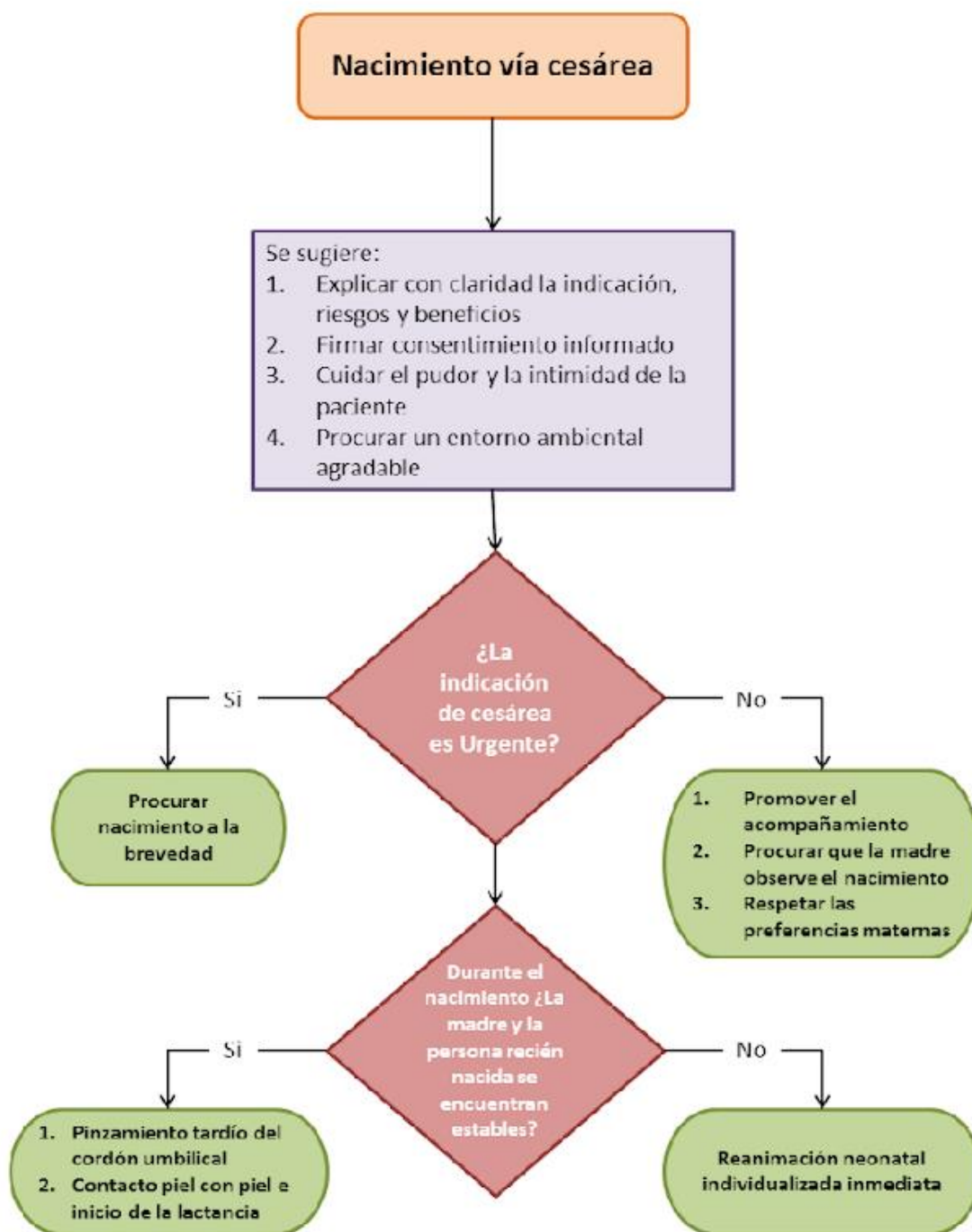


Algoritmo 2. Atención obstétrica amigable durante el parto





Algoritmo 3. Atención obstétrica amigable durante la cesárea





Anexo 5. Glosario^{17,18,37,40}

Término	Definición
Abuso	Hacer uso excesivo o inadecuado de una cosa en perjuicio propio o ajeno.
Amniotomía	Es la ruptura artificial del amnios, ya sea por técnica manual o mediante el uso del amniotomo.
Analgesia epidural	Es la introducción de anestésico local en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal.
Aromaterapia	Consiste en la utilización de aceites esenciales puros de plantas para conseguir o recuperar la salud física, emocional y mental.
Autonomía	Es la capacidad de una persona para ejercer independencia de otra persona o cosa, pudiendo, por ejemplo, tomar decisiones propias o funcionar sin necesidad de otro aparato, entre otros.
Confidencialidad	Es la propiedad de la información por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.
Derechos humanos	Son derechos morales inalienables e inherentes de todas las personas por el solo hecho de serlo. Estos derechos tienen carácter jurídico cuando son reconocidos en los ámbitos nacionales e internacionales. Los valores de dignidad e igualdad de todas las personas son principios esenciales que subyacen en el concepto de derechos humanos.
Desigualdad de género	Distancia y/o asimetría social entre mujeres y hombres. La desigualdad de género se relaciona con factores económicos, sociales, políticos y culturales, cuya evidencia y magnitud puede captarse a través de las brechas de género.
Discriminación	Toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, orientación sexual, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.
Empatía	Es la capacidad para ver los problemas o situaciones de las otras personas, según suponemos que ellas los ven. Implica imaginar cómo es su vida y cuáles son sus sentimientos y sus motivos, aunque esa circunstancia sea muy diferente a la propia. Implica también una apertura a la escucha activa y el respeto por lo que las otras personas expresan. La empatía ayuda a aceptar a las personas y nos permite fomentar comportamientos solidarios y de apoyo hacia alguien más cuando necesita de cuidados, asistencia o aceptación del otro.
Empoderamiento de la	Proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier



mujer	situación de opresión, desigualdad, discriminación, limitación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, que se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de derechos y libertades.
Empoderamiento para la salud	Proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.
Episiotomía	Es la incisión quirúrgica del periné que se realiza durante el parto con el fin de incrementar el orificio vulvar y de protegerlo contra desgarros de la fascia y de los músculos perineales.
Equidad en la salud	Es la ausencia de diferencias injustas y evitables o prevenibles en el acceso a los servicios de salud entre poblaciones o grupos social, económica, demográfica o geográficamente definidos.
Humillación	Es cualquier tipo de acto que denigre públicamente a un ser humano, al igual que su cultura, su dignidad, su sexo, su origen étnico, su religión, su pensamiento, su nivel económico, sus conocimientos, sus preferencias sexuales, etcétera.
Identidad	Designa aquello que es propio de una persona o grupo y lo singulariza. Conjunto aprendido de valores, símbolos, conocimientos, expresiones, estilos de vida, conductas y pensamientos adquiridos en sociedad. La identidad se construye a lo largo de la vida y se refleja de diversas formas en la apariencia individual, vestimenta, preferencias, manera de expresarnos y comunicarnos.
Identidad cultural	Conjunto de tradiciones, símbolos, creencias, modos de comportamiento, expresiones, valores, conocimientos, y pensamientos aprendidos y adquiridos del grupo humano con el que se tiene relación y con el cual existe sentido de pertenencia por razón de ubicación geográfica, territorio, etnia u origen.
Inducción del trabajo de parto	Es el desencadenar los fenómenos fisiológicos del parto para reproducir lo más fielmente posible el parto espontáneo, estimulando artificialmente las contracciones uterinas que conducen al borramiento y dilatación del cuello uterino, y al nacimiento.
Igualdad	Es el trato idéntico que un organismo, estado, empresa, asociación, grupo o persona le brinda a las personas sin que medie ningún tipo de distinción (o discriminación) por la raza, sexo, clase social u otra circunstancia plausible de diferencia. En contraparte, es aceptable y necesario el “trato desigual” (acción afirmativa) a personas o grupos en situación de vulnerabilidad para que accedan, en igualdad, a recursos, oportunidades y derechos.
Igualdad de género	Situación en la cual todas las personas son libres para desarrollar sus capacidades personales y dueñas de sus decisiones, sin ningún tipo de limitación impuesta por los roles



	de género tradicionales. Asimismo, significa que las mujeres tengan las mismas oportunidades y gocen de los mismos derechos en la vida que los hombres (y viceversa), incluida la capacidad para participar en la esfera pública. Es importante reiterar que la igualdad de género no consiste en considerar a las mujeres y a los hombres como si fueran lo mismo.
Igualdad sustantiva	Es lograr el acceso al mismo trato y oportunidades para el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Es un objetivo prioritario en los objetivos de desarrollo sostenible.
Interculturalidad	Es la interacción entre dos o más culturas de un modo horizontal y sinérgico. Esto supone que ninguno de los conjuntos se encuentra por encima de otro, condición que favorece la integración y la convivencia armónica de todas las personas.
Intolerancia	Es la falta de habilidad o de voluntad para poder soportar o resistir características o puntos de vista de otras personas, la cual, en su grado más extremo, tiene como resultado la discriminación de ciertas personas o grupos sociales.
Lenguaje incluyente	Es un elemento que reconoce a las mujeres y a los hombres tanto en el lenguaje hablado como escrito; manifiesta la diversidad social e intenta equilibrar las desigualdades. El lenguaje incluyente contribuye a forjar una sociedad que reconozca e integre la diversidad y la igualdad en todos los conceptos, incluyendo la igualdad de género.
Maltrato	Término empleado para designar todas aquellas acciones que involucran algún tipo de agresión o violencia, física o verbal.
Maltrato en obstetricia	Es toda forma de vulneración de los derechos humanos de las mujeres que se presenta durante la atención obstétrica y en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.
Maniobra de Kristeller	Maniobra descrita por Samuel Kristeller en 1867, que consiste en una presión del fondo uterino durante el periodo expulsivo, para ayudar el nacimiento.
Mujeres en situación de vulnerabilidad	El grupo de mujeres que, por roles y estereotipos de género, han sido discriminadas y violentadas históricamente. Dentro de este grupo existen aquellas que por su situación económica, social y/o familiar carecen de elementos para integrarse al desarrollo y tienen más posibilidades de sufrir doble discriminación, maltrato y violencia de género. En la situación de vulnerabilidad pueden intersectar distintas variables –que aumentan la vulnerabilidad– tal como la condición de salud, etnia, edad, orientación sexo-afectiva, etc.
Negligencia	Falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace, en especial en el cumplimiento de una obligación.
Perspectiva de género	Es una visión sobre la sociedad, la cual permite enfocar, observar y analizar las diferencias, semejanzas y relaciones



	entre mujeres y hombres; su metodología y mecanismos permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, la desigualdad, la exclusión y la violencia contra las mujeres; tiene por finalidad que los estudios, acciones, proyectos de desarrollo, las leyes y las políticas públicas tomen en cuenta las relaciones de género para crear condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.
Prejuicio	Un juicio previo, predisposición (positiva o negativa) hacia alguna persona, las y los integrantes de un grupo, cosa o situación.
Prevención de la violencia	Se entiende como la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físico, intelectual, psíquico o sensorial (prevención primaria) o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria) como producto de acciones agresivas físicas, psicológicas o emocionales, causadas por otra persona, grupo o sociedad.
Roles de género	Conjunto de conductas, actividades, tareas, expectativas y costumbres que históricamente la sociedad ha establecido como las que debe cumplir una mujer o un hombre por el hecho de nacer como tales. Los roles de género privilegian al rol masculino sobre el femenino. Ello ha generado desigualdad de género.
Trato digno	Derecho de las personas usuarias que demandan servicios de salud a recibir un trato por todo el personal con oportunidad, dignidad, cordialidad y respeto a los derechos humanos, independientemente de las características, condición física, social, económica o patología; con respeto a los valores, privacidad e intimidad de cada persona, así como al derecho que les asiste a recibir información completa, veraz y oportuna de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento que se les brinde durante la atención.
Víctima	Persona a quien se le inflige cualquier tipo de violencia.
Violencia de género	Es la forma de violencia que se fundamenta en relaciones de dominación y discriminación por razón de género y en definiciones culturales donde lo femenino y lo masculino se entienden de manera desigual y jerárquica. Incluye maltrato físico, amenazas, coerción o privación de la libertad de ser y de actuar. Tiene como consecuencia un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, por el solo hecho de serlo.
Violencia física	Es cualquier acción que ocasiona un daño no accidental, utilizando la fuerza física o alguna clase de armamento u objeto que pueda causar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas.
Violencia verbal	Es cualquier maltrato verbal que se caracteriza por acusaciones, insultos, amenazas, juicios, críticas degradantes,



	órdenes agresivas o gritos.
Vulnerabilidad	Se refiere al grado en que las personas, comunidades y sistemas son susceptibles de acrecentar o disminuir la capacidad de hacer frente a la exposición de factores de riesgo o amenazas.



Anexo 6. Protocolo Básico de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas

Protocolo de Buen Trato para la Atención a Mujeres Embarazadas	
 Saludar	• Mirar a los ojos. • Saludar antes que la mujer lo haga. • Presentarse utilizando la frase: “Buenos(as) días/tardes/noches, mi nombre es_____ y soy la/el (Doctor(a), Enfermera(o), Residente, Asistente Médica, etc.) que le atenderá. ¿Cómo puedo ayudarle? Cuando la paciente se encuentre hospitalizada, presentarse en cada cambio de turno. • Hablar de usted y dirigirse a la mujer por su nombre y/o apellido. Por ejemplo: Señora María, Señora Sánchez. • Evitar el uso de sobrenombres para dirigirse a la mujer por ejemplo: mamá, mamita, madrecita, gordita, hija, etcétera.
 Escuchar	• Mantener la mirada en los ojos de la mujer, siempre y cuando sea posible. • Escuchar sin prejuicios y respetar la opinión de la mujer respecto a su atención médica, toma de decisiones y elección o no de algún método anticonceptivo. • Mostrar sensibilidad y empatía ante las expresiones de malestar físico y/o emocional de la mujer. • Escuchar las dudas, preguntas, necesidades y expectativas de la mujer acerca del desarrollo, parto o cesárea y nacimiento de su bebé.
 Responder	• Utilizar un lenguaje verbal y corporal cálido y abierto para evitar que la mujer se sienta observada o enjuiciada. • Evitar el uso de lenguaje técnico mientras se explica, adecuándose al contexto sociocultural de la mujer. Por ejemplo, si la mujer tiene discapacidad auditiva o no habla español. • Explicar a la mujer de forma clara y sencilla la información y los procedimientos a realizar. • Eliminar cualquier tipo de violencia o maltrato, como lo es utilizar frases humillantes, infantilización, intimidación o regaños. Por ejemplo: “Ahorita te quejas, pero en 9 meses aquí te veo otra vez”; “¡No grites!”; “¡Que no llores!”; etcétera. • Brindar información constante y oportuna a la usuaria y a sus familiares sobre el estado de salud de la mujer y de la persona recién nacida; no limitarla únicamente a “su paciente está en labor de parto”; “Su bebé está en cunero”, etcétera. • Asegurarse que la persona cuenta con y comprende toda la información que usted pueda proveerle.
Despedirse	• Utilizar la frase: “Buenos(as) días/tardes/noches, estoy para atenderle”.



Claves para Otorgar Buen Trato a Mujeres Embarazadas durante la Exploración Física

Durante la exploración

- Aplicar el Protocolo Básico de Buen Trato (Saludar, Escuchar y Responder).
- Si es la primera vez que se tiene contacto con la paciente, presentarse utilizando la frase: “Buenos(as) días/tardes/noches, mi nombre es _____ y soy la/el (Doctor (a), Residente, etcétera).
- Respetar la privacidad y pudor de la mujer.
- Explicar con lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento de exploración que se pretende realizar.
- Antes de iniciar la exploración dirigirse a la mujer utilizando la siguiente frase: “¿Tiene alguna duda con respecto al procedimiento de exploración?”
- Obtener la autorización verbal de la mujer antes de realizar cualquier exploración utilizando la siguiente pregunta: “¿Me permite explorarla? ¿Me permite revisarla?”.
- Explicar a la mujer y pedir su autorización verbal para que durante la exploración estén presentes médicos residentes u otras personas observando. Se sugiere utilizar la frase: “¿Está de acuerdo en que la revisión sea observada o realizada por profesionales en formación?”.
- Al finalizar la exploración, explicar a la mujer con lenguaje claro y sencillo los hallazgos, y asegurarse de que ha comprendido la información con la frase: “¿Tiene alguna duda de lo que le acabo de explicar?”.



Anexo 7. Criterios de ingreso a salas de pre-labor (unidades de segundo nivel):

Durante la estancia en salas de pre labor:

- La mujer embarazada estará con su familiar.
- Adoptará posición libremente escogida.
- Podrá beber líquidos claros.
- Tendrá acceso a técnicas de relajación.
- Acceso a información sobre el trabajo de parto.

Criterios de ingreso:

- Paciente ya valorada en admisión UTQ con plan para atención de parto vaginal y que se encuentre en trabajo de parto en fase latente: actividad uterina regular con al menos tres contracciones en 10 minutos y cérvix con modificaciones cervicales no relacionadas con la paridad.
- Revaloración por parte del Médico No Familiar gineco-obstetra, en lapsos de 2 horas, evitando que la paciente permanezca más de 6 horas en esta área, antes de su ingreso a labor. En su caso, se deberá revalorar el egreso de la paciente, o bien, su envío a hospitalización.
- El criterio para ingreso a labor es iniciar con datos de trabajo de parto fase activa.



Anexo 8. Enlaces a sitios web

Portal de maternidad. El portal de maternidad es un micrositio de la página web del IMSS, en el cual las derechohabientes encontrarán información relativa a la planeación del embarazo, cuidados prenatales, derechos de la mujer embarazada, signos de alarma, recomendaciones para el parto, puerperio y lactancia, también podrán acceder a un apartado para quejas y comentarios, registrar la evolución de su embarazo en un diario de maternidad y conocer la información referente a su incapacidad por maternidad⁴¹. Las personas servidoras públicas involucradas en la atención obstétrica deberán conocer y recomendar a las usuarias que ingresen y conozcan el contenido del portal. Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/maternidad>

Cartilla de la mujer embarazada. Esta nueva cartilla fue elaborada con el objetivo de empoderar a la mujer embarazada, ya que promueve que las derechohabientes tengan a la mano información confiable y conozcan sus derechos durante la atención de su embarazo. El documento contiene información de interés para las mujeres y sus familias sobre alimentación, higiene, ejercicio y reposo, qué esperar durante el parto, cuidados después de este, planificación familiar y lactancia materna. Además, cuenta con un apartado donde las futuras mamás podrán identificar los cambios que ocurren durante el embarazo y vigilar su peso, presión arterial, latidos fetales, signos de alarma, antecedentes familiares y enfermedades personales importantes⁴². Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/maternidad/pdf/cartillaEmbarazo.pdf>

Curso en línea Atención Obstétrica Amigable. Es un curso no autorizado para el personal de salud involucrado en la atención materna, en el cual se desarrollan temas sobre derechos humanos en los servicios de salud, prevención de violencia obstétrica y modelos de atención amigable durante el embarazo, parto y puerperio. El objetivo del curso es que el personal aplique los conocimientos sobre derechos humanos y trato obstétrico amigable en la práctica clínica cotidiana, a fin de otorgar una atención libre de violencia a la población usuaria. Disponible en:

<http://innovaedu.imss.gob.mx>

Curso Responsabilidades Legales en el Actuar de las y los Servidores Públicos en los Servicios de Salud. Es un curso no tutorizado para el personal de salud, cuyo objetivo es aplicar los conocimientos de los aspectos conceptuales y fundamentales de los derechos humanos, perspectiva de género, no discriminación, no violencia y atención a quejas, para fortalecer la atención que se proporciona a la población usuaria. Disponible en:

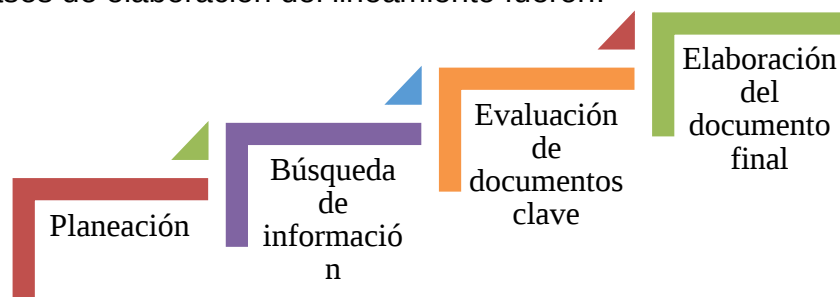
<http://innovaedu.imss.gob.mx>



Anexo 9. Metodología de desarrollo

La metodología utilizada en la elaboración del presente lineamiento incluyó la conformación de grupos nominales de personas expertas, reuniones de trabajo, búsqueda de información sistematizada, definición de alcance y objetivos, análisis crítico de la evidencia científica, adaptación y adopción de recomendaciones clave de guías de práctica clínica del ámbito nacional e internacional, elaboración de algoritmos, construcción de anexos y fase de validación interna por pares.

Las cuatro fases de elaboración del lineamiento fueron:



1.

Planeación: Se realizaron reuniones de trabajo con las personas expertas clínicas para definir las preguntas clínicas/aspectos/temas/intervenciones a abordar durante el embarazo, trabajo de parto, atención del parto, cesárea y el puerperio; y determinar los documentos que se utilizarían en la construcción del documento.

2. **Búsqueda de la Información:** Se consultaron Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre el tema, tanto en organismos recopiladores como elaboradores de GPC, nacionales e internacionales, publicadas o disponibles en línea y que estuvieran actualizadas (periodo 2010-2020). Los sitios consultados fueron: National Guideline Clearinghouse (NGC), National Institute for Clinical Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), NZGG (New Zealand Guidelines Group), G-I-N (Guidelines International Network). Se llevó a cabo una búsqueda de revisiones sistemáticas y meta análisis en la base de datos de la Colaboración Cochrane y Medline, respectivamente. Finalmente, se realizó una consulta general en Internet. Las búsquedas se realizaron en mayo de 2018. El término de búsqueda fue de forma genérica: Intrapartum care for a positive childbirth experience. A todos los integrantes del grupo de trabajo se les compartió la información por medio electrónico para su consulta y análisis crítico.

3. **Evaluación de GPC** mediante el instrumento AGREE II (Consortio AGREE). Se realizó adopción y adaptación de Guías de Práctica Clínica, que mostraron suficiente calidad metodológica y fueron recomendables para el proceso de adopción y adaptación de las recomendaciones⁴³.

4. **Elaboración del documento:** Se definieron seis semanas de trabajo, en las que los grupos de expertos redactaron y consensuaron las recomendaciones clave, plantearon los algoritmos de la atención obstétrica amigable para trabajo de parto, parto, cesárea y puerperio, así como la selección de otros documentos de apoyo que serían de utilidad para la difusión e implementación del presente lineamiento. La versión preliminar del documento se envió al proceso de validación interna por pares, procediéndose a la inclusión de las modificaciones y sugerencias, previa discusión con el grupo de trabajo. El documento final,



incluye un conjunto de disposiciones, lineamientos generales y específicos, así como recomendaciones explícitas graduadas en función de la calidad de la evidencia científica que las apoya. Para la gradación de la fuerza de las recomendaciones se respetaron las escalas y sistemas de clasificación de la evidencia de las fuentes originales (Anexo 8). En el caso de recomendaciones basadas en estudios originales, se calificaron con el sistema de clasificación de SIGN. En aquellos aspectos que el grupo de trabajo consideró necesario resaltar, porque constituyen un área con ausencia de evidencia concluyente o porque se trata de aspectos clínicos de especial relevancia, se identificaron como **Punto de buena práctica** y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso (Anexo 3).

Cabe destacar que las recomendaciones que se incluyen en el presente lineamiento proceden de fuentes con alto rigor metodológico, principalmente revisiones sistemáticas y metaanálisis, por lo que se sugiere implementarlas en el sistema de salud.

Anexo 10. Escalas de evidencia

Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación

Existen diferentes formas de gradar la evidencia en función del rigor científico del diseño de los estudios; pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia a partir de las cuales se establecen recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria.

Escala modificada de Shekelle y colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia se utilizan números romanos, del I al IV, y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación se utilizan letras mayúsculas, de la A la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
La evidencia de metaanálisis de los estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en la evidencia categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad.	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles, y revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia.	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II o III.



Sistema del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

	Nivel de evidencia científica
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad; estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer un relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohorte o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
	Grados de recomendación
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4 o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como +.
	Consenso del equipo redactor.

Punto de buena práctica

	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
--	--



Sistema de clasificación de la Biblioteca Cochrane: Centro de Medicina Basada en Evidencia, Oxford, 2001

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de estudios clínicos aleatorios, con homogeneidad, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	1b	Estudios clínicos aleatorios individuales.
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	2b	Estudio de cohortes individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad (<80% de seguimiento).
	2c	Investigación de resultados en salud.
	3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad, es decir, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.
	3b	Estudios de casos y controles individuales.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes, y casos y controles de baja calidad.
Si tenemos un único estudio con I C amplio o una revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa, se indica añadiendo el signo menos (-) al nivel de evidencia que corresponda y la recomendación que se deriva es una D.		

Clasificación del Nivel de Evidencia del Sistema GRADE (*Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations, GRADE Working Group, 2006.*)

Nivel de evidencia	Valoración
Alta	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que tenemos en el resultado estimado.
Moderada	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
Baja	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos y puedan modificar el resultado.
Muy baja	El resultado no ha sido demostrado.



WHO Recommendations Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience, 2018

Categoría	Descripción
Recomendado	Indica que la intervención o acción se debe implementar.
No recomendado	Indica que la intervención o acción no se debe implementar.
Recomendado solo en contextos específicos	Indica que la intervención o acción es aplicable solo a la condición, entorno o población específica y en un contexto determinado.
Recomendado solo en el contexto de una investigación rigurosa	Indica que hay incertidumbre importante sobre la intervención u opción.



12. Bibliografía.

1. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 10; 359:1681–5.
2. ACOG Practice Bulletin Number 146: Management of Late-Term and Postterm Pregnancies, August 2014. *Obstet Gynecol*. 2014; 124:390-396.
3. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Boston, MA: URC-Traction Project, Harvard School of Public Health; 2010.
4. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud. México, 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>. Consultado: 1 junio 2018
5. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014.
7. Conferencia Mundial de Derechos Humanos: Declaración y Programa de Acción de Viena, Naciones Unidas, junio 1993. p.58. Disponible en: <http://www.un.org/es/development/devagenda/humanrights.shtml>. Consultado: 1 junio 2018
8. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994, El Cairo, Egipto. Disponible en: http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html. Consultado: 1 junio 2018
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; Issue 3. Art. No. CD003766; DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.
10. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016. Boletín de prensa No. 379/17, 18 de Agosto de 2017 Ciudad de México. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/>. Consultado: 1 junio 2018
11. The White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care and the Media: A Guide for NGOs and Advocates. Disponible en: https://www.whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2018/01/2017-RMC-Media-Guide_web.pdf. Consultado: 1 junio 2018
12. Gámiz Parral Máximo, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos comentada, 4ª ed. Editorial Noriega Editores, México, 2001.
13. Organización de las Naciones Unidas, La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y su Protocolo Facultativo: Guía práctica para parlamentarios. Unión Interparlamentaria, Naciones Unidas, Ginebra, 2003. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>. Consultado: 1 junio 2018



14. Organización de Estados Americanos. 1994. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará, Brasil. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_Bele_mdoPara.pdf. Consultado: 1 junio 2018
15. Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud. 24 de febrero de 2005.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la persona recién nacida.
17. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México, Secretaría de Gobernación.
18. Programa Sectorial de Salud 2013-2018. México, Secretaría de Gobernación.
19. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017.
20. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. México: Secretaría de Salud; 11 de diciembre de 2014.
21. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA No 2009/01.
22. NICE guidelines. Intrapartum care for healthy women and babies (CG190). Clinical guideline. Published: 3 December 2014
23. Inducción del trabajo de parto en el segundo nivel de atención. México: Secretaría de Salud: 21/marzo/2013.
24. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. Rev Colomb Obstet Ginecol 2013; 64:379-424.
25. SOGC Clinical Practice Guideline. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. J Obstet Gynaecol Can 2016;38(9):843e865
26. NICE guidelines. Caesarean section (CG132) Clinical guideline. Published: 9 January 2017.
27. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG 2017; 8:1-11.
28. Downe S, Lawrie T, Finlayson K, Oladapo O. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. Reproductive Health. 2018;15 (1):1-13.
29. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafranz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. Reproductive Health. 2018: 15 (1):1-13.
30. Munabi-Babigumira S, Glenton C, Lewin S, Fretheim A, Nabudere H. Factors that influence the provision of intrapartum and postnatal care by skilled birth attendants in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 11. Art. No.: CD011558. DOI: 10.1002/14651858.CD011558.pub2.



31. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: A mixed-methods systematic review. *Midwifery* 2018; 59:4-16.
32. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf
33. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4
34. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
35. O'Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ* 2002; 324:643.
36. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4
37. Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018 (PIIMSS 2014-2018).
38. Plan Estratégico de la Dirección de Prestaciones Médicas, 2013-2018.
39. Programa Nacional para la Igualdad y No Discriminación, 2014-2018.
40. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(7):CD003766.
41. Instituto Mexicano del Seguro Social. Maternidad. México: IMSS; 2017. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/maternidad>. Consultado: 1 junio 2018
42. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lanza IMSS nueva cartilla de la mujer embarazada. México: IMSS; 2018. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201806/159>. Consultado: 1 junio 2018
43. AGREE II. AGREE II training tool and instrument. Disponible en: <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-iitraining-tools/>. Consultado: 1 junio 2018



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AMIIMSS
ATENCIÓN MATERNA INTEGRAL

