



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**Guía técnica para atención a
la salud de las mujeres
durante las etapas
preconcepcional, embarazo,
atención del evento
obstétrico, vigilancia del
puerperio y atención a la
persona recién nacida en los
establecimientos de salud del
IMSS-BIENESTAR**



DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez

Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR

Dr. José Alejandro Avalos Bracho

Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Dr. Gabriel Gutiérrez Morales

Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Said Vázquez Valle

Titular la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dra. Hilda Patiño Gallegos

Coordinación de Unidades de Alta Especialidad y Programas Especiales

Dra. Miriam Adriana Peña Eslava

Titular de la Coordinación de Enfermería

Dr. Arturo González Ledesma

Titular de la Coordinación de Supervisión

Dr. José Misael Hernández Carrillo

Titular de la Coordinación de Epidemiología

Dr. Luis Ernesto Caballero Torres

Titular de la Coordinación de Educación e Investigación

Dra. Alejandra Rangel Junquera

**Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes a la
Coordinación de Programas Preventivos**

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril

**Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la
Coordinación de Normatividad y Planeación Médica**



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Coordinaciones a cargo de la Revisión Técnica

Coordinación de Enfermería

Dra. Miriam Adriana Peña Eslava

Titular de la Coordinación de Enfermería

Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Gabriel Gutiérrez Morales

Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dr. Said Vázquez Valle

Titular la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Coordinación de Supervisión

Dr. Arturo González Ledesma

Titular de la Coordinación de Supervisión

Coordinación de Programas Preventivos

Dra. Alejandra Rangel Junquera

Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes a la Coordinación de Programas Preventivos

Revisión Normativa

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril

Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez

Titular de la División de Normatividad Médica

Colaboradores

Dr. Juan Carlos Ledesma Vázquez

Titular de la División de procesos de Promoción y Prevención

Dr. Juan Ismael Islas Castañeda

Jefe de Área Médica

Dra. Olga Rosalinda Rivera Ontiveros

Titular de la División de Supervisión Región Norte



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Dr. Roberto García Basurto

Jefe de Área Médica Coordinación de Supervisión

Dr. Gustavo Martínez Domínguez

Titular de la Subdirección de Diseño y Gestión de la Calidad

Dra. Aline Ariola Miranda Espinoza

Jefe de Departamento de Calidad Técnica e Interpersonal

Mtra. Ana María Meyo Moreno

Líder de Proyecto de Enfermería

Dra. Gabriela Lugo Reyes

Jefe de Área Médica

Dra. Mercedes González López

Supervisor de Procesos

Dra. Chantal Escarlett del Rosario Zambrano Aguiñaga

Líder de Proyecto Médico

Revisión técnica

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero

Titular de División, Unidad de Atención a la Salud

Mtra. Luz María Alejandra Rosales López

Jefe de Área de Planeación, Normatividad y Educación en Enfermería

L.E. Estefanía García Lara

Supervisor de Procesos



Índice

Objetivo general.....	11
Alcance	11
Definiciones.....	11
Abreviaturas.....	17
Introducción	18
1.Atención preconcepcional	19
1. Atención Preconcepcional en el Primer Nivel.....	19
1.1 Estrategias y recomendaciones en la Atención Preconcepcional.....	20
1.2 Acciones específicas en la atención preconcepcional	22
1.2.1 Consulta preconcepcional	22
1.3 Consultas de control y seguimiento	27
1.4 Criterios de referencia.	28
1.4.1 Evaluación de condiciones específicas	28
1.5 Asesoría anticonceptiva en condiciones especiales y de alto Riesgo Reproductivo	31
1.5.1 Métodos anticonceptivos en condiciones especiales	32
2.Atención preconcepcional en el Segundo y Tercer Nivel.....	37
2.1 Estrategias y recomendaciones en la atención preconcepcional.....	37
2.1.1 Acciones específicas en la atención preconcepcional en Segundo y Tercer Nivel.....	38
3.Atención durante el embarazo.....	38
3.1 Estrategias y recomendaciones en la vigilancia prenatal activa.....	41
3.2 Atributos de la vigilancia prenatal activa	44
3.3 Atención prenatal activa en el Primer Nivel.....	45
3.4 Vigilancia prenatal activa en el Segundo y Tercer Nivel	51
4.Embarazo de alto riesgo.....	52
4.1 Estrategias y recomendaciones en el embarazo de alto riesgo en los Establecimientos de Segundo y Tercer Nivel	52
4.2 Acciones específicas en la atención del embarazo de alto riesgo.....	53
4.3 Signos de alarma durante el control prenatal	55
4.4 Signos de alarma en la persona gestante	55

4.4 Protocolo de rescate y seguimiento en Segundo y Tercer Nivel.....	55
5.Ruta crítica para la atención de la persona gestante en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel	56
5.1 Censo de Embarazadas de Alto Riesgo (CEAR)	57
6.Atención del evento obstétrico.....	58
6.1 Atención del evento obstétrico	58
6.2 Estrategias y recomendaciones en la atención del evento obstétrico	59
7.Atención del aborto seguro	62
7.1 Atención del aborto seguro en el Primer Nivel	62
7.2 Atención del aborto seguro en el Segundo Nivel.....	63
8.Atención del trabajo de parto y parto	67
8.1 Atención del parto de bajo riesgo	67
8.1.1 Atención del trabajo de parto de bajo riesgo (Sala de Labor-Parto-Recuperación/ sala de Tocología / Tococirugía).....	67
8.2 Trabajo de parto de alto riesgo en el Segundo y Tercer Nivel.....	70
8.2.1 Atención del embarazo y trabajo de parto de alto riesgo (Sala de Tocología /Tococirugía).....	70
8.3 Inicio de trabajo de parto	71
8.3.1 Atención del tercer periodo de trabajo de parto.....	72
8.4 Operación cesárea.....	73
9.Vigilancia del puerperio.....	76
9.1 Vigilancia del puerperio inmediato	80
9.1.1 Vigilancia y atención del puerperio en el Primer Nivel.....	80
9.2 Acciones “Irreductibles” en la vigilancia y atención del puerperio en los Establecimientos de Salud de Segundo Nivel.....	82
10.Código Mater	84
10.1 Triage obstétrico.....	84
10.2 Activación de Código Mater	84
10.3 Principios del equipo de respuesta inmediata obstétrica	84
11.Urgencias obstétricas.....	86
11.1 Atención de urgencias obstétricas en el Primer Nivel.....	87
11.2 Atención de urgencias obstétricas en el Segundo y Tercer Nivel	88



11.3 Acciones específicas en la atención de urgencias obstétricas	89
12. Atención de la persona recién nacida	89
12.1 Atención Integral a la persona recién nacida	89
12.2 Estrategias y recomendaciones en la atención integral de la persona recién nacida	90
12.3 Cuidados inmediatos al nacimiento	92
Somatometría	95
12.4 Consultas de control de niña y niño sano	97
13. Referencia, contrarreferencia y transferencia	99
13.1 Vías de Atención Integral (VAI)	99
13.2 Estrategias para la referencia, contrarreferencia y transferencia	100
13.3 Criterios y tipos de referencia	102
13.4 Proceso de referencia y contrarreferencia	103
13.5 Algoritmos de referencia, contrarreferencia, transferencia y telemedicina	105
Algoritmo 1. Referencia y contrarreferencia en atención prenatal con telemedicina	106
Algoritmo 2. Atención de urgencias obstétricas Triage, código mater y telemedicina	108
Algoritmo 3. Referencia neonatal de Primer a Segundo Nivel con telemedicina	109
14. Telemedicina en la atención de salud materna	110
15. Mecanismos institucionales de información y seguimiento	110
ANEXOS	113
Anexo 1. Guía rápida para la prevención, el diagnóstico oportuno y la atención integral de diabetes durante el embarazo	113
Anexo 2. Formato de vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico.	123
Anexo 3. Tarjeta de atención integral del embarazo, puerperio y periodo de lactancia.	125
Anexo 4. Formato del Censo de Embarazadas de Alto Riesgo [CEAR]	127
Anexo 5. Formato de vigilancia y atención del parto	128



Anexo 6. Formato registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).	132
Anexo 7. Caja de emergencia obstétrica.....	134
Anexo 8. Formato sistema de evaluación del Triage obstétrico.	136
Anexo 9. Formatos del sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes obstétricas.....	137
Anexo 10. Procesos de atención en Telemedicina.....	148
Anexo 11. Mecanismos institucionales de información y seguimiento.....	152



TABLAS.

Tabla 1. Estrategias para la atención preconcepcional en los Establecimientos de Salud.

Tabla 2. Clasificación del Riesgo Reproductivo.

Tabla 3. Esquema de vacunación de la mujer en edad fértil.

Tabla 4. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

Tabla 5. Estrategias para la vigilancia prenatal activa.

Tabla 6. Consultas prenatales recomendadas.

Tabla 7. Esquema de vacunación de la persona gestante.

Tabla 8. Estrategias para la atención durante el embarazo de alto riesgo en los Establecimientos de Segundo y Tercer Nivel de atención.

Tabla 9. Índice de Coopland de Riesgo Obstétrico.

Tabla 10. Estrategias para la atención del evento obstétrico.

Tabla 11. Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre.

Tabla 12. Principales complicaciones en el trabajo de parto.

Tabla 13. Signos y síntomas de alerta en el puerperio.

Tabla 14. Clasificación del Triage obstétrico.

Tabla 15. Medicamentos integrados en la caja de emergencia obstétrica.

Tabla 16. Estrategias y recomendaciones para la atención de urgencias obstétricas en el Segundo y Tercer Nivel.

Tabla 17. Estrategias para la atención integral de la persona recién nacida.

Tabla 18. Complicaciones neonatales graves.

Tabla 19. Esquema de Inmunización de la persona recién nacida.

Tabla 20. Profilaxis en la persona recién nacido.

Tabla 21. Somatometría en la persona recién nacida.

Tabla 22. Tamizajes de la persona recién nacida.

Tabla 23. Estrategias para la referencia, contrarreferencia y transferencia.

Tabla 24. Criterios de emergencia obstétrica y neonatal.

Tabla 25. Elementos de información mínimos de Referencia – Contrarreferencia.

Tabla 26. Organización de la supervisión materno-neonatal.

FLUJOGRAMAS

Flujograma 1. Evaluación del riesgo reproductivo en Mujeres en Edad Fértil en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel del IMSS-BIENESTAR.

Flujograma 2. Atención Prenatal en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel.

Flujograma 3. Ruta crítica para la atención de las personas gestantes de acuerdo con el Riesgo Obstétrico.

CUADROS

Cuadro 1. Funciones y actividades para la buena práctica en la atención preconcepcional en el Primer Nivel de Atención.

Cuadro 2. Acciones irreductibles en la atención del control prenatal de acuerdo con la edad gestacional.

Cuadro 3. Atención a la persona en puerperio.

Cuadro 4. Acciones irreductibles en el puerperio fisiológico.

Objetivo general

Establecer los criterios para la atención a la salud de la Mujer en Edad Fértil, Personas gestantes, Puérperas y Personas Recién Nacidas, con calidad y seguridad en los Establecimientos de Salud del IMSS-BIENESTAR.

Alcance

El presente documento aplicará al personal de salud de los Establecimientos de Salud del IMSS-BIENESTAR de acuerdo con las atribuciones de cada nivel de atención donde se otorgue atención a las Mujeres en Edad Fértil, Personas gestantes, Personas en Puerperio y Personas Recién Nacidas.

Definiciones

Aborto: Expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas de gestación o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

Atención Preconcepcional (AP): Es el conjunto de intervenciones para identificar y evaluar la existencia de condiciones biológicas, psicológicas y sociales, así como hábitos del comportamiento que pueden constituirse en *factores de riesgo* para la salud de la mujer y para los resultados de un posible embarazo.

Calidad de la atención de los servicios de salud: Grado en que los servicios de salud se proporcionan de manera segura, oportuna, efectiva, continua y con respeto a los derechos de las personas usuarias, conforme a la evidencia científica y la normatividad vigente, para contribuir a la mejora de su estado de salud.

Consejería: Es un proceso de comunicación interpersonal, presencial o a distancia, realizado con absoluto respeto a los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y la privacidad de las personas. Se proporciona en un ambiente seguro, privado y confidencial, donde el personal de salud brinda información clara, objetiva, suficiente y basada en evidencia científica sobre los riesgos, beneficios, características, uso y aplicación de la diversidad de métodos anticonceptivos. La consejería tiene como finalidad apoyar a la mujer, persona usuaria o pareja para que identifique, de acuerdo con sus necesidades, preferencias, valores, contexto sociocultural y condiciones de vida, la opción más adecuada para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Este proceso favorece la toma de decisiones informadas, libres, responsables, voluntarias y libres de coerción, presión, discriminación o violencia.

Consentimiento Informado: Es el derecho de las personas usuarias de los servicios, a través del cual ejercen la libre manifestación de su voluntad sobre la adopción de un método anticonceptivo de su elección, previa información y explicación de los riesgos y beneficios



asociados a su uso y/o aplicación. En el caso de métodos anticonceptivos cuya aplicación dependa de la intervención del personal de los servicios de salud (dispositivo intrauterino, implante subdérmico y métodos quirúrgicos como la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía), el consentimiento informado es previo a la aplicación del método o realización del procedimiento quirúrgico, donde se especifica que se autoriza al personal de salud del Establecimiento de Salud a realizar dicha acción y se formaliza por escrito en una carta de consentimiento informado conforme a los requisitos establecidos en el numeral 10.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Contrarreferencia materno-neonatal: Procedimiento formal y administrativo a través del cual una persona gestante, puérpera o una Persona recién nacida es enviada nuevamente a su Establecimiento de Salud de origen (Primer Nivel) para su seguimiento, luego de haber recibido atención especializada.

Derechos Reproductivos: Derechos humanos relacionados con el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas a decidir libre y responsablemente el número de hijas e hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones respecto a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

Derechos Sexuales: Son los derechos humanos aplicados al ámbito de la sexualidad y la salud sexual. Garantizan que todas las personas puedan tomar decisiones libres, informadas y responsables sobre su vida sexual; expresar su sexualidad sin coerción, violencia ni discriminación; acceder a información y servicios de salud de calidad; y disfrutar del más alto nivel posible de salud sexual, con pleno respeto a la dignidad humana y a los derechos de las demás personas.

Edad gestacional: Período transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Embarazo de bajo riesgo: Es aquel en el que no se identifican factores de riesgo maternos ni fetales que incrementen la probabilidad de complicaciones durante la gestación, el parto o el puerperio, manteniéndose dentro de parámetros clínicos normales.

Embarazo de alto riesgo: Es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de la presencia de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto. Asimismo, incluye aquellos casos en los que condiciones asociadas a los determinantes sociales de la salud pueden aumentar dicho riesgo durante el embarazo.

Emergencia obstétrica: Condición de complicación o intercurencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.



Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO): Es un grupo multidisciplinario integrado por personal de salud capacitado (médicos, parteras, personal de enfermería y todo aquel involucrado en el proceso de atención de la persona gestante) encargado de brindar atención médica oportuna y de calidad a pacientes obstétricas en estado crítico. Actúa ante la activación del "Código Mater" para reducir la mortalidad materna y perinatal.

Establecimientos de Salud: Unidades Médicas de Primer Nivel rurales o urbanos de 1 a 12 consultorios incluyendo las Unidades de especialidades médicas (UNEMES), Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA), Centros de Salud con Hospitalización, Segundo Nivel hospitales comunitarios de 12 a 18 camas y Hospitales Generales de 30 a 180 camas y Tercer Nivel los hospitales y/o institutos de especialidades, además de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad.

Interconsulta: Es la solicitud de atención para la valoración, que el médico tratante realiza a otros profesionales cuyo concurso es necesario para la atención del paciente, en el mismo nivel u otro, ya sea de manera presencial o telemedicina y a través de la transferencia si fuese el caso de presentar riesgo obstétrico.

Lactancia materna exclusiva: La alimentación de la Persona recién nacida con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, con excepción de medicamentos o vitaminas cuando estén indicados, evitando el uso de chupones y biberones.

Muerte materna: Es la que ocurre en una persona mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación de éste, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Métodos anticonceptivos: Son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

Módulo de Atención a la Embarazada de Riesgo (MATER): Consultorio de atención obstétrica, para otorgar servicio a las mujeres que han sido identificadas con Mediano y Alto Riesgo Reproductivo en el tamizaje preconcepcional y que tienen latente el deseo de embarazo a mediano plazo, así mismo para la vigilancia y manejo de mujeres embarazadas que han sido identificadas con Riesgo Obstétrico Alto en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, (si la unidad no cuenta con capacidad física para instalar un servicio exclusivo, se integra en el consultorio de obstetricia con el que cuente la unidad), deben ser enviadas a la unidad con formato de referencia obstétrica.

Mujeres en Edad Fértil (MEF): Es el grupo de mujeres que tienen entre 15 y 49 años, este es el periodo promedio en el que una mujer es capaz de procrear.

Nacimiento: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

Parto: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

Persona Recién Nacida: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Personal de salud: Persona que ejerce actividades laborales cuyo objetivo principal es mejorar la salud, como médicos, personal de enfermería, parteras, profesionales de la salud pública, técnicos de laboratorio, técnicos de la salud, técnicos médicos y no médicos; así como los trabajadores de gestión y apoyo en el ámbito de la salud, como el personal de limpieza, los conductores, el personal directivo de los ES, los gestores de salud y los trabajadores sociales, así como otros grupos profesionales de actividades relacionadas con la salud.

Puerperio normal: Periodo que sigue a la expulsión y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de seis semanas o 42 días.

Riesgo Obstétrico (RO): Probabilidad de que ocurra enfermedad o muerte tanto de la persona gestante, así como de su producto, durante el embarazo, parto o puerperio.

Referencia adecuada: Es aquella referencia que cumple con todos los medios asistenciales y administrativos necesarios para brindar una atención, incluyendo la evaluación previa mediante telemedicina cuando resulte pertinente.

Referencia neonatal: Procedimiento mediante el cual una persona recién nacida con una condición de urgencia, emergencia o riesgo para la vida, que requiere atención diagnóstica, terapéutica o de cuidados especializados no disponibles en la unidad de origen, es trasladada de manera oportuna, segura y coordinada a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, garantizando la continuidad de la atención.

Referencia materna urgente: Envío inmediato de la persona gestante ante signos de alarma obstétrica con riesgo vital inminente.

Referencia oportuna: Es aquella referencia que evalúa el tiempo en la prontitud de la atención, de acuerdo con la patología, considerando la telemedicina como recurso para disminuir retrasos en la valoración especializada.

Riesgo Reproductivo (RR): Constituye la probabilidad de que una mujer y su hijo, enfrenten complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio; este riesgo puede ser influenciado por la presencia o desarrollo de distintas circunstancias denominadas factores de riesgo y el resultado la evaluación de la existencia de estos factores, se expresa en una calificación que determina si una MEF tiene alto o bajo RR.

Ruta crítica: Proceso administrativo de las actividades que componen un proceso de atención a la salud, que debe desarrollarse durante un tiempo crítico y al costo óptimo,

salvaguardando la vida del binomio, contiene tres ciclos: 1. Planeación y programación 2. Ejecución y Control. 3. Evaluación.

Sala de Labor, Sala de Parto y Recuperación: Espacio físico establecido para la atención durante el trabajo de parto, parto y el periodo de recuperación, así como para la atención inicial de la Persona Recién Nacida, principalmente en casos de bajo riesgo, en la cual se prioriza la vigilancia no invasiva y expectante del trabajo de parto, la posición de elección durante el parto, el apego inmediato e inicio de la lactancia materna, contando con un equipo de profesionales preparado para la estabilización de complicaciones y su referencia oportuna.

Salas de Prelabor: Son espacios de acompañamiento, donde se les brinda confort y vigilancia a las usuarias en pródromos de trabajo de parto o fase latente que no puedan regresar a su domicilio.

Salud Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones o procesos. Implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia de manera responsable e informada.

Salud Sexual: Es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales.

Telemedicina: Uso de tecnologías de la información para fortalecer la atención médica y facilitar el acceso a servicios especializados en zonas de difícil acceso, se consolida como una herramienta clave para hacer efectivo el derecho a la salud.

Telementoría: Proceso de acompañamiento y apoyo técnico-clínico a distancia entre profesionales de la salud, orientado al fortalecimiento de capacidades, mejora de la práctica profesional y apoyo en la toma de decisiones, basada en casos clínicos reales sin atención directa a la persona usuaria.

Telepase: Modalidad de apoyo clínico en la que uno o más profesionales de la salud participan de forma remota en el pase de visita hospitalario, con el objetivo de revisar la evolución clínica, validar planes de manejo y fortalecer la toma de decisiones del equipo tratante local, sin sustituir la atención presencial del paciente. Aplica para personas hospitalizadas ambulatorias y de corta, mediana o larga estancia.

Teleinterconsulta sincrónica: Modalidad de teleinterconsulta en la que el personal médico tratante remite información clínica estructurada de una persona usuaria para su análisis por un especialista, quien emite recomendaciones clínicas en un tiempo diferido, sin interacción

en tiempo real ni atención directa al paciente. Esta modalidad también podrá denominarse asesoría médica especializada diferida.

Teleinterconsulta sincrónica: Modalidad de interacción clínica en tiempo real entre profesionales de la salud, mediante la cual un especialista brinda asesoría clínica al personal médico tratante, con el propósito de apoyar la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas o de referencia, sin otorgar atención médica directa a la persona usuaria. La responsabilidad de la atención recae en el médico tratante.

Transferencia: Es el proceso administrativo asistencial, mediante el cual un paciente estable es remitido de un Establecimiento de Salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría con capacidades resolutorias diferentes, o desde uno de nivel superior a otro inferior para continuidad del tratamiento médico indicado.

Traslado: Son las acciones realizadas para movilizar a una o varias personas usuarias de un Establecimiento de Salud a otro, garantizando condiciones de seguridad durante el proceso.

Triage obstétrico: Protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

Vías de Atención Integral: Herramienta de planificación de la calidad que organiza y determina la secuencia, duración y coordinación de las intervenciones de todo tipo y departamentos implicados, para un particular tipo de caso o paciente, diseñada para minimizar retrasos y utilización de recursos, y maximizar la calidad de la atención de los servicios de salud en un contexto específico. Se establece el procedimiento estandarizado de referencia y contrarreferencia específico para la atención materna y neonatal entre los tres niveles de atención del IMSS-BIENESTAR, con el objetivo de garantizar la continuidad, oportunidad y seguridad en la atención de personas gestantes, puérperas y recién nacidos en el marco de la Red Integrada de Atención Materna y Perinatal.

Vigilancia Prenatal Activa (VIPA): Modelo de gestión clínica y operativa proactiva, destinado a transformar el control prenatal convencional a la sistematización en la detección, estratificación y seguimiento del riesgo obstétrico, con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Se define por la búsqueda intencionada y sistemática de factores de riesgo obstétrico mediante tamizajes (Clínicos y de laboratorio) buscando la garantía de continuidad asistencial, estableciendo mecanismos de rescate inmediato (Búsqueda activa) ante cualquier inasistencia, eliminando así la pasividad en el seguimiento de la gestante.



Abreviaturas

AP	Atención Preconcepcional
APEO	Anticoncepción Post Evento Obstétrico
CEAR	Censo de Embarazadas de Alto Riesgo
CNS	Cartilla Nacional de Salud
ERIO	Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica
ESPN	Establecimientos de Salud de Primer Nivel
ESSN	Establecimientos de Salud de Segundo Nivel
IMC	Índice de Masa Corporal
LPR	Labor, Parto y Recuperación
MATER	Módulo de Atención a la Embarazada de Riesgo
MEF	Mujeres en Edad Fértil
OMS	Organización Mundial de la Salud
RO	Riesgo Obstétrico
RR	Riesgo Reproductivo
SDG	Semana de Gestación
VIPA	Vigilancia Prenatal Activa



Introducción

La salud materna y perinatal constituyen prioridades estratégicas para el IMSS-BIENESTAR, al ser componentes fundamentales para garantizar el derecho a la salud, reducir inequidades sociales y avanzar hacia la Cobertura Sanitaria Universal con la política de *cero rechazos*, bajo un enfoque de Atención Primaria a la Salud centrada en la persona, con respeto a los derechos humanos y reproductivos a lo largo del curso de vida. Estas acciones se encuentran alineadas con los compromisos nacionales e internacionales, particularmente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, Meta 3.1, orientado a la reducción de la mortalidad materna.

Uno de los principales retos institucionales es incrementar la capacidad resolutive de los Establecimientos de Salud del IMSS-BIENESTAR y responder de manera inmediata y oportuna a las causas prevenibles de muerte materna y perinatal. Para ello, resulta indispensable favorecer la atención oportuna de las Mujeres en Edad Fértil (MEF) y personas con capacidad de gesta, desde la etapa pregestacional, mediante la participación de equipos de trabajo intra y extramuros.

La atención materna se fortalece mediante la gestión territorial y comunitaria en salud, que permite articular las acciones clínicas con los procesos de organización comunitaria, participación social y corresponsabilidad en el cuidado de la salud.

En este contexto, la presente guía establece las directrices técnico-operativas mínimas para que el personal de salud pueda promover la salud durante el curso de vida, con énfasis en las MEF, fortalecer la prevención y detección temprana de enfermedades, identificar oportunamente los factores de Riesgo Reproductivo y de Riesgo Obstétrico, y otorgar atención integral y oportuna en los Establecimientos de Salud del IMSS-BIENESTAR. Asimismo, incorpora mecanismos de asesoría, interconsulta y seguimiento continuo del binomio, incluyendo el uso de telemedicina para fortalecer la coordinación entre niveles de atención.

Finalmente, la guía promueve el establecimiento de una comunicación efectiva entre el personal de salud y la MEF o persona gestante, basada en un lenguaje claro, conciso y una actitud empática, que permita responder de manera integral a las necesidades de atención, fortalecer la toma de decisiones informadas y favorecer experiencias de atención dignas, seguras y centradas en la persona.



1. Atención preconcepcional

1. Atención Preconcepcional en el Primer Nivel

La salud materna es un componente esencial del bienestar individual, familiar y comunitario, su protección requiere intervenciones oportunas, continuas y centradas en las mujeres a lo largo del curso de vida, y no solo durante la gestación. Desde este enfoque, la Atención Preconcepcional (AP) se reconoce como una acción prioritaria de salud pública, al permitir identificar riesgos de manera oportuna, fortalecer capacidades y garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales.

La AP debe entenderse como una estrategia fundamental de la atención a la salud materna, orientada a brindar cuidado continuo e integral a las mujeres a lo largo de su etapa reproductiva, particularmente a las Mujeres en Edad Fértil (MEF), generalmente comprendidas entre los 15 y 49 años.

Este enfoque permite que, en el momento en que la mujer decida embarazarse, lo haga en las mejores condiciones posibles de salud física, mental y social, favoreciendo embarazos planificados, seguros y con menores riesgos para la madre y la persona recién nacida.

En este sentido, la identificación oportuna del Riesgo Reproductivo (RR) y la implementación de cuidados preconcepcionales en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel (ESPN) del IMSS-BIENESTAR constituyen acciones estratégicas del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, al priorizar la prevención, la promoción de la salud y la continuidad de la atención desde una perspectiva de curso de vida más saludable enfoque incluyente y promotor de la participación social comunitaria.

La AP, integrada de manera sistemática a los servicios del Primer Nivel, contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, especialmente aquella derivada de causas indirectas, al fortalecer la detección temprana de riesgos, la toma de decisiones informadas y el acceso oportuno a intervenciones preventivas y de control.

Las mujeres con un RR bajo, son aquellas que no presentan al momento de la evaluación, factores que pongan en riesgo la salud y la vida de la mujer o su hijo(a), ante un posible embarazo, por lo que no ameritan intervenciones específicas. Sin embargo, las MEF con RR alto, necesitan un seguimiento y manejo específico de acuerdo con los factores identificados, por lo que resulta ideal, posponer temporalmente un posible embarazo hasta que se corrijan dichos factores, por lo que es fundamental otorgar consejería anticonceptiva y prescribir un método anticonceptivo, en caso de que la persona manifieste tener vida sexual activa.

Objetivo general

Evaluar el Riesgo Reproductivo durante la consulta preconcepcional para identificar y modificar las condiciones que puedan representar daños y/o complicaciones para la salud de la persona durante la gestación, el evento obstétrico y/o el puerperio, así como de su producto, en caso de un eventual embarazo.

Específicos

- Promover la salud e identificar oportunamente el riesgo reproductivo en las mujeres en edad fértil que acuden a los Establecimientos de Salud.
- Implementar intervenciones preventivas orientadas a disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
- Otorgar consejería para la toma de decisiones reproductivas informadas, incluyendo la selección del método anticonceptivo cuando corresponda.
- Implementar intervenciones preventivas en el Primer Nivel para reducir enfermedades prevenibles asociadas al embarazo.
- Priorizar el tratamiento preconcepcional de condiciones que incrementen el riesgo obstétrico.

1.1. Estrategias y recomendaciones en la Atención Preconcepcional

El personal de salud implementará la atención a las MEF con enfoque de promoción, preventivo, con calidad, seguridad y garantizando un enfoque intercultural y con perspectiva de género e interseccional mediante acciones intramuros y extramuros.

A continuación, en la **Tabla 1. Estrategias para la Atención Preconcepcional en los Establecimientos de Salud**, se describen las principales estrategias a desarrollar en los Establecimientos de Salud para asegurar la adecuada atención el mejor cuidado preconcepcional, con absoluto respeto a los derechos reproductivos y sexuales de las personas, con el propósito de reducir la incidencia de morbi-mortalidad materna y perinatal.

Para la aplicación de estrategias y recomendaciones en la atención preconcepcional de las personas con diabetes consultar el **Anexo 1. Guía rápida para la prevención, el diagnóstico oportuno y la atención integral de diabetes durante el embarazo**.

Tabla 1. Estrategias para la atención preconcepcional en los Establecimientos de Salud

Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Fortalecer la comunicación entre la mujer y el personal de salud	Establecer comunicación clara y articulada para identificar riesgos y alternativas de la concepción.	Adherencia a los cuidados preconcepcionales.
Fortalecer la promoción intramuros y extramuros	Implementar acciones de promoción y difusión dentro del Establecimientos de Salud. Realizar acciones comunitarias con promotores y voluntarios para promover la asistencia a los Establecimientos de Salud más cercanos.	Incremento en la captación para valoración preconcepcional. Toma de decisiones informadas por parte de las personas atendidas.
Integrar la atención preconcepcional a las acciones preventivas	Incorporar la evaluación del RR como parte del paquete de acciones preventivas conforme al grupo de edad.	Atención preconcepcional sistematizada.
Evaluar sistemáticamente el RR	Realizar la evaluación del RR en el 100% de las MEF que acudan a los ESPN. Aplicar la evaluación del RR al menos una vez al año, independientemente del motivo de consulta. Detectar a las mujeres con alto RR y proporcionar cuidados preconcepcionales específicos.	Identificación oportuna del riesgo reproductivo. Cobertura anual del 100% de la MEF la evaluación del RR. Prevención de complicaciones asociadas al embarazo.
Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal	Implementar acciones preventivas derivadas de la evaluación del RR. Referir en su caso, a las personas que por su condición requieran de interconsulta con un especialista.	Disminución de riesgos maternos y perinatales.



Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Identificar a las MEF en cada área territorial	Realizar censos comunitarios de MEF, mediante brigadas extramuros, promotores de salud y trabajo comunitario coordinado con COSABI.	Identificación temprana de riesgo reproductivo en el territorio.
Dar seguimiento comunitario de MEF con riesgo reproductivo	Implementar mecanismos de acompañamiento comunitario para mujeres con riesgo reproductivo alto, incluyendo visitas domiciliarias, consejería comunitaria y vinculación con redes locales de apoyo.	Disminución de complicaciones y atención oportuna de embarazos de alto riesgo y mejora en la continuidad del cuidado.

1.2 Acciones específicas en la atención preconcepcional

1.2.1 Consulta preconcepcional

Generalidades

La atención preconcepcional forma parte de las acciones que se otorgan en el establecimiento de salud de Primer Nivel y se otorgará al 100% de las Mujeres en Edad Fértil (MEF), independientemente del motivo de consulta, como una intervención individual, preventiva y sistemática, al menos una vez al año, incluye orientación y consejería en anticoncepción de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. **Consultar Flujograma 1 Evaluación del riesgo reproductivo en Mujeres en Edad Fértil en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel del IMSS-BIENESTAR.**

La consulta preconcepcional tiene como finalidad detectar y evaluar condiciones biológicas, conductuales, sociales y psicosociales presentes en la mujer o en la pareja, que puedan constituirse en factores de riesgo durante la gestación, agravarse como consecuencia del embarazo o afectar la salud de la madre y del producto.

La consulta preconcepcional incluye los siguientes principios

Principios de la consulta preconcepcional:

- Se otorga en el marco de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incorporando acciones de promoción de la salud y prevención del embarazo no deseado.
- Priorizar la asesoría anticonceptiva, sobre todo cuando se identifiquen condiciones de alto riesgo reproductivo.
- Está disponible para mujeres y hombres que, en ejercicio de sus derechos reproductivos y sexuales, desean planear su maternidad o paternidad.

- Se otorga con respeto a la dignidad humana, sin discriminación y con enfoque de equidad, considerando las necesidades de grupos en situación de vulnerabilidad.
- Garantiza la confidencialidad de la información clínica y personal, utilizando los datos epidemiológicos exclusivamente con fines estadísticos.

Elementos de la evaluación preconcepcional

La evaluación preconcepcional incluye, como mínimo:

- Interrogatorio clínico dirigido.
- Exploración física.
- Solicitud e interpretación de exámenes de laboratorio.

Esquema de atención preconcepcional

Consulta inicial o de tamizaje.

Realizar una consulta inicial de tamizaje, a cargo del personal médico y/o de enfermería, orientada a:

- Identificar la intención reproductiva de la mujer o la pareja.
- Detectar factores de riesgo reproductivo.
- Definir acciones de intervención, seguimiento o referencia, según el caso.

La consulta se realiza preferentemente al menos un año antes de un embarazo planeado, y se recomienda la participación de la pareja tanto en la consulta inicial como en las subsecuentes.

En mujeres con patologías crónicas o condiciones graves, definir la conveniencia de embarazo o su postergación, proporcionando asesoría anticonceptiva individualizada.

Duración mínima sugerida de la consulta: 30 minutos.

Promoción de la salud y prevención en la atención preconcepcional

El personal de salud deberá otorgar consejería integral orientada a la promoción de estilos de vida saludables en mujeres en edad reproductiva. La consejería nutricional general podrá ser otorgada por el personal de salud y, en caso de condiciones específicas, deberá realizarse con apoyo de nutrición y/o equipo multidisciplinario.

Asimismo, se deberán identificar y abordar hábitos no saludables, fortaleciendo la educación higiénico-dietética y promoviendo la actividad física. En caso necesario, se deberá canalizar a programas de atención para el consumo de alcohol y/o sustancias, así como a servicios de salud mental para su valoración y manejo por equipo interdisciplinario.

Se indica suplementación con ácido fólico a dosis de 400 mcg/día en todas las mujeres en edad reproductiva.



Aspectos mínimos por evaluar en la consulta inicial

Evaluar, como mínimo, los siguientes componentes:

- Condiciones médicas preexistentes.
- Estado nutricional, peso y actividad física.
- Hábitos no saludables.
- Estado de inmunización.
- Historia sexual y reproductiva.
- Antecedentes heredofamiliares y genéticos.
- Uso de medicamentos.
- Presencia de infecciones.
- Factores psicosociales.

Estudios de laboratorio básicos

Solicitar los estudios básicos que incluyan:

- Antígeno de superficie de hepatitis B.
- Citología cervicovaginal.
- Glucosa sérica.
- Hemoclasificación (grupo y Rh).
- Hemograma.
- Examen general de orina.
- Detección de VIH y sífilis.

Registro y clasificación del Riesgo Reproductivo

La valoración del RR, tiene como características esenciales el reconocimiento y ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales que llevan a la identificación de los riesgos y alternativas de la concepción y a adoptar las medidas necesarias para atenuar o eliminar los mencionados riesgos.

Utilizar de manera homologada y sistematizada el formato.



Anexo 2. Formato de vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico para:

- Registrar los factores identificados.
- Clasificar el riesgo reproductivo de acuerdo con los siguientes parámetros descritos en la **Tabla 2. Clasificación del Riesgo Reproductivo.**

Tabla 2. Clasificación del Riesgo Reproductivo

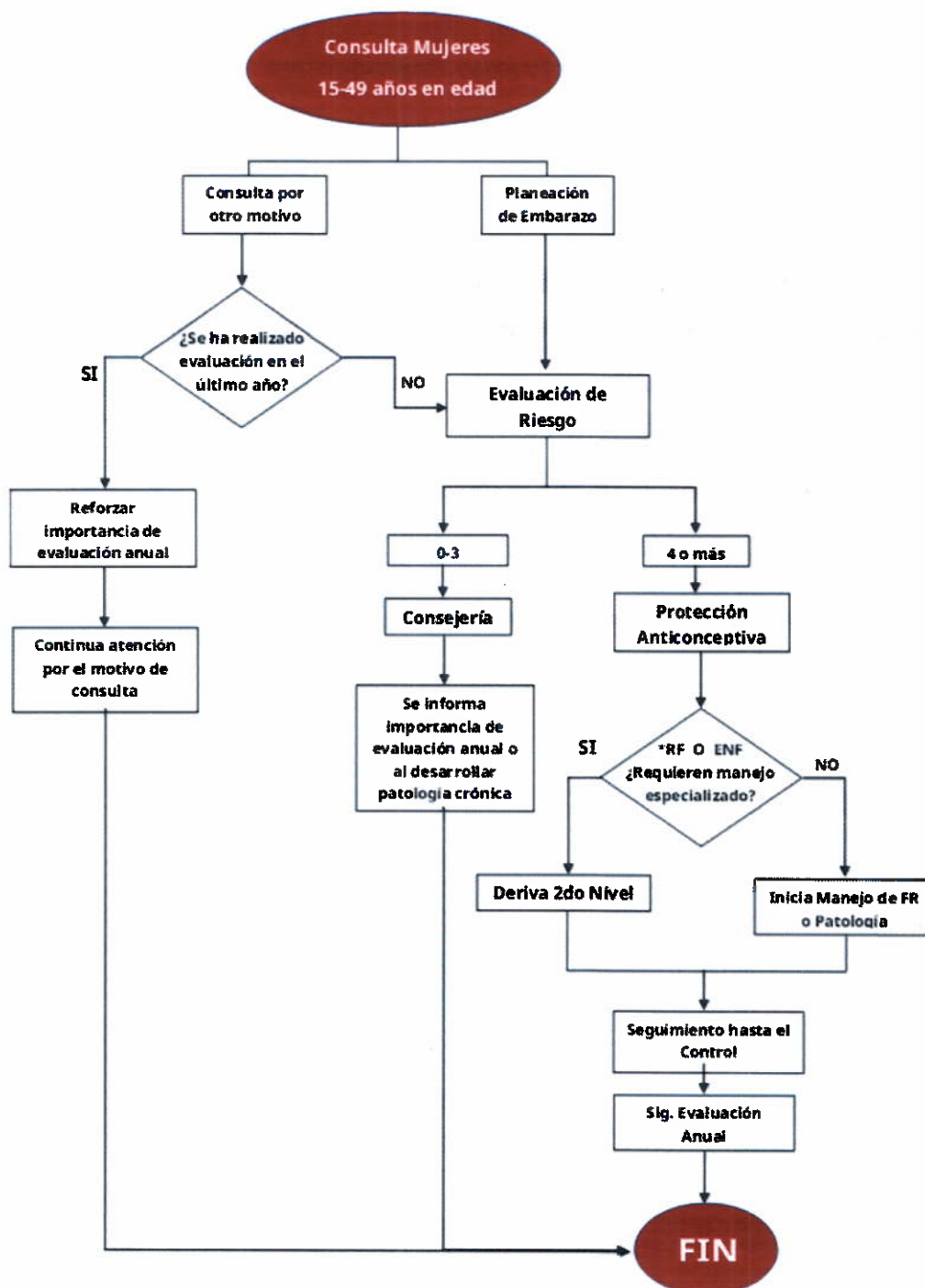
Riesgo Reproductivo	Parámetros
Riesgo Reproductivo bajo	0 a 3
Riesgo Reproductivo alto	≥ 4

Las mujeres con riesgo reproductivo alto reciben:

- Consultas de seguimiento.
- Protección anticonceptiva.
- Acciones específicas conforme a los factores identificados.



Flujograma 1. Evaluación del riesgo reproductivo en Mujeres en Edad Fértil en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel del IMSS-BIENESTAR



1.3 Consultas de control y seguimiento

Establecer hasta dos consultas de seguimiento de las mujeres en edad fértil en quienes se identificó alguna patología para su control o previo a la referencia, con duración mínima de 30 minutos, orientadas a:

- Interpretar resultados de estudios.
- Iniciar o ajustar intervenciones terapéuticas.
- Reducir el riesgo reproductivo.
- Otorgar consejería en planificación familiar.
- Registrar en la Cartilla Nacional de Salud (CNS), en el expediente clínico, censo las acciones realizadas.

Cuando se requiera manejo especializado, **referir oportunamente** a Segundo Nivel de atención.

Se indica ácido fólico 4000 mcg/día en aquellas con antecedente de recién nacidos con defectos del tubo neural.

Participación comunitaria en la salud materna.

La salud materna no depende únicamente de la atención médica otorgada en los Establecimientos de Salud sino también de la capacidad del territorio para organizarse y participar activamente en el cuidado de las MEF durante el embarazo, parto y puerperio.

La participación comunitaria permite fortalecer redes de apoyo locales, facilitar la identificación temprana de riesgos y mejorar la vinculación de las MEF, entre las familias y los servicios de salud.

Este enfoque promueve la identificación comunitaria de las MEF y personas gestantes, el seguimiento territorial de riesgos obstétricos y la coordinación con actores locales, comités comunitarios de salud, promotores de salud y redes sociales de apoyo, con el fin de garantizar el acceso oportuno a los servicios y reducir las barreras geográficas, culturales y sociales que afectan la salud materna.

En este proceso, los Comités de Salud para el Bienestar (COSABI), promotores de salud, parteras tradicionales, autoridades comunitarias y otros actores sociales desempeñan un papel clave en la difusión de información, el acompañamiento comunitario y la promoción de la corresponsabilidad en el cuidado de la salud materna. La articulación entre comunidad y servicios de salud contribuye a reducir barreras de acceso, atender determinantes sociales que influyen en el embarazo y fortalecer la vigilancia comunitaria para la detección oportuna de signos de alarma.



Elementos clave para la participación comunitaria en salud materna:

- Participación comunitaria: Se refiere a involucramiento de la comunidad en la promoción y cuidado de la salud materna.
- Redes de apoyo comunitarias: Se conforman por familia, comunidad y actores locales que acompañan a la mujer durante el embarazo.
- Promotores de salud: Dan apoyo en educación, seguimiento y referencia oportuna a los servicios de salud.
- Comités de Salud para el Bienestar (COSABI): Fortalecen la organización comunitaria y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- Corresponsabilidad comunidad–servicios de salud: Se refiere a la coordinación para la detección temprana de riesgos y acceso oportuno a la atención.

1.4 Criterios de referencia

1.4.1 Evaluación de condiciones específicas

Condiciones patológicas preexistentes

Las mujeres en edad reproductiva que presenten alguna de las condiciones médicas relacionadas a continuación, u otra no incluida en este listado, son remitidas para manejo por especialista. De acuerdo con cada situación en particular para mujeres con condiciones patológicas preexistentes, la asesoría en planificación familiar siempre estará a cargo del especialista en obstetricia.

Identificar y referir, según corresponda, a mujeres con:

- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Cardiopatías.
- Enfermedades oncológicas.
- Trastornos tiroideos.
- Epilepsia y trastornos convulsivos.
- Enfermedades del colágeno.
- Trombofilias.
- Anemia.
- Asma.
- Tuberculosis.
- Obesidad mórbida (IMC >35).

Nutrición y actividad física

La consejería nutricional integral puede ser realizada por el personal de salud. En el caso de mujeres en edad reproductiva que presenten alguna de las condiciones específicas, se realizará con el apoyo del nutricionista y/o equipo multidisciplinario.



Hábitos de riesgo

En mujeres en edad reproductiva en quienes se documenten hábitos no saludables se aplicarán acciones para:

- Fortalecer la educación higiénico-dietética saludable.
- Canalizar a programas de atención al consumo de alcohol y/o sustancias, así como de salud mental cuando sea necesario para su valoración y tratamiento por equipo interdisciplinario.

Estado de inmunización

Los equipos de salud que realicen la atención preconcepcional serán los responsables de:

- Evaluar el esquema de vacunación de la MEF.
- Verificar el cumplimiento de su esquema de vacunación conforme a la CNS, al menos tres meses antes del embarazo como se muestra en la **Tabla 3. Esquema de vacunación de la mujer en edad fértil.**

Tabla 3. Esquema de vacunación de la mujer en edad fértil

Vacuna	Acción sugerida
Td	Personas con esquema completo: Aplicar a partir de los 15 años, con refuerzo cada 10 años. Personas con esquema incompleto o no documentado: Aplicar 3 dosis con intervalos 0, 1, 12 meses, con refuerzo cada 10 años.
SR	Aplicar en personas de 10 a 49 años, en personas sin esquema previo, esquema incompleto o desconocido. Evitar embarazo durante 4 semanas posteriores.
Anti-hepatitis B	Aplicar a partir de los 11 años en personas sin antecedente vacunal (al menos 3 dosis de Hb).
Anti-influenza estacional	Aplicar a población de 10 a 59 años con factores de riesgo.
Contra la COVID-19	Aplicar a personas de 10 a 59 años con factores de riesgo.
VPH	Aplicar a niñas y niños que cursan el 5º grado de primaria y de 11 años NO escolarizados. Mujeres y hombres cisgénero y transgénero de 11 a 49 años, que viven con VIH. Niñas y adolescentes de 9 a 19 años que estén siendo atendidas dentro del protocolo de violación sexual (idealmente en las primeras 72 horas, sin ser limitativo) y que no cuenten con antecedente vacunal.

Fuente: Secretaría de Salud. (2026). *Lineamientos Generales del Programa de Vacunación Universal 2026*. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA). Gobierno de México. Pág. 41
<https://www.gob.mx/salud/censia/documentos/lineamientos-generales-pvu-2026>.

Antecedentes reproductivos

Evaluar de manera sistemática los **antecedentes** durante la consulta preconcepcional, con el propósito de identificar condiciones, eventos que incrementen el riesgo reproductivo o de alteraciones hereditarias que requieran intervención, seguimiento o referencia.

La valoración incluye, entre otros, los siguientes antecedentes:

- Parto pretérmino previo.
- Cesárea previa.
- Abortos previos.
- Muerte fetal previa.
- Gran multiparidad.
- Período intergenésico corto (menor de 24 meses).
- Incompatibilidad Rh.
- Preeclampsia en embarazo previo.
- Antecedente de recién nacido con peso menor de 2,500 g.
- Antecedente de recién nacido macrosómico.
- Antecedente de hemorragia postparto.
- Antecedente de embarazo molar.
- Antecedente de depresión postparto.
- Edad materna menor a 19 años y mayor a 35 años.
- Historia familiar de alteraciones genéticas conocidas.
- Etnicidad asociada a riesgo genético específico.
- Antecedentes familiares de hemofilia u otras enfermedades hereditarias.

De acuerdo con la evaluación individual, definir las acciones de intervención, otorgar asesoría anticonceptiva y, cuando se identifiquen condiciones que lo ameriten, referir a Segundo Nivel de atención para valoración por el especialista en obstetricia y ginecología, así como a genética médica cuando esté indicado.

Riesgos psicosociales

Identificar y evaluar los factores de riesgo psicosocial durante la consulta preconcepcional, con el propósito de reconocer condiciones sociales, emocionales y contextuales que puedan incrementar el **riesgo** reproductivo, afectar la toma de decisiones informadas o limitar el acceso oportuno a los servicios de salud.

La valoración se realizará mediante interrogatorio dirigido, observación clínica y, cuando sea posible, con el uso de herramientas de tamizaje estandarizadas, como las **propuestas** en la Guía mhGAP de la OMS, incorporando de manera explícita la evaluación de la salud mental perinatal, en particular síntomas de depresión y ansiedad.



Se deberán considerar, entre otros, los siguientes factores:

- Menor de 19 años.
- Violencia de género y sexual.
- Discapacidad (Cognitiva – sensorial).
- Contexto ambiental (Ubicación, red de apoyo y accesos a servicios).
- Desplazamiento.
- Depresión – ansiedad.
- Riesgo laboral.
- Barreras de acceso a servicios de salud y condiciones de vulnerabilidad social, incluyendo aquellas que afectan a población indígena o comunidades originarias.

Con base en la evaluación individual, definir las acciones de orientación, intervención o acompañamiento que correspondan y, cuando se identifique la necesidad, referir de manera oportuna a los servicios especializados pertinentes, con el fin de favorecer la continuidad de la atención y la reducción de riesgos asociados a la salud materna y neonatal.

Cuando los factores psicosociales identificados estén relacionados con condiciones estructurales del territorio, como pobreza extrema, barreras geográficas, violencia comunitaria o ausencia de redes de apoyo, el personal de salud podrá activar mecanismos de gestión territorial y comunitaria, incluyendo la coordinación con trabajo social, promotores de salud, autoridades comunitarias y redes locales de apoyo, con el fin de facilitar el acceso a servicios, el acompañamiento comunitario y la continuidad del cuidado.

1.5 Asesoría anticonceptiva en condiciones especiales y de alto Riesgo Reproductivo

Generalidades

La asesoría anticonceptiva constituye una intervención esencial en la atención a la salud sexual y reproductiva, orientada a informar y acompañar a las mujeres y parejas en la toma de decisiones libres, informadas y responsables sobre el ejercicio de la reproducción.

Se requiere otorgar de manera oportuna, continua y personalizada, considerando el curso de vida, la condición de salud, los antecedentes y el Riesgo Reproductivo identificado, con el fin de prevenir embarazos no planeados o de alto riesgo, reducir complicaciones maternas y perinatales, y garantizar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

La asesoría, prescripción y seguimiento de uso de los métodos anticonceptivos incluye apegarse estrictamente a lo establecido en la normatividad vigente, particularmente en los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Anticonceptivos en México y en el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-005-SSA-2025, De los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción.



1.5.1 Métodos anticonceptivos en condiciones especiales

Los métodos anticonceptivos constituyen herramientas fundamentales para la planificación familiar, al permitir a las mujeres y a las parejas regular de manera voluntaria y responsable la fecundidad, de acuerdo con su situación de salud, proyecto reproductivo y condiciones de vida. En mujeres con patologías o riesgos graves es importante considerar que los métodos anticonceptivos de barrera, como el condón, presentan menor efectividad cuando se utilizan de manera aislada; por lo anterior, recomendar la doble protección, con el fin de reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y prevenir embarazos no planeados.

La consejería anticonceptiva consiste en:

- Orientar a las personas usuarias de los servicios, sobre los métodos anticonceptivos temporales y definitivos disponibles, clasificados conforme a los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) para el Uso de Anticonceptivos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), priorizando aquellos ubicados en categorías 1 y 2, de acuerdo con la condición clínica de la mujer. Los métodos anticonceptivos se seleccionan conforme a los CME, considerando las categorías citadas en la **Tabla 4. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**, así como los descritos en la **Figura 1. Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos**.

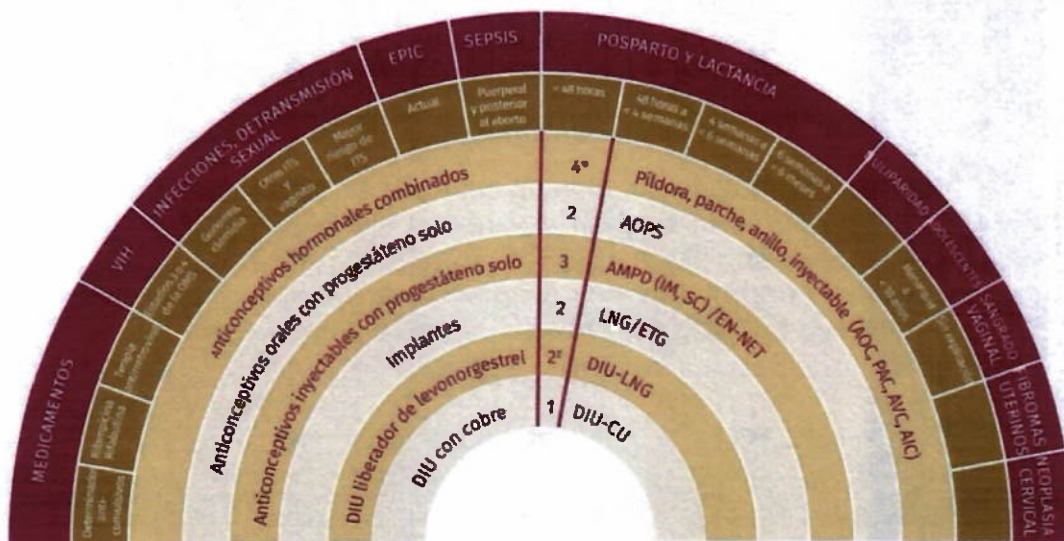
Tabla 4. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Categoría	Criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	El método puede utilizarse sin ninguna restricción.	Si Use el método
2	Los beneficios del método superan los riesgos probados o teóricos.	
3	Los riesgos probados o teóricos superan los beneficios del método.	No No use el método
4	El uso del método representa un riesgo inaceptable para la salud y está contraindicado.	

Fuente: Organización Mundial de la Salud, (2015). Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Pág. 2 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/03d86ab1-1135-4bb6-ab3b-63a1e957afc7/content>



Figura 1. Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos



Fuente: Organización Mundial de la Salud, (2015). Rueda con los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Pág. 2 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/03d86ab1-1135-4bb6-ab3b-63a1e957afc7/content>

Cuando la condición médica lo amerite, considerar métodos definitivos, siempre que exista consentimiento informado y se haya proporcionado asesoría integral.

Con el propósito de facilitar a los usuarios de esta guía la toma de decisiones de métodos anticonceptivos, es recomendable la consulta de la publicación de las recomendaciones actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de la seguridad de los diversos métodos anticonceptivos en relación con su uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas, en los *Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos*.

Referencia y prescripción

Las mujeres con condiciones médicas complejas o de alto riesgo, se refieren a Segundo Nivel, para valoración por el especialista en obstetricia, quien será responsable de definir la pertinencia del método anticonceptivo y, en su caso, la indicación de métodos definitivos.

En el Cuadro 1. **Funciones y actividades para la buena práctica en la atención preconcepcional en el Primer Nivel** se presentan un resumen de las funciones y actividades que el personal de salud, de acuerdo con su perfil realiza en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel durante la atención preconcepcional.



Cuadro 1. Funciones y actividades para la buena práctica en la atención preconcepcional en el Primer Nivel

Función/Actividad	Formato	Personal responsable (s)						
		Personal Médico	Personal de Enfermería	Trabajo Social	Promotor de Salud	Estomatólogo	Nutriólogo	Partera Profesional
Promoción intra y extramuros sobre la importancia de la atención preconcepcional a las MEF	Cartilla Nacional de Salud	X	X	X	X	X	X	X
Participar en brigadas comunitarias para la identificación de las MEF	Cartilla Nacional de Salud			X	X			
Verificar que las MEF que acuden a la ESPN, cuenten con valoración de RR en el año en curso.	Cartilla Nacional de Salud	X	X	X	X	X	X	X
Determinar y valorar el RR en el 100% de las MEF que acuden al ESPN (Consulta inicial)	Anexo 2. Formato de vigilancia	X	X					X



Función/Actividad	Formato	Personal responsable (s)						
		Personal Médico	Personal de Enfermería	Trabajo Social	Promotor de Salud	Estomatólogo	Nutriólogo	Partera Profesional
	prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico							
Dar seguimiento a las MEF con RR alto, de acuerdo con los factores de riesgo identificados (Consulta Subsecuente)		X	X	X		X		
Consejería en Planificación familiar y orientación genética	Cartilla Nacional de Salud	X	X	X				X
Prescribir métodos anticonceptivos		X						



Función/Actividad	Formato	Personal responsable (s)						
		Personal Médico	Personal de Enfermería	Trabajo Social	Promotor de Salud	Estomatólogo	Nutriólogo	Partera Profesional
Dar seguimiento a personas en edad reproductiva de los métodos anticonceptivos		X	X					
Realizar la verificación y el registro de las acciones preventivas en salud materna, tales como vacunación, tamizaje de anemia y detección de VIH.			X				X	
Actualizar censo de MEF con RR alto		X	X	X	X	X	X	X
Dar seguimiento de MEF con RR alto			X	X				
Evaluar el estado nutricional de la MEF			X					



2. Atención preconcepcional en el Segundo y Tercer Nivel

La atención preconcepcional en el Segundo y Tercer Nivel de atención se orienta a otorgar servicios especializados, resolutivos y oportunos a las mujeres que presentan riesgo reproductivo moderado o alto, identificados durante la atención preconcepcional o prenatal en el Primer Nivel. Esta atención forma parte de un modelo continuo e integral de cuidados, cuyo propósito es reducir la morbilidad materna y perinatal, mediante la evaluación diagnóstica, el tratamiento especializado y la referencia o contrarreferencia oportuna entre niveles de atención.

La atención se otorgará con enfoque en derechos humanos, perspectiva de género, trato digno, confidencialidad y respeto a la autonomía de la mujer, garantizando la continuidad de la atención durante las etapas pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y atención de urgencias obstétricas.

Objetivo general

Otorgar atención especializada, oportuna y de calidad a personas con Riesgo Reproductivo moderado o alto, o que requieran valoración para planificación del embarazo, mediante evaluación diagnóstica integral, manejo especializado y referencia oportuna, con el fin de prevenir complicaciones y reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Específicos

- Evaluar y clasificar el Riesgo Reproductivo, en especial los hallazgos de alto riesgo, identificados en el Primer Nivel.
- Otorgar un diagnóstico preciso e integral y tratamiento especializado conforme a la capacidad resolutiva del Segundo Nivel.
- Garantizar la continuidad de la atención a través de la referencia y contrarreferencia efectiva entre niveles, así como la intercomunicación mediante la estrategia de telemedicina.

2.1 Estrategias y recomendaciones en la atención preconcepcional

El personal de salud implementará la atención a las MEF con enfoque de promoción, preventivo y de atención a la salud mediante acciones.

- Implementar el Módulo de Atención a la Embarazada de Riesgo (MATER) como eje de la atención especializada.
- Aplicar el enfoque de riesgo para priorizar la atención y asignación de recursos.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional e interdisciplinaria.
- Orientar sobre la protección anticonceptiva durante procesos diagnósticos y terapéuticos.
- Aplicar protocolos estandarizados para urgencias obstétricas y Código Mater.



2.1.1 Acciones específicas en la atención preconcepcional en Segundo y Tercer Nivel

Consulta preconcepcional

En el Segundo Nivel, la atención a MEF referidas por riesgo reproductivo moderado o alto se orienta a la evaluación diagnóstica integral y al manejo especializado, con el fin de determinar la viabilidad de un embarazo, establecer intervenciones terapéuticas oportunas y garantizar la seguridad de la persona.

Las acciones por realizar como parte de la consulta pregestacional requieren un abordaje multidisciplinario, la continuidad del cuidado y, cuando la condición clínica lo amerite, la referencia entre niveles de mayor capacidad resolutive, asegurando en todo momento la protección anticonceptiva durante los procesos diagnósticos o terapéuticos, considerando las determinantes sociales.

- Otorgar evaluación diagnóstica integral a mujeres referidas por hallazgo de riesgo reproductivo alto, con el propósito de determinar la viabilidad de un embarazo y establecer manejo especializado.
- Solicitar estudios de laboratorio y gabinete e iniciar tratamiento.
- Facilitar el acceso a un método anticonceptivo, cuando la persona lo decida, durante el proceso diagnóstico o terapéutico, respetando su autonomía y decisiones informadas.
- Dar seguimiento a la MEF si decide la progresión hacia un embarazo, la vigilancia debe ser continua desde el momento en que se da conclusión a los procesos terapéuticos y se considere que es el mejor momento para el inicio de la gestación.
- Realizar referencia al Tercer Nivel cuando la condición clínica exceda la capacidad resolutive.
- Durante el proceso diagnóstico o terapéutico, en algunos casos es necesaria la participación de especialistas de las áreas médica y quirúrgica, que en conjunto con el área eje ginecología y obstetricia, darán continuidad a los protocolos diagnósticos y terapéuticos idóneos, a fin de determinar la viabilidad de un posible embarazo.

3. Atención durante el embarazo

La OMS establece que la atención prenatal debe contemplar al menos ocho consultas a lo largo del embarazo, con el fin de garantizar una atención oportuna, continua y de calidad, así como detectar tempranamente posibles complicaciones que puedan afectar la salud materna y perinatal.

La atención prenatal en el sistema de salud permite a la persona gestante acceder a una amplia gama de servicios de promoción y prevención, tales como apoyo nutricional, prevención de la anemia, detección de infecciones de transmisión sexual, vacunación y educación para la salud. Su eficacia no depende únicamente del número de consultas, sino del momento en que se inician, su periodicidad y la calidad de las acciones realizadas.



El enfoque o gestión de riesgo constituye una herramienta fundamental para identificar problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad materna y perinatal, así como para orientar la asignación racional de recursos y la implementación de estrategias diferenciadas según las necesidades de cada persona gestante. Para ello la Vigilancia Prenatal Activa (VIPA) se fundamenta en la gestión clínica y operativa proactiva, diseñada para transformar la atención prenatal convencional en un sistema de seguridad continua. Se define por la búsqueda intencionada y sistemática de factores de riesgo obstétrico mediante tamizajes clínicos y de laboratorio buscando la garantía de continuidad asistencial absoluta, estableciendo mecanismos de rescate inmediato como la búsqueda activa ante cualquier inasistencia, eliminando así la pasividad en el seguimiento de la gestante.

Objetivo general

Garantizar una atención obstétrica integral, oportuna y de calidad para las personas gestantes, basada en el respeto a los derechos humanos, sexuales y reproductivos, mediante la vigilancia clínica del embarazo, la identificación temprana de riesgos y la provisión de intervenciones basadas en evidencia, promoviendo la toma de decisiones informadas, la participación de la persona usuaria y resultados maternos y perinatales favorables.

Específicos

- Proporcionar educación para la salud a la gestante, así como a su pareja y/o familiar si la persona así lo decide, para promover prácticas de autocuidado y corresponsabilidad.
- Aplicar un enfoque de riesgo dinámico, evaluar y reevaluar el riesgo obstétrico en cada consulta mediante el índice de Coopland, permitiendo una clasificación precisa que oriente la toma de decisiones clínicas y la referencia oportuna a niveles de mayor complejidad.
- Implementar tamizajes predictivos y preventivos, realizar acciones clínicas y de laboratorio "irreductibles", como la curva de tolerancia a la glucosa para detectar patologías subclínicas y aplicar medidas profilácticas dirigidas tales como la suplementación con hierro y ácido fólico, según el riesgo detectado.
- Prevenir, diagnosticar tempranamente y tratar las complicaciones del embarazo.
- Identificar factores de riesgo maternos, fetales y obstétricos que requieran intervención o referencia oportuna.
- Vigilar el crecimiento, desarrollo y vitalidad fetal durante la gestación.
- Disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la mujer de manera psicofísica para el parto, lactancia, cuidados de la persona recién nacida y la crianza.
- Elaborar el plan de seguridad y ruta crítica de acción previo al parto, que incluya la identificación de signos de alarma, la red de apoyo social, familiar y comunitaria, la coordinación con actores comunitarios y la organización anticipada del traslado hacia el establecimiento de salud resolutorio que facilite la atención oportuna y segura del evento obstétrico.

- Sistematizar la búsqueda activa de inasistentes, ejecutar protocolos de localización inmediata por vía telefónica o a nivel domiciliario para las personas gestantes que falten a sus citas programadas, garantizando que el sistema de salud actúe antes de que se pierda la continuidad del cuidado.
- Favorecer una atención del parto centrada en la persona, segura y basada en evidencia científica.

Importancia de la Vigilancia Prenatal Activa

La implementación de la VIPA se sustenta en la necesidad de transitar de un esquema de registro de control a uno de gestión de riesgos, justificándose en tres pilares fundamentales:

A. Impacto en la "Tercera Demora"

La evidencia demuestra que una proporción crítica de la morbi-mortalidad materna ocurre por fallas en la continuidad de la atención.

- **El Problema:** El control prenatal tradicional asume que la persona acudirá espontáneamente. Si no acude, el sistema la pierde hasta que reingresa como urgencia (Código Mater).
- **La Solución VIPA:** Al integrar el **Protocolo de Búsqueda Activa**, la VIPA actúa directamente sobre la demora en la búsqueda de atención. El **Censo de Embarazadas de Alto Riesgo (CEAR)** deja de ser un instrumento estadístico, permitiendo identificar y recuperar a la persona gestante antes de que se instale el daño.

B. La ventana de oportunidad terapéutica

El modelo actual se basa en la identificación de patologías establecidas la VIPA se justifica en el tamizaje dinámico.

- **Tamizaje Dinámico:** Incorpora pruebas que pueden ser de laboratorio o gabinete como el ultrasonido obstétrico o como la curva de tolerancia a la glucosa en semanas específicas para detectar patologías subclínicas.



C. Optimización del Primer Nivel

La VIPA debe ser oportuna, periódica, completo y amplia cobertura. Pero además buscando y garantizando:

- **Cero rechazos y cero abandonos:** Institucionaliza la obligatoriedad de verificar no solo la salud física, sino la **logística de traslado y red de apoyo** (Plan de Seguridad), asegurando que la referencia al Segundo Nivel sea efectiva.

Salud Materna

El seguimiento prenatal permite identificar de manera oportuna factores de riesgo maternos, como hipertensión gestacional, diabetes gestacional, infecciones urinarias, alteraciones del estado nutricional y antecedentes obstétricos relevantes, que podrían comprometer la salud o la vida de la persona gestante. La evidencia demuestra que las mujeres que asisten de forma regular a consultas de control prenatal presentan menores tasas de complicaciones graves, tales como eclampsia y hemorragias obstétricas, lo que contribuye a la reducción de la morbilidad materna. Con la vigilancia prenatal activa se potenciará el control prenatal tradicional, transformando los servicios de salud vigilantes y proactivos, para la persona gestante con factores de riesgo identificados se asegure que la ruta crítica de atención se cumpla de manera efectiva.

Salud Fetal

La vigilancia prenatal activa permite monitorear el adecuado desarrollo intrauterino, detectar oportunamente malformaciones congénitas y favorecer un entorno intrauterino saludable. Asimismo, facilita la identificación temprana de complicaciones, como restricción del crecimiento o sufrimiento fetal, lo que posibilita la planificación de intervenciones médicas oportunas y la atención del parto en condiciones óptimas, contribuyendo a mejorar los resultados perinatales.

3.1 Estrategias y recomendaciones en la vigilancia prenatal activa

Las estrategias de la vigilancia prenatal activa constituyen el conjunto de acciones organizadas y sistemáticas que el personal de salud otorga durante la atención a la persona gestante, con el propósito de garantizar una atención prenatal oportuna, continua, integral y de calidad.

A continuación, en la **Tabla 5. Estrategias para la vigilancia prenatal activa** se describen las principales estrategias para asegurar la vigilancia prenatal activa, en garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la persona gestante para reducir la incidencia de morbi-mortalidad materna y perinatal.



Tabla 5. Estrategias para la vigilancia prenatal activa

Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Integrar acciones de promoción y prevención	Proporcionar educación para la salud, prevención de enfermedades y orientación para el autocuidado.	Autocuidado y adherencia a la vigilancia prenatal activa.
Garantizar la cobertura universal de la Vigilancia Prenatal Activa	Promover el acceso de todas las personas gestantes a los servicios de la vigilancia prenatal activa.	Reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.
Garantizar el inicio oportuno de la Vigilancia Prenatal Activa	Iniciar la atención prenatal desde las primeras semanas del embarazo, idealmente en el primer trimestre.	Detección temprana de problemas maternos y fetales.
Garantizar la atención prenatal adecuada	Realizar acciones clínicas, preventivas y educativas en cada consulta prenatal.	Atención prenatal integral y de calidad considerando los determinantes sociales.
Asegurar la periodicidad de la Vigilancia Prenatal Activa	Otorgar al menos 8 consultas prenatales de manera periódica conforme a la edad gestacional y al riesgo identificado.	Seguimiento continuo de la evolución del embarazo.
Aplicar el enfoque de riesgo dinámico de forma sistemática	Evaluar y reevaluar el riesgo obstétrico en cada consulta prenatal.	Identificación oportuna de complicaciones.
Fortalecer la vigilancia materna	Realizar valoración clínica integral para identificar enfermedades subclínicas y complicaciones del embarazo.	Prevención y manejo oportuno de complicaciones maternas.
Fortalecer la vigilancia fetal	Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal mediante acciones clínicas y diagnósticas.	Detección temprana de alteraciones del desarrollo fetal.



Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Preparar a la mujer para el parto y la crianza	Elaborar un plan de acción previo al parto y otorgar preparación psicofísica.	Atención del parto más segura y planificada.
Fortalecer la preparación anticipada para la atención de emergencias obstétricas	Elaborar y actualizar en cada consulta el Plan individualizado de seguridad que incluya; identificación de signos de alarma, definición de red de apoyo familiar o comunitaria, y organización anticipada del traslado al Establecimiento de Salud con mayor capacidad resolutive.	Reducción de retrasos en la toma de decisiones y en el acceso oportuno a servicios de emergencia, disminuyendo el riesgo de complicaciones maternas y perinatales.
Asegurar la referencia y contrarreferencia oportuna	Referir entre niveles de atención cuando se identifiquen riesgos o complicaciones.	Atención oportuna de emergencias obstétricas y neonatales.
Sistematizar la Búsqueda Activa de Inasistente	Ejecutar protocolos de localización inmediata para las personas gestantes que falten a sus citas programadas.	Continuidad de la atención.
Fortalecer la capacidad de atención mediante la Telemedicina	Establecer comunicación entre los diferentes niveles de atención con personal de salud especializado.	Reducir la prevalencia de muertes maternas.
Articular con estructuras comunitarias de salud	Coordinar acciones de seguimiento con promotores de salud, parteras profesionales, comités comunitarios de salud y redes locales de apoyo.	Dar continuidad del cuidado y detección temprana de complicaciones.



3.2 Atributos de la vigilancia prenatal activa

El control prenatal eficiente cumple con cinco requisitos básicos, plasmados en la **Figura 2. Atributos del control prenatal.**

Figura 2. Atributos del control prenatal.



Fuente: Elaboración propia, 2026.

- I. **Oportuno:** La primera consulta de control prenatal se realiza desde la sospecha del embarazo, preferentemente durante el primer trimestre de la gestación, con el fin de iniciar de manera temprana las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. La atención oportuna permite identificar precozmente embarazos con factores de riesgo, lo que facilita la planificación adecuada del manejo clínico conforme a las necesidades específicas de cada gestante.
- II. **Periódico:** La frecuencia de las consultas prenatales consiste en ajustarse al grado de riesgo identificado. En embarazos de bajo riesgo se realizan al menos ocho consultas, mientras que en embarazos de alto riesgo la periodicidad dependerá de los factores clínicos, obstétricos y contextuales detectados durante la atención.
- III. **Completo:** El control prenatal incluye contenidos mínimos integrales, orientados a garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, de acuerdo con la etapa de la gestación y el riesgo identificado.



- IV. **De amplia cobertura:** La vigilancia prenatal activa garantiza el acceso efectivo a todas las personas gestantes, considerando que, a mayor cobertura, mayor será el impacto positivo en la reducción de la morbilidad materna y perinatal, particularmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- V. **Proactivo:** Vigilancia de la gestante incluso cuando esta no está en el consultorio. El equipo de salud “persigue” el riesgo mediante el seguimiento del censo nominal, anticipándose a la complicación mediante la gestión de traslados y referencias antes de la urgencia.

3.3 Atención prenatal activa en el Primer Nivel

Componentes esenciales de la Vigilancia Prenatal activa.

Los componentes esenciales del control prenatal comprenden el conjunto de acciones clínicas, preventivas y educativas **irreductibles** que el personal de salud realiza durante cada consulta prenatal, de acuerdo con la edad gestacional y el nivel de riesgo identificado, con el propósito de garantizar una atención prenatal oportuna, completa y de calidad. Es importante que ante la sospecha de embarazo de una MEF otorgar la atención como se muestra en el **Flujograma 2. Atención prenatal en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel.**

Número mínimo de consultas.

El control prenatal en embarazos de bajo riesgo contempla un mínimo de ocho consultas de acuerdo con las últimas recomendaciones de la OMS, distribuidas de manera **estratégica** a lo largo de la gestación, con el fin de garantizar la vigilancia continua del embarazo, la detección oportuna de riesgos y complicaciones, y la implementación de acciones preventivas y terapéuticas conforme a la edad gestacional. En los casos en que se identifique riesgo obstétrico, la frecuencia de las consultas se ajusta de acuerdo con los factores de riesgo detectados y la evolución clínica de la gestante.

De acuerdo con el PRONAM primeros mil días, emitido por el Consejo de Salubridad general, la periodicidad de las consultas se realiza conforme a la **Tabla 6. Consultas prenatales recomendadas** de la siguiente manera:

Tabla 6. Consultas prenatales recomendadas

Periodicidad de las consultas prenatales en embarazos de bajo riesgo	
1ª consulta	Entre la 6 y 8 SDG
2ª consulta	Entre la 10 y 14 SDG
3ª consulta	Entre la 16 y 18 SDG
4ª consulta	22 SDG
5ª consulta	28 SDG
6ª consulta	32 SDG
7ª consulta	36 SDG
8ª consulta	Entre la 38 y 41 SDG

Fuente: Protocolos Nacional de Atención Médica PRONAM, (2025). Primeros 1000 días de vida, por Secretaría de Salud.
<https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-primeros-1000-dias.pdf>



Acciones irreductibles de la Vigilancia Prenatal Activa

Las **acciones irreductibles** del control prenatal son aquellas que se realizan como un estándar mínimo en cada consulta prenatal, conforme a la edad gestacional, aun cuando la primera atención sea tardía, en cuyo caso se recuperarán las acciones correspondientes a consultas previas.

En el **Cuadro 2. Acciones irreductibles en la atención del control prenatal de acuerdo con la edad gestacional** se describen las acciones irreductibles que se aplican durante el control prenatal, organizadas conforme a la semana de gestación, para su ejecución sistemática y asegurar la integralidad de la atención.

Cuadro 2. Acciones irreductibles en la atención del control prenatal de acuerdo con la edad gestacional

Actividad	SDG/Nº de consulta							
	6-8	10-14	16-18	22	28	32	36	38-41
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
Dx. de embarazo	X							
Cálculo de SDG	X	X	X	X	X	X	X	X
Historia clínica y actualización de registros médicos	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación del Riesgo Obstétrico (RO)	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación del peso y ganancia corporal	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación de talla	X							
Evaluación de estilos de vida de riesgo	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación odontológico y derivación a Estomatología	X							
Aplicación del Esquema de vacunación de la Persona Gestante			X					
Examen ginecológico, Citología cervical*	X							
Suplementación con hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X	X	X	X
Detección de VIH-sífilis	X				X			



Actividad	SDG/N° de consulta							
	6-8	10-14	16-18	22	28	32	36	38-41
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
Detección de diabetes mellitus(gestacional)	X				X			
Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación del crecimiento fetal (medición de FU)			X	X	X	X	X	X
Determinación de vitalidad fetal (FCF)		X	X	X	X	X	X	X
Evaluación de la capacidad pelviana								X
Consejería y provisión de anticoncepción		X		X		X		X
Contenidos educativos para el parto institucional y la lactancia		X	X	X	X	X	X	X
Orientación de signos y síntomas de alarma obstétrica	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientación nutricional	X	X	X	X	X	X	X	X
Exámenes de laboratorio:								
Biometría hemática	X					X		
Química sanguínea	X					X		
Grupo y Rh.	X							
EGO	X					X		
Billilabstix	X							
Elaboración de plan de atención obstétrica y de seguridad	X	X	X	X	X	X	X	X
Derivación a Segundo Nivel para atención del evento obstétrico**								X
Búsqueda activa de Inasistentes	X	X	X	X	X	X	X	X

*La citología cervical se efectuará en caso de que la mujer no se la hubiera realizado en los últimos 2 años o que se hubiera reportado un dato de LIEBG.

**La derivación de la persona gestante para atención del evento obstétrica puede realizarse en cuanto inicie el trabajo de parto o bien, si la persona gestante llega a la semana 42 de la gestación sin que hubiera desencadenado trabajo de parto. En el caso de las mujeres con antecedente de cesárea previa o cesárea iterativa, la derivación se programa antes del inicio del TP.



Inmunización de la persona gestante

La vacunación en la persona gestante consiste en la aplicación oportuna de los biológicos durante el embarazo, con el propósito de proteger la salud de la persona gestante y de la Persona Recién Nacida, reducir el riesgo de complicaciones y contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal. Su aplicación se realiza conforme a la normatividad vigente y al esquema establecido por la Cartilla Nacional de Salud (CNS), el cual se presenta en la **Tabla 7. Esquema de vacunación de la persona gestante**.

Tabla 7. Esquema de vacunación de la persona gestante

Vacuna	Momento de la aplicación
Tdpa	A partir de la semana 20, preferente entre la semana 27 y 36 de gestación.
Td	A partir de la semana 20, preferente entre la semana 27 y 36 de gestación.
Influenza	En cualquier trimestre del embarazo, durante la época invernal.
Hepatitis B	Personas con factores de riesgo específico: personas que viven con VIH, con más de una pareja sexual en los últimos 6 meses, ITS en los últimos 6 meses, uso actual o reciente de drogas inyectables, pareja sexual positiva a HBsAg, enfermedad hepática o renal crónica, exposición laboral a sangre humana u otros fluidos corporales, integrantes del hogar de personas infectadas con hepatitis B o viajeros a zonas con alta incidencia de hepatitis B.
COVID-19	En cualquier trimestre. Preferente a partir del segundo trimestre.

Fuente: Protocolos Nacional de Atención Médica PRONAM, (2025). Primeros 1000 días de vida, por Secretaría de Salud. <https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-primeros-1000-dias.pdf>

Evaluación y recomendaciones nutricionales

Evaluación del estado nutricional

El personal de salud otorgará la atención nutricional con enfoque en:

- Valorar el estado nutricional inicial.
- Establecer que la ganancia de peso esperada dependerá del IMC inicial.
- Vigilar que la ganancia de peso sea adecuada y progresiva.
- Identificar desviaciones que incrementen el riesgo materno o fetal.

Seguimiento de la ganancia de peso gestacional

La ganancia de peso durante el embarazo se vigilará de manera sistemática en cada consulta prenatal.



El personal de salud realizará las siguientes intervenciones:

- Promover una alimentación saludable, suficiente y equilibrada durante el embarazo, con el fin de proteger la salud materna y favorecer un crecimiento y desarrollo adecuados del feto, acorde con la etapa de la gestación y el estado nutricional identificado.
- Prescribir suplementación con ácido fólico a razón de 0.4 mg (400 microgramos) diarios a todas las personas gestantes desde el primer contacto con los servicios de salud, como medida preventiva para reducir el riesgo de defectos del tubo neural.
- Reforzar la indicación de ácido fólico de manera preconcepcional, idealmente tres meses previos a la gestación, cuando la mujer se encuentre en seguimiento o planificación del embarazo.

El aumento de peso recomendado durante la gestación dependerá del índice de Masa Corporal (IMC) pregestacional y de la etapa del embarazo. Cuando la primera consulta prenatal se realice antes o durante el primer trimestre, se calcula el IMC pregestacional o el IMC actual, a partir del cual se establecerán las recomendaciones sobre la ganancia de peso total esperada durante el embarazo.

Se darán recomendaciones específicas sobre:

- La ganancia de peso total durante el primer trimestre.
- La ganancia de peso semanal esperada durante el segundo y tercer trimestre.
- Tomar como referencia el IMC pregestacional, conforme a las tablas y figuras de recomendación establecidas.

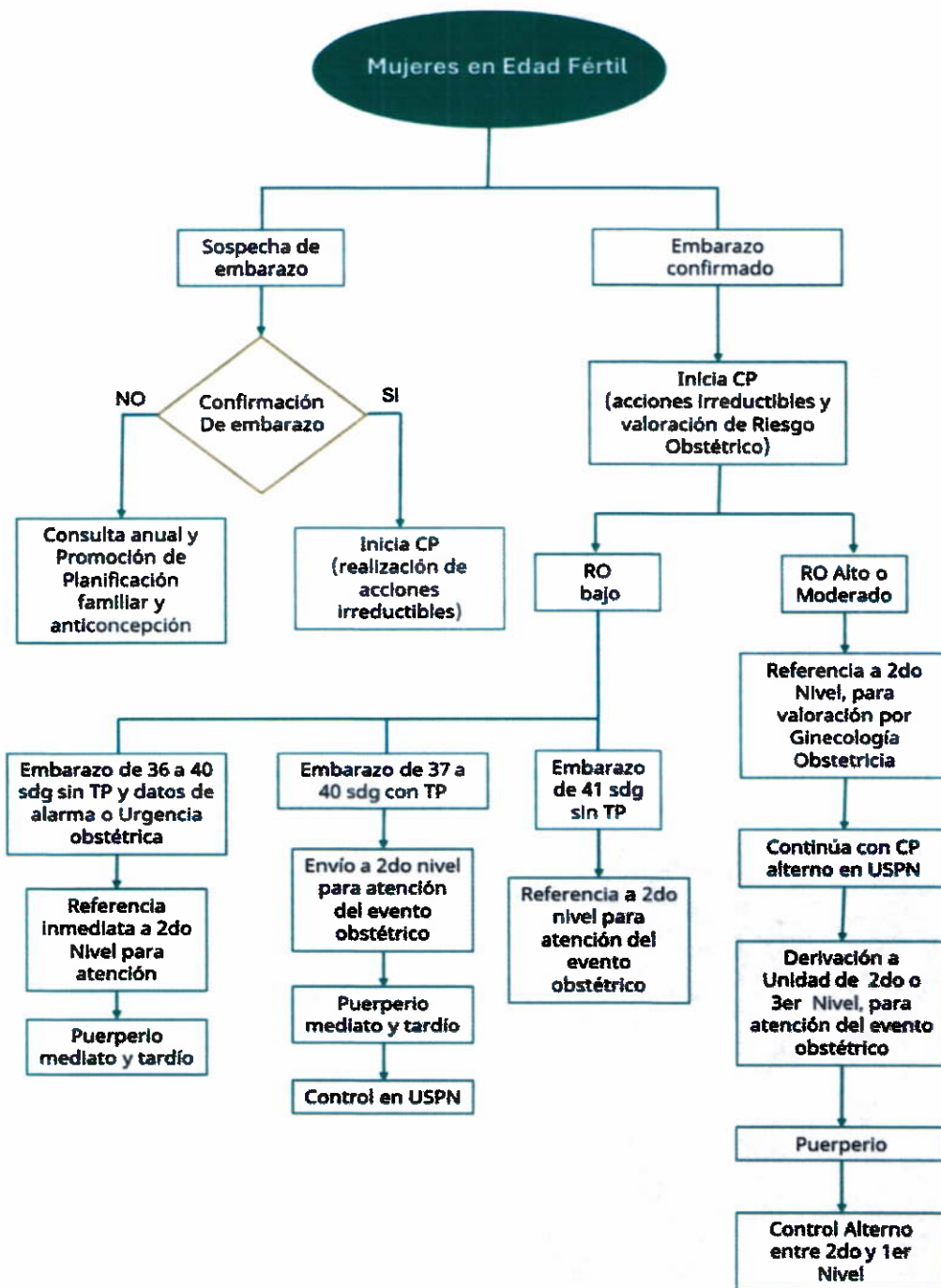
Figura 3. Recomendaciones sobre la ganancia de peso durante el embarazo de acuerdo con el IMC pregestacional.

Estado de nutrición pregestacional de acuerdo a IMC	Ganancia de peso total durante el embarazo:	Ganancia de peso recomendada durante el primer trimestre es:	Ganancia de peso recomendada por semana durante el segundo y tercer trimestre es:
DESNUTRICIÓN IMC < 18.5 kg/m ²	12.5-18.0 kg/m ²	1-3 kg	0.44-0.58 kg
NORMAL IMC de 18.5 a 24.9 kg/m ²	11.3-15.9 kg/m ²	1-3 kg	0.35-0.5 kg
SOBREPESO IMC de 25 a 29.9 kg/m ²	6.8-11.3 kg/m ²	1-3 kg	0.23-0.33 kg
OBESIDAD IMC > 30 kg/m ²	4.0-9.0 kg/m ²	0.2-2 kg	0.17-0.27 kg

Fuente: Protocolos Nacional de Atención Médica PRONAM, (2025). Primeros 1000 días de vida, por Secretaría de Salud.
<https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-primeros-1000-dias.pdf>



Flujograma 2. Atención Prenatal en los Establecimientos de Salud Primer Nivel





3.4 Vigilancia prenatal activa en el Segundo y Tercer Nivel

En el Segundo y Tercer Nivel de Atención la VPA se orienta al diagnóstico, tratamiento y seguimiento especializado de enfermedades maternas subclínicas y de condiciones clínicas que puedan afectar el curso normal del embarazo, así como a la intervención oportuna de los riesgos maternos, fetales y obstétricos identificados durante la atención.

Asimismo, contempla la referencia inmediata y coordinada al Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive cuando la condición clínica de la usuaria exceda las posibilidades de manejo del nivel de atención, garantizando la continuidad y seguridad del cuidado materno y perinatal.

Objetivo general

Garantizar una atención prenatal especializada, oportuna y de calidad para las personas gestantes, mediante la evaluación diagnóstica integral, el manejo clínico oportuno y el seguimiento de condiciones maternas, fetales y obstétricas que puedan afectar la evolución del embarazo, promoviendo la continuidad de la atención mediante mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia entre niveles, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, en un marco de respeto a los derechos humanos y la atención centrada en la persona.

Objetivos específicos

- Otorgar atención en los Establecimientos de Salud de Segundo Nivel a la Persona Gestante referida por hallazgo de Riesgo Obstétrico Mediano y Alto.
- Realizar evaluación de Riesgo Obstétrico para confirmar diagnóstico y otorgar un manejo integral y adecuado.
- Corroborar el diagnóstico mediante los estudios de laboratorio y gabinete.
- Registrar las actividades realizadas en la Cartilla Nacional de Salud, Expediente clínico y **Anexo 3. Tarjeta de atención integral del embarazo, puerperio y periodo de lactancia.**
- Establecer un sistema de contrarreferencia activa hacia el Primer Nivel, asegurando que el plan de manejo especializado y las reclasificaciones de riesgo sean integrados al **Anexo 4. Formato del Censo de Embarazadas de Alto del Establecimiento de Salud de Origen.**
- Fortalecer y mejorar la atención integral mediante referencia al Tercer Nivel en caso necesario y/o realizar interconsulta mediante telemedicina.



4. Embarazo de alto riesgo

El embarazo de alto riesgo constituye una condición clínica que requiere vigilancia, seguimiento y manejo diferenciados, debido a la presencia de factores maternos, fetales u obstétricos que incrementan la probabilidad de complicaciones durante la gestación, el parto o el puerperio. Su identificación oportuna, a partir de las acciones del control prenatal, permite implementar intervenciones específicas, fortalecer la referencia oportuna y contribuir a la reducción de la morbilidad materna y perinatal.

Objetivo general

Garantizar la identificación oportuna, vigilancia integral y manejo adecuado del embarazo de alto riesgo, mediante la aplicación de acciones diferenciadas de seguimiento, referencia y atención especializada, con el fin de reducir complicaciones maternas y perinatales.

Objetivos específicos

- Identificar de manera temprana los factores de riesgo maternos, fetales y obstétricos durante el control prenatal.
- Clasificar el nivel de riesgo del embarazo para orientar la toma de decisiones clínicas y la referencia oportuna.
- Establecer un seguimiento diferenciado acorde con el riesgo identificado.
- Garantizar la referencia y contrarreferencia efectiva a los servicios de Segundo Nivel de atención, cuando se requiera.
- Contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal asociada a condiciones de alto riesgo.

4.1 Estrategias y recomendaciones en el embarazo de alto riesgo en los Establecimientos de Segundo y Tercer Nivel

Las estrategias para la atención del embarazo de alto riesgo orientan las acciones que el personal de salud implementará de manera prioritaria y diferenciada, a fin de identificar oportunamente factores de riesgo, clasificar el nivel de complejidad del embarazo y garantizar un seguimiento y referencia adecuados. Su aplicación sistemática permite fortalecer la coordinación entre los distintos niveles de atención, asegurar la continuidad del cuidado y contribuir a la reducción de complicaciones maternas y perinatales las cuales se describen en la **Tabla 8. Estrategias para la atención durante el embarazo de alto riesgo en los Establecimientos de Segundo y Tercer Nivel.**

Tabla 8. Estrategias para la atención durante el embarazo de alto riesgo en los Establecimientos de Segundo y Tercer Nivel

Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Reclasificar y confirmar oportunamente el embarazo de alto riesgo	Realizar la valoración integral de factores maternos, fetales, obstétricos y psicosociales durante el control prenatal para detectar condiciones que incrementen el riesgo de complicaciones.	Detectar tempranamente y establecer diagnóstico oportuno de las patologías encontradas.
Priorizar la atención de mujeres con embarazo de alto riesgo	Otorgar atención preferente y seguimiento diferenciado a las mujeres clasificadas con alto riesgo obstétrico.	Reducir retrasos en la atención y prevenir complicaciones graves.
Garantizar la referencia oportuna	Activar los mecanismos de referencia al Segundo o Tercer Nivel de atención conforme a criterios clínicos establecidos.	Asegurar la atención especializada requerida y reducir la morbilidad materna y perinatal.
Fortalecer la coordinación entre niveles de atención	Mantener comunicación efectiva entre los niveles de atención para asegurar la continuidad del cuidado.	Evitar la fragmentación de la atención y mejorar los resultados en salud.
Educar a la mujer y su familia sobre signos de alarma	Proporcionar información clara sobre signos y síntomas que ameritan atención inmediata.	Favorecer la búsqueda oportuna de atención y prevenir complicaciones.
Registrar y documentar el Riesgo Obstétrico	Documentar de manera sistemática la clasificación del riesgo y las acciones realizadas durante la atención.	Dar seguimiento adecuado y facilitar la continuidad de la atención.

4.2 Acciones específicas en la atención del embarazo de alto riesgo

Identificación del embarazo de alto riesgo

Durante el control prenatal, el personal de salud realizará la búsqueda intencionada y sistemática del embarazo de alto riesgo, mediante la valoración integral de antecedentes personales, obstétricos, clínicos y psicosociales, así como a través de la exploración física y los estudios complementarios indicados.



La identificación del riesgo permitirá clasificar oportunamente el embarazo y establecer las acciones de vigilancia, seguimiento y referencia correspondientes.

Clasificación del Riesgo Obstétrico

Para la clasificación del Riesgo Obstétrico se utiliza el **Índice de Coopland**, integrado en la **Tabla 9. Índice de Coopland de Riesgo Obstétrico**, que permite identificar el nivel de riesgo y orientar la atención según corresponda.

Tabla 9. Índice de Coopland de Riesgo Obstétrico

FACTOR			PUNTAJE	FACTOR			PUNTAJE
Factor de Riesgo	Edad años	Menos de 18	2	Condiciones en el embarazo actual	Sangrado vaginal antes de 20 semanas		1
		Entre 18 y 35	0		Sangrado vaginal después de 20 semanas		3
		Más de 35	2		Anemia	Hb 6-10 g/L	1
	Paridad	Nulipara	1		Hb menor 6 g/L		2
		1-4	0		Aloimmunización Rh		3
		Más de 5	2		No presentación cefálica al término		3
Condiciones Médicas y Quirúrgicas	Hipertensión Arterial Crónica		2		Embarazo múltiple		3
	Diabetes Pregestacional		2		Hipertensión		3
	Enfermedad Renal Crónica		2		Edematosos		3
	Cardiopatía (NYHA III o IV)		3		Diabetes Gestacional		2
	Cardiopatía (NYHA I o II)		1		Placenta previa		2
	Cirugía Ginecológica previa		2		Ruptura prematura de membranas		2
	Cualquier padecimiento medicado: asma, epilepsia, Tbc, enfermedad autoinmune, etc.		1-3 (según severidad)		Ruptura prematura de membranas pretérmino		3
Antecedentes Obstétricos	Infertilidad		1		Polihidramnios		2
	Dos o más abortos del primer trimestre		1		Oligohidramnios		2
	Dos o más abortos del segundo trimestre		2		Peso fetal menor percentil 10 para edad gestacional		3
	Algún RN menor a 2500 g o mayor a 4000 g de peso al nacimiento		1		Ultrasonido Doppler fetoplacentario anormal		3
	Cesárea previa		1	Total de puntos obtenidos:			
	Hemorragia postparto o alumbramiento manual		1	Riesgo bajo: 0-3 puntos			
	Muerte fetal o muerte neonatal		3	Riesgo Moderado: 4 - 6 puntos			
	Distocia o trabajo de parto prolongado		2	Riesgo Alto: Mayor o igual a 7 puntos			
	Hipertensión gestacional o preeclampsia		2	Elaboró:			
	Edematosos		3				
	Diabetes Gestacional		2				

Fuente: Protocolos Nacionales de Atención Médica PRONAM, (2025). Primeros 1000 días de vida, por Secretaría de Salud. <https://pronamsalud.csg.gob.mx/pronam-primeros-1000-dias.pdf>



4.3 Signos de alarma durante el control prenatal

Durante el control prenatal, el personal de salud incluye en sus actividades identificar, informar y reforzar el reconocimiento de los signos de alarma que pueden presentarse durante el embarazo, con el fin de favorecer la búsqueda oportuna de atención médica y prevenir complicaciones maternas y perinatales.

4.4 Signos de alarma en la persona gestante

El personal de salud informa a la persona gestante y a su acompañante sobre los siguientes signos y síntomas que ameriten atención inmediata en el establecimiento de salud:

- Dolor de cabeza intenso y persistente.
- Zumbidos en los oídos.
- Visión borrosa o alteraciones visuales.
- Náusea y vómito persistentes.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales por más de dos horas.
- Edema súbito de manos, pies o cara.
- Salida de líquido o sangrado por vagina.
- Dolor abdominal persistente de cualquier intensidad.
- Fiebre.
- Convulsiones.
- Aumento en la frecuencia urinaria acompañado de dolor o ardor al orinar.
- Dificultad respiratoria.

La vigilancia en estos niveles incluye verificar con la persona gestante y su acompañante, la viabilidad real del Plan de Seguridad, confirmando que la red de apoyo conozca la ruta crítica de traslado y que no existan barreras geográficas o económicas que impidan el acceso inmediato al hospital resolutivo ante una emergencia.

La información sobre los signos de alarma se proporcionará de manera clara, comprensible y reiterada durante las consultas prenatales, verificando la comprensión de la persona gestante y promoviendo que acuda de manera inmediata a los servicios de salud ante su presencia.

4.4 Protocolo de rescate y seguimiento en Segundo y Tercer Nivel

Bajo el modelo VIPA, el Segundo y Tercer Nivel asumen una responsabilidad proactiva en la asistencia. En caso de inasistencia a la cita de especialidad, el hospital notificará al Gestor de la Red para activar la búsqueda activa domiciliaria, garantizando que el riesgo que motivó la referencia no quede sin vigilancia.



5. Ruta crítica para la atención de la persona gestante en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel

Como fue comentado anteriormente, la evaluación del RO con base en el índice de Coopland, es útil para identificar a las personas gestantes que por los factores de riesgo asociados, presentan una mayor probabilidad de sufrir un daño durante la gestación, la atención del evento obstétrico o el puerperio y es por ello, que se ha definido una “ruta crítica”, es decir un árbol de decisiones, para que considerando la calificación del riesgo, el personal de salud de Primer Nivel, implemente intervenciones precisas y oportunas a fin de favorecer la atención de dichos factores, ya sea en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel o en otra de mayor nivel resolutorio a través del mecanismo de referencia y contrarreferencia.

La toma de decisiones oportunas y efectivas ante una embarazada con algún tipo de riesgo o urgencia es de suma importancia, para evitar complicaciones graves o la muerte de la persona o la persona recién nacida.

La ruta crítica para la atención de las personas gestantes en los ESPN se aplica, de acuerdo con el riesgo presentado: Bajo, Moderado o Alto Riesgo.

Objetivo general

Fortalecer los conocimientos de la ruta crítica para la atención integral de la persona gestante en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel, incluyendo la identificación temprana del embarazo, la evaluación sistemática del riesgo obstétrico, la implementación de intervenciones preventivas y el seguimiento continuo, a fin de garantizar una atención oportuna, segura y con referencia adecuada cuando se requiera.

Objetivos específicos

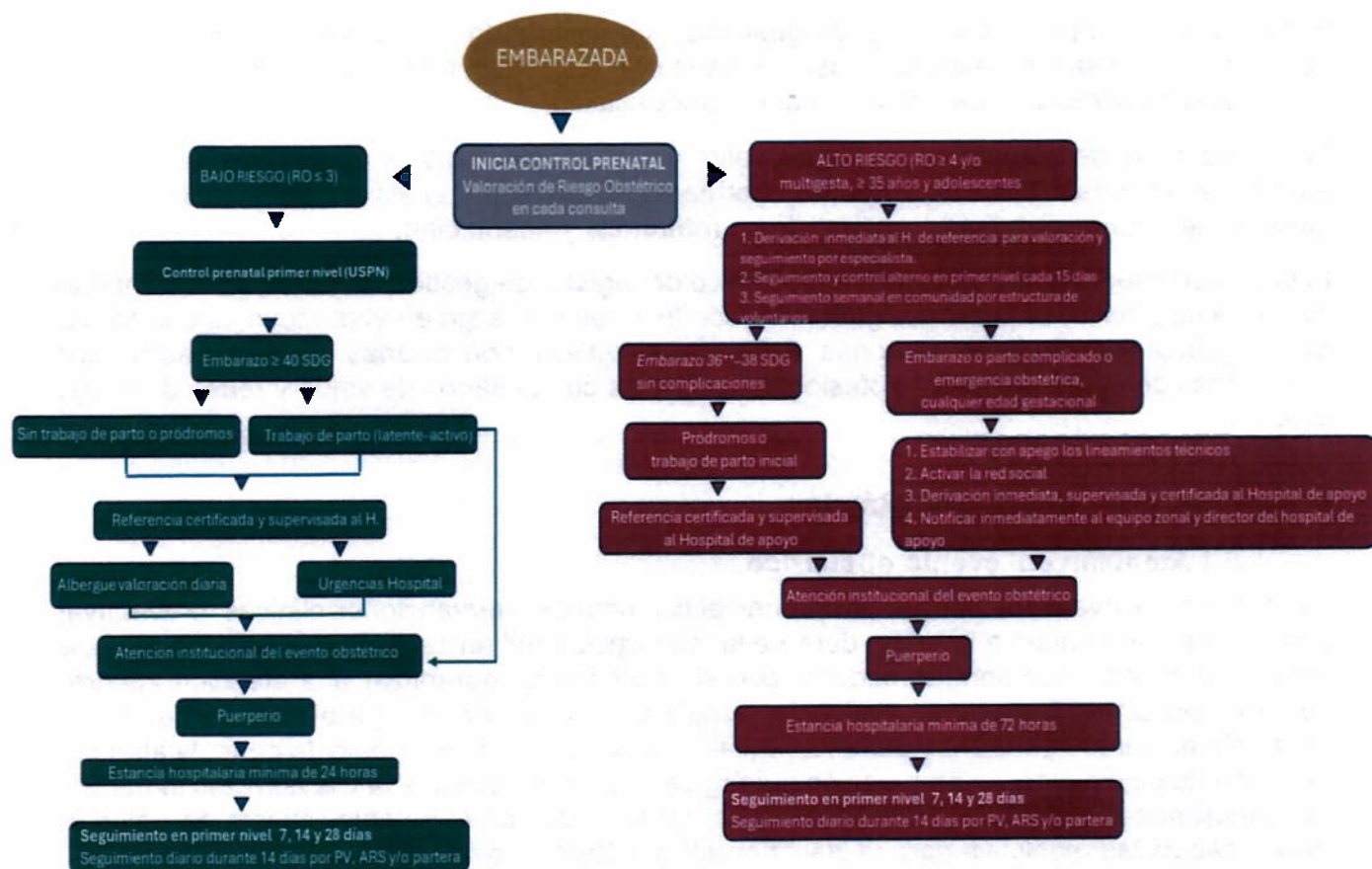
- Identificar y manejar oportunamente factores de riesgo maternos y fetales, conforme a la capacidad resolutoria del Primer Nivel.
- Establecer mecanismos de referencia oportuna al Segundo o Tercer Nivel, cuando la condición clínica exceda la capacidad resolutoria del establecimiento de Salud.
- Garantizar la continuidad del seguimiento, la referencia y contrarreferencia materno-neonatal, favoreciendo la vigilancia del binomio madre–persona recién nacida.

Ruta crítica para la atención de las personas gestantes de acuerdo con el Riesgo Obstétrico

En el **Flujograma 3. Ruta crítica para la atención de las personas gestantes de acuerdo con el Riesgo Obstétrico** se indica la ruta crítica en salud que se utilizara en los ESPN en cada consulta prenatal, de acuerdo con la calificación del Riesgo Obstétrico.



Flujograma 3. Ruta crítica para la atención de las personas gestantes de acuerdo con el Riesgo Obstétrico



5.1 Censo de Embarazadas de Alto Riesgo (CEAR)

El Censo de Embarazadas con Riesgo Obstétrico (CEAR) es un registro nominal que concentra la información esencial de las personas gestantes clasificadas con riesgo obstétrico moderado o alto. Su implementación tiene origen en los ESPN, el cual será requisitado por el personal de salud y actualizado de acuerdo con la información obtenida, es decir, este censo, es dinámico y tendrá la información que a lo largo de la gestación permanezcan con RO moderado o alto, así como incorporar a las personas gestantes que se clasifiquen por primera vez con estos riesgos el cual se realizará de manera permanente en todos los Establecimientos de Salud conforme al **Anexo 4. Formato del Censo de Embarazadas de Alto Riesgo (CEAR)**.

El objetivo del CEAR, es fortalecer el seguimiento de las personas gestantes con RO moderado y alto, para su referencia adecuada para la atención del evento obstétrico o de alguna complicación o emergencia obstétrica al establecimiento de salud de apoyo, lo que contribuye a reducir la mortalidad materna y/o neonatal. Bajo la VIPA, el CEAR deja de ser solo un instrumento estadístico para convertirse en el tablero de mando diario.



Una persona gestante con RO alto o moderado puede pasar a ser de bajo riesgo mediante intervenciones específicas, por lo que es susceptible de salir del censo.

El censo solo es aplicable a personas gestantes, considerando que, si se presenta un evento obstétrico y regresa a su residencia, esta persona sale del censo, a fin de que solo permanezcan en él aquellas personas que están cursando una gestación.

El equipo zonal de atención primaria de salud y/o el equipo regional de conducción médica, tendrán la responsabilidad de validar la información contenida y analizarla para contribuir a la toma de decisiones oportunas, agilizando su referencia y aceptación.

El CEAR se integra como un instrumento clínico de registro de gestión territorial, para identificar de forma nominal a las personas gestantes con factores de riesgo en el territorio, lo que facilita dar seguimiento mediante acciones extramuros, visitas domiciliarias y coordinación con promotores de salud, parteras profesionales, comités comunitarios de salud y redes de apoyo local.

6. Atención del evento obstétrico

6.1 Atención del evento obstétrico

La atención del evento obstétrico comprende el conjunto de intervenciones clínicas, preventivas y resolutivas orientadas a la mujer durante la interrupción del embarazo, el trabajo de parto, el parto y el periodo puerperal inmediato, con el propósito de garantizar una atención integral, segura, oportuna y basada en evidencia científica. Esta acción incluye el manejo del aborto conforme al marco normativo vigente, la vigilancia y conducción del trabajo de parto, la atención del parto de bajo riesgo, la intervención quirúrgica cuando esté indicada y la atención inmediata de complicaciones o emergencias obstétricas, de acuerdo con el Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive para la identificación y tratamiento oportuno.

Asimismo, se otorga bajo un enfoque de respeto a los derechos humanos, trato digno, consentimiento informado y comunicación clara con la mujer y su acompañante.

Objetivo general

Fortalecer la atención integral, segura, oportuna y basada en evidencia científica de los eventos obstétricos, mediante la aplicación sistemática de intervenciones clínicas, preventivas y resolutivas durante la atención del aborto, el trabajo de parto, el parto y el puerperio inmediato, a fin de reducir la morbilidad materna y perinatal.

Objetivos específicos

- Unificar el manejo del aborto conforme al marco normativo vigente y los protocolos institucionales aplicables.
- Vigilar y conducir el trabajo de parto de manera segura, identificando oportunamente desviaciones del curso fisiológico.
- Otorgar atención del parto de bajo riesgo bajo criterios clínicos basados en evidencia.



- Realizar intervención quirúrgica cuando esté clínicamente indicada, garantizando oportunidad y seguridad.
- Identificar y tratar de forma inmediata las complicaciones y emergencias obstétricas, activando los mecanismos de referencia y contrarreferencia materno-neonatal según la capacidad resolutive del Establecimiento de Salud.
- Garantizar el respeto a los derechos humanos, el trato digno, el consentimiento informado y la comunicación efectiva durante todo el proceso obstétrico.
- Fortalecer la organización de los procesos en el área obstétrica para reducir tiempos de atención y mejorar la capacidad resolutive de los servicios.
- Incorporar el uso de Telemedicina como herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas y la coordinación entre niveles de atención.

La adecuada organización de los procesos en el área obstétrica permite reducir riesgos maternos y perinatales, asegurar la continuidad del cuidado y fortalecer la calidad de la atención durante el momento crítico del nacimiento o de la interrupción del embarazo.

6.2 Estrategias y recomendaciones en la atención del evento obstétrico

Su aplicación sistemática permite reducir los tiempos de atención, fortalecer la capacidad resolutive de los servicios y contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal, en apego a los protocolos establecidos, mecanismos institucionales de referencia y contrarreferencia materno-neonatal, así como el uso de la Telemedicina, las cuales se describen en la **Tabla 10. Estrategias para la atención del evento obstétrico.**

Tabla 10. Estrategias para la atención del evento obstétrico

Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Garantizar acceso oportuno al evento obstétrico	• Aplicar triage obstétrico al ingreso conforme a protocolo institucional. • Registrar valoración inicial materna y fetal en expediente clínico. • Activar ruta crítica institucional ante evento obstétrico.	• Disminución de retrasos en la atención y <i>cero rechazos</i>. • Clasificación adecuada de la urgencia y priorización segura de la atención. • Identificación temprana de riesgo obstétrico y toma de decisiones oportuna.
Garantizar trato digno, perspectiva de género y no discriminación durante la atención del evento obstétrico	• Proporcionar atención respetuosa, con lenguaje claro y empático, salvaguardando la confidencialidad, el consentimiento informado y el derecho a la toma de	• Atención obstétrica libre de violencia, discriminación y vulneración de derechos, fortaleciendo la confianza y seguridad de la usuaria.



Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
	decisiones libres e informadas, sin distinción por edad, origen étnico, condición social, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, estado civil o cualquier otra condición.	
Garantizar acceso oportuno al evento obstétrico	• Aplicar triage obstétrico al ingreso conforme a protocolo institucional. • Registrar valoración inicial materna y fetal en expediente clínico. • Activar ruta crítica institucional ante evento obstétrico.	• Disminución de retrasos en la atención y <i>cero rechazos</i>. • Clasificación adecuada de la urgencia y priorización segura de la atención. • Identificación temprana de riesgo obstétrico y toma de decisiones oportuna.
Garantizar trato digno, perspectiva de género y no discriminación durante la atención del evento obstétrico	• Proporcionar atención respetuosa, con lenguaje claro y empático, salvaguardando la confidencialidad, el consentimiento informado y el derecho a la toma de decisiones libres e informadas, sin distinción por edad, origen étnico, condición social, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, estado civil o cualquier otra condición.	• Atención obstétrica libre de violencia, discriminación y vulneración de derechos, fortaleciendo la confianza y seguridad de la usuaria.
Atención integral del aborto seguro (espontáneo o inducido conforme a marco normativo vigente)	• Realizar valoración clínica integral y estabilización hemodinámica inmediata. • Aplicar manejo farmacológico o quirúrgico según indicación médica y guías vigentes.	• Prevención de complicaciones graves y mortalidad materna. • Resolución segura del evento con apego a evidencia científica. • Atención libre de violencia y discriminación.



Estrategia	Estrategia	Función/Actividad	Resul
	• Garantizar trato digno, confidencialidad y consentimiento informado. • Otorgar consejería postevento y método anticonceptivo inmediato si la usuaria lo acepta.	• Prevención de embarazo subsecuente no planeado y continuidad del cuidado.	
Atención del trabajo de parto de bajo riesgo	• Vigilar progresión del trabajo de parto mediante partograma. • Monitorear signos vitales maternos y bienestar fetal conforme a periodicidad establecida. • Permitir acompañamiento durante el trabajo de parto conforme a normatividad.	• Detección oportuna de distocia o alteraciones del curso normal. • Prevención de complicaciones maternas y fetales. • Reducción de cesáreas o procedimientos no justificados. • Atención humanizada y experiencia positiva.	
Atención del parto y nacimiento	• Garantizar condiciones de asepsia y seguridad clínica. • Ejecutar maniobras obstétricas conforme a técnica segura. • Favorecer contacto piel con piel inmediato y apego precoz. • Evaluar al recién nacido conforme a protocolos vigentes.	• Disminución de infecciones maternas y neonatales. • Prevención de trauma obstétrico. • Inicio temprano de lactancia y fortalecimiento del vínculo materno-neonatal. • Identificación temprana de alteraciones neonatales.	
Atención de urgencias y emergencias obstétricas	• Identificar signos de alarma como hemorragia, preeclampsia/eclampsia, sepsis, choque, etc. • Activar código obstétrico institucional. • Iniciar tratamiento conforme a protocolos vigentes como el manejo de hemorragias, sulfato de	• Intervención inmediata ante riesgo vital. • Coordinación efectiva del equipo multidisciplinario. • Estabilización materna oportuna. Continuidad de la atención sin retrasos críticos.	



Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
	magnesio, antibióticos, etc. Referir al establecimiento de mayor capacidad resolutive cuando la condición lo requiera.	
Garantizar continuidad y seguridad del binomio madre—recién nacido	- Coordinar referencia y contrarreferencia materno-neonatal entre niveles. - Programar seguimiento postevento.	- Continuidad asistencial efectiva. - Vigilancia integral del binomio.

7. Atención del aborto seguro

Objetivo general

Garantizar la atención integral, segura y oportuna del evento obstétrico, mediante la aplicación de protocolos clínicos para la atención del aborto seguro, así como la identificación y manejo de complicaciones conforme a la capacidad resolutive del Establecimientos de Salud.

Objetivos específicos

- Otorgar atención clínica integral en casos de aborto seguro, conforme al marco normativo vigente, asegurando valoración, tratamiento y seguimiento.
- Identificar oportunamente signos y síntomas de complicación, iniciando manejo inmediato o activando referencia cuando corresponda.
- Garantizar condiciones seguras en tococirugía cuando esté indicada la intervención quirúrgica, asegurando coordinación interprofesional.
- Asegurar la vigilancia inmediata en el periodo posparto y recuperación, priorizando la prevención de hemorragia, infecciones y otras complicaciones.
- Establecer comunicación efectiva con la persona con capacidad de gestar y su acompañante, promoviendo información clara, consentimiento informado y trato digno.

7.1 Atención del aborto seguro en el Primer Nivel

La atención del aborto seguro se enmarca en las acciones integrales de salud sexual y reproductiva, orientadas a otorgar una respuesta inicial oportuna, segura y con enfoque de derechos, confidencialidad y trato digno. El personal de salud realiza la valoración clínica



integral, para identificar la edad gestacional, determinar la condición clínica de la persona, descartar datos de emergencia obstétrica.

Cuando las condiciones clínicas permitan su resolución en el Primer Nivel, se procederá conforme a los protocolos institucionales vigentes con el uso de la **Tabla 11. Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre** asegurando además la consejería integral, el consentimiento informado, la orientación sobre signos de alarma y la programación de seguimiento. En todo momento se llevará registro clínico completo y el apego a la normatividad aplicable.

En los casos que presenten signos de inestabilidad hemodinámica, sospecha de aborto complicado, hemorragia activa, datos de infección, dolor abdominal intenso, o cualquier criterio de emergencia obstétrica, se deberán iniciar medidas de estabilización inmediata conforme a los protocolos establecidos tales como la monitorización de signos vitales, acceso venoso permeable y manejo inicial con insumos disponibles y activar el proceso de referencia al Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive del Segundo Nivel.

El Segundo Nivel otorgará atención integral a casos que requieran manejo especializado, incluyendo procedimientos quirúrgicos o farmacológicos avanzados, tratamiento de complicaciones y vigilancia hospitalaria a fin de garantizar la continuidad de la atención mediante el mecanismo de contrarreferencia correspondiente. Esta articulación entre niveles permite asegurar la atención oportuna, reducir riesgos maternos y fortalecer la red integrada de servicios para la salud de la persona.

7.2 Atención del aborto seguro en el Segundo Nivel

A través del IMSS-BIENESTAR se aseguran los recursos para la atención ambulatoria como los medicamentos e insumos para la aspiración endouterina, llevándose a cabo en ambientes apropiados por personal capacitado, donde se incluya una consejería sobre los procedimientos disponibles y los métodos anticonceptivos, basada en información científica y respetuosa, conforme a los principios de equidad, no discriminación y libre de estigmas.

Es importante reconocer el aborto seguro como:

- Intervención para la protección de la salud integral.
- Derecho de las víctimas de violencia sexual, conforme a la Ley General de Víctimas y a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Atención clínica

En cualquier caso, para otorgar la atención segura mediante las siguientes acciones:

- Confirmar la edad gestacional con base en el cálculo de la FUM.
- En los casos en los que la mujer señale la FUM, confirmar que haya tenido ciclos regulares previos sin el uso de anticoncepción hormonal al momento del embarazo o amenorrea secundaria por lactancia e incluir la exploración física bimanual. Si se cuenta



con la infraestructura necesaria, es de utilidad contar con otros recursos de apoyo diagnóstico tales como, estudio ultrasonográfico o la cuantificación de fracción beta de hormona gonadotropina coriónica humana sérica cuantitativa.

- Identificar condiciones especiales que puedan incrementar el riesgo de embarazo ectópico, tales como la presencia de Dispositivo Intrauterino (DIU) in situ que debe retirarse previo al tratamiento, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico crónico, de cirugía abdomino-pélvica en particular de cirugía tubaria, embarazo ectópico anterior.
- Valorar la presencia de comorbilidades graves, descontroladas o inestables que requieran un manejo intrahospitalario especializado tales como trastornos hemorrágicos, cardiopatías, anemia grave, diabetes mellitus, entre otros.
- Descartar contraindicaciones absolutas para el manejo farmacológico, tales como: sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico, trastorno hemorrágico (porfiria hereditaria) o tratamiento anticoagulante concomitante; insuficiencia suprarrenal crónica; alergia a la mifepristona, al misoprostol o a otras prostaglandinas, anemia grave, cardiopatía. Considerar contraindicaciones relativas como asma grave no controlada o uso prolongado de corticosteroides concomitante.

Valoración

Realizar examen de valoración que incluya:

- Historia clínica completa.
- Exploración física en mujeres que no cuenten con control prenatal, realizar exámenes de laboratorio clínicos básicos para confirmar el embarazo e identificar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y complicaciones post aborto.
- De ser posible y en función de cada caso, se podrá confirmar y localizar el embarazo con ultrasonido pélvico o endovaginal como complemento en caso de contar con el recurso.
- Elección libre del acompañamiento por parte de la pareja o familiar durante la atención del aborto.
- La selección de la terapéutica a seguir se guiará acorde a la evidencia científica y a la disposición de recursos en cada ES, según los esquemas recomendados por la OMS y Guías de Práctica Clínica.
- Capacitación continua al personal de salud sobre factores de riesgo y procedimientos seguros para atención del aborto con base en las alternativas de tratamiento.
- Se debe sospechar aborto incompleto cuando cualquier mujer en edad reproductiva se presenta con sangrado transvaginal y/o dolor abdominal posterior a la ausencia de uno o más períodos menstruales o estos no son de las mismas características a lo que ella habitualmente presenta. Se debe sospechar un embarazo ectópico en presencia del útero pequeño, cérvix cerrado y un tumor anexial.

Nota: Los esquemas de tratamiento se utilizarán de acuerdo con la normatividad vigente.



Tabla 11. Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre

Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre		
Régimen farmacológico combinado	Régimen farmacológico con misoprostol solo	Aspiración endouterina
• Ambulatorio autogestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso hasta la 10ª. SDG, orientando a la mujer sobre los datos de alarma y qué hacer si se presentan. • Dar seguimiento por personal de salud en cualquier momento del proceso, tomando la mifepristona preferentemente en el ES y el misoprostol en su domicilio, hasta las 12 SDG. • Manejo del dolor. • Menor riesgo de falla terapéutica con respecto a misoprostol solo y a menor edad gestacional. • Privacidad y comodidad para la usuaria por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida.	• Ambulatorio autogestionado en su totalidad o en algunas partes del proceso hasta la 10ª. SDG, orientando a la mujer sobre los datos de alarma y qué hacer si se presentan. • Dar seguimiento por personal de salud en cualquier momento del proceso, se puede realizar de forma ambulatoria hasta las 12 SDG. • Manejo del dolor. • Riesgo de falla terapéutica bajo a menor edad gestacional. • Privacidad y comodidad para la mujer por la posibilidad de tomar los fármacos en el momento y sitio que ella decida. • Mayor dolor y sangrado, con respecto al régimen combinado. • Mayor tiempo para la resolución del aborto que con	• Ambulatorio. Manejo del dolor requiere de bloqueo paracervical, además de analgésicos. • Permite la inspección visual del tejido ovular, por lo que disminuye el riesgo de no advertir embarazo ectópico, exceptuando el caso sumamente infrecuente de embarazo heterotópico. • Menor cantidad de sangrado. • Resolución del aborto inmediata tras el término del procedimiento (minutos). • De primera elección ante inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. • Requiere antibiótico profiláctico, sin que sea una limitante para ello.



Alternativas de tratamiento para el aborto en el primer trimestre		
Régimen farmacológico combinado	Régimen farmacológico con misoprostol solo	Aspiración endouterina
- Menor dolor con respecto a misoprostol solo. - Resolución del aborto en días. - Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. - No requiere antibiótico profiláctico.	- régimen combinado. - Contraindicado en presencia de inestabilidad hemodinámica y/o sepsis. - No requiere antibiótico profiláctico.	
El manejo expectante para el aborto espontáneo implica: - Evitar procedimientos quirúrgicos y anestésicos. - Mayor riesgo de requerir intervención farmacológica o quirúrgica. - El tiempo para la resolución del aborto es impredecible y mayor con respecto al manejo farmacológico y con aspiración. Nota: Estos procedimientos son realizados por Personal Salud con el entrenamiento y la capacidad técnica necesaria en apego a las recomendaciones de la OMS y el artículo 102 y 103 de la Ley General de Salud.		

Tratamiento

Si no hay sospecha de infección y el tamaño uterino es menor a 14 semanas de gestación: evacuación uterina con aspiración al vacío. Se debe dar profilaxis con antibióticos.

Se recomienda el siguiente esquema profiláctico:

- Doxiciclina 200 mg. dentro de las primeras 2 horas del procedimiento o azitromicina 500 mg. dos horas antes de realizar el procedimiento. Si no hay antibióticos disponibles, no se recomienda retrasar el procedimiento.
- El cuidado postaborto puede reducir la morbilidad y la mortalidad asociada con complicaciones de aborto incompleto incluyendo las complicaciones de un aborto inseguro. Las opciones de manejo para el aborto incompleto incluyen evacuación uterina y/o través de medicamentos para completar la evacuación uterina.
- Se debe discutir el tema de anticoncepción y proporcionar un método a las mujeres que desean evitar un embarazo subsecuente y las que tuvieron un aborto espontáneo y desean volver a embarazarse, se les debe recomendar que se esperen por lo menos una menstruación normal antes de volverlo a intentar.



- Ofrecer e iniciar método anticonceptivo post evento obstétrico DIU, como primera elección, conforme a los criterios de elegibilidad, características clínicas y reproductivas de la MEF.

Síntomas de Alarma

El sangrado por lo general dura hasta dos semanas con un manchado que puede continuar hasta el siguiente periodo menstrual. Es síntoma de alarma y requiere que la mujer acuda manera inmediata a atención médica:

- Si empapa más de dos toallas sanitarias extragrandes en una hora durante dos horas consecutivas.
- Si tiene sangrado excesivo posterior a la disminución de sangrado transvaginal o después de haber cesado éste durante varios días.
- Si ha sangrado de manera continua durante varias semanas y/o presenta mareos.
- Si presenta fiebre o escalofríos que persisten más de 24 horas posterior a la ingesta del misoprostol, así como, síntomas de infección:
 - Temperatura mayor de 37.5° C.
 - Dolor o hipersensibilidad abdominal con rebote positivo localizada o generalizada.
 - Flujo fétido o pus visible a través del cérvix.
 - Reblandecimiento uterino.

Los signos sugestivos de sepsis que requieren acción inmediata son:

- Hipotensión.
- Taquicardia.
- Incremento de la frecuencia respiratoria.

8. Atención del trabajo de parto y parto

8.1 Atención del parto de bajo riesgo

Otorgar atención del trabajo de parto centrada en la persona, con incorporación de partería profesional, respetando la autonomía de la persona gestante, mediante el acompañamiento continuo y realizar intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor, así como favorecer el parto en posición libremente elegida, el apego inmediato del binomio, el corte tardío del cordón umbilical y el inicio temprano de la lactancia materna.

8.1.1 Atención del trabajo de parto de bajo riesgo (Sala de Labor-Parto-Recuperación/ sala de Tocología / Tococirugía)

- Planear y organizar el entorno habilitante Sala de Labor, Parto y Recuperación (LPR) o Sala de Expulsión para su funcionalidad los 365 días del año las 24 horas, considerando la disponibilidad de recursos y espacios en cada Establecimiento de Salud.
- Favorecer la conformación de redes integradas de atención para la referencia intencionada de la persona gestante de riesgo para la atención del parto centrado en la persona.



- El diseño y la operación de las redes integradas dependerán de los procesos establecidos y del sitio de referencia incorporándose a sus procesos y capacidad instalada.
- Priorizar a las personas gestantes referidas por los Establecimientos de Salud, para descartar riesgo obstétrico en cualquier fase del trabajo de parto o complicaciones de éste.

Al primer acercamiento de la persona gestante, se valorará el trabajo de parto verdadero, recordando que siempre se dará la oportunidad de iniciar el trabajo de parto espontáneo. En caso de que sobrepasen las 41 semanas de gestación, se ofertará la inducción al trabajo de parto para evitar los riesgos inherentes a embarazo prolongado.

- Otorgar la atención siempre con privacidad, dignidad y confidencialidad con la posibilidad de una elección informada y continua durante el trabajo de parto.
- La atención del parto en el caso de embarazos de bajo riesgo se puede atender, con la incorporación y participación de parteras profesionales o técnicas y si fuera el caso enfermeras especialistas perinatales y licenciadas en enfermería y obstetricia.
- La OMS recomienda la incorporación de la partería profesional al equipo multidisciplinario para realizar la vigilancia del trabajo de parto y la atención del parto de bajo riesgo.
- Fortalecer las salas de prelabor para las usuarias en trabajo de parto en fase latente que no puedan regresar a sus domicilios.
- Establecer criterios de ingreso a la sala de prelabor.
- Las personas gestantes en cualquier momento previa valoración, podrán regresar a su domicilio.
- Asesorar sobre técnicas de relajación, esferodinamia que favorezcan a la comodidad y a la reducción de molestias propias del inicio del trabajo de parto.
- Realizar educación sobre datos de alarma obstétrica y en caso necesario realizar activación del plan de seguridad.

Si la mujer progresa a trabajo de parto en fase activa podrá ingresar con su familiar a la sala de vigilancia de trabajo de parto.

- En el establecimiento de salud receptor se aplica el protocolo con los criterios de inclusión de acuerdo con las características clínicas de la persona gestante.
- Toda persona gestante clasificada con embarazo de bajo riesgo, en trabajo de parto en fase activa con 5 cm de dilatación o más, cumple con los criterios para ingresar a la Sala LPR.
- La integración del expediente clínico y preparación del ingreso estará alineado a la normatividad e incluirá el **Anexo 5. Formato de vigilancia y atención del parto**.
- Favorecer el acompañamiento continuo por una persona elegida por la persona gestante durante el trabajo de parto y parto de bajo riesgo.
- El modelo de atención de vigilancia de trabajo de parto y atención de parto centrado en la persona se explicará a la persona usuaria y a su familiar al ingreso.



- Orientar al acompañante en el rol activo durante el trabajo de parto y parto de la persona gestante, así como los servicios y alternativas en caso de cambiar el riesgo durante la atención.
- Favorecer la deambulación asistida acompañada por su familiar o personal de salud durante el trabajo de parto en fase activa.
- Evitar medidas rutinarias como la episiotomía, enemas y rasurado de vello púbico.

El espacio de atención única para la persona gestante será seguro para la deambulación asistida, por lo que tiene que cumplir con las siguientes características: suelo antiderrapante, barandales o manerales para la asistencia de la persona gestante en trabajo de parto en fase activa.

- La ruta de deambulación será clara para las usuarias y para el personal de salud y no interferirá en la prestación de los servicios.
- La sala LPR, se considera área negra, por lo que el personal de salud, mujeres y acompañantes no requerirán uso de botas.
- Dentro del espacio de la sala LPR se fomentará en todo momento el lavado de manos y el uso de alcohol gel.
- Permitir la ingesta de líquidos claros durante el trabajo de parto.
- Vigilar el estado de hidratación de la usuaria y ofertar líquidos claros a libre demanda y el personal de salud favorece la micción espontánea.
- Favorecer la incorporación de terapias complementarias para el manejo no farmacológico del dolor del trabajo de parto: aromaterapia, musicoterapia, masajes, compresas tibias, esferodinamia, rebozo, banquito obstétrico, etc.
- Promover la autonomía en las decisiones de la mujer y su acompañante.
- Promover la aromaterapia segura con esencias/aceites validados por la FDA.
- En el caso de la esferodinamia se ofertará acorde al peso o estatura de la mujer, tomando en consideración el inflado de la pelota al 80%, al término de usar la pelota, ésta se tendrá que sanitizar.
- Mantener la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal cada 30 minutos.
- Realizar la valoración vaginal con el objetivo de identificar la progresión del trabajo de parto, siempre que se realice será con previo consentimiento de la mujer.
- Favorecer el parto en posición libremente elegida por la usuaria ya sea en vertical, cuclillas, Gaskin o Sims modificada.
- Permitir el libre movimiento durante el trabajo de parto para que la mujer identifique cuál es la posición que más le favorece con apoyo de los profesionales de la salud.
- Con una dilatación y borramiento completo al confirmar que la presentación se encuentra en 3 plano de Hodge/ estación 0 de Lee, motivar a la usuaria a reconocer el pujo efectivo para el descenso y nacimiento de la presentación.
- Favorecer las posiciones libres y verticales decididas por la usuaria para el expulsivo.
- Proteger el periné de manera activa al momento del periodo expulsivo.
- Si la presentación no hace la rotación externa por sí sólo, asistir al producto para realizarla.



- Capacitar de manera continua al personal de salud para la identificación oportuna de las complicaciones que se señalan en la **Tabla 12. Complicaciones en el trabajo de parto** además de la referencia pronta al ES con mayor capacidad resolutive en caso necesario.

Tabla 12. Principales complicaciones en el trabajo de parto

Complicaciones en el trabajo de parto
Disminución de la contractibilidad uterina
Distocia de partes blandas
Desproporción cefalopélvica
Periodo expulsivo prolongado
Deterioro materno y/o fetal

8.2 Trabajo de parto de alto riesgo en el Segundo y Tercer Nivel

8.2.1 Atención del embarazo y trabajo de parto de alto riesgo (Sala de Tocología /Tococirugía)

Las personas gestantes clasificadas con embarazo de alto riesgo bajo vigilancia y adecuado control en el Segundo o Tercer Nivel se valorarán por parte del personal de salud debidamente capacitado para promover el trabajo de parto eutócico siempre y cuando no se comprometa la seguridad del binomio.

En aquellas personas gestantes en quienes por seguridad y con base a las guías de práctica clínica no sea recomendado el trabajo de parto vaginal se llevará a cabo la resolución quirúrgica mediante operación cesárea.

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal; sin embargo, en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos, por lo cual es de vital importancia contar con una valoración adecuada para su ejecución.

Actividades:

- Apegarse a los lineamientos y prácticas de parto amigable / respetuoso.
- Asegurar insumos, materiales y personal en la atención del evento obstétrico.
- Contar con equipo quirúrgico completo en todos los turnos.
- Establecer un plan de atención integral a la persona gestante con identificación oportuna del riesgo.
- Fomentar una buena comunicación entre las personas gestantes y el personal de salud.
- Elaborar un cronograma que permita planificar las consultas y las actividades de control prenatal.



- Mantener la continuidad de la atención Gineco Obstétrica.
- Involucrar a la familia de la usuaria como red de apoyo en caso de una urgencia, pareja, padres, hermanos, otros familiares y/o amigos.
- Fomentar el bienestar psicológico de la usuaria, con la intención de mantener un buen estado de salud física y disminuir complicaciones.
- Ejecutar oportunamente las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud materna mediante un plan de trabajo.
- Dar seguimiento estricto por el personal de campo, a la mujer con embarazo de alto riesgo, mediante visitas domiciliarias.
- Articular con otras especialidades el manejo multidisciplinario de las personas gestantes de alto riesgo.
- Reforzar los mecanismos de referencia y contrarreferencia de las personas gestantes con riesgo obstétrico en los diferentes niveles de atención, manteniendo comunicación constante con los Establecimientos de Salud de Primer Nivel que refieren a personas gestantes para su atención.
- Administrar esquemas de maduración pulmonar en las mujeres con amenaza de parto prematuro.
- Asegurar el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.
- Tener preparado al ERIIO en todos los turnos.
- Ofertar método anticonceptivo después del evento obstétrico, si las condiciones de salud de las personas lo permiten.
- Verificar la existencia de una cama de cuidados intensivos disponibles para su eventual ocupación, en caso negativo, asegurar la comunicación con el establecimiento de salud que cuente con cuidados intensivos para la persona gestante.
- Verificar la existencia de un medio de transporte adecuado, ambulancia con equipo médico, para el caso de necesitar referir a la persona gestante a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive en el momento necesario.

8.3 Inicio de trabajo de parto

- La persona gestante evaluada con alto riesgo y que no es candidata a operación cesárea de primera intención, se deja a libre evolución hasta el inicio del trabajo de parto en forma espontánea, sin exceder la semana 41 de gestación validada por FUM y corroborada por USG.

Una vez iniciado el trabajo de parto, se buscará ingresar a la persona gestante a la sala de prelabor, para una vigilancia estrecha desde el inicio del trabajo de parto, sin ingreso a la sala de labor.

- Si en algún momento, durante su estancia en sala de prelabor, se detecta alguna situación de alarma en la persona gestante, se ingresa a la sala de labor para reevaluación y en su caso activación del Código Mater.
- Se ingresará a la persona gestante a la sala de labor, en el momento que inicie la fase activa con 5 cm de dilatación o más.



Ingreso a sala de labor:

- Si los parámetros clínicos se encuentran normales, se otorgará la atención con los mismos criterios aplicados en la persona gestante con embarazo de bajo riesgo.
- A diferencia de la persona gestante con riesgo bajo, la persona gestante que se ha detectado como de alto riesgo, tendrá una monitorización más estrecha en todos los parámetros clínicos o de laboratorio que hayan establecido el alto riesgo.
- Se justifica la monitorización fetal continua, cuando se presenta un dato de alarma.

8.3.1 Atención del tercer periodo de trabajo de parto

- Si no hay alguna contraindicación para el parto vaginal, se sigue con la misma rutina que la marcada para el parto de bajo riesgo.
- Favorecer el parto en posición libremente elegida por la usuaria ya sea en vertical, cuclillas, Gaskin, Sims modificada.
- Permitir el libre movimiento durante el trabajo de parto para que la usuaria identifique cuál es la posición que más le favorece con apoyo de los profesionales de la salud.
- Con una dilatación y borramiento completo al confirmar que la presentación se encuentra en 3 plano de Hodge/ estación 0 de Lee, motivar a la usuaria a reconocer el pujo efectivo para el descenso y nacimiento de la presentación.
- Favorecer las posiciones libres y verticales decididas por la usuaria para el expulsivo.
- Proteger el periné de manera activa al momento del periodo expulsivo.
- Si la presentación no hace la rotación externa por sí sólo, asistir al producto para realizarla.
- Capacitar de manera continua al personal de salud para la identificación oportuna de las complicaciones en el trabajo de parto y la referencia pronta a los Establecimientos de Salud con mayor capacidad resolutive.
- Realizar consejería y ofertar método anticonceptivo con previo consentimiento informado.
- Uso de uterotónicos para la reducción del riesgo de hemorragia postparto.
- Evitar la revisión manual de cavidad uterina.
- Ante la emergencia obstétrica se contará con un protocolo para activar Código MATER para la pronta estabilización de la persona gestante.
- Favorecer el apego inmediato e interrumpido entre la persona recién nacida y la madre, corte tardío del cordón de uno a tres minutos y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora de vida, intervenciones que están estrechamente ligadas y deben llevarse a cabo de manera conjunta para obtener un beneficio óptimo.

Si la persona recién nacida es de término y nace vigorosa iniciar apego inmediato con la madre, contacto piel con piel en todo momento, con el propósito de favorecer la regulación de la temperatura corporal y exposición al microbiota de la mujer, lo cual favorecerá la respuesta inmunológica de la persona recién nacida.



8.4 Operación cesárea

En cualquiera de las situaciones de vigilancia del trabajo de parto, sea de bajo riesgo o de alto riesgo, la necesidad de realizar una operación cesárea puede presentarse en cualquier momento.

Por tal motivo existen criterios específicos para indicar una operación cesárea y protocolos para llevar un control estricto de las intervenciones realizadas:

- Aplicar la política sistemática y obligatoria de una segunda opinión para la realización de la cirugía.
- Atención en medio hospitalario.
- Contar con equipo y sala quirúrgicos disponible.
- La analgesia peridural se puede recomendar, con trabajo de parto avanzado.
- Los antibióticos profilácticos en la operación cesárea disminuyen la morbilidad infecciosa, los recomendados son cefalosporinas de primera generación.
- Realizar talleres periódicos sobre vigilancia fetal electrónica y manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto.
- Monitorización fetal intermitente (tiempos menores de espaciamiento que en el parto de bajo riesgo).

Las Indicaciones absolutas para operación cesárea son:

- Cesárea iterativa.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta.
- Placenta previa.
- Infecciones maternas de Transmisión vertical (VIH).
- Embarazo pretérmino, (< 1 500 g de peso calculado).
- Condilomas vulvares grandes.
- En aquellas mujeres que tengan una incisión transversal.
- Incisión uterina corporal previa.
- Placenta de inserción baja.
- Presentación pélvica.
- Sufrimiento fetal (documentado).
- Retraso en el crecimiento intrauterino.
- Presentación de cara.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Hidrocefalia.
- Gemelos unidos.

En caso de resolución por cesárea, se darán cuidados de herida quirúrgica y datos de alarma con el objetivo de acudir de forma pronta al área de urgencias, con énfasis en los siguientes signos y síntomas:

- Aumento de temperatura local.
- Cambios de coloración.



- Secreción purulenta y de mal olor.
- Dolor localizado.

Referencia oportuna de las personas que ameriten atención médica en los Establecimientos de Salud con mayor capacidad resolutive.

El aumento de la tasa de cesáreas constituye un importante motivo de preocupación en México y en el mundo, particularmente por el incremento de riesgos maternos y perinatales condicionados por esta práctica. La OMS, ha propuesto una herramienta para supervisar y comparar las tasas de cesárea en un mismo entorno a lo largo del tiempo y en otros entornos, de tal manera que hoy no se considera un estándar para todos los Establecimientos de Salud de un porcentaje ideal, cada Establecimiento podrá determinar su estándar, de acuerdo con los resultados en el análisis, utilizando esta herramienta.

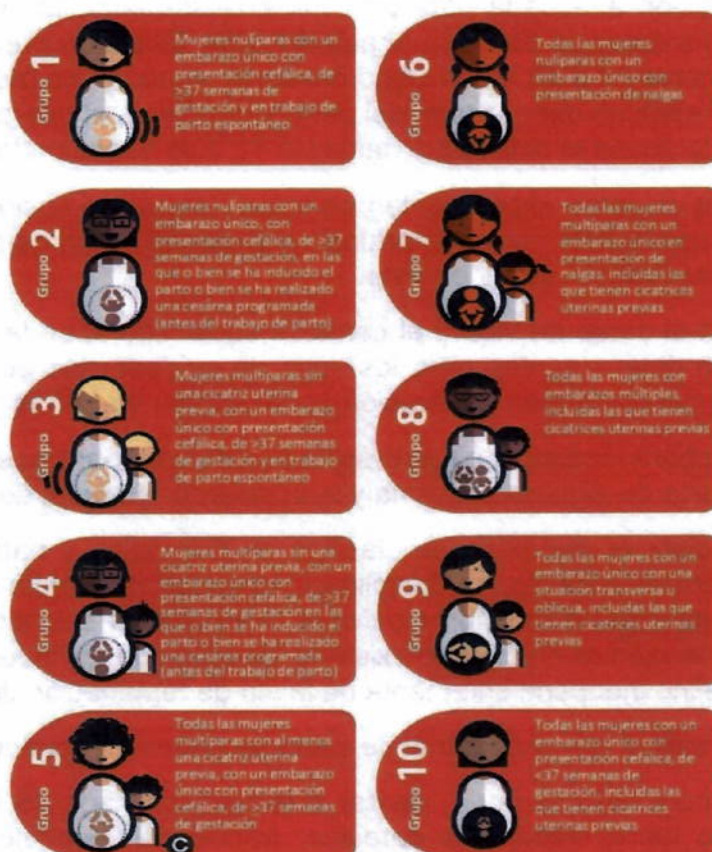
La propuesta son los Criterios de Robson especificados en la **Figura 4. Los 10 grupos de la clasificación de Robson**, que es una herramienta sencilla, clínicamente pertinente, cuantificable, reproducible y comprobable. Se basa en una clasificación de 10 grupos y su diseño tuvo como base la necesidad de identificar prospectivamente grupos bien definidos y clínicamente pertinentes de mujeres ingresadas para parto y poder investigar las diferencias existentes en la tasa de cesárea en estos grupos.

Este sistema se puede utilizar prospectivamente (Idealmente se debe tener una primera revisión retrospectiva de al menos un año, para poder hacer la evaluación prospectiva), cada grupo de la clasificación es mutuamente excluyente, lo que permite la comparación y el análisis de las tasas entre estos grupos para tener claridad de las áreas de oportunidad que se tienen en la disminución de la operación cesárea dentro de cada establecimiento de salud.



Figura 4. Los 10 grupos de la clasificación de Robson

Los 10 grupos de la clasificación de Robson



Fuente: *La clasificación de Robson: Manual de aplicación*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018, pág.10. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

El análisis periódico, permitirá avanzar en los procesos de control y reducción de la tasa de operación cesárea en cada establecimiento de salud, es importante mencionar que una vez que se tiene el cumplimiento del análisis retrospectivo y se inicia el proceso en forma prospectiva, la posibilidad de corrección se hace casi de forma inmediata, los resultados del análisis, se pueden presentar como parte de los comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal o en el de calidad de la atención de los servicios de salud, desde cualquiera de ellos, se pueden emitir recomendación para llegar al porcentaje adecuado de cada establecimiento de salud.



9. Vigilancia del puerperio

La importancia de la etapa del puerperio en la atención obstétrica es fundamental para otorgar a la persona una atención adecuada para prevenir posibles complicaciones y promover su recuperación. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días. Existe un puerperio inmediato que se produce en las primeras 24 a 48 horas luego del parto; el puerperio mediano, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto y por último el puerperio tardío, que es el periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

Durante esta etapa las mujeres experimenten cambios físicos y emocionales, por lo que es esencial que cuenten con la información oportuna en la identificación de signos y síntomas de alarma, así como los cuidados a seguir en esta.

Considerando también el curso de vida y el contexto sociocultural en la que se encuentre la persona gestante, son determinantes para los tipos de cuidado que se recomienden y que suelen transmitirse de generación en generación por medio de creencias y costumbres.

El personal de salud deberá reconocer estas prácticas y orientar sobre su seguridad, reforzando la identificación temprana de signos de alarma y la búsqueda oportuna de atención médica.

Conforme a su evolución, el puerperio se clasifica en fisiológico y patológico, tomando en consideración la presentación de alguna complicación específica de este periodo, hemorragia, infección, problemas venosos de miembros pélvicos, por nombrar solo algunos. Es importante señalar que en la nomenclatura médica no existe la clasificación de “puerperio quirúrgico”, ya que el puerperio se define independientemente de la vía de terminación del embarazo.

Las actividades para realizar por el personal de salud se enlistan a continuación:

- En la primera hora del puerperio, revisar a la persona cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono, altura del útero, así como el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, revisar cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo con su evolución hasta su egreso.
- Realizar las acciones esenciales del puerperio inmediato.
- Monitorizar la evolución de la contracción uterina adecuada.
- Vigilar el sangrado vaginal, a la persona se le recuerda que éste es normal en el puerperio, pero no debe ser mayor en cantidad a tu menstruación.
- Revisar el canal de parto para descartar laceraciones vaginales o perineales.
- Evaluar las pérdidas transvaginales serohemáticas.
- Fomentar deambulación temprana y asistida.
- Colocar compresa fría a tolerancia en zona perineal de la persona para disminuir el edema.
- Estimular el vaciamiento vesical de forma espontánea posterior al parto, a la administración del uterotónicos y cada vez que tengan el deseo de micción con vigilancia estrecha dentro de las primeras 4 horas.



- Promover la identificación de las señales de alarma durante el puerperio y con la red social de apoyo, para su atención oportuna, identificar aquellos que afecten la salud mental.
- Fortalecer la atención médica en el puerperio para valoración del estado de salud, acudiendo a tres consultas médicas a los 7, 14 y 28 días después de la terminación del embarazo.
- Identificar cambios en el estado de ánimo en las personas que se encuentren en la etapa del puerperio, que dificulten el desarrollo de sus actividades de la vida diaria, que puedan ser sospecha de depresión posparto.
- Es recomendable ofrecer a mujeres y hombres opciones anticonceptivas apropiadas para una elección informada del método que más se ajuste a sus necesidades y preferencias como parte de la anticoncepción post evento obstétrico (APEO). En todos los casos se recomienda el uso de anticonceptivos que no interfieran con la lactancia materna y enfatizar en la pertinencia de postergar al menos dos años un siguiente embarazo en caso de que la MEF refiera el deseo de tener otro hijo o hija.
- Suplementación durante los 3 meses posteriores a evento obstétrico con hierro en conjunto con la evaluación del hematocrito en la primera cita de control del periodo del puerperio.
- Solo en caso de cesárea y antecedentes de ruptura prematura de membranas continuar con profilaxis antimicrobiana.
- Dar seguimiento estricto en citas subsecuentes en aquellas MEF que hayan presentado hemorragia obstétrica.
- Otorgar métodos anticonceptivos como parte de la anticoncepción post evento obstétrico (APEO), promover la doble protección y métodos definitivos (paridad satisfecha).

Las actividades para realizar por el personal de salud relacionadas con la lactancia materna:

- Promover la importancia de identificar los cuidados de la persona recién nacida.
- Dar apoyo práctico a las madres que les permita iniciar y mantener la lactancia materna y afrontar las dificultades más frecuentes durante la etapa del postparto.
- Proteger, fomentar y apoyar la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los dos años o más.
- Resolver dudas o problemas relacionados con la lactancia materna y crear confianza en la madre sobre su capacidad de amamantar en la etapa postparto.
- Otorgar suplementación de ácido fólico (0.4 mg al día) para su toma.
- Orientar sobre el aumento de consumo de líquidos, como infusiones de té o agua simple natural, entre uno y dos litros al día.
- Orientar el apego a una dieta balanceada que contenga fuentes de proteína, como pescado, pollo y res; cereales y leguminosas, como avena, frijol, habas, lentejas, soya y trigo; así como frutas y verduras en abundancia.
- Monitorizar con medidas adecuadas de vigilancia y seguridad que permitan observar, evaluar y manejar cualquier señal de dolor durante las primeras tomas de leche materna.



- Monitorizar la postura, posición y agarre para amamantar de la díada madre-hijo/hija con el fin de corregir malas técnicas que puedan desincentivar la lactancia materna.
- Asesorar en el momento del alta hospitalaria sobre posición, postura y agarre correcto, técnica de extracción manual, transporte y conservación de la leche materna en caso de no poder lactar a su hija/hijo directo del pecho por alguna situación.
- Otorgar apoyo práctico a las madres de las/los recién nacidos prematuros o con problemas congénitos, en particular con la extracción manual, almacenamiento y conservación de la leche materna.
- Dar apoyo práctico con las madres de las/los recién nacidos prematuros tardíos, capaces de succionar solo del pecho materno, pero corren un mayor riesgo de ictericia, hipoglucemia y dificultades para alimentarse.
- Identificar los factores de riesgo para el abandono de la práctica de la lactancia materna.

Después de la resolución del parto sensibilizar a las MEF de las posibles complicaciones en la región mamaria:

- Dolor de pezón.
- Grietas.
- Congestión mamaria.
- Mastitis.
- Absceso mamario.
- Identificación y reconocimiento por parte de la persona con D negativo no inmunizada.
- Reportar y vigilar de manera periódica los signos vitales de la usuaria en periodo de puerperio con el objetivo de detectar oportunamente infecciones, hemorragias y trastornos hipertensivos.
- Si la persona recién nacida presenta D-positivo se administrarán 300ug de inmunoglobulina anti-D poco tiempo después del parto.

Al egreso hospitalario:

- Explicar datos de alarma o complicación a usuaria y familiar.
- Asegurar el estado de salud de la mujer y la persona recién nacida.
- Elaborar nota de alta, contrarreferencia materno-neonatal y entregar a la MEF.
- Elaborar censo diario de egresos y notificar a autoridades estatales para su difusión.



En el **Cuadro 3. Atención a la persona en puerperio** a manera de resumen se integran los cuidados a otorgar a la persona en puerperio.

Cuadro 3. Atención a la persona en puerperio

Cuidados	Intervención	
Cuidados inmediatos (24 horas)	Contacto piel a piel	El contacto debe ser directo con la piel, sin toallas o sábanas, el cuerpo de la niña o niño debe tocar la mayor superficie del pecho y el abdomen, se recomienda un tiempo de contacto de al menos 50 minutos y los primeros cuidados deben realizarse con la niña o niño encima de la madre.
	Vigilancia activa	Monitoreo de signos vitales. Evaluar la evolución del útero. Vigilancia de entuertos y loquios. Evaluar el dolor.
	Lactancia materna	Consejería en lactancia materna. Desarrollar la habilidad de la persona para alimentar al bebe a libre demanda con la técnica correcta para amamantar. Señales tempranas de hambre. Postura de la madre. Posición del bebe. Agarre del bebe. Succión del bebe. promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.
Cuidados mediatos	Cuidado de herida	Mantenerla limpia y seca. Valorar signos de infección (enrojecimiento, dolor o sensibilidad, secreción). Valoración del dolor.
	Apoyo emocional	El bienestar psicosocial es fundamental para asegurar la salud física y mental del binomio, es por ello, por lo que durante las consultas de realice la valoración del estado de ánimo y de las redes de apoyo con las que cuenta la persona, si se observa algún detonante canalizar al servicio de psicología.
	APEO	Permite a la mujer y a la persona con capacidad de gestar, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante el uso de un método anticonceptivo temporal o permanente.



9.1 Vigilancia del puerperio inmediato

9.1.1 Vigilancia y atención del puerperio en el Primer Nivel

El puerperio es el período que comprende desde el alumbramiento hasta la normalización de los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo, que aproximadamente ocurre durante 6 semanas (42 días). Es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas, que se desarrolla por un proceso de involución de estas, hasta casi regresarlas a su estado inicial. Sólo la glándula mamaria es la excepción pues en esta etapa es que alcanza su máximo desarrollo y actividad.

Para el control de este periodo se realizan tres consultas de manera general y en condiciones específicas se aumentan de acuerdo con las necesidades de la mujer.

- 1era consulta: al 7o. día del puerperio.
- 2da consulta: al día 14 del puerperio.
- 3era consulta: al día 28 del puerperio.

Atendiendo al tipo de evolución que puede tener el puerperio, se clasifica en:

- **Puerperio Fisiológico:** Cuando no se encuentran factores de riesgo y su evolución es normal, sin patología concomitante ni complicaciones.
- **Puerperio Patológico:** Cuando la evolución se aleja de los parámetros normales. Presenta alguna patología aguda o crónica.

Etapas del puerperio

- Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 horas y está destinado a lograr la hemostasia uterina.
- Puerperio Mediato: abarca del 2° al 7° día, actuando los mecanismos involutivos.
- Puerperio Tardío: va del 8° a los 42 días.

El puerperio constituye una etapa especialmente vulnerable para la salud y el bienestar de la mujer y el recién nacido, es justo aquí donde se presentan con mayor frecuencia, complicaciones que, de no identificarse y atenderse oportuna y efectivamente, pueden generar una alta morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Por consiguiente, de acuerdo con la etapa del puerperio en la que se encuentre la persona, se tienen definidas una serie de acciones "**Irreductibles**" que el personal de salud en el Primer Nivel, realiza como parte de la atención integral del puerperio, de manera oportuna y con pleno respeto a los derechos humanos de la mujer, con trato digno, empatía y salvaguardando su dignidad, informándole a ella y sus familiares en todo momento, el estado de salud y las acciones a realizar tanto en el Establecimiento de Salud como fuera de él.

Además de las acciones de tipo asistencial, también están consideradas en cada una de las etapas del puerperio, actividades de promoción y educación. En el caso de la mujer, están enfocadas a: el reconocimiento de datos y señales de alarma, cuidados generales y hábitos saludables en el puerperio, fomento y aseguramiento de la lactancia materna exclusiva durante



los primeros seis meses de vida de la persona recién nacida, consejería en planificación familiar y seguimiento a las aceptantes de un método anticonceptivo en el posparto y orientación nutricional. Para la persona recién nacida, las actividades educativas deben enfocarse a asegurar e identificar signos y síntomas de alarma como rechazo de lactancia, fiebre, decaimiento, signos de onfalitis e ictericia.

Los cuidados generales que se les debe proporcionar son aseo corporal, umbilical, ocular, nasal, limado de uñas, baño de inmersión, la toma oportuna de tamiz metabólico neonatal, dar continuar a la vacunación.



Como acciones principales en este contexto se consideran las acciones “Irreductibles” en la vigilancia y atención del puerperio en los ESPN descritos a continuación.

9.2 Acciones “Irreductibles” en la vigilancia y atención del puerperio en los Establecimientos de Salud de Segundo Nivel

Cuadro 4. Acciones irreductibles en el puerperio fisiológico

ACCIONES IRREDUCTIBLES EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO													
Puerperio inmediato	HORAS POSTEVENTO OBSTÉTRICO												
	1	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
1. Medir, registrar e interpretar:													
a) Tensión arterial	+	+			+				+				+
b) Frecuencia cardíaca	+	+			+				+				+
c) Frecuencia respiratoria	+	+			+				+				+
d) Temperatura	+	+			+				+				+
2. Valorar la involución uterina (altura y tono)	+	+			+				+				+
3. Evaluar el sangrado vaginal (cantidad)	+	+			+				+				+
4. Vigilar diuresis			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Favorecer:													
a) Inicio de la lactancia materna exclusiva	★												
b) Ambulación				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
c) Alimentación normal				✓			✓			✓			✓
d) Hidratación				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6. Orientar sobre signos y síntomas de alarma													✓
7. Orientar sobre los cuidados del recién nacido													✓
8. Prescripción de analgésicos (según el caso)				✓			✓			✓			✓
9. Orientación sobre métodos anticonceptivos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Puerperio mediato/tardío	CONSULTAS												
	1 (7 días)				2 (14 días)				3 y más (28 días)				
1. Medir, registrar e interpretar:													
a) Tensión arterial			✓				✓				✓		
b) Frecuencia cardíaca			✓				✓				✓		
c) Frecuencia respiratoria			✓				✓				✓		
d) Temperatura			✓				✓				✓		
2. Valorar involución uterina (altura y tono)			✓				✓				✓		
3. Evaluar características de los loquios			✓				✓				✓		
4. Determinación de hemoglobina y bilirrubina			✓				✓				✓		
5. Orientación sobre:													
a) Alimentación materna													
b) Lactancia materna exclusiva			✓				✓				✓		
c) Cuidados del recién nacido			✓				✓				✓		
d) Signos y síntomas de alarma			✓				✓				✓		
6. Consejería en planificación familiar a las no usuarias			✓				✓				✓		
7. Prescripción de fumarato ferroso			✓				✓				✓		
Cada 20 minutos en las primeras 2 horas, posteriormente cada 8 horas													
En los primeros 30 minutos.													

Cada 20 minutos en las primeras 2 horas, posteriormente cada 8 horas

En los primeros 30 minutos.

El Cuadro 4. Acciones irreductibles en el puerperio fisiológico, podrá variar de acuerdo con la condición de cada persona, así con la existencia de factores de riesgo o complicaciones que se hubieran presentado en el evento obstétrico detalladas en la Tabla 13. **Signos y síntomas de alerta en el puerperio.**



El equipo de salud de Primer Nivel, debe estar atento, de la aparición de complicaciones en el puerperio tanto en la mujer como en la persona recién nacida, para establecer las medidas de atención correspondientes y evitar progresen a una muerte materna o neonatal. En los casos de signos o síntomas de alarma en el puerperio, el equipo de salud debe evaluar si es factible su manejo en ese establecimiento de salud o requiere referencia a otro con mayor resolución para atención especializada, en cuyo caso deberá efectuarse de manera oportuna apoyándose en la estructura comunitaria para el traslado notificando al equipo de supervisión zonal o equipo regional que le corresponda, quienes deberá apoyar y vigilar que la puérpera o la persona recién nacida sean recibidas en el establecimiento de salud de mayor resolución.

Tabla 13. Signos y síntomas de alerta en el puerperio

Signos	Síntomas
Fiebre de 38°C o más; por más de 24 horas	Cefalea invalidante o que no cede a medidas habituales
Coágulos grandes o aumento importante del sangrado	Dolor en el hipogastrio, que no cede con antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
Loquios de mal olor	Dolor, tensión, enrojecimiento en la herida, ya sea episiotomía o cesárea
Molestias al orinar, disuria, tenesmo o dificultad para orinar	Enrojecimiento, dolor y aumento de la temperatura en las mamas
Dolor en el pecho, con dificultad respiratoria	Dolor en las pantorrillas o en los muslos, con enrojecimiento, dolor y calor
Estado de ánimo deprimido con o sin ideación suicida	Incapacidad funcional, rechazo a la persona recién nacida, ánimo depresivo >2 semanas

Vigilar la evolución clínica de la mujer en el puerperio inmediato, identificar oportunamente signos de alarma y garantizar la continuidad de la atención.



10. Código Mater

10.1 Triage obstétrico

El Triage obstétrico es una herramienta fundamental para la clasificación inmediata de la gravedad en personas gestantes, en trabajo de parto o en puerperio, que permite priorizar la atención de acuerdo con la condición clínica y el riesgo identificado; descrito en la **Tabla 14 Clasificación del Triage obstétrico**.

Tabla 14. Clasificación del Triage obstétrico

Triage obstétrico		
Verde	Amarillo	Rojo
120 minutos	30 minutos	Otorgar atención inmediata y activar Código Mater

El uso sistemático del Triage obstétrico facilita la asignación oportuna de recursos, reduce los tiempos de respuesta y contribuye a la prevención de complicaciones maternas y perinatales, garantizando una atención segura, ordenada y resolutive conforme al nivel de atención.

El personal de salud responsable, al concluir la atención registra en la libreta, una vez que se clasifica como rojo, así como su requisición en el **Anexo 8. Formato sistema de evaluación del Triage obstétrico**.

10.2 Activación de Código Mater

La activación del Código Mater ante una emergencia obstétrica puede realizarse en cualquier momento del proceso de atención, desde el ingreso hasta el egreso de la persona gestante del Establecimiento de Salud. Su activación alerta al Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), que actúa de manera organizada, coordinada y oportuna en el Segundo y Tercer Nivel, con el objetivo de preservar la vida y disminuir el riesgo de complicaciones graves.

Cada establecimiento de salud determinará y establecerá los mecanismos de integración de sus ERIO, conforme a la disponibilidad de recursos humanos con los que cuente, así como el mecanismo de activación del llamado, (Voceo, alerta sonora, visual, etc.) siempre y cuando asegure que sea identificada en los diferentes sitios del Establecimientos de Salud donde se encuentre el personal que debe acudir en el caso de la alerta, de la misma forma de ser posible identificar el sitio donde se encuentra la persona gestante motivo del alertamiento.

10.3 Principios del equipo de respuesta inmediata obstétrica

El personal de salud del establecimiento de salud debe concienciarse en la integración del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), que permite salvaguardar la vida de una persona gestante y su hija o hijo.

Para el correcto funcionamiento del ERIO es necesario contar con los recursos indispensables para la atención de la emergencia obstétrica, que estén en el sitio donde se brindará la atención (Medicamentos, material de curación, instrumental, etc.).



Cada integrante del equipo tiene funciones definidas y referidas en los protocolos del establecimiento de salud.

El ERIO de los Establecimientos de Salud, no sustituye en ningún caso, la responsabilidad del personal médico tratante, es decir, el equipo será el apoyo a la atención que otorga el personal médico tratante.

Los miembros del ERIO deben estar disponibles, tener las habilidades en cuidados críticos, actitud de servicio y de participación en equipo.

Los Establecimientos de Salud deben examinar sus recursos al momento de elegir a los miembros del ERIO; el personal directivo médico en conjunto con el administrativo y la jefatura de enfermería, revisarán y evaluarán su plantilla y la factibilidad de cumplir con estos requerimientos para dar cobertura 24 horas, los 365 días del año.

En caso de que no se cubra con esta expectativa, el personal directivo médico valorará las mejores opciones para integrar este equipo de trabajo.

El personal de salud otorgará atención médica a la persona gestante respetando los derechos humanos y las características interculturales e individuales de la persona.

El personal médico, otorgará información y orientación sencilla, veraz y entendible a la paciente y su familia, sobre el tiempo de espera requerido para la atención y las condicionantes de salud del binomio.

Continuamente se deben realizar simulacros, que permitan la identificación de áreas de oportunidad y la implementación de programas de mejora continua.

La atención se otorgará con profesionalismo, humanismo, con apego a las normas de seguridad y a las Guías de Práctica Clínica vigentes.

Capacitar a los miembros del equipo de manera permanente y continua para favorecer su desarrollo profesional.

Se mantendrá informado al familiar o responsable de la persona gestante sobre su estado de salud, al término de la intervención del equipo (ERIO) y durante la atención.

Una vez activado el Código Mater, el personal integrante del ERIO acude al sitio donde se encuentra la usuaria para otorgar la atención correspondiente con los recursos necesarios. Las intervenciones realizadas se documentan en el **Anexo 6. Formato registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica** a fin de asegurar la trazabilidad y seguimiento del evento.

En caso de verse rebasados en cuanto a las capacidades, recursos o cualquier situación, para establecer contacto en caso necesario con otro Establecimiento de Salud que cuente con la capacidad resolutive suficiente. En lo que se consigue la autorización para el traslado de la persona, se establecen los criterios clínicos específicos para la estabilización y traslado, asegurando en todo momento la mejor expectativa posible para restaurar las condiciones clínicas de la persona.



Para una atención oportuna es necesario contar con los medicamentos que se muestran en la **Tabla 15 Medicamentos integrados en la caja de emergencia obstétrica**. Integrados en el **Anexo 7. Caja de emergencia obstétrica**.

Tabla 15. Medicamentos integrados en la caja de emergencia obstétrica

TABLA DE MEDICAMENTOS

	Hemorragia (Tono)	Hemorragia complicada	Preclampsia Eclampsia
Primera línea	• Oxitocina amp. 5UI/1ml	• Ácido Tranexámico amp. 1gr	• Nifedipino caps. 10 mg
Segunda línea	• Carbetocina amp. 100 mcg	• Hierro Carboximaltoso 500mg/ 10 ml	• Sulfato de Mg amp. 1gr/10 ml
Tercera línea	• Ergonovina amp. 0.2 mg		• Labetalol amp. 20 mg
Cuarta línea	• Misoprostol tab. 200 mcg		• Hidralazina amp. 20 mg

11. Urgencias obstétricas

Objetivo general

Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias que acudan de manera espontánea o referida por cualquier servicio médico de urgencias y/o de consulta externa para clasificar mediante la escala del Triage obstétrico sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención, con el fin de evitar la muerte materna y perinatal.

Objetivos específicos

- Establecer la respuesta de atención médica centrada en la usuaria.
- Priorizar la atención obstétrica asistencial, de acuerdo con el nivel de riesgo identificado, y en su caso la gravedad con la que se presente.
- Homologar criterios, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que la usuaria presenta.
- Agilizar la atención efectiva, en caso de emergencia obstétrica.



- Reducir la duración de los tiempos de espera.
- Disminuir la ansiedad de la usuaria y familiares al establecer comunicación sobre su situación de salud, el proceso para recibir atención y el tiempo aproximado de espera.

11.1 Atención de urgencias obstétricas en el Primer Nivel

La atención inicial de las urgencias obstétricas en el Primer Nivel se orienta a la identificación oportuna de factores de riesgo y signos de alarma, la estabilización inmediata de la persona gestante y la activación de la red de referencia conforme a la capacidad resolutive del establecimiento de salud.

Ante la presencia de datos clínicos sugestivos de emergencia obstétrica como:

- Hipertensión arterial.
- Cefalea intensa.
- Acúfenos.
- Fosfenos.
- Epigastria.
- Convulsiones.
- Edema.
- Salida de líquido transvaginal.
- Hemorragia transvaginal.
- Fiebre.
- Dolor abdominal agudo.
- Disminución de movimientos fetales.
- Ausencia de movilidad fetal.
- Compromiso del estado general.

El personal de salud realiza valoración integral, monitorización continua de signos vitales y clasificación de RO.

Cuando se identifican condiciones de inestabilidad hemodinámica o riesgo inminente para la vida de la persona gestante o de la persona recién nacida, se inician medidas de estabilización inmediata, incluyendo la colocación de acceso venoso permeable, manejo farmacológico inicial conforme a los protocolos institucionales vigentes y preparación para el traslado seguro.

El proceso de referencia se activa de manera oportuna hacia el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, garantizando la comunicación previa con el establecimiento receptor y el envío de resumen clínico completo que especifique diagnóstico presuntivo, manejo instaurado y condiciones al momento de la referencia.

En aquellos escenarios en los que el traslado inmediato no represente la mejor opción inicial, por condiciones geográficas, climáticas o de disponibilidad de transporte la telemedicina constituye una herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas. A través de la interconsulta remota entre niveles de atención para fortalecer la valoración diagnóstica, ajustar



el manejo inicial y determinar el momento más seguro en caso de necesidad de realizar la referencia, asegurando la continuidad de la atención dentro de la red integrada de servicios.

Esta articulación entre estabilización, referencia oportuna y apoyo mediante telemedicina permite reducir retrasos en la atención, optimizar recursos y fortalecer la respuesta institucional ante emergencias obstétricas.

11.2 Atención de urgencias obstétricas en el Segundo y Tercer Nivel

Estrategias y recomendaciones de la atención en urgencias obstétricas en el Segundo y Tercer Nivel.

En el Segundo y Tercer Nivel de atención, las estrategias descritas en la **Tabla 16. Estrategias y recomendaciones para la atención de urgencias obstétricas en el Segundo y Tercer Nivel**, para la atención de urgencias obstétricas se orientan a garantizar una respuesta inmediata, coordinada y resolutive, mediante la valoración especializada, el manejo clínico oportuno y la continuidad del cuidado.

Tabla 16. Estrategias y recomendaciones para la atención de urgencias obstétricas en el Segundo y Tercer Nivel

Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Identificar oportunamente la urgencia obstétrica	Reconocer de manera inmediata los signos y síntomas de alarma maternos y fetales que indiquen una urgencia obstétrica, desde el primer contacto.	Reducir retrasos en la atención y prevenir complicaciones graves.
Priorizar la atención inmediata mediante el Triage obstétrico	Otorgar atención inmediata y preferente a las mujeres con urgencia obstétrica, conforme a su condición clínica y nivel de gravedad.	Promover una respuesta oportuna que proteja la vida de la madre y el feto.
Implementar el tratamiento inicial	Realizar acciones iniciales de valoración, estabilización y tratamiento conforme a protocolos establecidos, dentro del ámbito de competencia del nivel de atención.	Mantener la estabilidad materna y fetal mientras se define el manejo definitivo.
Activar la referencia oportuna	Iniciar de manera inmediata los mecanismos de referencia al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive.	Verificar el acceso oportuno de atención especializada.



Asegurar la disponibilidad de insumos y recursos	Verificar la disponibilidad de insumos, medicamentos, equipo y personal capacitado para la atención inicial de urgencias obstétricas.	Favorecer una atención segura y eficaz ante situaciones críticas.
Informar y orientar a la mujer y su acompañante	Proporcionar información clara sobre la condición clínica, las acciones a realizar y la necesidad de referencia, cuando aplique.	Favorecer la comprensión, la cooperación y la toma de decisiones informadas.

11.3 Acciones específicas en la atención de urgencias obstétricas

- Garantizar el acceso a la atención inmediata de toda persona gestante que solicite atención, consolidando la Política de **CERO RECHAZO**.
- Realizar valoración en el Triage obstétrico, por personal asignado médico, enfermera, partera profesional mediante el uso del **Anexo 8. Formato sistema de evaluación del Triage obstétrico**.

Que corresponde a 3 momentos:

- Observación.
 - Interrogatorio.
 - Toma de signos vitales, con esta información se clasifica a la persona gestante en cualquiera de los 3 grupos.
- Implementar el Triage obstétrico como proceso técnico-médico para clasificar la gravedad y priorizar la atención, con activación inmediata del Código Mater cuando esté indicado.
 - Agilizar el acceso de la persona gestante al establecimiento de salud, con el apoyo del personal de vigilancia y admisión, a toda persona gestante, antes de solicitarle registro o documentación para optimizar el tiempo de atención.

12. Atención de la persona recién nacida

12.1 Atención Integral a la persona recién nacida

La atención integral a la persona recién nacida es una intervención prioritaria en salud pública, dado que el periodo neonatal constituye una etapa de alta vulnerabilidad donde se establecen las bases para el crecimiento, desarrollo y bienestar a lo largo de la vida. Las intervenciones oportunas y de calidad durante los primeros minutos, horas y días posteriores al nacimiento tienen un impacto determinante en la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal.

El presente apartado se fundamenta en la evidencia científica y en las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP). Su propósito es establecer las directrices técnico-



operativas para la atención de la Persona Recién Nacida, desde los cuidados inmediatos al nacimiento hasta el seguimiento en las consultas de control de niña y niño sano durante el primer mes de vida, con enfoque de derechos humanos, trato digno y respeto a la diversidad cultural.

La implementación estandarizada de estas acciones contribuirá a garantizar un inicio de vida saludable, fortalecer la lactancia materna exclusiva y asegurar la detección temprana de factores de riesgo que requieran atención especializada, en congruencia con los objetivos nacionales para la reducción de la mortalidad neonatal.

Objetivo general

Impulsar la atención integral, oportuna y de calidad a la persona recién nacida en los Establecimientos de Salud del IMSS-BIENESTAR, mediante la aplicación estandarizada de intervenciones durante el periodo inmediato, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, promover el crecimiento y desarrollo saludable, con fortalecimiento de la lactancia materna exclusiva.

Objetivos específicos

- Estandarizar los cuidados inmediatos al nacimiento mediante la reanimación neonatal, con la evaluación de las escalas de Apgar y Silverman.
- Asegurar la aplicación sistemática de profilaxis al nacimiento con vitamina K y cloranfenicol oftálmico e inmunizaciones: BCG y hepatitis B, antes del egreso hospitalario.
- Realizar somatometría neonatal y tamizajes metabólico, auditivo, cardiológico y ortopédico de manera oportuna, garantizando seguimiento y referencia ante resultados anormales.
- Implementar consultas de control de niña y niño sano a los 7 y 28 días de vida, con enfoque en vigilancia de crecimiento y desarrollo, detección de signos de alarma y promoción de lactancia materna exclusiva.
- Identificar oportunamente factores de riesgo, signos de alarma o malformaciones que requieran atención especializada, activando los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- Fortalecer la consejería a la familia sobre cuidados generales, estimulación temprana, sueño seguro y signos de alarma.

12.2 Estrategias y recomendaciones en la atención integral de la persona recién nacida

En el marco de la atención integral de la persona recién nacida, se describen diversas estrategias orientadas a favorecer la adecuada adaptación a la vida extrauterina, promover el crecimiento y desarrollo saludable y fortalecer la detección oportuna de factores de riesgo en la



persona recién nacida se establecen en la **Tabla 17. Estrategias para la atención integral de la persona recién nacida.**

Tabla 17. Estrategias para la atención integral de la persona recién nacida

Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Garantizar cuidados inmediatos al nacimiento mediante la reanimación neonatal con la valoración de las escalas como Ápgar y Silverman	Realizar termorregulación, evaluación rápida, pinzamiento oportuno del cordón, apego piel con piel e inicio temprano de lactancia materna en los primeros minutos de vida.	Adaptación neonatal efectiva, prevención de hipotermia, hipoglucemia y complicaciones respiratorias.
Asegurar profilaxis e inmunizaciones al nacimiento	Aplicar vitamina K intramuscular, cloranfenicol oftálmico, vacuna BCG y hepatitis B antes del egreso hospitalario.	Prevención de enfermedad hemorrágica del recién nacido, oftalmía perinatal y formas graves de tuberculosis y hepatitis B.
Realizar somatometría y tamizajes neonatales	Tomar peso, talla y perímetro cefálico; realizar tamiz metabólico (72h), auditivo (48h), cardiológico (24-48h) y ortopédico (primera semana).	Detección oportuna de alteraciones del crecimiento, enfermedades metabólicas, cardiopatías congénitas críticas, hipoacusia y displasia de cadera.
Implementar consultas de control de niña y niño sano	Realizar consultas a los 7 y 28 días de vida, con evaluación integral, vigilancia de crecimiento y desarrollo, y consejería a la familia.	Identificación temprana de signos de alarma, malformaciones o enfermedades; fortalecimiento de lactancia materna y cuidados en el hogar.
Fortalecer la consejería a la familia	Brindar orientación sobre cuidados generales, signos de alarma, estimulación temprana, sueño seguro y lactancia materna exclusiva.	Familia informada y corresponsable en el cuidado de la persona recién nacida, con capacidad para identificar signos de alarma y buscar atención oportuna.
Garantizar seguimiento y referencia oportuna	Identificar factores de riesgo, signos de alarma o tamizajes anormales; activar mecanismos de referencia a Segundo Nivel para atención especializada.	Derivación oportuna de recién nacidos con patologías o condiciones de riesgo, asegurando continuidad de la atención.



12.3 Cuidados inmediatos al nacimiento

Los cuidados inmediatos al nacimiento constituyen las intervenciones básicas destinadas a favorecer la transición respiratoria y circulatoria del recién nacido durante los primeros 30 segundos de vida. El objetivo principal es detectar y evaluar las situaciones de riesgo para brindar una atención oportuna. Los principales pasos son:

Termorregulación

La temperatura del recién nacido debe mantenerse entre 36.5 y 37.5 °C, en recién nacidos sanos el contacto piel con piel, el inicio inmediato de la lactancia materna y el alojamiento conjunto constituyen medidas efectivas para la termorregulación, que previenen la hipo o hipertermia.

Los recién nacidos prematuros o clínicamente inestables requieren intervenciones más avanzadas: cuna radiante, gorro térmico, bolsa o plástico de polietileno, así como gases calentados y humidificados, dentro de un ambiente con temperatura ≥ 23 °C. En caso de contar con los insumos, se debe referir de manera inmediata a los recién nacidos al siguiente nivel de atención de manera oportuna.

Evaluación rápida

La evaluación inmediata del recién nacido tiene como objetivo identificar situaciones de riesgo que requieran intervenciones de estabilización, reanimación o referencia inmediata. Debe de realizarse de forma sistemática, ordenada y en menos de 1 minuto, sin retrasar las medidas iniciales de adaptación neonatal, con el fin de determinar el sitio apropiado de atención, ya sea alojamiento conjunto o referencia a unidad de cuidados intensivos neonatales.

De manera inicial se evalúa: color, apariencia, pulso, frecuencia cardíaca, gesticulación reflejos, actividad, tono muscular y respiración. Si estos criterios se encuentran dentro de rangos esperados, se envía a la persona recién nacida a alojamiento conjunto. En caso de encontrar alteraciones, se debe referir valoración por el médico especialista.

Se realiza estimulación solo en los casos con respiración inefectiva, así como la succión de secreciones con perilla, solo está indicada cuando existe obstrucción visible.

Si la persona recién nacida es vigorosa, se debe promover el contacto piel con piel con la madre, pinzamiento oportuno del cordón y lactancia temprana.

En caso de identificarse alguna de las alteraciones descritas en la **Tabla 18. Complicaciones neonatales**, se deberá estabilizar a la persona recién nacida y realizar referencia inmediata al siguiente nivel de atención, sobre todo en los siguientes casos:



Tabla 18. Complicaciones neonatales graves

Clasificación	Complicaciones neonatales graves
Respiratorias	Depresión al nacer con Apgar bajo o necesidad de ventilación positiva prolongada, dificultad respiratoria, apnea, cianosis persistente, asfixia perinatal o sospecha de encefalopatía hipóxico-isquémica.
Neurológico	RN: Cabeza constantemente hacia atrás. A cualquier edad: Asimetría de movimientos, alteraciones de la succión o deglución, alteraciones del llanto y falta de consolabilidad, macrocefalia, microcefalia y movimientos oculares anormales.
Metabólicas	Hipoglucemia sintomática o persistente; incapacidad para la adaptación metabólica.
Térmicas	Hipotermia persistente o incapacidad para mantener temperatura corporal.
Infecciosas	Sospecha de sepsis neonatal.
Prematuridad y peso	Prematuridad (<37 semanas), bajo peso al nacer (<2,500 g), especialmente <2,000 g.
Malformaciones congénitas	Cardíaco, gastrointestinal, respiratoria, neurológica u otras.
Traumáticas	Trauma obstétrico significativo.

Manejo oportuno del cordón

Intervención que favorece la transición fisiológica del recién nacido, optimizar el volumen sanguíneo neonatal y reducir complicaciones asociadas a la prematuridad y anemia infantil. Actualmente se recomienda el **pinzamiento oportuno (retardado) del cordón, al menos 30 a 60 segundos después del nacimiento** o hasta que cese la pulsación del cordón, siempre que el recién nacido se encuentre vigoroso, de esta manera, al favorecer la transfusión placentaria se disminuye el riesgo de anemia.

En aquellos casos donde la persona recién nacida se encuentre en situación crítica, se recomienda el pinzamiento inmediato del cordón para poder realizar las maniobras de estabilización y/o resucitación.

Apego inmediato piel con piel

Intervención que consiste en colocar a la persona recién nacida, siempre y cuando sea vigoroso y la mamá se encuentre consciente, hemodinámicamente estable, desnudo sobre el tórax de la madre inmediatamente después del nacimiento, sin separarlos. De esta forma se regula la temperatura, respiración y frecuencia cardíaca, reduce el riesgo de hipoglucemia, se disminuye el llanto, además de favorecer el apego y la lactancia materna exclusiva, así como propiciar la transferencia de microbiota materna.



Lactancia materna exclusiva

La alimentación de la persona recién nacida únicamente con leche humana debe iniciarse en la primera hora de vida y mantenerse durante los primeros seis meses.

La primera toma deberá realizarse idealmente durante la primera hora posterior al nacimiento mediante contacto piel con piel continuo, recordando que en este periodo el calostro aporta inmunoglobulina A secretora, leucocitos y factores antiinflamatorios que actúan como primera inmunización natural para la persona recién nacida.

Para una lactancia exitosa, es importante tener una técnica adecuada de amamantamiento: procure que la madre adopte una postura cómoda y relajada. La persona recién nacida debe colocarse “Ventre con vientre” con la madre, manteniendo alineados cabeza, hombros y cadera, sin flexión ni rotación cervical.

Para un agarre correcto, verifique que:

- Boca ampliamente abierta – Adecuado ante el reflejo de búsqueda.
- Labio inferior evertido – Garantiza una succión eficaz.
- Mentón tocando el pecho – Señal de correcto sellado.
- Mayor areola visible arriba que abajo – Agarre profundo.
- Mejillas redondeadas – Muestra de la presión negativa efectiva.

Se deberá permitir que el recién nacido vacíe el primer pecho antes de ofrecer el segundo, para asegurar la ingesta de leche final rica en grasa. No se recomienda limitar el tiempo de la toma. La duración es variable (10-40 minutos) dependiendo de la eficacia de la succión.

Inmunizaciones

*La vacunación representa una intervención prioritaria para la prevención de enfermedades en la persona recién nacida. Los biológicos que se aplican antes del egreso hospitalario se Tabla 27 presentan en la **Tabla 19. Esquema de Inmunización de la Persona Recién Nacida.***

Tabla 19. Esquema de Inmunización de la persona recién nacida

Inmunizaciones en la persona recién nacida		
Biológico	Indicación	Administración
Vacuna BCG	Indicada para prevenir formas graves de tuberculosis (miliar y meníngea).	Edad: al nacimiento Vía: intradérmica Sitio: región deltoidea derecha Dosis: 0.1 ml.
Hepatitis B	Previene infección perinatal y la evolución a enfermedad hepática crónica.	Edad: dentro de las 24 hrs de vida extrauterina. Vía: intramuscular. Sitio: cara anterolateral del muslo. Dosis: 0.5 ml.



Profilaxis al nacimiento.

La profilaxis al nacimiento comprende las intervenciones preventivas orientadas a disminuir la morbi-mortalidad asociadas a hemorragias, infecciones oculares y otras complicaciones infecciosas tempranas en la persona recién nacida. Estas intervenciones se describen en la **Tabla 20. Profilaxis en la persona recién nacida** y se aplican inmediatamente después del nacimiento y antes del egreso del establecimiento de salud, salvo contraindicación médica.

Tabla 20. Profilaxis en la persona recién nacida

Profilaxis en la Persona Recién Nacida		
Insumo	Indicación	Administración
Vitamina K	Previene la enfermedad hemorrágica del recién nacido, secundaria a déficit de factores de coagulación dependientes de vitamina K.	Vía: Intramuscular Sitio: Cara anterolateral del muslo. Dosis: >1,500 g: 1 mg.
Cloranfenicol solución o ungüento oftálmicos o eritromicina ungüento oftálmico	Previene conjuntivitis de origen bacteriano como <i>Neisseria Gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i> .	Vía: tópica ocular. Aplicación: una gota en cada ojo. Dosis: única En el caso de los ungüentos, la aplicación es en el saco conjuntival inferior.

Somatometría

La somatometría en la persona recién nacida permite valorar su estado físico inicial y establecer parámetros de referencia para el seguimiento del crecimiento y desarrollo. La medición adecuada de peso, talla y perímetro cefálico, perímetro torácico y abdominal, circunferencia de brazo, muslo y pliegues realizada por personal de salud capacitado, favorece la detección oportuna de desviaciones y la toma de decisiones clínicas pertinentes. Los parámetros de referencia para su valoración se detallan en la **Tabla 21. Somatometría en la persona recién nacida**.



Tabla 21. Somatometría en la persona recién nacida

Somatometría		Evolución y características Principales.
Parámetros	Clasificación y valores de referencia	
Peso	Pérdida Fisiológica del 5-10% durante la primera semana de vida.	Secundario a y (Orina meconio).
Microsómico: Peso bajo <2.5 Kg.	Normal: 2.5 a 3.9 Kg.	Macrosómico Peso alto >4Kg.
Talla	Al nacimiento: 50 cm +/- 2cm.	
Perímetro Cefálico	Al nacimiento: 35 +/- 2cm.	

	Recuperación de peso al nacer: 7-10 días. Doble peso al nacer: 4-5 meses. Triple peso al nacer: 1 año.
	Aumento de talla: 1er Trimestre: 9cm. 2do Trimestre: 7 cm. 4to trimestre 3-4 cm. 1 año >25% en (50% de su talla al nacer).
	Aumento de perímetro: Nac – 3m = 2cm por mes.

Tamizajes de la Persona Recién Nacida

Los tamizajes neonatales constituyen acciones preventivas orientadas a la detección temprana de enfermedades congénitas y metabólicas. Su realización oportuna por personal de salud capacitado facilita el diagnóstico precoz, la referencia inmediata y el inicio oportuno de tratamiento, contribuyendo a la reducción de complicaciones y secuelas. Los tamizajes que se realizan en la Persona recién nacida se presentan en la **Tabla 22. Tamizajes de la persona recién nacida.**



Tabla 22. Tamizajes de la persona recién nacida

Tabla de tamizajes			
Tipo de tamiz	Momento para realizarlo	Enfermedad que detecta	Observaciones adicionales
Tamiz Metabólico Neonatal.	Básico: 72 hrs posteriores al nacimiento.	Hipotiroidismo congénito. Fenilcetonuria. Galactosemia. Fibrosis quística. Hiperplasia Suprarrenal Congénita. Déficit de Glucosa 6. Fosfato. Deshidrogenasa.	
Tamiz Auditivo	Primeras 48 hrs de vida y hasta los 3 meses de edad.	Hipoacusia infantil y sordera congénita.	Sensibilidad del 91% Especificidad del 85%.
Tamiz Cardiológico	Primeras 24 hrs – 48 hrs de vida extrauterina.	Cardiopatías congénitas críticas (TGV, Drenaje pulmonar anómalo total, tetralogía de Fallot, Atresia Pulmonar, etc.	
Tamiz Ortopédico	Al nacer o en la primera semana de vida extrauterina.	Displasia congénita de cadera y pie equino varo.	Se recomienda USG en casos sospechosos.

12.4 Consultas de control de niña y niño sano

El control de niña y niño sanos idealmente se debe otorgar en los Establecimientos de Salud de Primer Nivel, con el objetivo de identificar a las personas recién nacidas con factores de riesgo, malformaciones o enfermedades que ameriten estudios y/o tratamientos especializados. Se recomiendan mínimo dos consultas: a los 7 y 28 días de vida.

Primera consulta (7 días de vida)

Se debe valorar de manera integral el crecimiento y desarrollo de la persona recién nacida, es importante identificar signos de alarma, así como malformaciones congénitas. Se recomiendan las siguientes actividades:



- Elaborar y actualizar expediente clínico.
- Identificar signos de alarma.
- Identifica defectos al nacimiento y realiza referencia oportuna.
- Revisa el cordón umbilical y la estabilidad de la cadera.
- Vigilar peso, talla y perímetro cefálico.
- Evaluar el estado nutricional.
- Verificar aplicación de inmunizaciones conforme a edad.
- Solicitar resultados de tamiz metabólico neonatal y brindar orientación de acuerdo con el resultado
- Evaluación visual.
- Fortalecer la lactancia materna exclusiva o relactancia si es necesario.
- Brindar orientación sobre cuidados generales del recién nacido.
- Orientar sobre la atresia de vías biliares a través de la carta de colores de las evacuaciones de la Cartilla Nacional de Salud de 0 a 9 años.
- Orientar sobre acciones de estimulación temprana.
- Brindar recomendaciones sobre sueño seguro.

Segunda consulta (28 días de vida)

Se continúa el seguimiento para evaluar crecimiento y desarrollo, así como la búsqueda de signos de alarma de la persona recién nacida. Las actividades recomendadas son:

- Historia clínica, evolución de la adaptación familiar, somatometría para evaluación de crecimiento y desarrollo.
- Identificar signos de alarma.
- Efectúa exploración física completa.
- Verificar aplicación de inmunizaciones conforme a edad.
- Verificar toma de muestra y resultados tamiz metabólico neonatal y brindar orientación de acuerdo con el resultado.
- Fortalecer lactancia materna.
- Evaluación visual (prueba de Bruckner u ojo rojo).
- Orientar sobre salud bucal en la persona recién nacida.
- Orientar sobre acciones de estimulación temprana.
- Brindar recomendaciones sobre sueño seguro.
- Aplicar prueba de evaluación de desarrollo infantil (Prueba EDI).

Recordar agendar cita para el segundo mes de vida para continuar con la vigilancia de crecimiento y desarrollo.



13. Referencia, contrarreferencia y transferencia

13.1 Vías de Atención Integral (VAI)

Para dar respuesta al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR), a través de las VAI, se definen los ámbitos de las acciones colectivas y de la atención médica para lograr la articulación de redes de servicios y la continuidad de la atención a través de la planificación de la atención a la Salud Materna, al control del embarazo con enfoque de riesgo y de la persona recién nacida, con la finalidad de eliminar vacíos operacionales, disminuir riesgos obstétricos en los diferentes niveles de atención y, como resultado más importante, en la reducción de las muertes maternas.

Asimismo, la creación de la VAI permite un adecuado control del embarazo, que a su vez ayude a prevenir e identificar con la mayor oportunidad el riesgo y los posibles casos de emergencia obstétrica y referencia hospitalaria efectiva.

Como parte de estos mecanismos de atención, se incorpora el servicio de telemedicina, herramienta estratégica para la interconsulta y la valoración especializada a distancia, con el fin de acortar tiempos de atención, reducir barreras geográficas y optimizar la toma de decisiones clínicas, especialmente en Establecimientos de Salud de Primer Nivel o de difícil acceso, sin sustituir la referencia física cuando esta sea clínicamente indicada.

El sistema de referencia, contrarreferencia y transferencia constituye un proceso técnico-médico-administrativo fundamental para garantizar la continuidad, oportunidad, y seguridad de la atención de las mujeres y personas con capacidad de gestar, personas gestantes, puérperas y recién nacidas en el IMSS-BIENESTAR. Este proceso articula los tres niveles de atención dentro de la Red Integrada de Atención Materna y Perinatal, asegurando que las personas usuarias reciban el cuidado que requieren en el nivel de resolución adecuado y que la información clínica fluya de manera bidireccional para un seguimiento efectivo.

Como parte de estos mecanismos, se incorpora la telemedicina como una herramienta estratégica para la interconsulta y la valoración especializada a distancia, con el fin de acortar tiempos de atención, reducir barreras geográficas y optimizar la toma de decisiones clínicas, especialmente en Establecimientos de Salud de Primer Nivel o de difícil acceso, sin sustituir la referencia física cuando ésta sea clínicamente indicada.

Objetivo general

Establecer el procedimiento estandarizado de referencia, contrarreferencia y transferencia para la atención materno-neonatal entre los tres niveles de atención, garantizando la continuidad, oportunidad y seguridad de la atención de las personas gestantes, puérperas y recién nacidas, a través de una comunicación efectiva y el uso de herramientas como la telemedicina.

Objetivos Específicos

- Clasificar y activar los mecanismos de referencia programada o urgente, según las condiciones clínicas de la persona gestante, puérpera o recién nacida, conforme a los criterios establecidos.



- Garantizar que las referencias, especialmente las urgentes, sean supervisadas, certificadas y aceptadas en el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive, evitando demoras o rechazos.
- Asegurar la emisión de la contrarreferencia desde el Segundo o Tercer Nivel hacia el Primer Nivel, proporcionando un resumen claro del diagnóstico, manejo y plan de seguimiento para garantizar la continuidad del cuidado en la comunidad.
- Implementar la telemedicina y la teleinterconsulta como herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas, la optimización de recursos y la reducción de traslados innecesarios.
- Homologar los criterios y la documentación clínica mínima requerida en todo proceso de referencia y contrarreferencia, utilizando los formatos institucionales vigentes para asegurar la trazabilidad de la atención.

13.2 Estrategias para la referencia, contrarreferencia y transferencia

Constituyen el conjunto de acciones organizadas y sistemáticas que el personal de salud implementa para garantizar la continuidad de la atención de las personas gestantes, así como de las personas recién nacidas entre los diferentes niveles de atención. Su aplicación oportuna y coordinada, con apoyo de herramientas como la telemedicina, permite optimizar los recursos especializados, reducir los tiempos de respuesta y asegurar la seguridad del binomio materno-fetal y neonatal.

En la **Tabla 23. Estrategias para la referencia, contrarreferencia y transferencia**, se describen las principales estrategias para asegurar el proceso de referencia, contrarreferencia y transferencia, en garantía de los derechos humanos y con enfoque de trato digno, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.



Tabla 23. Estrategias para la referencia, contrarreferencia y transferencia

Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Fortalecer la coordinación entre niveles de atención	Establecer comunicación efectiva entre Establecimientos de Salud de primer, Segundo y Tercer Nivel para la referencia y contrarreferencia materno-neonatal.	Continuidad de la atención, evitando la fragmentación y mejorando los resultados en salud materna y perinatal.
Implementar la telemedicina como herramienta de apoyo	Realizar: 1. Teleinterconsultas sincrónicas 2. Asincrónicas, 3. Telepases 4. Telementoría entre personal de salud de diferentes niveles para valoración remota y apoyo en la toma de decisiones.	Reducción de traslados innecesarios, optimización de recursos especializados y acortamiento de tiempos de respuesta.
Estandarizar criterios de referencia programada y urgente	Clasificar a las usuarias obstétricas y neonatales según nivel de riesgo (bajo, moderado, alto) y activar el mecanismo de referencia correspondiente conforme a los criterios establecidos.	Referencias oportunas y justificadas, en usuarias que presenten condiciones clínicas óptimas para el traslado, reduciendo retrasos y complicaciones.
Garantizar la referencia supervisada y certificada	Asegurar que toda referencia, especialmente la urgente, sea aceptada por el establecimiento de salud con mayor capacidad de resolución y que la persona sea recibida en tiempo y forma, con apoyo de los equipos zonales y regionales de supervisión.	Eliminación de rechazos y demoras en la atención especializada, garantizando la seguridad del binomio materno-fetal y neonatal.
Asegurar la emisión de contrarreferencia materno-neonatal	Emitir desde el Segundo o Tercer nivel un documento de contrarreferencia dirigido al Establecimiento de Salud de origen, con diagnóstico definitivo, manejo realizado, recomendaciones de seguimiento y plan de manejo a largo plazo.	Continuidad del cuidado en el Primer Nivel de atención, con información clínica completa para el seguimiento en comunidad.



Estrategia	Función/Actividad	Resultado esperado
Utilizar formatos institucionales homologados	Registrar la referencia y contrarreferencia en los formatos oficiales vigentes, garantizando que contengan los elementos mínimos de información.	Trazabilidad de la atención, calidad de la información y cumplimiento normativo.
Activar oportunamente el Código Mater y el ERIO	Identificar signos de alarma obstétrica y activar de inmediato el Código Mater para movilizar al Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), garantizando atención especializada en el menor tiempo posible.	Reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociada a emergencias obstétricas.

13.3 Criterios y tipos de referencia

En el caso de las personas gestantes, puérperas o personas recién nacidas, pueden ser referidas de un ESPN a uno de Segundo o Tercer Nivel de manera programada o urgente de acuerdo con la condición clínica, considerando las siguientes situaciones:

Referencia programada

1. Mujeres con embarazos con riesgo obstétrico moderado y/o alto, para valoración por especialista en ginecología y obstetricia.
2. Mujeres con embarazos de 41 SDG sin TP; en estos casos, la embarazada debe ser enviada de manera inmediato al cumplir 41 SDG sino ha presentado trabajo de parto.
3. Mujeres con cesárea iterativa para programación quirúrgica y resolución del evento obstétrico.
4. Mujeres con malformaciones fetales diagnosticadas que requieren un plan de atención especializado.

En estos casos, el personal responsable del establecimiento de salud de Primer Nivel o en su caso, el medico responsable de la atención de la embarazada, solicitan de manera coordinada y utilizando el formato institucional vigente, la atención de la persona, en el establecimiento de salud al que vaya a ser referida, quien emite una cita para su atención. En este tipo de referencia no existe ningún dato de emergencia.

Referencia urgente

La referencia materna urgente se presenta cuando, debido a la condición clínica de la persona gestante o de la Persona Recién Nacida, se requiere una intervención especializada e



inmediata en el Segundo o Tercer Nivel de Atención. Los criterios de emergencia obstétrica y neonatal se describen en la **Tabla 24. Criterios de emergencia obstétrica y neonatal**, dónde en caso de presentarse alguna de estas emergencias, la prioridad es trasladar a la persona gestante en las mejores condiciones clínicas posibles, previa estabilización, inicial y valoración del traslado seguro, cuando la condición clínica lo permita y garantizar la continuidad de la atención en el establecimiento de salud receptor.

Tabla 24. Criterios de emergencia obstétrica y neonatal

Categoría / Situación	Criterios
Hemorragias y shock	• Hemorragia transvaginal activa (>500 ml). • Signos de shock hipovolémico.
Trastornos hipertensivos del embarazo	• Preeclampsia severa (PA $\geq$160/110 mmHg). • Síntomas neurológicos (Cefalea intensa, fosfenos, crisis convulsivas). • Dolor epigástrico o en hipocondrio derecho.
Trabajo de parto y membranas	• Amenaza de parto pretérmino (<34 Semanas con dinámica uterina). • Ruptura de membranas con líquido meconial espeso. • Prolapso de cordón.
Placenta y complicaciones obstétricas	• Sospecha de desprendimiento prematuro de placenta. • Embarazo ectópico roto. • Aborto séptico.
Puerperio	• Fiebre $>38^{\circ}\text{C}$. • Sangrado abundante (Mayor a lo esperado, con coágulos). • Dolor abdominal intenso.
Sufrimiento Fetal	• Movilidad Fetal. • Taquicardia. • Bradicardia.
Persona Recién Nacida	• Dificultad respiratoria grave (Cianosis, quejido, aleteo nasal). • Sospecha de sepsis neonatal. • Malformaciones congénitas mayores (Cardiacas, gastrointestinales, neurológicas).

13.4 Proceso de referencia y contrarreferencia

Para las referencias programadas o urgentes, se enfatiza en que estas sean supervisadas y certificadas. Esto implica que la persona usuaria acudió y fue recibida en el establecimiento de salud al que se envió en tiempo y forma. Los equipos zonales de supervisión y/o los equipos regionales de supervisión deberán estar informados y pendientes de las referencias, en especial las urgentes, para evitar demoras o rechazos.



El personal responsable del establecimiento de salud de Primer Nivel debe:

- Utilizar los formatos institucionales vigentes **Anexo 9. Formatos del sistema de referencia y contrarreferencia** para pacientes obstétricas para formalizar la referencia.
- Señalar en el formato los diagnósticos de envío, las condiciones clínicas y un resumen de la atención proporcionada en el establecimiento de salud.
- En el caso de referencias urgentes, activar los mecanismos de comunicación directa con el establecimiento de salud receptor para confirmar la aceptación y preparar su llegada.

El personal responsable del establecimiento de salud de Segundo o Tercer Nivel debe:

- Recibir y valorar a la persona de manera inmediata, especialmente en casos de urgencia.
- Una vez concluida la atención especializada y estabilizada la persona, emitir una contrarreferencia materno-neonatal dirigida al establecimiento de salud de origen. Este documento debe incluir el diagnóstico definitivo, el manejo realizado, los resultados de estudios, las recomendaciones para el seguimiento y el plan de manejo a largo plazo. Esto permite al Primer Nivel dar continuidad a la atención integral del binomio en su comunidad.

Referencia neonatal de Primer a Segundo Nivel:

La atención neonatal oportuna constituye un proceso crítico para la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal. El personal de salud del Primer Nivel deberá identificar tempranamente el riesgo, realizar la estabilización inicial y activar los mecanismos de referencia con base en criterios clínicos de alarma, como los mencionados en la **Tabla 24. Criterios de emergencia obstétrica y neonatal**. Se incorpora la interconsulta y el apoyo especializado por telemedicina como herramienta para acortar tiempos de respuesta y fortalecer la valoración clínica inicial, sin sustituir el traslado inmediato cuando la condición clínica de la persona recién nacida así lo requiera.

Atención y contrarreferencia en Segundo Nivel

La atención y contrarreferencia en el Segundo Nivel, otorgada por el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), constituye un componente clave para asegurar la respuesta oportuna, resolutive y coordinada ante emergencias obstétricas. Este proceso garantiza la valoración especializada inmediata, el manejo integral de la urgencia y la emisión de la contrarreferencia, fortaleciendo la continuidad de la atención y la comunicación efectiva con los Establecimientos de Salud de Primer Nivel.



Elementos de información mínimos de Referencia-Contrarreferencia

La documentación de la referencia y contrarreferencia materno-neonatal deberá contener, como mínimo, los siguientes elementos descritos en la **Tabla 25. Elementos de información mínimos de Referencia - Contrarreferencia**, para garantizar la continuidad y seguridad de la atención.

Tabla 25. Elementos de información mínimos de Referencia - Contrarreferencia

Categoría	Elementos de información mínimos de Referencia - Contrarreferencia
Datos de identificación	Nombre completo, edad, CURP, domicilio de la persona.
Datos del envío	Establecimiento de salud que refiere, fecha y hora de la referencia.
Motivo de la referencia	Resumen claro del problema actual, diagnósticos de envío y condiciones clínicas que motivan la misma.
Resumen clínico	Antecedentes relevantes, hallazgos de la exploración física, signos vitales, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, y tratamiento proporcionado previo al envío.
Datos de la contrarreferencia	Establecimiento de Salud que contrarrefiere, diagnóstico definitivo, manejo realizado, recomendaciones de seguimiento, plan de manejo a largo plazo y firma del médico tratante.

13.5 Algoritmos de referencia, contrarreferencia, transferencia y telemedicina

El fortalecimiento de los procesos de referencia, contrarreferencia y transferencia en la atención materna y neonatal requiere de herramientas gráficas que faciliten la toma de decisiones clínicas oportunas y estandarizadas por parte del personal de salud en los diferentes niveles de atención. Los algoritmos 1, 2 y 3, que se presentan a continuación constituyen una guía visual de los flujos establecidos en la presente Guía Técnica, integrando los criterios clínicos, los

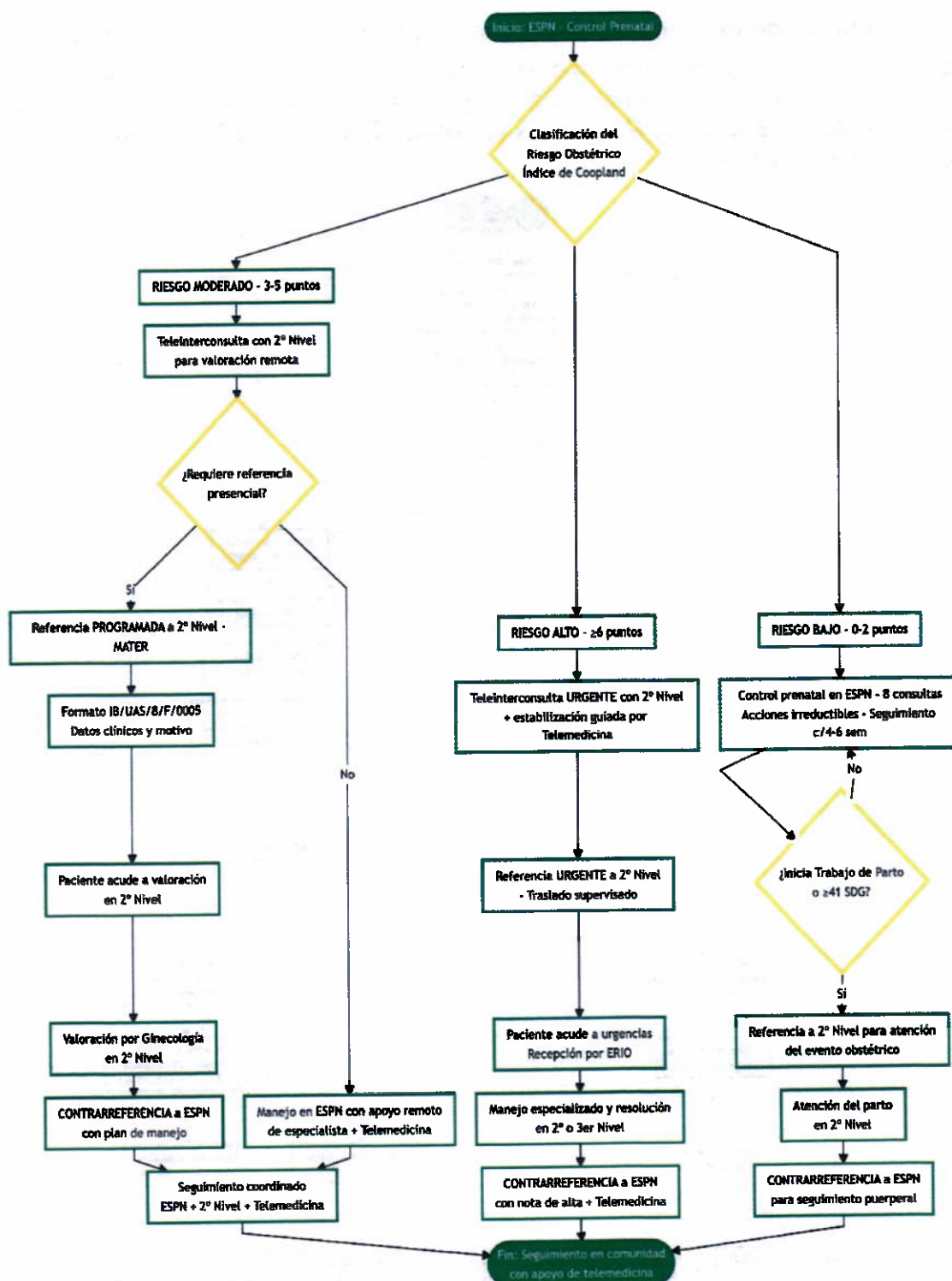


mecanismos administrativos y el uso estratégico de la telemedicina como herramienta de apoyo a la coordinación interinstitucional.

Estos han sido diseñados con base en la normatividad vigente, la evidencia científica disponible y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adaptadas al contexto y capacidad resolutoria de los Establecimientos de Salud del IMSS-BIENESTAR. Su aplicación sistemática contribuirá a homologar y fortalecer los criterios de atención en situaciones de riesgo obstétrico y neonatal.

Algoritmo 1. Referencia y contrarreferencia en atención prenatal con telemedicina

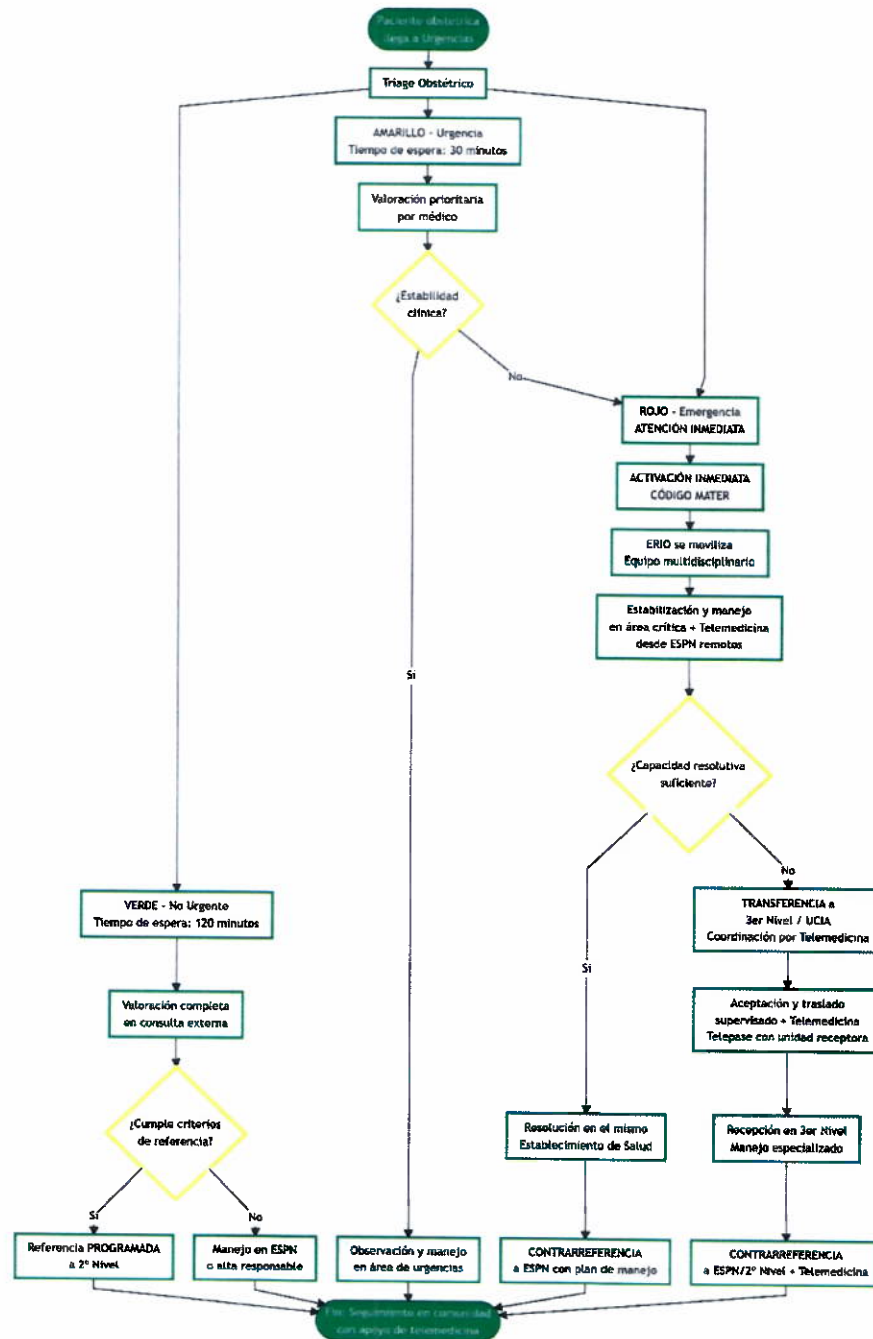
Propósito: Guiar la atención de la persona gestante en el Primer Nivel de Atención (ESPN), desde la clasificación inicial del riesgo obstétrico mediante el Índice de Copland hasta la referencia programada o urgente al Segundo Nivel, asegurando la continuidad del cuidado a través de la contrarreferencia y el seguimiento coordinado.





Algoritmo 2. Atención de urgencias obstétricas Triage, código mater y telemedicina

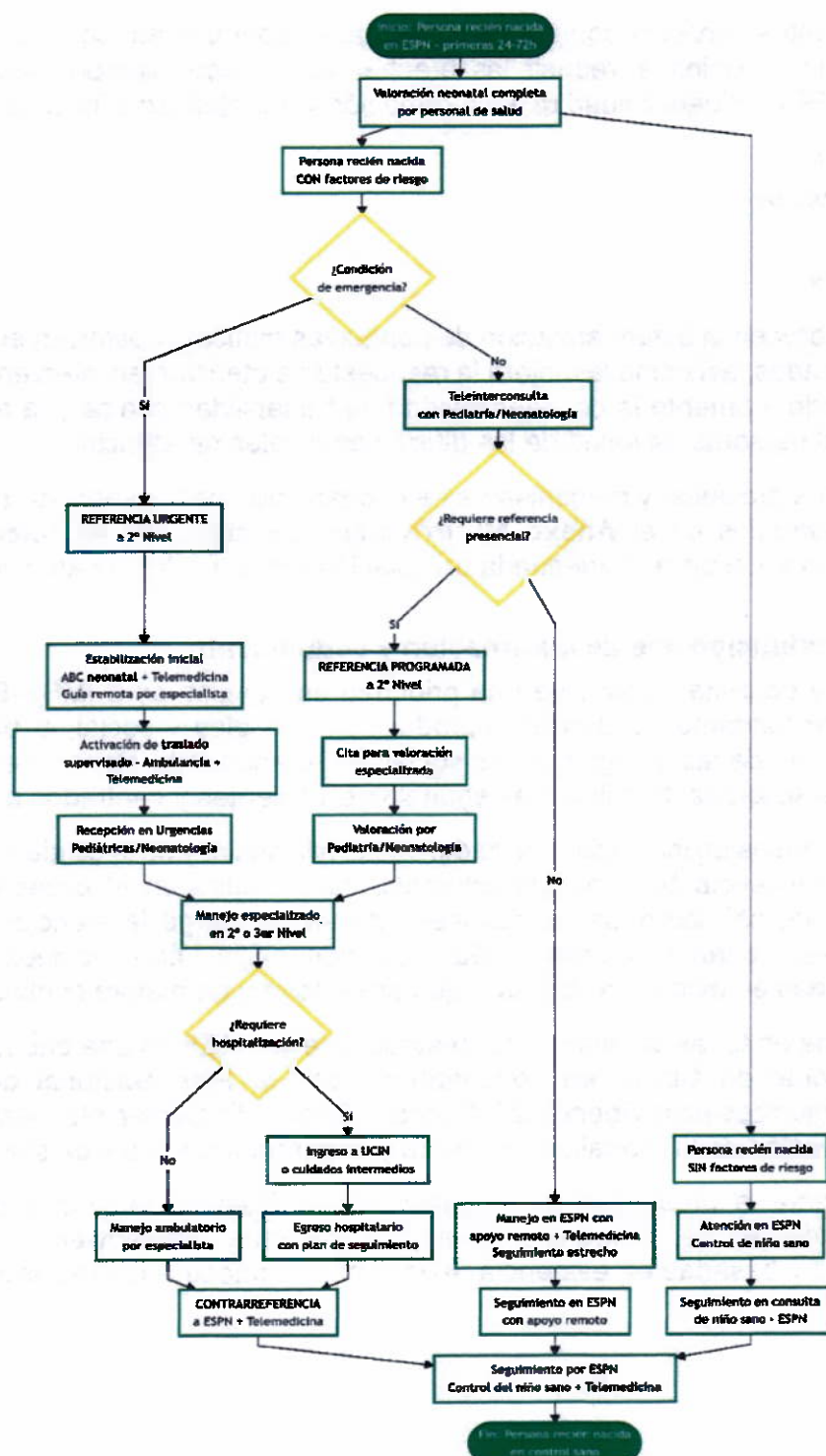
Propósito: Establecer el flujo de atención para la usuaria obstétrica que solicita atención en un servicio de urgencias, desde la aplicación del Triage obstétrico hasta la activación del Código Mater y la respuesta del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), garantizando una atención oportuna y resolutive.





Algoritmo 3. Referencia neonatal de Primer a Segundo Nivel con telemedicina

Propósito: Guiar la valoración y referencia de neonatal en el Primer Nivel durante las primeras 24 a 72 horas de vida, asegurando la identificación temprana de factores de riesgo y la activación oportuna de la referencia programada o urgente a Segundo Nivel, con apoyo de telemedicina para la toma de decisiones y el seguimiento.





14. Telemedicina en la atención de salud materna

La telemedicina constituye un componente estratégico para la atención materna con el objetivo de optimizar la interacción clínica y académica a distancia entre el personal de salud para fortalecer la toma de decisiones, especialmente en contextos con limitada disponibilidad de personal especializado, dispersión geográfica y barreras de movilidad, entre otros.

La integración de estos servicios contribuye a mejorar la oportunidad, continuidad y optimizar el uso de la red de servicios al reducir las brechas de acceso, siempre bajo principios de seguridad de la MEF, confidencialidad de la información y trazabilidad clínica, los servicios son:

- Telemedicina
- Teleinterconsulta
- Telepases
- Telementoría

Estos servicios favorecen la estandarización de conductas clínicas, optimizan el uso de camas, recursos especializados, así como la mejora la respuesta de atención en intervenciones críticas, manteniendo en todo momento la confidencialidad, la trazabilidad clínica y la responsabilidad compartida entre el personal de salud de los diferentes niveles de atención.

La descripción de los procesos y mecanismos de coordinación de los servicios de telemedicina se encuentran plasmados en el **Anexo 10. Procesos de atención en Telemedicina** y su aplicación es fundamental para la adecuada articulación entre niveles de atención.

15. Mecanismos institucionales de información y seguimiento

La salud materna y perinatal constituye una prioridad estratégica para IMSS-BIENESTAR, al representar un pilar fundamental para la reproducción biológica y social, el bienestar de las familias y la reducción de las desigualdades sociales. Su adecuada atención es determinante para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos, eficientes y centrados en las personas.

La mortalidad materna es un indicador crítico del desarrollo social y de la calidad de los servicios de salud, ya que evidencia brechas estructurales, inequidades en el acceso a la atención oportuna y resolutive, así como las condiciones en que se otorga la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Su reducción exige intervenciones institucionales sistemáticas, basadas en evidencia, con enfoque preventivo y de mejora continua.

La atención materna en todas las etapas de gestación de las MEF es una prioridad estratégica del Sistema Nacional de Salud, en concordancia con el Plan Sectorial de Salud y los compromisos establecidos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, particularmente en lo relativo a la reducción de la mortalidad materna y la garantía de una vida saludable.

Este apartado orienta la prestación de servicios con énfasis en la calidad de la atención, la atención centrada en la persona y la mejora continua, promoviendo intervenciones oportunas, seguras y basadas en evidencia. Asimismo, reconoce a las mujeres como sujetas



de derechos, fomentando el trato digno, la participación informada y el respeto a su contexto social y cultural.

La implementación de procesos de evaluación y seguimiento permite identificar áreas de oportunidad y fortalecer los servicios de salud materna, contribuyendo a mejorar los resultados en salud y a garantizar una atención integral, equitativa y sostenible para las MEF, personas gestantes y sus familias, por eso se invita a dar seguimiento o implementar las siguientes actividades complementarias con el propósito de realizar análisis crítico y toma de decisiones.

Se sugiere complementar el análisis con las acciones descritas en el **Anexo 11. Mecanismos institucionales de información y seguimiento.**

Red regional de atención materna

La Red Regional de Atención Materna se integra como una red temática dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Modelo MAS-BIENESTAR, articulando los Establecimientos de Salud de los diferentes niveles de atención bajo un enfoque territorial, de capacidad resolutoria progresiva y continuidad del cuidado.

Para la identificación oportuna del riesgo reproductivo y obstétrico, la referencia adecuada y la atención resolutoria del evento obstétrico, mediante la coordinación efectiva entre niveles, hasta la resolución del evento obstétrico.

En el marco del Modelo MAS-BIENESTAR, la función de gestión de la Red Regional de Atención Materna recae en los equipos regionales de conducción médica, quienes coordinan el seguimiento nominal de embarazadas con riesgo obstétrico moderado y alto, analizan y consolidan la información del CEAR.

La supervisión integral y la asesoría constituyen componentes fundamentales para fortalecer la calidad, continuidad y seguridad de la atención materna y neonatal a lo largo del continuo de cuidados. A través de estas acciones se identifican áreas de mejora en la organización de los servicios en los diferentes niveles de atención, el cumplimiento de la normatividad y protocolos vigentes, así como en la atención clínica, favoreciendo prácticas adecuadas y la toma de decisiones informadas.

Las actividades de supervisión y asesoría se realizarán de manera programada, conforme al calendario anual de salidas de supervisión establecido por las instancias correspondientes, y podrán llevarse a cabo de manera incidental cuando las condiciones o situaciones específicas así lo ameriten. En todos los casos, la supervisión incluirá de manera prioritaria la atención médica materna y neonatal, de acuerdo con el nivel de atención; el análisis territorial de la atención materna, incluyendo la cobertura de acciones comunitarias, la identificación de brechas de acceso en el territorio y la evaluación de la participación social en el seguimiento de personas gestantes.



Componentes de la supervisión

La supervisión integral contempla la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados de la atención materna y neonatal. En el componente de estructura, se verifica la disponibilidad de personal capacitado, la existencia de insumos esenciales y el adecuado funcionamiento de las áreas y servicios relacionados. En cuanto al proceso, se evalúa la actualización de los censos de personas gestantes y de gestantes de alto riesgo, así como la disponibilidad y el uso correcto de los formatos oficiales vigentes. Finalmente, el análisis de los resultados permite valorar la mejora en la clasificación y el manejo del riesgo materno y neonatal, la oportunidad de la atención prenatal y el promedio de consultas otorgadas a las personas gestantes y a la población neonatal.

Instancias responsables de la supervisión

La supervisión y asesoría de los servicios será realizada por personal perteneciente a los distintos niveles de responsabilidad del sistema de salud, incluyendo el Nivel Central, Nivel Estatal, Nivel Regional, los Cuerpos de Gobierno y el Nivel Zonal, de acuerdo con sus atribuciones y ámbito de competencia. En la **Tabla 26. Organización de la supervisión materno-neonatal**, se resumen las actividades de supervisión por nivel, así como los procesos de recolección y análisis de la información y la gestión de los hallazgos, con el propósito de facilitar su consulta y aplicación operativa.

Tabla 26. Organización de la supervisión materno-neonatal

Nivel	Descripción de la supervisión
Nivel Estatal	Coordina y supervisa la atención médica materna y neonatal a través del área correspondiente, de acuerdo con el calendario de visitas o de manera incidental.
Nivel Regional	Supervisa y evalúa la organización de los servicios y la calidad de la atención materna y neonatal conforme al calendario anual o de manera incidental.
Cuerpos de Gobierno	Supervisa de manera mensual los servicios y procesos del establecimiento de salud y evalúa diariamente la atención de personas gestantes, puérperas y recién nacidos.
Nivel Zonal	Supervisa y verifica la aplicación de la normatividad y la atención materna y neonatal en Establecimientos de Primer Nivel y comunidades, conforme al calendario anual o de manera incidental.

Para la recolección y análisis es necesario obtener la información mediante las cédulas de supervisión materno-neonatal, integradas por los apartados de identificación, estructura, proceso y resultados. Los hallazgos se identifican de manera conjunta áreas de oportunidad, analizando factores asociados y establecer compromisos de mejora con responsables, fechas de cumplimiento y seguimiento.



ANEXOS

Anexo 1. Guía rápida para la prevención, el diagnóstico oportuno y la atención integral de diabetes durante el embarazo.

1. Introducción

La diabetes durante el embarazo continúa identificándose con frecuencia en etapas avanzadas o con manejo insuficiente, lo que incrementa el riesgo de complicaciones maternas y perinatales y favorece consecuencias metabólicas a mediano y largo plazo para la madre y el producto, perpetuando un patrón intergeneracional de riesgo cardiometabólico. El presente Anexo establece un marco de referencia para la prevención, el diagnóstico oportuno y el abordaje integral de la diabetes en el embarazo en México, alineado al Modelo de Atención Primaria a la Salud Integral e Integrado (APS-I Mx), reconociendo al Primer Nivel como eje estratégico para la implementación de acciones preventivas, la detección temprana y la articulación con las Redes Integradas de Servicios de Salud.

14 Atención pregestacional: preparación para una gestación saludable

La atención previa al embarazo busca disminuir el riesgo de efectos adversos o problemas de salud para la mujer, el bebé y el neonato, proporcionando orientación y consejería a la mujer sobre cómo vivir un embarazo saludable. Asimismo, se recomienda la consejería a todas las personas que planean iniciar un embarazo, con la finalidad de identificar de manera oportuna factores de riesgo o enfermedades preexistentes y así reducir complicaciones relacionadas durante la gestación.

14.1.1 Atención de personas con diabetes preexistente

En Mujeres en Edad Fértil (MEF) con diabetes, se recomienda evaluar la intención de embarazo mediante una pregunta de tamizaje durante cada consulta médica de atención primaria, que abarque los elementos descritos en la **Tabla 1. Atención de personas con diabetes preexistente**. Dicha evaluación también deberá ser abordada según sea apropiado en consulta de urgencias o en el servicio de emergencias.

Tabla 1. Atención de personas con diabetes preexistente

Todas las personas con diabetes preexistente	✓ Otorgar cuidado preconcepcional para optimizar el control glucémico.
	✓ Dar consejería (incluso si se encuentran bajo un tratamiento anticonceptivo o no tienen intención de concebir). *
	✓ Evaluar la presencia de complicaciones.
	✓ Revisar el uso de medicamentos.
	✓ Empezar suplementación con ácido fólico.



***Consejería pregestacional en personas con diabetes:** En personas con DM1 o DM2, la consejería previa al embarazo desde la pubertad y en adelante.

La información otorgada a las personas deberá incluir la importancia de lograr y mantener los valores de glucemia normales (normoglucemia) o lo más cercano posible. Este control es el pilar fundamental del cuidado, tanto antes de la concepción como durante todo el embarazo. Es fundamental informar a las personas con diabetes sobre el riesgo de malformaciones asociadas con embarazos no planificados, incluso con hiperglucemia leve. Por lo tanto, se debe orientar sobre el uso de métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo. La orientación debe ser un proceso colaborativo, priorizando las necesidades y preferencias de la persona gestante.

Atención durante el embarazo: identificación y manejo oportuno de diabetes

14.1.2 Clasificación de la hiperglucemia durante el embarazo y definiciones clave

Las personas con embarazo y detección de hiperglucemia se clasificarán conforme a lo señalado en la **Tabla 2. Definiciones clave respecto al estado de glucemia y diabetes en el embarazo.**

Tabla 2. Definiciones clave respecto al estado de glucemia y diabetes en el embarazo

Categoría	Definición	Criterios diagnósticos
Diabetes preexistente o pregestacional	Se refiere a pacientes conocidas con Diabetes tipo 1 o 2 que se embarazan o se diagnostican durante el primer trimestre del embarazo.	HbA1c $\geq 6,5\%$, GPA ≥ 126 mg/dL, glucosa 2h ≥ 200 mg/dL, aleatoria ≥ 200 mg/dL + síntomas.
Diabetes gestacional	Hiperglucemia identificada durante el embarazo que no cumple con los criterios de diabetes preexistente.	Temprana: Se diagnostica antes de las 24 semanas ● GCA o GPA: ≥ 100–125 mg/dL (no realizar CTOG). ● HbA1c: > 5.7 - $\leq 6.4\%$. Tardía: Se diagnostica a partir de las 24 semanas. Requiere 1 valor alterado para Dx. CTOG-75 gr (capilar o plasmática).



Categoría	Definición	Criterios diagnósticos
Diabetes gestacional		• Ayuno ≥ 92 mg/dL. • 1 hr ≥ 180 mg/dL. • 2 hr ≥ 153 mg/dL. • HbA1c: > 5.7 -$\leq 6.4\%$.
Normoglucemia durante el embarazo	Niveles de glucosa en sangre durante el embarazo que no están asociados a riesgo materno-fetal.	• GPA ≤ 91 mg/dL en ayuno. • CTOG 75 gramos: ≤ 91 mg/dL en ayuno, ≤ 179 mg/dL después de 1h, ≤ 152 mg/dL a las 2h. • Glucosa capilar ≤ 98 mg/dL en ayuno.

Fuente: ADA, IADPSG, ALAD, SOCHIDIAB. De acuerdo con el consenso del Grupo Técnico Interinstitucional de este lineamiento, se tomarán los mismos valores de glucosa capilar y plasmática en ayuno.

14.1.3 Tamizaje de hiperglucemia durante el embarazo

Realizar tamizaje para detección de diabetes gestacional a personas sin diabetes preexistente que cuenten con uno o más 1 factores de riesgo desde la primera visita prenatal. Se deberá realizar el tamizaje en tres momentos del embarazo: **0-15 SDG, 16-23 SDG y 24-40 SDG.**

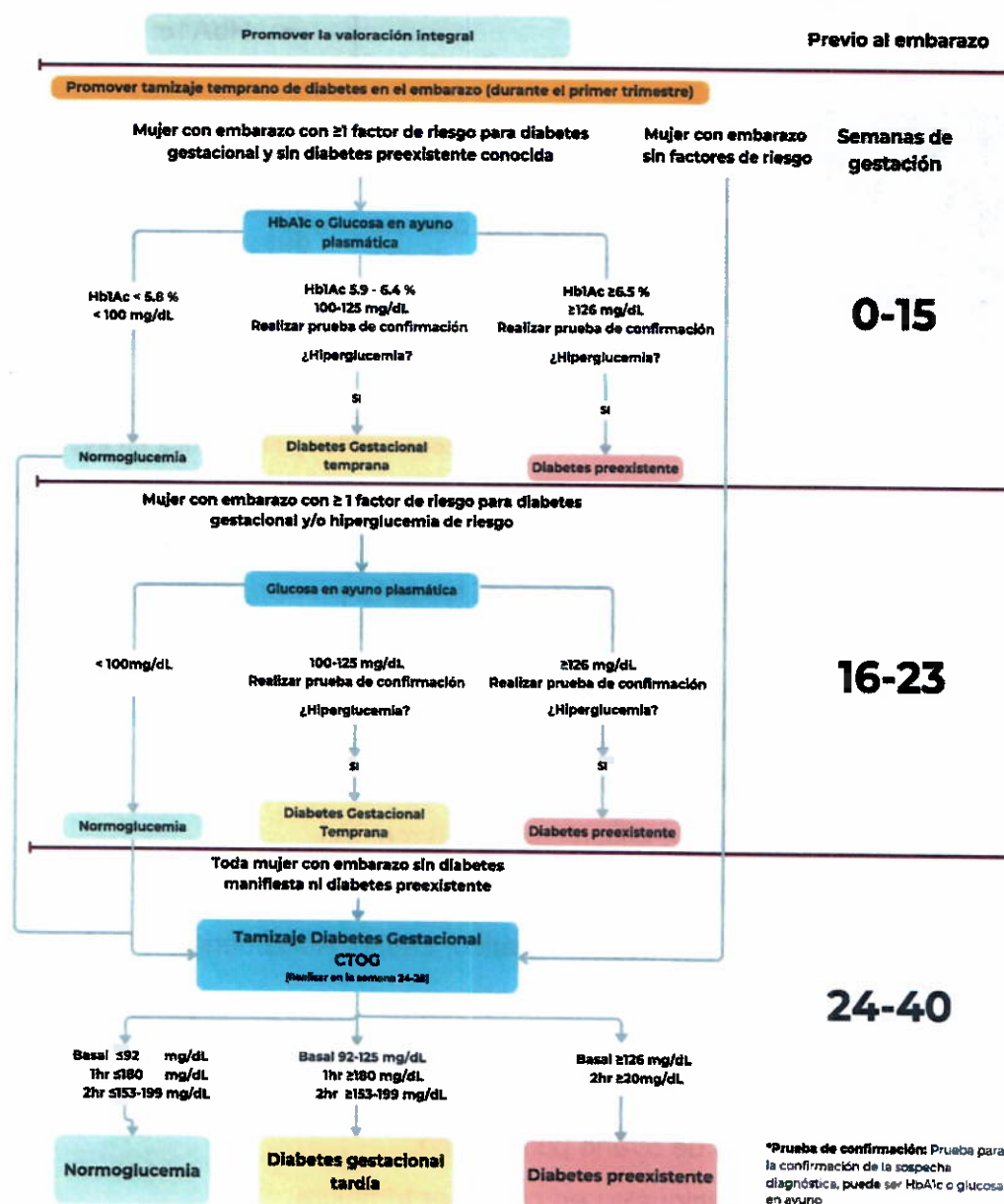
Se realizará el tamizaje para diabetes en el embarazo cuando la mujer gestante cumpla **uno o más de los siguientes factores de riesgo** (Venkatesh 2021; JAMA 2021):

- Sobrepeso u obesidad ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$).
- Multiparidad o periodo intergenésico corto (≤ 18 meses).
- Edad materna avanzada (≥ 35 años).
- Raza o etnia materna de alto riesgo: Asiático, Latino, Afroamericano o descendiente de las Islas de Pacífico.
- Antecedente de diabetes en uno o más familiares de primer grado.
- Antecedente de diabetes gestacional o prediabetes.
- Antecedente de síndrome de ovario poliquístico.
- Historia de pérdidas gestacionales en cualquier trimestre.



- Historia de eventos obstétricos adversos: macrosomía (≥ 4 kg), embarazo pretérmino, polihidramnios, anomalías congénitas.
- Historia de trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo.

Algoritmo A. Detección de diabetes en el embarazo





Algoritmo A. Detección de diabetes en el embarazo

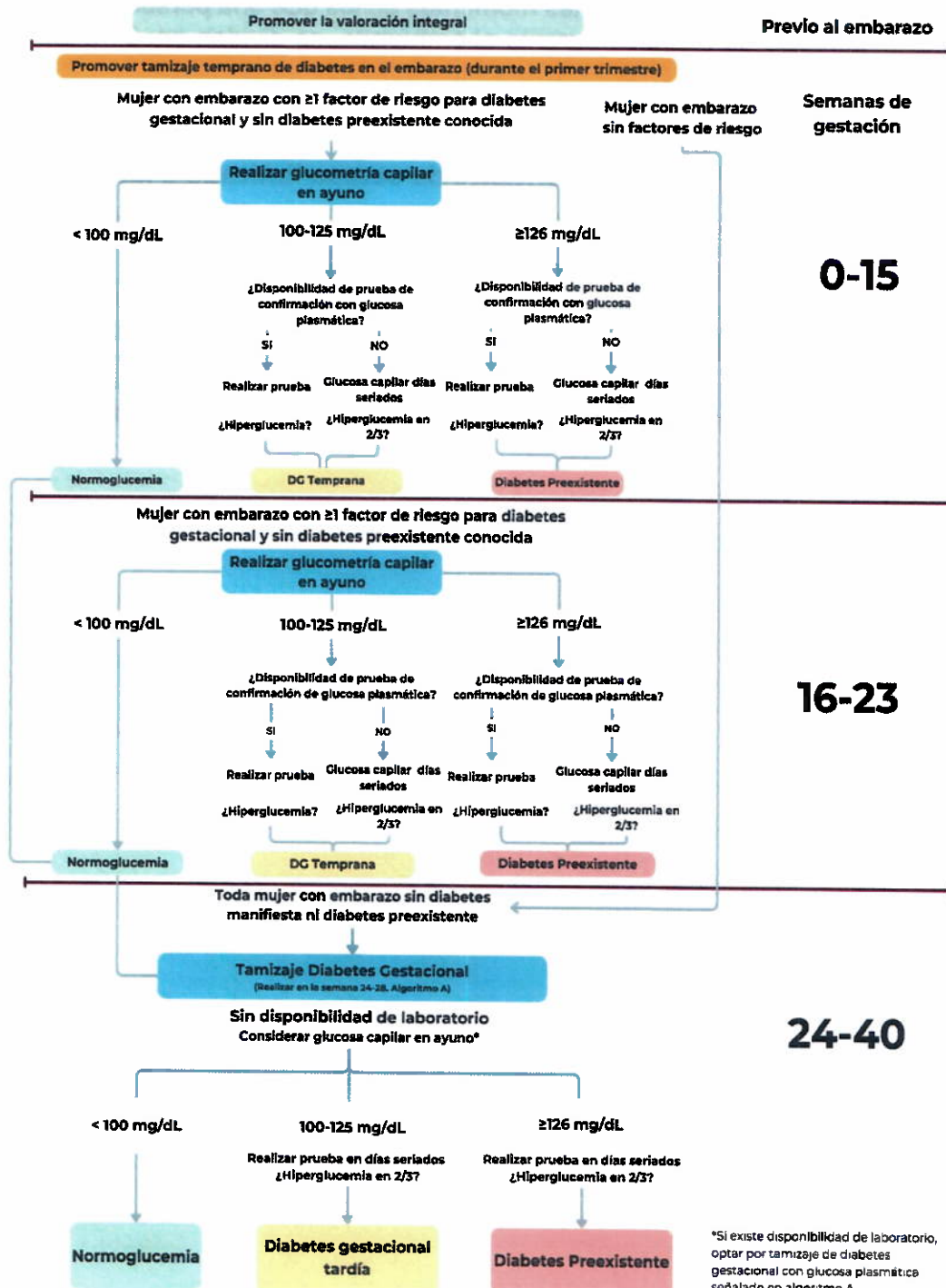
En el **algoritmo A** se muestran los diferentes momentos en los que una persona con embarazo es candidata a un tamizaje de diabetes durante el embarazo, se dividen en: 0-15 SDG, 16-23 SDG y 24-28 SDG.

Algoritmo B. Tamizaje de diabetes en contexto de acceso limitado a laboratorio

En las personas con embarazo en las que existan dificultades para la realización de la glucosa plasmática en ayuno (p. ej. por traslado), se podrá realizar el tamizaje de diabetes en el embarazo mediante la medición estandarizada de glucosa capilar en días seriados (Hod M 2015; Dickson, 2018). En el algoritmo B se muestran los diferentes momentos (0-15 SDG, 16-23 SDG y 24-28 SDG) en los que una persona con embarazo es candidata a un tamizaje de hiperglucemia durante el embarazo utilizando como alternativa la glucemia capilar en ayuno (Gallardo-Rincón, 2022).



Algoritmo B Detección de diabetes en el embarazo en contexto de acceso limitado a laboratorio





15 Intervenciones de salud acorde a categoría diagnóstica

En la **Tabla 3. Recomendaciones para la atención de hiperglucemia identificada en el tamizaje** se muestra el nivel de atención, las intervenciones y el seguimiento sugerido acorde a la categoría de riesgo identificada en la mujer con embarazo.

Tabla 3. Recomendaciones para la atención de hiperglucemia identificada en el tamizaje

Categoría	Nivel de atención inicial	Intervenciones iniciales	Periodicidad de seguimiento de hiperglucemia	Intensificación del tratamiento	Conducta con respuesta subóptima a tratamiento
Normoglucemia con factor(es) de riesgo	Primer Nivel	Consejería nutricional y de estilo de vida. Seguimiento prenatal habitual.	Hasta la semana 24-28 tamizaje de DG con CTOG 75 g.	NA	NA
Diabetes preexistente o pregestacional	Segundo o Tercer nivel	Control glucémico intensivo, monitoreo glucémico Terapia médica nutricional y de actividad física. Generalmente requiere tratamiento farmacológico.	Inicialmente cada semana, con control óptimo cada 2-4 semanas.	Intensificación del tratamiento farmacológico.	Ajuste de tratamiento y seguimiento por especialista en Segundo/Tercer Nivel.
Diabetes gestacional	Primer Nivel	Terapia médica nutricional y de activación física, monitoreo glucémico, comenzar proceso de referencia a Segundo Nivel para valoración materno-fetal inicial.	Inicialmente cada semana, con control óptimo cada 2-4 semanas.	Tratamiento farmacológico: inicio y titulación de metformina, inicio y titulación de insulina (con efecto prandial o basal).	Referir a Segundo o Tercer Nivel en caso persistir con hiperglucemia.



Figura1. Árbol de decisión terapéutica.

Hiperglucemia temprana de riesgo o diabetes gestacional.

Terapia Médica Nutricional (TMN) + Ejercicio-Actividad física (EAF).

Revisión de glucemia con glucometría cada 1-2 semanas.

¿Metas de control glucémico alcanzadas?

SI ➡ Continuar seguimiento, monitorización glucémica, y vigilancia de peso.

NO ➡ Incorporación gradual de metformina.

Titulación semanal de metformina: 500 mg o 425 mg (½ tableta 850mg) cada 12 horas con alimentos, incrementos de 500 o 425 mg cada semana hasta dosis máxima de 2,000 – 2550 mg/día. *

Revisión de glucemia con glucometrías cada semana.

¿Metas de control glucémico alcanzadas?

SI ➡ Continuar seguimiento, monitorización glucémica, vigilancia de peso.

NO ➡ Inicio de insulina y referir a Segundo o Tercer Nivel de atención.

- **Predominio de control subóptimo en ayuno o preprandial:** 8 U insulina con efecto basal (glargina, levemir, NPH) al acostarse.
- **Predominio de control subóptimo posprandial:** 3-4 unidades de insulina con efecto prandial (lispro, aspart o regular) previo a la(s) comida(s) donde se documenta la hiperglucemia.

Revisión de glucemia cada 3-7 días.

¿Metas de control glucémico alcanzadas?

SI ➡ Continuar seguimiento, monitorización glucémica, vigilancia de peso.

NO ➡ Titulación de insulina.

- **Insulina con efecto prandial:** Incrementar 1-2 unidades cada 3-7 días, considerar incorporar en otros tiempos de comida y/o agregar insulina con efecto basal.

- **Insulina con efecto basal:** incrementar 2-4 unidades cada 3-7 días, considerar incorporar insulina con efecto prandial.

Revisión de glucemia cada 3-7 días.

Continuar TMN y prescripción segura de EAF.

*Personas con embarazo que presenten efectos digestivos con metformina considerar titulación más lenta, iniciar con dosis diaria menor, regresar a dosis previa tolerada, y/o iniciar tratamiento con insulina.



16 Atención postparto: oportunidades para la prevención de riesgos futuros en la salud.

Se estima que el 80-90% de las personas con diabetes gestacional normalizará la glucemia en el puerperio. Sin embargo, estas personas presentan riesgos notablemente incrementados de presentar diabetes tipo 2, hasta un 50% en los siguientes 10 años, o de presentar diabetes gestacional en los siguientes embarazos. Por lo anterior, el seguimiento y la atención anterior con enfoque en la modificación de factores de riesgo modificables (por ejemplo, obesidad) son de vital importancia.

Por otro lado, se estima que solo el 25 % de las personas con diabetes manifiesta normalizará la glucemia, por lo que de igual manera es necesario establecer un plan de manejo y tratamiento previo al alta y posterior al egreso.

En la **Tabla 4. Atención posterior al parto durante hospitalización**, se presentan las intervenciones de atención posterior al parto durante la hospitalización.

Tabla 4. Atención posterior al parto durante hospitalización

Intervención	Recomendación
Lactancia	Promover la lactancia y el contacto piel a piel en las primeras horas posteriores al parto (Revisar apartado de lactancia materna).
Monitorización de glucemia	Monitorizar glucemia durante estancia hospitalaria para identificación oportuna de hiperglucemia o hipoglucemia, así como para definir el requerimiento de tratamiento antihiperglucémico al egreso. Así como también, realizar CTOG 75 g entre la semana 4 y 12 posparto para descartar diabetes persistente.
Tratamiento intrahospitalario para hiperglucemia	La mayor parte de las personas con diabetes gestacional no requerirán tratamiento farmacológico. La mayor parte de las personas con diabetes manifiesta o preexistente requerirán tratamiento. Manejo intrahospitalario: Glucosa <140 mg/dL: Sin tratamiento. Glucosa ≥140 mg/dL: Iniciar tratamiento con insulina basal 0.1-0.25 U/Kg cada 24 horas, y hacer ajustes cada 24 horas en caso de ser necesario, con incrementos 10-20% de insulina basal y/o la incorporación de insulina con efecto prandial. Insulina con efecto prandial acorde a mediciones de glucosa posprandiales: 2-4 unidades si glucemia ≥ 180 mg/dL. Considerar incorporación de metformina 24 horas previo al egreso en caso de no haber contraindicación.
Prevención de hipoglucemia	Promover el inicio de la vía oral lo más pronto posible. Proporcionar educación respecto a la identificación, manejo y prevención de episodios de hipoglucemia.



Intervención	Recomendación
Plan de citas	En el establecimiento de salud en caso de requerirse e informar de datos de alarma para visita a urgencias. En el establecimiento de salud de Primer Nivel de Atención, incluyendo atención médica y nutricional, acorde a estatus de glucemia. Diabetes preexistente o manifiesta: < 14 días con automonitoreo de glucosa. Diabetes gestacional o diabetes gestacional temprana: 28 días.
Informar y ofrecer estrategias de anticoncepción	Se deberá informar de los riesgos relacionados a futuros embarazos y ofrecer métodos anticonceptivos de larga duración acorde a los criterios de elegibilidad de la OMS.
Tratamiento farmacológico para hiperglucemia al egreso	Las personas que cursaron con glucemias prepandiales o en ayuno ≥ 126 mg/dL, o que hayan requerido insulina para el control hospitalario requerirán tratamiento farmacológico al egreso: se sugiere considerar la dosis total de insulina requerida en 24 horas, y la dosis calculada indicada con insulina con efecto basal cada 24 horas. También se sugiere la incorporación de metformina.

La atención posterior al parto debe enfocarse en intervenciones que promuevan la salud integral de las personas que tuvieron diabetes en el embarazo y reducir riesgos en la salud a largo plazo.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Anexo 2. Formato de vigilancia prenatal, riesgo reproductivo y riesgo obstétrico.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

ISSA/ISS/2020

PREVENCIÓN
H001 (A)

VIGILANCIA PRENATAL, RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTÉTRICO

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____	
CURP: _____	UNIDAD MÉDICA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
ANTECEDENTES	
1. Edad (años) 20 A 29 0 15 A 19 1 30 A 34 1 MENOS DE 15 O MÁS DE 34 4	12. Antecedentes obstétricos Ninguno 0 Preclampsia - Eclampsia 4 Polihidramnios 4 Sangrado 3er trimestre Parto pre-termino 4 Bajo peso al nacer menos de 2500 Kg 4 Malformación congénita 4 Muerte fetal tardía 4 Macrosomía más de 4000 gr. 4 Cirugía pélvica uterina 4 Otros _____
2. Peso habitual (Kg) 50 O MÁS 0 MENOS DE 50 1	13. Antecedentes Personales Patológicos Ninguno 0 Hipertensión Arterial 4 Diabetes Mellitus 4 Cardiopatía 4 Otra enfermedad crónica y/o Sistémica grave _____
3. Taille (cm) 150 O MÁS 0 MENOS DE 150 1	Tabaquismo Negativo o menos de 10 0 10 ó más cigarrillos 1
4. Escolaridad SECUNDARIA O MÁS 0 PRIMARIA O MENOS 0.5	Alcoholismo SI NO Otras toxicomanías SI NO
5. F.U.M. _____	14. Vida sexual activa SI NO
6. F.P.P. _____	15. No. De hijos vivos _____
7. Gesta Primigesta 0 2 A 4 1 Más de 4 4	16. El último embarazo Fue de termino? SI NO aborto El parto fue normal? SI NO cesarea Hubo mortalidad perinatal? SI NO
8. Para (Partos) _____	17. Valoración de Riesgo Reproductivo _____
9. Abortos 0 a 1 0 2 2 3 ó más 4	Fecha de Valoración _____
10. Cesarea No 0 Sí 4	
11. Intervalo entre el último parto y el embarazo actual 25 a 60 meses 0 Menos de 25 meses 0.5 Más de 60 meses 0.5	



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**VIGILANCIA PRENATAL,
RIESGO REPRODUCTIVO Y RIESGO OBSTÉTRICO**

FVPSR20-01
Hoja 1 (de)

18. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO												
Fecha de consulta			Sem. de Gest.	Peso (Kg)	T/A		T/A Media	Edema	A.F.U.	Sind. Vasc. Espasm.		F.C. Fetal
Día	Mes	Año			Sist	Diast				NO	SI	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
				≥ 4	> 140 / < 90	> 105		2+ o más	≥ 4	Presente	< 120 = 4	
				< 4	Igual a 4	Igual a 4		Igual a 4	≤ 4	Igual a 4	> 160 = 4	

19. LABORATORIO										
Fecha de Interpretación			B.H.C.	General de Orina				Glucemia	Urocultivo	
Día	Mes	Año		Proteínas	Erit x	Leucos x	Bact x		Positivo	NO
			Hb (gr)	gr/l	Camp	Camp	Camp.	mg/dl (%)	SI	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
			9.5 o men = 2	2 o más = 2	10 o más = 2	10 o más = 2	> 110 = 4		POSITIVO = 4	
			Desp. Sem.	SI 2 veces	SI 2 veces	SI 2 veces	NEGATIVO = 0			
			34 de Gest. = 4	cons. = 4	cons. = 4	cons. = 4				

20. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO				
No. Cons.	Diagnóstico	Riesgo Obst.	Tratamiento	Nombre, Firma y Céd. Prof.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Fecha de envío a: EMI: _____ Trabajo Social: _____ Toxide Tetánico: _____

Anexo 3. Tarjeta de atención integral del embarazo, puerperio y periodo de lactancia.

[illegible]



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Anexo 4. Formato del Censo de Embarazadas de Alto Riesgo (CEAR).

Censo de Embarazadas de Alto Riesgo (CEAR).

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
Número de folio	Nombre	Región	Zona de supervisión	Zona de servicios médicos	Establecimientos de Salud	Curp	Edad	Gestas	Cesáreas	Fur	Sdg	Riesgo obstétrico	Factores de riesgo	Riesgo social	Plan de manejo	Establecimientos de Salud donde se realizará la atención

A	NÚMERO DE FOLIO	J	CESÁREAS
B	NOMBRE DE LA PACIENTE	K	FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN
C	REGIÓN	L	SEMANAS DE GESTACIÓN AL MOMENTO DE LA CONSULTA
D	ZONA DE SUPERVISION	M	RIESGO OBSTÉTRICO
E	ZONA DE SERVICIOS MÉDICOS	N	FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS (SEÑALAR LOS MAS RELEVANTES)
F	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	O	RIESGO SOCIAL
G	CURP	P	PLAN DE MANEJO
H	EDAD DE LA PACIENTE	Q	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DONDE REALIZARÁ LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA
I	GESTAS		



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Anexo 5. Formato de vigilancia y atención del parto.



**Gobierno de
México**

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IS/LA2/8/7/0009
FUA-01
Hoja 1
No. DE CONTROL: _____

VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL PARTO
I HOJA DE VIGILANCIA

CUENTA CON SEGURIDAD SOCIAL	
SÍ	NO

I. VIGILANCIA Y ATENCIÓN DEL PARTO

	DÍA	MES	AÑO

DATOS DE LA PACIENTE

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE NAC: _____

EDAD: _____

UNIDAD DE ATENCIÓN: _____

No. DE EXPEDIENTE: _____

PARA SER LLENADO POR ENFERMERÍA:

GESTA: _____ PARA: _____ ABORTOS: _____ CESÁREA: _____ FUM: DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

PULSO: _____ T/A: _____ TEMPERATURA: _____ F. RESP: _____ CONSCIENTE: SÍ _____ NO: _____

SATURACIÓN DE OXÍGENO: _____ SOMATOMETRÍA: _____ PESO: _____ Kg. TALLA cm: _____

PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: Para ser llenado por el médico

SEMANAS DE AMENORREA: _____ DOLOR (INTENSIDAD): _____ SITO: _____ FECHA DE INICIO: _____

HEMORRAGIA: _____ OBSERVACIONES: _____

OTROS SÍNTOMAS: _____

ÚTERO: _____ CÉRVIX: _____

OTROS DATOS EN EXPLORACIÓN: _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

PLAN: _____ MÉDICO: _____ CED. PROF. _____ FIRMA: _____

SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO: Para ser llenado por el médico

SEMANAS DE AMENORREA: _____ EDEMA: _____ HEMORRAGIA: _____

DOLOR: _____ CONTRACCIONES X 10 MIN: _____ TONO UTERINO: _____

MEMBRANAS: ÍNTEGRAS: _____ ROTAS: _____ DÍA: _____ MES: _____ HORA: _____

ASPECTO DE LÍQ. AMNIÓTICO: _____ NORMAL: _____ ANORMAL: _____

FC FETAL: _____ INTENSIDAD: (+) (++) (+++) RITMO: _____ OTROS DATOS: _____

CUELLO DEL ÚTERO: POSTERIOR: _____ CENTRAL: _____ RESISTENTE: _____ BLANDO: _____ CON DESGARROS: _____

LONGITUD: 3 CM: _____ 2 CM: _____ 1 CM: _____ 1/2 CM: _____

ALTURA DEL ÚTERO 	ALTURA DE PRESENTACIÓN 	DILATACIÓN CERVIX
OTROS DATOS:		
OBSERVACIONES:		
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:		
PLAN: _____ MÉDICO: _____ CED. PROF. _____ FIRMA: _____		
OTRAS CONDICIONES DE INGRESO:		
PLAN: _____		
SELLO DE LA UNIDAD		NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL MÉDICO



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

II. ATENCIÓN DE PARTO

SALA DE TRABAJO DE PARTO:		CAMA:		SOLICITA IMPP:	
FACTORES DE RIESGO:					
MEMBRANAS:		TRABAJO DE PARTO AL INGRESO:		HORAS:	
FECHA:					
HORA:					
FC FETAL POR MINUTO:	160 140 120 100 80				
DILATACIÓN EN CM O AMNIOTOMÍA	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0				
VARIEDAD DE POSICIÓN					
CONTRACCIONES EN 30 MINUTOS MILIMETROS OXITOCINA ANALGESIA BLOQUEO (S) SEDACIÓN (S)					
PELVIS					
INDICACIONES MÉDICAS					
NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO		SELLO DEL MÉDICO		FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO	

FVAP-01. HOMA 2



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

III. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

FECHA DE NACIMIENTO:	HORA:	AMENORREA:
----------------------	-------	------------

PARTO EUTÓICO: _____

VARIEDAD DE POSICIÓN: _____

EPISIOTOMÍA: _____

PROLONGACIÓN: _____

DESGARROS PERINE: () VAGINA: () CÉRVIX: ()

OBSERVACIONES: _____

FÓRCEPS: _____

VARIEDAD DE POSICIÓN: _____

MEDIO BAJO: () BAJO: () PROFILÁCTICO: () ELECTIVO: () OTROS: ()

INDICACIÓN PRINCIPAL: _____

INSTRUMENTO: _____

OBSERVACIONES: _____



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

III. TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

ALUMBRAMIENTO:	HORA:	
ESPONTÁNEO: ()	DIRIGIDO: ()	MANUAL: ()
CAUSAS:		
REVISIÓN DE CAVIDAD UTERINA:		
MOTIVO:		
OBSERVACIONES:		

RECIÉN NACIDO:	VIVO: ()	MACERADO: ()	MUERTO: ()
MASCULINO: ()	FEMENINO: ()	APGAR: 1 MINUTO: ()	5 MINUTOS: ()
SILVERMAN ANDERSON: ()			
MALFORMACIÓN:			
TRAUMATISMO:			
PESO: _____ kg	TALLA: _____ cm	PERÍMETRO CEFÁLICO: _____ cm	
OBSERVACIONES:			

PLACENTA:	NORMAL: ()	ANORMAL: ()	DESCRIBIR: _____
CORDÓN UMBILICAL:	NUDOS: ()	CIRCULAR: ()	DESCRIBIR: _____
OBSERVACIONES:			
TIPO DE MPF UTILIZADO POST EVENTO OBSTÉTRICO:			

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE

SELLO DEL MÉDICO

FIRMA Y CÉDULA DEL MÉDICO TRATANTE

FVAP-01 HOJA 3 (B)



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Anexo 6. Formato registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).

Gobierno de México		IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD		BIA/IAS/RS/F/0004	
REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA (FRAERIO)					
I. ACTIVACIÓN:					
FECHA DE ACTIVACIÓN:	HORA DE LA ACTIVACIÓN:		HORA DE INTEGRACIÓN DEL EQUIPO:		
RESPONSABLE DE LA ACTIVACIÓN:		CARGO:			
ÁREA DE ACTIVACIÓN:					
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE:					
NOMBRE COMPLETO:				EDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:				No. DE EXPEDIENTE:	
CON SEGURIDAD SOCIAL:		SI ☐	NO ☐		
III. ÁREA DE CHOQUE:					
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:		☐ NO APLICA (PASE A INCISO IV)			
FORMA DE LLEGADA:	AMBULANCIA BÁSICA ☐		AMBULANCIA DE TERAPIA INTENSIVA ☐		
ACOMPANIAMIENTO:	FAMILIAR ☐	PARAMÉDICO ☐	MÉDICO ☐		
1. DATOS CLÍNICOS:					
SIGNOS VITALES DE INGRESO:					
TENSIÓN ARTERIAL:		FRECUENCIA CARDÍACA:			
FRECUENCIA RESPIRATORIA:		TEMPERATURA:			
SATURACIÓN DE OXÍGENO:		%			
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL:		MÉTODO DE AUSCULTACIÓN			
EDAD GESTACIONAL:					
2. PROBLEMA PRINCIPAL:					
HEMORRAGIA ☐	CRISIS CONVULSIVAS ☐		CRISIS HIPERTENSIVA ☐		SEPSIS ☐
OTRO: _____		ESPECIFIQUE: _____			
IV. ÁREA DONDE SE SOLICITA EL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA:					
QUIRÓFANO ☐	UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA ☐		RECUPERACIÓN ☐		
HOSPITALIZACIÓN ☐					



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Gobierno de México		IMSS BIENESTAR		SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	
REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA (FRAERIO)					
V. MANEJO INTEGRAL					
SOLUCIONES:					
TIPO.		CANTIDAD.		HORA.	
MEDICAMENTOS:					
NOMBRE DEL MEDICAMENTO.		DOSIS.		HORA.	
HEMOCOMPONENTES:					
TIPO.		CANTIDAD.		HORA.	
VI. OTRAS ACCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS:					
VII. EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O GABINETE:					
BIOMETRIA HEMATICA:		☐ QUÍMICA		☐ E.G. DE ORINA:	
				☐ HEPATICA	
				☐ ÁCIDO ÚRICO	
☐ ELECTROLITOS S.		☐ TIEMPOS DE COAGULACIÓN		☐ MINERALES	
				☐ ULTRASONIDO	
				☐ RADIOGRAFIA	
HALLAZGOS RELEVANTES:					
VIII. PERSONAL QUE ACUDE AL LLAMADO DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA					
NOMBRE Y FIRMA (GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)			NOMBRE Y FIRMA (UCIA)		
NOMBRE Y FIRMA (CIRUGIA)			NOMBRE Y FIRMA (ANESTESIOLOGIA)		
NOMBRE Y FIRMA (NEONATOLOGÍA)			NOMBRE Y FIRMA (ENFERMERÍA)		
NOMBRE Y FIRMA (CAMILLERO)			NOMBRE Y FIRMA (OTROS SERVICIOS)		



Gobierno de México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Anexo 7. Caja de emergencia obstétrica.



Gobierno de México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Servicios Públicos de Salud de IMSS-BIENESTAR
Unidad de Atención a la Salud
Coordinación de Enfermería

IB/UAS/4/F/0025

Establecimiento de Salud

CAJA DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Servicio:

No.	Descripción	Unidad	Día		Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
			Fecha	Turno	TM	TV	TM	TV	TM	TV	TM	TV	TM	TV	TM	TV	TM	TV
Preclampsia / Eclampsia																		
1	Sulfato de Magnesio 1 g.	Ampolleta																
2	Bicarbonato de sodio, sol. iny. 10 ml. al 7.5%	Ampolleta																
3	Gluconato de calcio, sol. iny. 10 ml.	Ampolleta																
4	Nifedipino cápsulas de gelatina blanda 10 mgr.	Caja																
5	Dexametasona sol. iny. 8 mg/2ml.	Ampolleta																
6	Hidralazina sol. iny. 20 mg/1 ml.	Ampolleta																
7	Fenitoína sol. iny. 250 mg/5ml.	Ampolleta																
8	Metildopa tabletas de 500 mg.	Caja																
9	Labetalol sol. iny. 100mg/ 20ml.	Fco. ampula																
10	Metoprolol tabletas 100 mg.	Caja																
Hemorragia Obstétrica																		
1	Carbetocina sol. Inye. 100 mcg. (2°C a 8°C).	Fco. ampula																
2	Ergonometrina sol. iny. 0.2 mg. (2°C a 8°C).	Ampolleta																
3	Oxitocina sol. iny. 5 U/ 1ml. (2°C a 8°C).	Ampolleta																
4	Misoprostol tabletas 200 mcg.	Caja																
5	Gluconato de calcio, sol. iny. 10 ml.	Ampolleta																
Soluciones para Reposición de Líquidos/Volumen en Caso de Hemorragia Obstétrica																		
1	Solución Hartmann 1800 ml.	Envase																
2	Solución Glucosada al 5% 1000 ml.	Envase																
3	Coloide solución 500 ml.	Envase																

Material de Curación					
	Pza.				
1	Agujas hipodérmicas desechables, longitud 32 mm Calibre 20 G.	Pza.			
2	Apósitos transparentes, microporosos, autoadherible, estériles y desechables; medidas 7.0 x 8.5 x 5.09 a 6.0 cm	Pza.			
3	Catéter para suministro de oxígeno sublingual	Pza.			
4	Catéter para venoclisis cal. 18 G	Pza.			
5	Catéter para venoclisis cal. 16 G	Pza.			
6	Equipos para venoclisis sin aguja, estériles, desechable; no reutilizable.	Pza.			
7	Jeringas de plástico, estériles y desechables, capacidad 10 ml.	Pza.			
8	Jeringas de plástico, esteril y desechable, capacidad 20 ml.	Pza.			
9	Llaves de cuatro vías sin extensión, de plástico, esteril y desechable o prolongador de catéter.	Pza.			
10	Sonda para drenaje urinario tipo Foley calibre 16 fr.	Pza.			
11	Bolsa recolectora de orina.	Pza.			
12	Guanle para exploración.	Pza.			
13	Vendas elásticas de tejido plano de algodón con fibras sintéticas, longitud 5 m, ancho 10 cm.	Pza.			
Número de eventos por turno:		TM			
		TV			
		TN			
Nombre del personal de enfermería responsable de la recepción:		TM			
		TV			
		TN			
Nombre del responsable de la reposición y limpieza:		TM			
		TV			
		TN			
Nombre de jefe(a) del servicio:		TM			
		TV			
		TN			
Firma del supervisor(a):					



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Anexo 8. Formato sistema de evaluación del Triage obstétrico.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0008

Sistema de evaluación del Triage Obstétrico.

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres (s):	Edad:
Fecha de la atención:		Hora:	
No. Expediente:		Fecha de nacimiento:	
Unidad Médica:		CLUES:	

	Código Rojo (Emergencia) ¹	Código Amarillo (urgencia calificada) ²	Código Verde (urgencia no calificada) ³
Observación			
Estado de conciencia	Alteraciones (somnolenta, estupefusa, inconsciente)	Consciente	Consciente
Hemorragia	Visible o abundante	No visible o moderada	No visible o escasa
Crisis convulsivas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Respiración	Alterada (frecuencia y profundidad)	Normal	Normal
Color de piel	Cianótica/ acompañada de alteraciones en la respiración	Pálida	Normal
Interrogatorio			
Sangrado transvaginal	Abundante	Escaso/ moderado	Ausente
Crisis convulsivas	Presentes	Negadas	Negadas
Cefalea*	Presente	Ausente/ presente	Ausente
Acúfenos/losfenos*	Presentes	Ausentes	Ausentes
Epigastralgia/ Amaurosis*	Presente	Ausentes	Ausente
Síndrome febril		Presente	Ausente
Salida de líquido amniótico		Claro/ verdoso	Negado
Motilidad fetal		Ausente	Presente
Signos vitales			
Tensión arterial (hipertensión)	Igual o mayor a 160/110 mmHg	Menor 159/109 mmHg y mayor a 131/91 mmHg	Menor 130/90 mmHg y mayor a 100/60 mmHg
Tensión arterial (hipotensión)	Igual o menor a 89/50 mmHg	Menor a 90/51 mmHg y mayor a 99/59 mmHg	
Frecuencia cardíaca (FC)	Menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto (lpm)	Menor a 80/100 lpm y mayor a 50/60 lpm	60 a 80 lpm
Índice de Choque (FC/presión sistólica)	Mayor a 0.8	Entre 0.7 y 0.8	Menor a 0.7
Frecuencia respiratoria	Menor a 16 o mayor a 20 respiraciones por minuto		16 a 20 respiraciones por minuto
Temperatura	Menor a 35°C o mayor a 39°C	Entre 37.5°C y 38.9°C	Mayor a 35°C y menor a 37.5°C

*Asociados a algún otro síntoma o signo de la tabla.

¹Uno o más datos de la columna marcada en color rojo, deberá activarse el Código Rojo y referir a una Unidad de Salud de mayor capacidad instalada.

²Uno o más datos de la columna de color amarillo, el personal deberá de activar el Código Verde, la atención en un segundo nivel deberá garantizarse en un tiempo no mayor a 15 minutos.

³Si en la evaluación encontramos los datos marcados en la columna verde, la paciente será clasificada como código verde -urgencia no calificada-, el personal de la Unidad de Salud deberá realizar la valoración completa y registrar todos los datos solicitados en el instrumento de valoración, explicar a la paciente y al familiar la condición de salud y el proceso a seguir, enfatizar en la importancia de la continuidad de la atención en una unidad de salud de primer nivel de atención. Fuente: SSA/CNEGSR. Lineamiento Técnico Triage Obstétrico, Código Rojo y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica 2016. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMF/web_TriageObstetricoCM.pdf

NOMBRE COMPLETO DE QUIEN EVALÚA

CARGO

FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL



Anexo 9. Formatos del sistema de referencia y contrarreferencia para pacientes obstétricas.

 Gobierno de México  IMSS BIENESTAR INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA E TALÓN (ANVERSO)
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD	
Fecha y hora: _____ Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad a la que se envía: _____ Diagnóstico presunto: _____ Motivo de envío: _____ Nombre del o la paciente: _____ Fecha de nac.: _____ Dom. y tel. del o la paciente: _____	Folio: _____ No. de expediente: _____ Urgente: SI ☐ No ☐ CURP: _____ Sexo: ☐ Fem ☐ Masc ☐ Otro ☐



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

REFERENCIA

Fecha y hora:
Folio:
Urgente:
SI
No

1. Ficha de identificación

Nombre del o la paciente:

Apellido paterno
Apellido materno
Nombre (s)

Fecha de nac.:
Edad:
Sexo:
Fem.
Mas.
Otro

CURP:
No. de expediente:

2. Datos de la Unidad médica que refiere

Nombre:
Domicilio:

CLUES:

3. Datos de la Unidad médica a la que se envía

Nombre:
Especialidad a la que se envía:

CLUES:

4. Motivo de la referencia

Peso:
Talla:
Temperatura:
T.A.:
F.C.:
F.R.:

Resumen clínico:

Terapéutica empleada:

Impresión diagnóstica CIE-10:

Nombre, firma y cédula profesional
del personal de salud que refiere

Nombre, firma y cédula profesional
del responsable de la Unidad Médica

Nombre, firma y cédula profesional
del personal de Trabajo Social

IB/UAS/1-2-3/F/0002



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

El presente instructivo tiene como finalidad estandarizar el correcto llenado del formato del sistema de referencia y contrarreferencia, fomentando así la continuidad y calidad de la atención entre unidades de salud.

I. TALÓN (ANVERSO)

Objetivo: Registrar los datos básicos de la referencia y mantener un comprobante en la unidad de origen para seguimiento a la contrarreferencia.

Nota: se sugiere que la Unidad de Primer Nivel (UPN) cuente con un control interno de los talones de cada formato de referencia y contrarreferencia que se entregue a los o las pacientes.

Instrucciones de llenado:

- **Fecha y hora:** Anotar día, mes, año y hora en que se emite la referencia
- **Folio:** Registrar el número de folio único asignado por la UPN para control interno.
- **Número de expediente:** Colocar el número de expediente clínico del o la paciente.
- **Unidad a la que refiere:** Escribir el nombre completo de la unidad de salud a la que se realiza el envío del o la paciente para su atención a la salud.
- **Urgente:** Si o No. Marcar con una "X" el nivel de prioridad según el estado clínico del paciente.
- **Especialidad a la que se envía:** Registrar la especialidad médica a la que se refiere al o la paciente para diagnóstico y / o tratamiento.
- **Diagnóstico presuntivo:** Describir el diagnóstico clínico inicial con base en la valoración realizada.
- **Motivo de la referencia:** Anotar la razón de envío: falta de respuesta favorable al tratamiento; presencia de complicaciones; requerir estudios auxiliares de diagnóstico especializados; riesgo de secuelas; complementación diagnóstica; tratamiento especializado; atención del parto; protección anticonceptiva.
- **Nombre del o la paciente:** Iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
- **CURP:** Registrar la CURP completa, procurando hacer visible la diferencia entre la letra O y el número 0, por forma o con línea diagonal el cero.
- **Fecha de nacimiento:** Registrar únicamente datos numéricos, iniciando con el día, mes y año, separados entre ellos por una diagonal (/).



- **Sexo:** Marcar con una "x" el sexo del paciente.
- **Domicilio y teléfono del o la paciente:** Registrar datos completos que permitan la localización del o la paciente. En caso de registrar el número telefónico de algún familiar o conocido anotar el tipo de parentesco con él o la paciente.

Nota: Desprender el talón y archivarlo en la unidad para efectos de seguimiento y control.

II. HOJA DE REFERENCIA

Objetivo: Comunicar a la unidad de salud receptora, el estado clínico del o la paciente, los motivos del envío y la información necesaria para su atención.

- Anotar la Fecha, Hora, Folio y Prioridad de la misma manera que en el "Talón".

1. Ficha de identificación

- **Nombre del o la paciente:** Iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
- **Fecha de nacimiento:** Registrar únicamente datos numéricos, iniciando con el día, mes y año, separados entre ellos por una diagonal (/).
- **Edad:** En años cumplidos. En el caso de menores de 1 año, serán meses cumplidos haciendo el señalamiento.
- **Sexo:** Marcar con una "x" el sexo del paciente.
- **CURP:** Registrar la CURP completa, procurando hacer visible la diferencia entre la letra O y el número 0, por forma o con línea diagonal en el cero.
- **No. de expediente:** el asignado por la unidad médica de Primer Nivel.

2. Datos de la unidad médica que refiere

- **Nombre de la UPN y CLUES:** Anotar ambos de manera correcta y completa.
- **Domicilio:** Registrar el domicilio oficial de la unidad.

3. Datos de la unidad a la que se envía

- **Nombre de la unidad receptora:** Anotar el nombre completo de la unidad de salud a la que se realiza el envío/solicitud de atención a la salud del o la paciente.
- **CLUES:** Anotar la CLUES completa de la unidad a la que se realiza envío.



- **Especialidad a la que se envía:** Indicar el área específica a la que se solicita brindar atención especializada a la salud al o la paciente.

4. Motivo de la referencia

- **Somatometría y signos vitales:** Registrar con números legibles: peso, talla, temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
- **Resumen clínico:** Describir de forma clara, concisa y ordenada:
 - Inicio y evolución del padecimiento.
 - Signos y síntomas relevantes.
 - Resultados de exploración física.
 - Estudios disponibles.
 - Justificación clínica del envío.
- **Terapéutica empleada:** Incluir tratamiento, medicamentos, procedimientos o medidas realizadas previamente en la unidad de origen.
- **Impresión diagnóstica CIE-10:** Registrar el código y la descripción técnica completa conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) del diagnóstico presuntivo.

5. Firmas

Nombre, firma y cédula profesional del personal de salud que refiere: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.

Nombre, firma y cédula profesional del responsable de la unidad médica: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.

Nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible (sólo si aplica, si la UPN no cuenta con personal de trabajo social, escribir N/A).

Es indispensable que se agreguen los datos solicitados para darle validez legal al traslado y para la recepción en la unidad médica con mayor capacidad instalada.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS
MUJERES DURANTE LAS ETAPAS
PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL
EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO
Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR



Gobierno de
México



REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

1. TALÓN (REVERSO) SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

Fecha y hora de la visita / llamada:

Unidad a la que se refirió:

Fecha de la cita:

Por qué no?

Se le atendió:

Si

No

Observaciones:

Nombre y firma de quien realiza la visita / llamada

Nombre y firma del paciente o familiar

Desglosar el talón y archivar para seguimiento y registro de la referencia-contrareferencia



Gobierno de
México



CONTRAREFERENCIA

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

Fecha y hora de la contrareferencia:

1. Unidad que contrarrefiere

Nombre:

CIUS:

Especialidad:

2. Unidad a la que envía

Nombre:

CIUS:

3. Manejo del paciente

Resumen clínico:

Diagnóstico inicial CIE-10:

Diagnóstico final CIE-10:

Instrucciones y recomendaciones para la continuidad del tratamiento:

Nombre, firma y cédula profesional
del personal de salud que refiere

Nombre, firma y cédula profesional
del responsable de la Unidad Médica

Nombre, firma y cédula profesional
del personal de Trabajo Social

18/IAS/1-2-3/F/0002



I. TALÓN (REVERSO) – SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA

Objetivo: Documentar el seguimiento realizado al o la paciente una vez emitida la referencia.

Instrucciones de llenado:

1. **Fecha y hora de visita / llamada:** Indicar cuándo se contactó al o la paciente.
2. **Unidad a la que se refirió:** Registrar el nombre completo de la unidad a la que se realizó el envío del o la paciente para su atención a la salud.
3. **Fecha de la cita:** Anotar la fecha programada que otorgó la unidad receptora para brindar la atención al o la paciente.
4. **¿Se le atendió?:** Marcar "Sí" o "No" con una "X"
 - De seleccionarse la respuesta "No", describir claramente el motivo en el apartado *¿por qué no?*.
5. **Observaciones:** Incluir información relevante sobre el seguimiento (p. ej., reagenda, falta de documentación, ausencia del paciente, entre otras).
6. **Firmas:**
 - Nombre y firma de quien realiza la visita / llamada.
 - Nombre y firma del paciente o familiar que confirma la información, de ser posible.

III. HOJA DE CONTRARREFERENCIA

Objetivo: Informar a la unidad que refiere sobre la atención otorgada, diagnósticos finales y recomendaciones para la continuidad del manejo del cuadro clínico del o la paciente dentro de su unidad de salud de adscripción.

Instrucciones de llenado:

Fecha y hora de contrarreferencia: Registrar la fecha y hora en que se emite.

1. Unidad que contrarrefiere

- **Nombre de la unidad:** Anotar el nombre completo de la unidad de salud que contrarrefiere, con letra clara y legible.
- **CLUES:** Anotar la CLUES completa de la unidad que realiza el envío.
- **Especialidad:** Indicar el área médica donde se dio la atención al o la paciente.

2. Unidad a la que se envía

- **Nombre:** Registrar el nombre de la unidad médica que realizó la referencia.



- **CLUES:** Anotar la CLUES completa de la unidad médica.

3. Manejo del paciente

- **Resumen clínico:** Incluir la valoración médica realizada, evolución y resultados relevantes.
- **Diagnóstico inicial CIE-10:** Registrar código(s) y descripción.
- **Diagnóstico final CIE-10:** Registrar código(s) y descripción.
- **Instrucciones y recomendaciones para la continuidad del tratamiento:** Detallar el manejo sugerido para la unidad médica de origen, incluyendo:
 - Tratamientos que continuar.
 - Signos de alarma.
 - Interconsultas necesarias.
 - Fechas de seguimiento si aplica.

4. Firmas

Nombre, firma y cédula profesional del personal de salud que refiere: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.

Nombre, firma y cédula del responsable de la unidad médica: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra / número clara y legible.

Nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social: Registrar todos los datos de manera correcta, con letra / número clara y legible (Si la UPN no cuenta con personal de trabajo social, escribir N/A).



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD

NEGATIVA INFORMADA

Fecha: _____ Hora: _____
Unidad Médica: _____ CLUES: _____
Unidad a la que se pretende referir: _____ CLUES: _____
Diagnóstica: _____
Motivo de envío: _____

1. Información proporcionada al o la paciente o tutor legal

El personal de salud explica al o la paciente que la Unidad médica no cuenta con la capacidad instalada necesaria para atender el motivo de consulta y que la referencia es necesaria debido a:

Los riesgos de no acudir son: _____

Mientras que los beneficios de acudir son: _____

NOTA: La información debe ser leída en voz alta y explicada de forma clara

2. Declaración de NEGATIVA INFORMADA

Yo (nombre del o la paciente o tutor legal), _____, manifiesto que he recibido y comprendido la información anterior y, aún así, decido NO acudir a la unidad médica de referencia propuesta.

Motivo de la negativa (opcional): _____

En caso de negativa a firmar por parte del o la paciente / tutor legal:

Nombre, firma del o la paciente o del Tutor Legal

Testigo (nombre, firma y cédula profesional)

Nombre, firma y cédula profesional del médico que informó

Nombre, firma y cédula profesional del responsable de la Unidad médica

Nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social

IS/UAS/1-2-3/F/0003



Instructivo de llenado del Formato de Negativa Informada a la Hoja de Referencia–Contrarreferencia

Este instructivo tiene como finalidad guiar al personal de salud en el llenado correcto, completo y estandarizado del formato.

Datos de identificación de la UPN.

- **Fecha y hora:** Incluir estos datos al momento de elaborar este documento y posterior a explicar los beneficios y eventuales problemas de salud por no realizar la referencia.
- **Unidad médica:** Escribir el nombre oficial y completo de la unidad de salud, no usar abreviaturas.
- **CLUES:** Registrar el código CLUES asignado a la unidad. Debe coincidir con el sistema institucional.
- **Unidad a la que se pretende referir:** Escribir el nombre oficial y completo de la unidad de salud, no usar abreviaturas.
- **CLUES:** Registrar el código CLUES asignado a la unidad. Debe coincidir con el sistema institucional.
- **Motivo de envío:** Describir claramente el motivo clínico por el cual es necesaria la referencia.

1. Información proporcionada a la persona usuaria o tutor legal

- La referencia es necesaria debido a: se debe describir la razón por la que la unidad médica no puede resolver o dar respuesta adecuada al cuadro clínico presentado por la o el paciente, se debe describir brevemente la limitación (de equipo, personal especializado, estudios, servicios, etc.), por ejemplo: *“Requiere valoración por pediatría por posible abdomen agudo; la unidad médica no cuenta con pediatras”*.
- Riesgos de no acudir: explicar claramente las posibles complicaciones o daños a la salud al no seguir aceptar la referencia y asistir a la unidad de salud de envío, es importante evitar lenguaje técnico excesivo, la información debe ser comprensible para la o el paciente o tutor legal.

- Beneficios de acudir: se debe mencionar los beneficios esperados, tales como diagnóstico oportuno, intervención especializada, estudios complementarios, etc. A la o el paciente o tutor legal.

Nota: la información debe ser explicada en voz alta, de forma comprensible y registrando solo lo que se informó.

2. Declaración de negativa informada

Este apartado se llena sólo si la o el paciente o su tutor legal decide **NO** aceptar la hoja de referencia y asistir a la unidad de salud de envío.

- Nombre de la o el paciente o tutor legal: registrar el nombre completo de la persona usuaria o tutor legal, como aparece en el expediente clínico.
- Confirmación de información recibida: el texto ya incluido en el formato debe leerse en voz alta y la persona usuaria o tutor debe estar consciente de que comprende los riesgos de no acudir. Es importante que el personal de salud se asegure de que hay comprensión total de los riesgos por parte de la o el paciente o tutor legal.
- Motivo de la negativa (opcional): registrar lo que la o el paciente o tutor legal expresamente indique como razón para no aceptar la referencia y acudir a la unidad médica de envío, por ejemplo: no percibe gravedad, motivos laborales, cuestiones económicas, temor a los procedimientos que le realizarán, exige que se le atienda en su unidad médica.

3. Firmas

- Nombre y firma de la o el paciente o tutor legal: registrar todos los datos de manera correcta, con letra clara y legible.
- Testigo (nombre, firma y cédula profesional): registrar todos los datos de manera correcta, con letra / número clara y legible. Se obtendrán estos datos en el caso de que el o la paciente o tutor legal, no acepten inscribir sus datos.



- Nombre, firma y cédula del personal de salud que informó: registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.
- Nombre, firma y cédula profesional del responsable en la unidad de salud: registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible.
- Nombre, firma y cédula del personal responsable de Trabajo Social: registrar todos los datos de manera correcta, con letra/número clara y legible (si aplica).

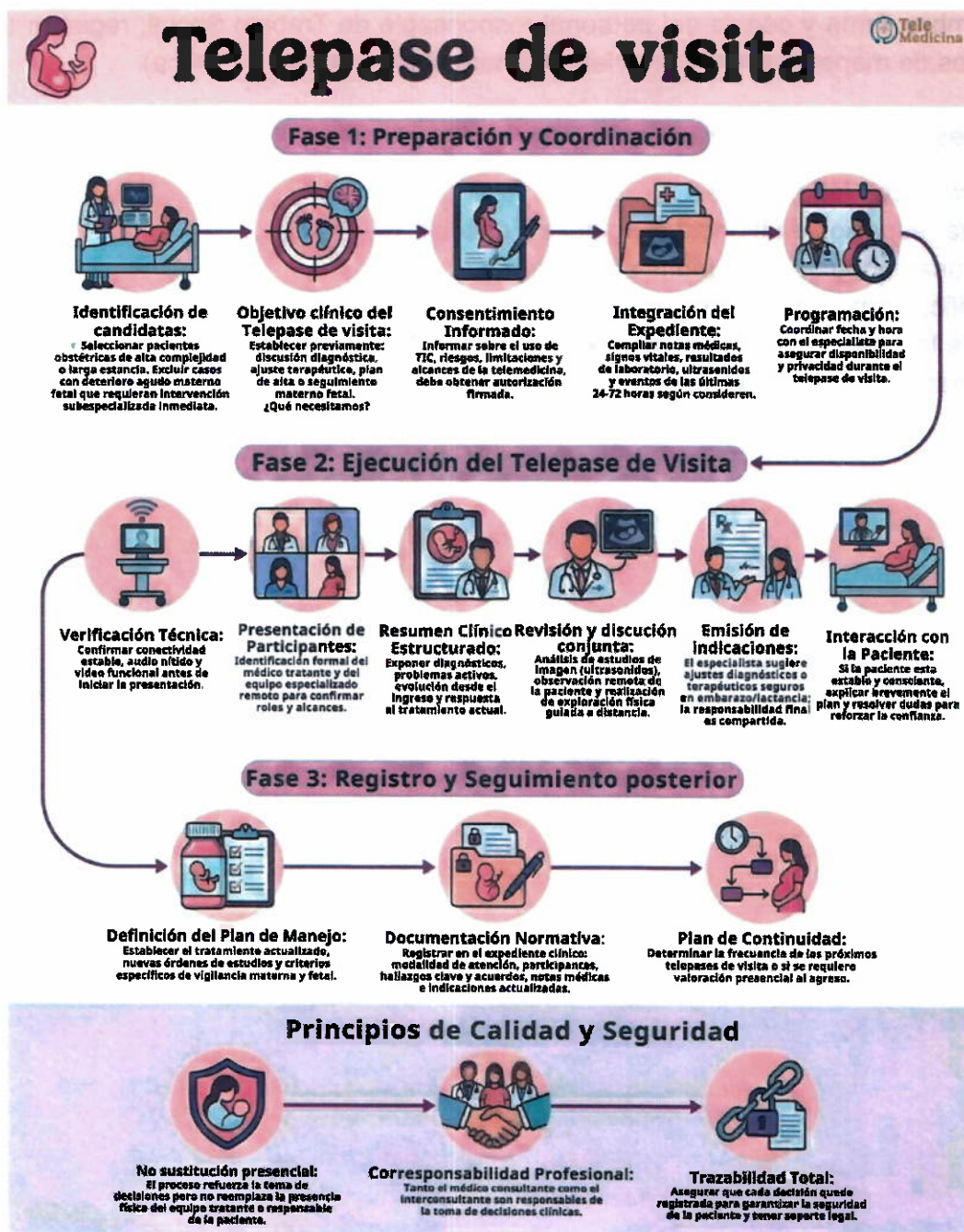
Indicaciones generales del llenado

- Escribir con letra legible.
- Evitar espacios en blanco; si no aplica, escribir "N/A".
- No usar lenguaje ambiguo ni abreviaturas.
- Verificar congruencia entre datos clínicos y motivo de referencia.
- Toda la información debe coincidir con el expediente clínico.
- Firmar y colocar el sello de la unidad médica.



Anexo 10. Procesos de atención en Telemedicina.

Infografía 1. Telepase de visita.





Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS MUJERES DURANTE LAS ETAPAS PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

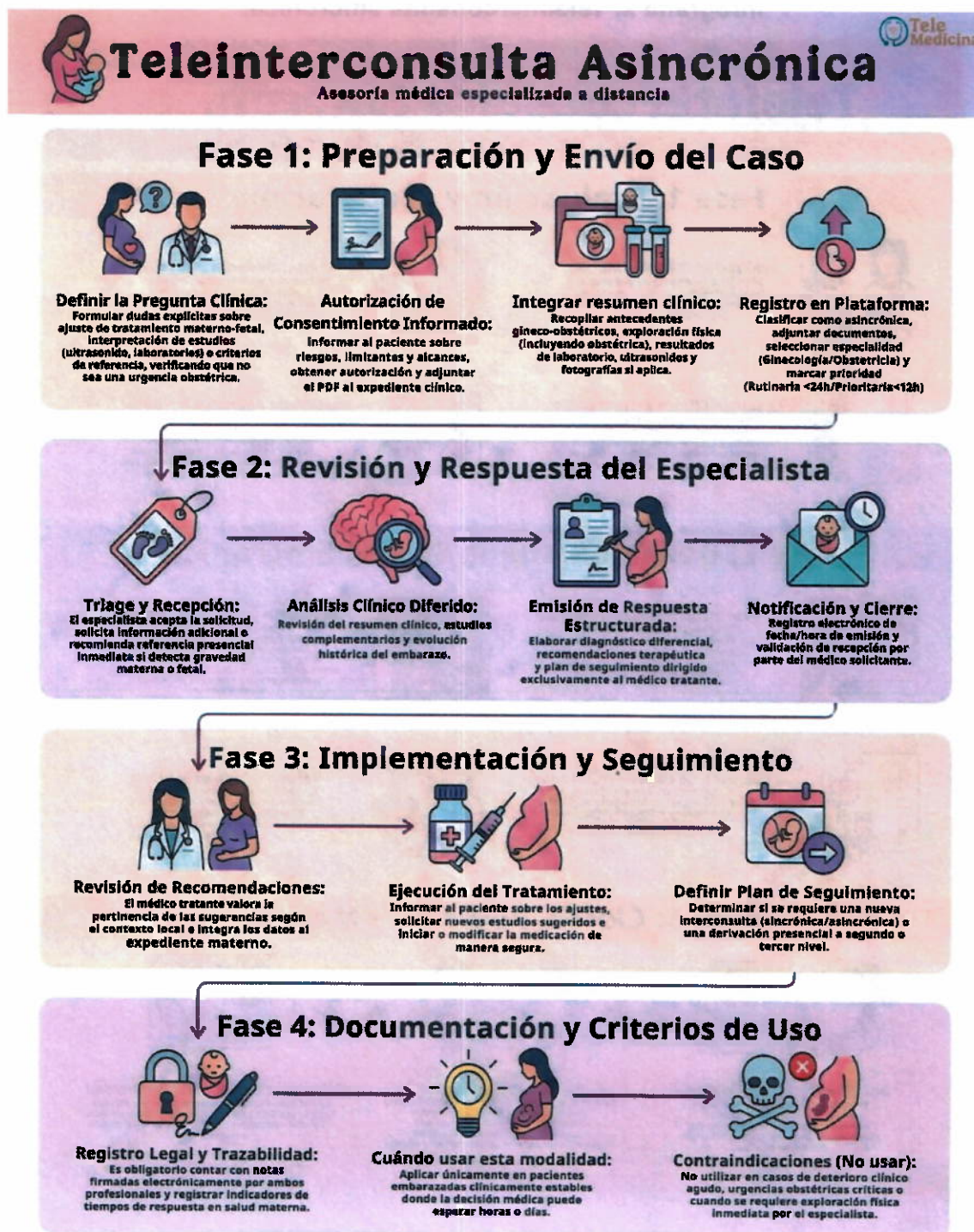
Atención posterior al parto durante hospitalización.

Infografía 2. Teleinterconsulta sincrónica.



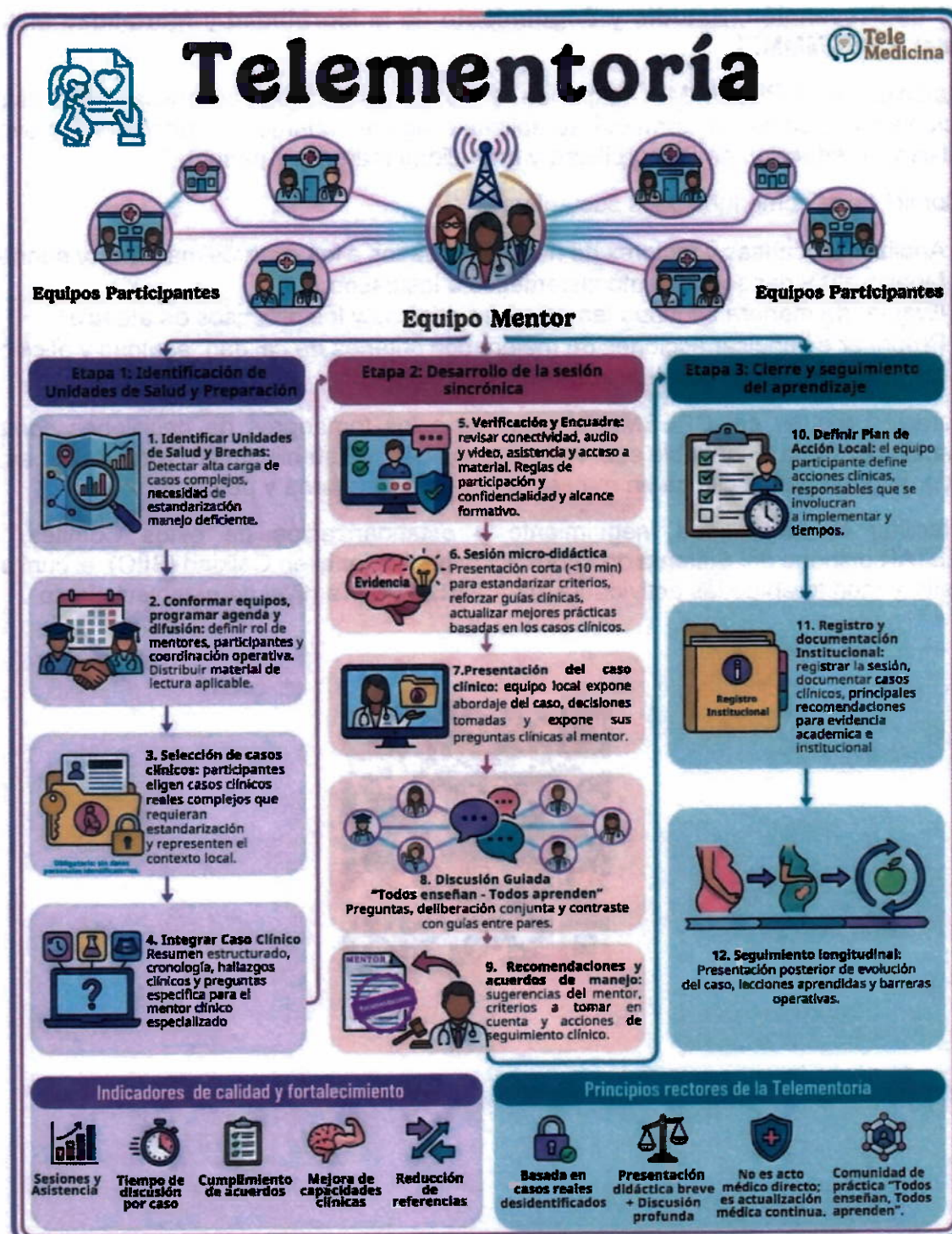


Infografía 3. Teleinterconsulta asincrónica.





Infografía 4. Telementoría.





Anexo 11. Mecanismos institucionales de información y seguimiento.

Comité de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal (CPESMMMP).

La instalación del CPESMMMP responde a la necesidad de consolidar una estrategia institucional alineada con la normatividad aplicable vigente, orientada a fortalecer la prevención, el análisis y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Este Comité tiene como funciones sustantivas:

- Analizar las causas y factores de riesgo asociados a los eventos maternos y perinatales.
- Monitorear y dar seguimiento sistemático a los casos.
- Evaluar de manera continua las prácticas clínicas y los procesos de atención.
- Proponer e impulsar acciones de mejora con criterios de calidad, equidad y eficiencia en los distintos niveles de atención.

La operación regular del CPESMMMP permite a los tomadores de decisiones contar con información oportuna y confiable sobre la situación de los Establecimientos de Salud, así como fortalecer la gobernanza clínica en materia de atención materna y perinatal.

Para facilitar la trazabilidad, seguimiento y estandarización de estos Comités, IMSS-BIENESTAR dispone del Sistema de Información Institucional en Calidad (SIIC), el cual permite el registro y monitoreo de las actividades del CPESMMMP a nivel de establecimiento.



Análisis Causa Raíz (ACR).

El Análisis Causa Raíz (ACR) es una metodología sistemática y estructurada que permite identificar fallas en los procesos de atención y en los sistemas organizacionales que pueden haber contribuido a la ocurrencia de eventos centinela, adversos o cuasi fallas.

Su enfoque es no punitivo y centrado en el sistema, priorizando la identificación de fallas latentes por encima del error individual. Una causa raíz se define como el factor fundamental que explica una falla o ineficiencia del proceso; al intervenir sobre estas causas, se generan mejoras sostenibles con mayor impacto en la seguridad del paciente.

El ACR promueve la participación y corresponsabiliza el equipo de salud en el análisis de los eventos, fortaleciendo la cultura de seguridad, la mejora continua y la calidad de la atención materna y perinatal.

Simulacros en la atención materna y perinatal.

En la atención a personas gestantes, los simulacros clínicos como ejercicios planeados y controlados reproducen escenarios de emergencia con el propósito de afianzar las competencias del personal de forma teórica y práctica permitiendo evaluar:

- Efectividad de los protocolos de emergencia obstétrica.
- Fortalecer la coordinación del equipo multidisciplinario.
- Identificar áreas de mejora en la respuesta clínica y organizacional.
- Garantizar una atención oportuna, segura y estandarizada.
- Tiempos de respuesta.

Su implementación constituye una medida preventiva indispensable para reducir eventos adversos y fortalecer la seguridad del paciente, en cumplimiento de las disposiciones institucionales y normativas vigentes. Se recomienda la realización periódica de simulacros con el equipo multidisciplinario designado.



DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Aranda M, De la Revilla L., De D Luna J. Riesgo obstétrico: evaluación de índices y criterios existentes. Atención Primaria. 1998.
- Bourassa, M.W., Osendarp, S.J.M., Adu-Afarwuah, S., Ahmed, S., Ajello, C., Bergeron, G., et al. (2019). Revisión de la evidencia sobre el uso de la suplementación con micronutrientes múltiples prenatales en países con ingresos bajos y medios. Ann. N.Y. Acad. Sci., 1444(1), 6-21. Contreras Carreto N, Moreno.
- Sánchez JP. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en unidades ginecoobstétricas. Academia Mexicana de Cirugía. s. 2022;90(4). México.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. (2022). Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal: Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto- las redes de servicios. (1ª ed.) https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO_SALA_LPR_7-9-2022.pdf
- Control prenatal con atención centrada en la paciente. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc> <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html# 201>.
- Unidad de Contacto para la Atención a Distancia en Salud. Para fortalecer la atención continua de los servicios de salud de atención primaria [Recurso electrónico]. México: Secretaria de Salud, Dirección de Modernización del Sector Salud; 2025
- Marco de Actuación para la Atención Médica a Distancia [Recurso electrónico]. México: Secretaria de Salud, Dirección de Modernización del Sector Salud; 2025
- 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. DOF: 07/04/2016
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-2016, De los Servicios de Planificación Familiar y Anticoncepción.
- Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_ifa_supp_pregnant_women/en/, accessed 28 September 2016).
- WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, accessed 28 September 2016).
- Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, accessed 28 September 2016).



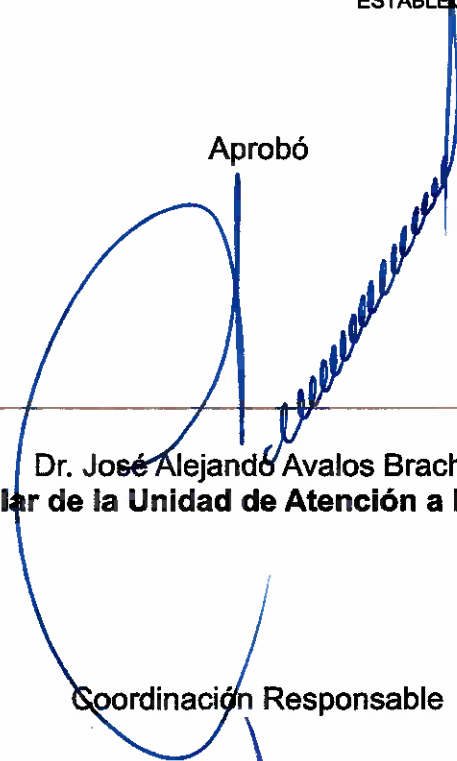
**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA TÉCNICA PARA ATENCIÓN A LA SALUD DE LAS
MUJERES DURANTE LAS ETAPAS
PRECONCEPCIONAL, EMBARAZO, ATENCIÓN DEL
EVENTO OBSTÉTRICO, VIGILANCIA DEL PUERPERIO
Y ATENCIÓN A LA PERSONA RECIÉN NACIDA EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL IMSS-BIENESTAR

Aprobó


Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Coordinación Responsable


Dra. Miriam Adriana Peña Eslava
Titular de la Coordinación de Enfermería

Revisión Normativa


Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril
**Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la Coordinación de
Normatividad y Planeación Médica**