

PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

PABLO ANTONIO KURI MORALES, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4o. de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o. fracciones IV, VI y XVI, 13, apartado A) fracción I, 133 fracción I, 158, 159 y 160 de la Ley General de Salud; 38 fracción II, 40 fracciones III y XI, 41, 43, 44, 46, 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 33 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 10 fracciones VII y XVI y 40 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

El presente Proyecto de Norma, se publica a efecto de que los interesados dentro de los 60 días naturales contados a partir de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, presenten sus comentarios por escrito, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 45 y 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, ante el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, sito en Lieja número 7, colonia Juárez, código postal 06600, México, D.F., teléfono y fax 55-53-70-56, correo electrónico pablo.kuri@salud.gob.mx.

Durante el plazo mencionado, los documentos que sirvieron de base para la elaboración del Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana y la Manifestación de Impacto Regulatorio estarán a disposición del público en general, en el domicilio del Comité mencionado en el párrafo anterior, para su consulta.

CONSIDERANDO

Que el 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y entró en vigor al día siguiente de su publicación.

Que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto, el puerperio y la atención del recién nacido, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna de calidad durante el parto y atención que requiere el recién nacido en los primeros 28 días de vida, a fin de que logren establecer alternativas para un desarrollo sano durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos.

Que en atención a los anteriores considerandos, se publica el siguiente:

PROYECTO DE NORMA OFICIAL MEXICANA PROY-NOM-007-SSA2-2010, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DEL RECIEN NACIDO**PREFACIO**

En la elaboración de la presente Norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General de Promoción de la Salud
Dirección General de Epidemiología
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
Coordinación de Salud Reproductiva

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Dirección General de Sanidad
Hospital de Especialidades de la Mujer

SECRETARIA DE MARINA

Dirección General de Sanidad Naval
Centro Médico Naval

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Prestaciones Médicas

IMSS oportunidades

Coordinación de Atención Obstétrica y Perinatólogica

Unidad Médica de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia No. 4

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Dirección Médica

Centro Médico Nacional

PETROLEOS MEXICANOS

Gerencia de Servicios Médicos

COMISION NACIONAL DE ARBITRAJE MEDICO

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA "ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

HOSPITAL DE LA MUJER

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

FEDERACION MEXICANA DE COLEGIOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, A.C.

COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, A.C.

FEDERACION MEXICANA DE NEONATOLOGIA, A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

COMITE PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS, A.C.

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO, A.C.

RED NACIONAL PARA LA PREVENCION DE LA DISCAPACIDAD, A.C.

MEDICA SUR, A.C.

IPAS, MEXICO, A.C.

FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR, A.C.

PARTO LIBRE, A.C.

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo y Campo de aplicación
2. Referencias
3. Definiciones
4. Símbolos y abreviaturas
5. Disposiciones generales
6. Vigilancia epidemiológica
7. Concordancia con Normas internacionales
8. Bibliografía
9. Observancia de la Norma
10. Vigencia
11. Apéndices Normativos

0. Introducción

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o. fracción IV establece que se considera a la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es la instancia responsable de la Secretaría de Salud para la vigilancia y seguimiento del programa de acción "Arranque Parejo en la Vida" de acuerdo al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento a las metas propuestas para lograr el objetivo 5 de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. Este objetivo consiste en mejorar la salud materna, y para ello se establecieron dos metas, que son: disminuir para 2015, en tres cuartas partes (75%) la Razón de Muerte Materna respecto a la registrada en 1990 y la mortalidad neonatal a 15%, y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto.

El objetivo 2 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 es reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, y para lograr este objetivo, se estableció la meta de disminuir a la mitad la Razón de Mortalidad Materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, y disminuir 40% la mortalidad infantil de niños menores de un año y menos, por cada 1,000 nacidos vivos. En este mismo sentido, la estrategia que incluye trabajo comunitario, para lograr esta meta, es el fortalecimiento e integración de acciones de promoción a la salud, y prevención y control de enfermedades, mediante las siguientes líneas de acción: fortalecimiento de las políticas de salud materna y perinatal, promoción la salud sexual y reproductiva responsable e impulsar una política integral de prevención y atención de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde la etapa perinatal.

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su normatividad, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir las disparidades sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la prevención de la mortalidad materna mediante intervenciones durante el embarazo, parto y puerperio. Durante la gestación, se destaca la necesidad de mejorar la calidad de la atención prenatal desde las primeras 12 semanas de embarazo con la finalidad de identificar factores de riesgo en forma oportuna para iniciar tratamiento o traslado a unidades de atención a la emergencia obstétrica; la detección oportuna de diabetes gestacional mediante tamices basados en la evidencia científica, impactarán en el crecimiento y desarrollo del feto y mejorará también el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo. En ese mismo sentido, la interrupción de la transmisión perinatal por sífilis y por VIH, mediante la detección oportuna y tratamiento adecuado es uno de los grandes retos del Programa Nacional 2007-2012. Se promueve también la adecuada nutrición, la prescripción de hierro, ácido fólico, y en otro sentido, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir los defectos y el peso bajo al nacimiento.

Se puntualizan las acciones a cumplir en cada consulta, y que éstas deban realizarse meticulosamente con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la atención prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles complicaciones en una fase temprana y, por lo tanto, a la solución médica o quirúrgica más indicada, con mínimas secuelas y con una evolución satisfactoria.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de emergencia obstétrica es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primer consulta prenatal, la unidad de atención de emergencia obstétrica que le corresponde.

El partograma es una herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe analizar en forma detallada en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de emergencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad. Finalmente el manejo activo del alumbramiento es también una actividad que se debe realizar en la atención del parto con el objetivo de prevenir una hemorragia obstétrica.

1. Objetivo y campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal, y del recién nacido sano.

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas normales y a los recién nacidos sanos.

2. Referencias

Esta Norma se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las substituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.4 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

2.8 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas, e inmunoglobulinas en el humano.

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia en información en salud.

2.11 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Promoción y educación para la salud en materia de alimentación.

2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental- salud ambiental- residuos peligrosos biológico-infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo.

2.13 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

2.14 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

2.15 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

2.16 Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.

2.17 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.18 Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.19 Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica.

2.20 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

2.21 Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas.

2.22 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

2.23 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

2.24 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2.25 Norma Oficial Mexicana NOM-169-SSA2-1998, Para la Asistencia Social Alimentaria a Grupos de Riesgo.

2.26 Norma Oficial Mexicana NOM-208-SSA1-2002, Regulación de los Servicios de Salud, para la Práctica de la Ultrasonografía Diagnóstica.

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

3.1 Aborto, a la expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso y/o menos de 22 semanas completas de gestación.

3.2 Alimentación mixta, a la proporcionada al recién nacido, con base en la leche humana, más otro tipo de leches o alimento proteico.

3.3 Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3.4 Atención de la emergencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad de salud, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

3.5 Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico.

3.6 Calidad de la atención, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

3.7 Calidez en la atención, al trato cordial y atento que se proporciona al usuario del servicio.

3.8 Certificado de nacimiento, al documento oficial de carácter individual e intransferible que certifica el nacimiento de un recién nacido vivo en el momento mismo de su ocurrencia, proporcionando a la madre el comprobante original de este hecho.

3.9 Cesárea, al procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al producto de la concepción, vivo o muerto, así como sus anexos, a través de una laparotomía e histerotomía.

3.10 Comunicación educativa, al proceso de aprendizaje que permite al profesional de la salud, ponerse en contacto con las diferentes culturas, idiomas y costumbres del usuario de los servicios de salud, en un ámbito interpersonal que trasciende los enfoques cognitivo, afectivo, psicomotor y de salud.

3.11 Diabetes gestacional, es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce en la gestante.

3.12 Distocia, a las anomalías en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requiere maniobras especiales.

3.13 Edad gestacional, al periodo 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.

3.14 Embarazo, al periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

3.15 Embarazo complicado, a la certeza de estados patológicos durante la gestación, que incrementan la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido y que requiere atención especializada.

3.16 Embarazo de alto riesgo, al embarazo con altas probabilidades de presentar estados patológicos que pueden incrementar la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido.

3.17 Embarazo saludable, al embarazo sin factores de riesgo, libre de complicaciones y que con una adecuada vigilancia prenatal, logra un estado de bienestar biológico, psicológico y social para la gestante y para el producto de la concepción.

3.18 Emergencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, el parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

3.19 Eutocia, a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

3.20 Hipotiroidismo congénito, a la enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por disminución permanente o transitoria del funcionamiento de la glándula tiroides.

3.21 Interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

3.22 Lactancia materna, a la proporcionada al recién nacido, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

3.23 Maternidad saludable, al que involucra tratar al embarazo como un periodo especial, durante el cual, todas las mujeres deben tener acceso al cuidado apropiado acordes a su estado, buscar tratamientos para ciertos signos y síntomas, que pongan en peligro su vida y contar con un nivel de capacidad resolutive que permita atender estas complicaciones.

3.24 Mercadotecnia social en salud, al diseño, implantación y control de programas para incrementar entre la población la aceptación de una idea social y/o de determinado tipo de práctica de grupo destinadas a conservar, aumentar o restablecer la salud de una colectividad.

3.25 Muerte materna, a la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Muerte Materna Directa relacionado con las complicaciones propias del embarazo. Muerte Materna Indirecta causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

3.26 Muerte materna tardía, a la pérdida de vida de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días y hasta los 364 días completos de la terminación del embarazo. No se toma en cuenta para la razón de mortalidad materna.

3.27 Muerte neonatal, a la pérdida de vida del recién nacido, en el periodo comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días completos.

3.28 Nacido vivo, a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación respire y lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.29 Nacido muerto, a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.30 Nacimiento con producto pretérmino, al nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

3.31 Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las semanas 37 a 40 6/7 semanas de gestación.

3.32 Nacimiento con producto postérmino, al que ocurre de las 41 semanas de gestación en adelante.

3.33 Oportunidad de la atención, a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

3.34 Participación para la acción comunitaria, al impulso a la participación informada y organizada de la población, que promueve la creación de redes sociales que posibiliten y faciliten la instrumentación de las estrategias de promoción de la salud desde la base social, logrando el empoderamiento de las comunidades.

3.35 Participación social, al proceso que permite involucrar a la población y a las instituciones de los sectores público, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer la salud materna y perinatal.

3.36 Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y de sus anexos. El nacimiento puede ser también por cesárea, e indicación médica u obstétrica.

3.37 Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

3.38 Periodo perinatal, a la etapa que inicia el primer día de la semana 22, es decir a los 154 días de gestación y termina a los veintiocho días completos después del nacimiento.

3.39 Producto de la concepción, al embrión o feto de acuerdo a la etapa del embarazo.

3.40 Promoción de la salud, a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

3.41 Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

3.42 Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas.

3.43 Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día.

3.44 Puerperio tardío, al periodo que incluye del día 8 al 42.

3.45 Recién nacido, al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

3.46 Recién nacido pretérmino, al producto de la concepción menor a 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Usher, Capurro, Ballard y Ballard modificado.

3.47 Recién nacido inmaduro, al producto de la concepción de 22 semanas a menos de 28 semanas de gestación o de 501 a 1,000 gramos.

3.48 Recién nacido a término, al producto de la concepción de 37 hasta 41 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así equivale a un producto de 2,500 gramos o más. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Usher, Capurro, Ballard y Ballard modificado.

3.49 Recién nacido postérmino, al producto de la concepción con 41 o más semanas de gestación.

3.50 Recién nacido de peso bajo para edad gestacional, al recién nacido que tiene peso inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)

3.51 Recién nacido de peso adecuado para edad gestacional, al producto cuyo peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y el 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)

3.52 Recién nacido de peso alto para edad gestacional, al producto cuyo peso corporal mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)

3.53 Restricción en el crecimiento intrauterino, al producto de la concepción que en su exploración prenatal tiene un crecimiento menor a lo esperado para la edad gestacional, identificado por clínica y/o ultrasonido, nace con un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional, implicándole una restricción patológica en su capacidad para crecer.

3.54 Sucedáneo de la leche materna, a toda fórmula alimenticia que sustituya parcial o totalmente a la leche humana.

3.55 Tamiz metabólico neonatal, al examen de laboratorio practicado al recién nacido, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

3.56 Obstetricia: rama de la medicina que estudia el parto, sus antecedentes y sus secuelas.

4. Símbolos y abreviaturas

ABO:	Sistema de grupos sanguíneos
APGAR:	Método de evaluación del estado del recién nacido de acuerdo a coloración, respiración, tono muscular, llanto y frecuencia cardíaca, al minuto y a los 5 minutos. Se califica de 0 a 2 en cada rubro y 0 a 10 como calificación total.
AEO:	Atención de la emergencia obstétrica
BCG:	Bacilo de Calmette y Guérin (vacuna contra la tuberculosis)
CTG:	Curva de tolerancia a la glucosa
CONAVE:	Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
dl:	Decilitros
DG:	Diabetes gestacional
DM:	Diabetes mellitus
Du:	Antígeno D expresado débilmente
E ² :	Estatura al cuadrado
g:	Gramo
IM:	Vía intramuscular
IV:	Vía intravenosa
IMC:	Índice de masa corporal
Kg/m ² :	Kilogramo sobre metro al cuadrado
m:	Metro
mg:	Miligramos
mmol/L:	Milimolas por litro
OMS:	Organización Mundial de la Salud
Prueba de Coombs:	Prueba de antiglobulina humana
Rho:	Antígeno eritrocítico D
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAVE:	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
UI:	Unidades internacionales
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VDRL:	Por sus siglas en inglés (Venereal Diseases Research Laboratory); examen de laboratorio para la detección de enfermedades venéreas
µg:	Microgramos

5. Disposiciones generales

5.1 Establecimientos públicos, privados y sociales y personal que brinda el servicio de atención médica del Sistema Nacional de Salud y.

5.1.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad fértil en los establecimientos públicos, privados y sociales del país, deberá ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

5.1.1.1 La consulta pregestacional debe ser un elemento que se debe fomentar en la práctica clínica y obstétrica moderna. Asistir a la mujer y en su caso a la pareja en su etapa reproductiva con un enfoque que anticipe riesgos y evite complicaciones con medidas preventivas sencillas pero efectivas. Considerar la reproducción humana como un valor y una responsabilidad compartida por la pareja y asistida por su médico y personal de salud.

5.1.1.2 La mujer idealmente debe tener valoración médica preconcepcional 3 meses antes de intentar embarazo, o suspender un método anticonceptivo. El objetivo debe ser, además de otorgar educación para la salud y autocuidado, valorar su estado de salud, reducir factores de riesgo, lograr su peso ideal e ingerir ácido fólico 3 meses antes de la concepción para reducir el riesgo de defectos del tubo neural.

5.1.1.3 La valoración preconcepcional debe incluir una valoración odontológica integral, por el alto riesgo que significan las enfermedades periodontales en la generación de parto pretérmino.

5.1.1.4 El examen debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva 6 meses postparto.

5.1.1.5 Recomendar un periodo intergenésico después de un evento obstétrico de 2 a 5 años para espaciar sus embarazos de tal manera que reduzca los riesgos a largo plazo y pueda planificar de la mejor manera su familia.

5.1.1.6 En la visita preconcepcional, se brindará información sobre los cuidados del recién nacido, tamiz neonatal, estimulación temprana y aplicación de biológicos, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.

5.1.1.7 La atención en este sentido, debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una responsabilidad y un privilegio natural. Dando información para procurar un cambio cultural en las parejas, que fomente una maternidad sin riesgos, como un compromiso de todo el Sistema de Salud del país. Además de procurar el cambio cultural en el personal de salud que adquiera el compromiso para atender todos los eventos obstétricos con calidad, oportunidad y trato humano.

5.1.2 En las unidades de salud que brinden la atención de emergencias obstétricas, la atención de una mujer embarazada con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse de manera continua, 24 horas al día, todos los días del año.

5.2.1 En las unidades de salud de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de emergencias obstétricas, se procurará auxiliar a las mujeres embarazadas con emergencia en la medidas de su capacidad resolutive y una vez resuelto el problema inmediato y/o que no se esté en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar el traslado a la unidad que le corresponda.

5.1.2.2 Las unidades de salud que brinden la atención de emergencias obstétricas (AEO) deben contar con espacios habilitados, personal calificado para atender emergencias obstétricas, equipo e instalaciones adecuadas, así como insumos y medicamentos necesarios para manejar las emergencias obstétricas y banco de sangre con hemoderivados y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año. Estos requisitos se requieren para acreditar las unidades y clasificarlos como Hospitales Resolutivos para AEO y podrán ser verificadas periódicamente para garantizar la seguridad y calidad en la atención de las pacientes y sus recién nacidos.

5.1.2.3 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración. Es importante promocionar el uso de ácido fólico, desde 3 meses previos del periodo preconcepcional y durante toda la evolución del embarazo.

5.1.2.4 Durante el embarazo y la lactancia, se promoverá que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco, bebidas alcohólicas y psicotrópicos.

5.1.2.5 La atención a la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio, debe ser impartida con calidad y calidez. Un elemento importante es humanizar el embarazo y parto y facilitar el apoyo psicológico y afectivo durante su evolución a todas las mujeres. Es un modelo aceptado para apoyar este aspecto la participación de la Partería asistencial y las Licenciadas en Enfermería Obstétrica. Lo que se pretende es menor intervención y lograr un proceso fisiológico y natural durante el embarazo y parto.

5.1.2.6 Las mujeres y los recién nacidos trasladados a las unidades de salud por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. Y debe tener la opción de parir en forma vertical preservando en todo momento la seguridad de la madre y su recién nacido y respetando un grado razonable de autonomía durante la labor que permita un parto lo más natural y fisiológico posible, lo anterior como una alternativa viable de atención obstétrica.

5.1.2.7 En las unidades de salud se deberá disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico y perinatal, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso.

5.1.2.7.1 El personal de la salud, en el ámbito de sus atribuciones informará a las pacientes embarazadas usuarias de los servicios de salud que, la Organización Mundial de la Salud recomienda que la atención del parto sea en instituciones de salud y por personal calificado, para reducir el riesgo de Mortalidad Materna.

5.2 Atención del embarazo

5.2.1 Las actividades a realizar durante la atención prenatal, son:

5.2.1.1 En la primera visita

5.2.1.1.1 Elaboración y registro de historia clínica

5.2.1.1.1.1 El diagnóstico del embarazo se realizará por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico. Para el diagnóstico de embarazo está contraindicado realizar estudios radiográficos ionizantes, así como también prescribir medicamentos hormonales.

5.2.1.1.1.2 Búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida:

5.2.1.1.1.2.1 Antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos.

5.2.1.1.1.2.2 Antecedentes de embarazos previos y resoluciones obstétricas en su caso, en especial antecedentes de cesárea, preeclampsia y hemorragia obstétrica.

5.2.1.1.1.2.3 Identificar los siguientes factores de riesgo para diabetes gestacional: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente mayor igual de 4 Kg.; obesidad 90 Kg. o más o índice de masa corporal IMC Kg/E² mayor igual de 30 Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, valor a la hora mayor o igual de 130 mg/dl; hijos con peso al nacer de más 4,000 g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

5.2.1.1.1.2.4 Identificar el consumo de sustancias farmacológicas que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo.

5.2.1.1.1.3 Exploración física completa incluyendo somatometría, fondo uterino, documentación de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, y toma de citología cérvico-vaginal; en caso de no tener uno actualizado como lo dispone la Norma Oficial Mexicana sobre cáncer cérvico-uterino.

5.2.1.1.1.4 Prescripción de:

5.2.1.1.1.4.1 Medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, de manera idónea, desde el periodo preconcepcional hasta el término del embarazo y administración de primera dosis de toxoide antitetánico, la segunda y última dosis a las cuatro u ocho semanas posteriores.

5.2.1.1.1.4.2 Medicamentos pertinentes en su caso.

- Prescripción de medicamentos sólo con indicación médica, evaluando riesgo beneficio, de acuerdo al Apéndice Normativo D.

5.2.1.1.1.5 Solicitud de exámenes de laboratorio:

5.2.1.1.1.5.1 Biometría hemática completa.

5.2.1.1.1.5.2 Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto)

5.2.1.1.1.5.3 Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g).

5.2.1.1.1.5.4 Creatinina.

5.2.1.1.1.5.5 Acido úrico.

5.2.1.1.1.5.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e iniciar tratamiento antibacteriano en caso de bacteriuria.

5.2.1.1.1.5.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita

5.2.1.1.1.5.8 Prueba de tamizaje para VIH previa orientación y aceptación por la paciente, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana en la materia. En todas las instituciones médicas del Sistema Nacional de Salud la detección de VIH y Sífilis debe ser ofertada integralmente, es importante que el personal de salud, oferte ambas pruebas a todas las pacientes, la detección de sífilis debe ser universal en la embarazada en las primeras 12 semanas y realizar la prueba de tamizaje del VIH a través de consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto.

5.2.1.1.1.5.9 Solicitud de exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

5.2.1.1.1.6 La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1 1ª consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas;
- 2 2ª consulta: entre 22 - 24 semanas;
- 3 3ª consulta: entre 27 - 29 semanas;
- 4 4ª consulta: entre 33 - 35 semanas;
- 5 5ª consulta: entre 38 - 40 semanas.

5.2.1.1.1.7 Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, todo embarazo con 40 1/7 o más semanas, deberá ser trasladada al segundo nivel de atención.

5.2.1.1.1.8 La consulta debe estar encaminada a informar a la embarazada acerca de posibles complicaciones durante el embarazo parto y puerperio a fin de asegurar que las mujeres puedan identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica. Informar sobre los datos de alarma que requieren atención inmediata. Durante todo el embarazo se debe prevenir y detectar la presencia de infecciones urinarias, infecciones periodontales, signos o síntomas de preeclampsia y educar a la paciente para vigilar los movimientos fetales a partir de las 16 semanas de gestación. Antes de las 20 semanas, se debe aconsejar a las mujeres embarazadas ejercitar los pezones para facilitar la lactancia materna en pacientes con pezón invertido.

5.2.1.1.1.9 Los principales datos de alarma son:

- 1 Presencia de hemorragia
- 2 Pérdidas transvaginales líquido amniótico, sangre o secreción anormal
- 3 Presencia de contracción uterina
- 4 Disminución de la movilidad fetal
- 5 Cefalea
- 6 Acúfenos
- 7 Fosfenos
- 8 Edema de miembros inferiores
- 9 Fiebre
- 10 Disuria
- 11 Flujo transvaginal

5.2.1.2 Consultas subsecuentes:

5.2.1.2.1 Permitir a la embarazada aclarar todas las dudas, exponer sus síntomas.

5.2.1.2.2 Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

5.2.1.2.3 Identificar signos de emergencia obstétrica.

5.2.1.2.4 Medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardiaca fetal, ultrasonido y registro cardiotocográfico, cuando sea necesario.

5.2.1.2.5 Interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía en los estudios, se deberá trasladar a la paciente al servicio de atención obstétrica de emergencia para que reciba consulta por médico especialista de forma inmediata.

5.2.1.2.6 A todas las embarazadas se les debe realizar la prueba de detección para diabetes gestacional, conforme a la norma oficial mexicana citada en el punto 2.20 del apartado de referencias de esta norma.

5.2.1.2.6.1 Las mujeres con diagnóstico de DG deberán ser referidas a una unidad médica de 2o. o 3er. nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una CTOG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hijo.

5.2.1.2.7 Promoción para que la mujer acuda a consulta, en su caso, con su pareja o algún familiar, para integrar y corresponsabilizar a la familia al control y vigilancia del embarazo.

5.2.1.2.8 Promoción de la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos de madre VIH positiva, en los cuales se ofrecerán sucedáneos de la leche materna, conforme a la Norma Oficial Mexicana en la materia.

5.2.1.2.9 Proporcionar información completa sobre los métodos de planificación familiar, conforme a la Norma Oficial Mexicana en la materia.

5.2.1.2.10 Aplicar inmunizaciones de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana en la materia.

5.2.1.2.11 Proporcionar información completa a la embarazada y familiares, sobre la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto, en el que se identifique la unidad de atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de emergencia.

5.2.1.2.12 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de emergencia obstétrica a las unidades de atención con la capacidad resolutive adecuada.

5.2.1.2.13 El personal de salud deberá conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación de la unidad de Atención de Emergencia Obstétrica que le corresponda.

5.2.1.2.14 Con base en los datos anteriores, se definirá el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica (ver apéndice normativo J) para la mujer embarazada.

5.2.1.2.15 La unidad de atención debe proporcionar a la gestante, un carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos:

5.2.1.2.15.1 Ficha de identificación.

5.2.1.2.15.2 Antecedentes heredo familiares.

5.2.1.2.15.3 Antecedentes personales patológicos.

5.2.1.2.15.4 Antecedentes ginecoobstétricos.

5.2.1.2.15.5 Factores de riesgo.

5.2.1.2.15.6 Evolución del embarazo en cada consulta incluyendo:

5.2.1.2.15.6.1 Fecha

5.2.1.2.15.6.2 Edad gestacional

5.2.1.2.15.6.3 Peso

5.2.1.2.15.6.4 Presión arterial

5.2.1.2.15.6.5 Fondo uterino

5.2.1.2.15.6.6 Frecuencia cardiaca fetal

5.2.1.2.15.6.7 Resultados de exámenes de laboratorio

5.2.1.2.15.6.8 Observaciones

5.2.1.2.16 Resultado de la atención obstétrica

5.2.1.2.16.1 Factores de riesgo para embarazos posteriores

5.2.1.2.16.2 Mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

5.2.1.3 En toda unidad de salud que brinde atención obstétrica y/o pediátrica, se debe de promover la integración y operación de un comité para la prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

5.2.1.4 Los comités para la prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal deberán conocer el número y la causalidad de esas defunciones y casos de morbilidad severa, emitir y dar seguimiento a sus recomendaciones, además de elaborar informes periódicos para el establecimiento de acciones preventivas y proponer acciones específicas para reducir la morbilidad y la mortalidad y fortalecer la salud materna y perinatal. Los Comités deben ser grupos colegiados, multidisciplinarios, con capacidad técnica para proponer recomendaciones, para impulsar la mejora continua de la calidad de atención médica y obstétrica.

5.2.1.5 El control prenatal deberá estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales, urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo.

5.2.1.6 El médico o cualquier prestador de los servicios de salud deberá realizar, en cada consulta, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y complicaciones propios de la edad gestacional, de acuerdo a los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

5.2.1.7 Independientemente de sus factores de riesgo, como parte del control prenatal, ante situaciones obstétricas de urgencia, toda mujer embarazada debe tener acceso a la Atención a la Emergencia Obstétrica, tanto en instituciones públicas como privadas, en los términos de las disposiciones jurídicas que resulten aplicables.

5.2.1.8 La unidad de salud debe garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio y durante la Atención a la Emergencia Obstétrica.

5.2.1.9 En todos los casos de hemorragia obstétrica, se deberá brindar atención médica con oportunidad, calidad técnica y calidez.

5.3. Prevención del peso bajo al nacimiento

5.3.1 El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica deberá seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento. Ver el Apéndice Normativo E.

5.3.2 La detección oportuna se deberá realizar tres meses antes del embarazo y durante la gestación.

5.3.3 Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, identificación de los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

5.3.4 Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino, valoración clínica del crecimiento fetal y, de ser posible, seguimiento ultrasonográfico.

5.3.5 El manejo de la prematuridad implica el diagnóstico y el tratamiento oportuno de la amenaza de parto pretérmino así como la inducción de madurez pulmonar fetal y el manejo adecuado del recién nacido.

En todas las unidades que manejan partos pretérmino, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto del recién nacido con la mamá. Además de propiciar alimentar al recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible a través de valoración clínica del médico.

5.4 Atención del parto

5.4.1 En toda unidad médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto. Es necesario priorizar el parto natural y en pacientes primigestas de no existir contraindicación médica u obstétrica se debe propiciar el trabajo de parto y parto natural. Reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.4.2 Al ingreso de toda mujer para atención obstétrica, se abrirá el expediente clínico de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana en la materia y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice Normativo B. En caso de necesitar traslado a una Unidad de Salud resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

5.4.3 Durante el trabajo de parto se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o decúbito lateral izquierdo para mejorar el trabajo de parto y las condiciones del feto y de la madre, respetando todas las posiciones que la embarazada desee utilizar, en tanto no exista contraindicación médica.

5.4.4 La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se aplicarán según el criterio médico, previa información y autorización de la paciente.

5.4.5 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se realizarán según el criterio médico, previa información y autorización de la paciente, debiéndose aplicar el respectivo protocolo institucional, justificado por escrito, realizado por personal capacitado y bajo vigilancia.

5.4.6 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas. Los procedimientos invasivos ameritan consentimiento informado por escrito.

5.4.7 En toda unidad de salud con atención obstétrica, se aplicará la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico y el Lineamiento técnico-médico para la indicación y práctica de la operación cesárea.

5.4.8 La tricotomía o afeitado vulvo perineal, la aplicación de enema evacuante durante el trabajo de parto y la episiotomía obedecerán a indicación médica y la mujer deberá ser informada previamente.

5.4.9 El registro e interpretación de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal deberá ser por lo menos cada 30 minutos en la fase activa y cada 15 minutos en el segundo periodo del trabajo de parto.

5.4.10 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales se realizará de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y por indicación médica.

5.4.11 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deberán hacerse por lo menos cada hora, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

5.4.12 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, como lo establece la Norma Oficial mexicana en la materia.

5.4.13 Durante el periodo expulsivo, no deberá realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

5.4.14 La atención del parto en posición vertical se podrá efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la gestante y del producto de la concepción, así como de los requerimientos de la infraestructura hospitalaria y del personal capacitado para este tipo de atención.

5.4.15 El pinzamiento del cordón umbilical se debe realizar entre los 30 a 60 segundos después del nacimiento (eutocia) previa aspiración de secreciones nasales del recién nacido con perilla, siempre que las condiciones clínicas lo permitan.

5.4.16 El manejo del tercer periodo del parto debe ser activo; consiste en la tracción suave y sostenida del cordón umbilical, aplicación de oxitocina 10 UI por vía intramuscular posterior al nacimiento del hombro anterior y finalmente masaje uterino por abdomen. Se comprobará la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, se revisará la integridad del canal del parto. Asimismo, se verificará que el útero se encuentre contraído, que el sangrado transvaginal sea escaso, que el pulso y la presión arterial sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo a criterio médico y conforme al Lineamiento técnico de hemorragia obstétrica.

5.4.17 Ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información de la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se realizará la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

5.4.18 En todas las púerperas Rho (D) negativas se deberá pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde al recién nacido, dejando sin pinzar su extremo placentario y se evitará, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

5.4.19 Los datos correspondientes al resultado del parto deberán consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

5.4.19.1 Tipo y atención del parto;

5.4.19.2 Fecha y hora de nacimiento;

5.4.19.3 Condiciones del recién nacido al nacimiento: sexo, peso, talla, perímetro cefálico, valoración Apgar, Silverman Anderson, edad gestacional, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas.

5.4.19.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones.

5.5 Atención del puerperio

5.5.1 Toda unidad de salud que proporcione atención obstétrica, aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deberán incluir:

5.5.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.5.1.2 Posteriormente, revisar a la paciente cada cuatro horas; se valorarán el comportamiento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea;

5.5.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida del recién nacido, en aquellas mujeres cuyas condiciones lo permitan;

5.5.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulación, alimentación normal e hidratación;

5.5.1.5 Informar a la paciente para que identifique, oportunamente, signos y síntomas de alarma.

5.5.1.6 Realizar exploración vaginal antes del egreso institucional. El egreso de la paciente podrá efectuarse a las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

5.5.1.7 A las madres Rho (D) negativas, con recién nacido Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D". La atención preferentemente deberá ser realizada por personal calificado.

5.5.1.8 Se promoverá desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de dos controles médicos.

5.5.1.9 Durante el internamiento y antes del alta, orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma (fiebre, hemorragia, cefalea persistente) que ameritan atención médica de la madre.

5.5.2 Para la atención del puerperio mediano y tardío, se deberá:

5.5.2.1 Proporcionar dos consultas, la inicial dentro de los primeros quince días y la segunda al final del puerperio.

5.5.2.2 Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura. Tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

5.5.2.3 Proporcionar información lo más completa posible a los padres sobre los cuidados del recién nacido, la lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

5.5.2.4 Proporcionar información completa a los padres sobre los riesgos de tener un periodo intergenésico menor a dos años y sobre las alternativas y beneficios de la anticoncepción postevento obstétrico.

5.6 Atención al recién nacido

5.6.1 La atención del recién nacido vivo implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los días 3 y 5 días, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

5.6.2 Toda unidad médica que proporcione atención obstétrica deberá tener reglamentados procedimientos para la atención del recién nacido que incluyan:

5.6.2.1 Reanimación neonatal;

5.6.2.2 Manejo del cordón umbilical;

5.6.2.3 Valoración de Apgar, conforme al Apéndice Normativo F;

5.6.2.4 Valoración de Silverman Anderson.

5.6.2.5 Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1mg IM;

5.6.2.6 Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local;

5.6.2.7 Exámenes físico y antropométrico completos;

5.6.2.8 Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular de acuerdo al Apéndice Normativo G;

5.6.2.9 Vacunación de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana en la materia;

5.6.2.10 Alojamiento conjunto;

5.6.2.11 Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, y

5.6.2.12 Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.

5.6.3 Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en el Apéndice Normativo H.

5.6.4 Se deberá realizar el examen físico del recién nacido, valorando los siguientes elementos:

5.6.4.1 Aspecto General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, somatometría y otros elementos que permitan considerar sano o no al recién nacido.

5.6.4.2 Piel: color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, vérmix caseosa, su presencia, y si está teñida de meconio, uñas.

5.6.4.3 Cabeza y Cara: tamaño, moldeaje, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.

5.6.4.4 Ojos: presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.

5.6.4.5 Oídos: tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.

5.6.4.6 Nariz: permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

5.6.4.7 Boca: presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea.

5.6.4.8 Cuello: movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.

5.6.4.9 Tórax: forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.

5.6.4.10 Cardiovascular: Frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y/o ausencia de soplos, así como medición de presión arterial.

5.6.4.11 Abdomen: forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena).

5.6.4.12 Genitales: anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos, implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración, presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.

5.6.4.13 Ano: permeabilidad y localización.

5.6.4.14 Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

5.6.4.15 Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.

5.6.4.16 Estado neuromuscular: reflejo de Moro, glabellar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

5.6.5 Para la evaluación y registro de examen antropométrico deberán utilizarse las tablas de OMS vigentes.

5.6.6 En caso de identificar alteraciones y/o defectos al nacimiento, se aplicará la Norma Oficial Mexicana sobre la materia.

5.6.7 Se recomienda investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil Du y la prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs.

5.6.8 Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hijo.

5.6.9 Se evitará el ayuno por más de cuatro horas en el recién nacido a menos de que exista indicación médica y siempre con aporte de soluciones parenterales según requerimientos.

5.6.10 En el alojamiento conjunto, se deberá vigilar y tomar signos vitales al recién nacido por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que el recién nacido esté en decúbito ventral ("boca abajo"), para reducir el riesgo de muerte súbita.

5.6.11 Se deberá vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a todo recién nacido que haya recibido maniobras de reanimación neonatal.

5.6.12 Se deberá tomar muestra de sangre de talón para tamiz metabólico a partir de las 72 horas e idealmente, antes de los 5 días. Para casos especiales consultar el lineamiento técnico correspondiente.

5.6.13 Evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo al recién nacido.

5.7 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.7.1 En toda unidad de salud que proporcione atención obstétrica, se aplicarán criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.7.2 Se deberá promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses del recién nacido y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.7.3 Durante la lactancia, se vigilarán estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice Normativo D.

5.7.4 En las unidades de salud no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.7.5 La entrega o la indicación de sucedáneos de la leche materna a menores de cuatro meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se registrará en el expediente clínico.

5.7.6 Las unidades médicas deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Deberá informarse diariamente a las embarazadas y púerperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.

5.7.7 En las unidades de salud no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.

5.8 Manejo del niño con peso bajo al nacimiento

5.8.1 En las instituciones de salud se promoverá que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino del recién nacido pretérmino o con peso bajo se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer niveles de atención o por personal especializado.

5.8.2 Al nacimiento, utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar al recién nacido y tomar las medidas pertinentes en su manejo, de conformidad con el Apéndice Normativo E. Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.8.3 Se promoverá que el recién nacido de bajo peso sea alimentado con leche de su propia madre.

5.8.4 Los padres deberán ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de peso bajo, para su integración a programas específicos.

5.9 Prevención y detección de enfermedades metabólicas congénitas

5.9.1 La prevención del retraso mental y otros daños producidos por el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales se llevará a cabo mediante la promoción de la salud, la detección, el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

5.9.2 En toda unidad de salud que atienda partos y recién nacidos, se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida. Para casos especiales, consultar el "Lineamiento técnico para la detección y tratamiento oportuno e integral del hipotiroidismo congénito"

5.10 Promoción a la salud materna y perinatal

5.10.1 En toda unidad de salud deberán:

5.10.1.1 Desarrollar acciones de educación para la salud, orientadas a favorecer cambios de actitud y aptitud en relación con la salud perinatal, a fin de lograr una maternidad, ambientes de trabajo y hogares saludables, mediante el autocuidado de la salud y el fortalecimiento de factores promotores de la misma.

5.10.1.2 Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los riesgos para la salud materno-perinatal, incluyendo la violencia y los factores ambientales negativos.

5.10.1.3 Promover y evaluar campañas educativas para informar, orientar y motivar la participación de la población en materia de prevención de riesgos para la salud materna y perinatal.

5.10.1.4 Proporcionar información completa acerca de:

5.10.1.4.1 La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

5.10.1.4.2 El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño.

5.10.1.4.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

5.10.1.4.4 Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención.

5.10.1.4.5 Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

5.10.1.4.6 Los cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

5.10.1.4.7 La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas del niño.

5.10.1.4.8 La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

5.10.1.4.9 Los esquemas de vacunación.

5.10.1.4.10 La planificación familiar desde el control prenatal y de los métodos posparto.

5.10.1.4.11 La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

5.10.1.4.12 La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

5.10.1.4.13 Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

5.10.1.4.14 La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11 Registro e información

5.11.1 Los Jefes de Obstetricia y de Pediatría de las unidades de atención médica deberán efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a los recién nacidos, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por los responsables del área de estadística correspondiente.

5.11.2 Por cada nacido vivo se deberá llenar en forma completa y correcta, un Certificado de Nacimiento en original, cuya distribución gratuita estará a cargo de la unidad u hospital donde se presentó el nacimiento, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11.3 El Certificado de Nacimiento será llenado de conformidad con el Manual de Implementación del Certificado de Nacimiento, disponible para su consulta en la siguiente liga electrónica http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/CN_ManualImplementacion.pdf, así como, el Manual de Llenado del Certificado de Nacimiento, disponibles para su consulta en la siguiente liga electrónica http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/CN_ManualLlenado.pdf y/o las disposiciones jurídicas aplicables.

5.11.4 Por cada muerte materna o perinatal, debe llenarse el Certificado de Defunción, inmediatamente después de ocurrir el hecho, observándose lo señalado por las disposiciones jurídicas aplicables sobre el manejo del Certificado de Defunción. Asimismo, en caso de muerte fetal se llenará el certificado correspondiente, de acuerdo con las disposiciones jurídicas aplicables.

6. Vigilancia epidemiológica

6.1 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se deriva al SINAVE que cumple con las disposiciones del CONAVE y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.

6.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna.

6.3 El estudio epidemiológico de la muerte materna implica el llenado de formatos relacionados. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos.

6.4 Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados de muerte materna.

6.5 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se debe realizar conforme a la Norma Oficial Mexicana en materia de vigilancia epidemiológica.

7. Concordancia con normas internacionales

7.1 Esta Norma concuerda parcialmente con las siguientes guías internacionales:

7.1.1 Organización Mundial de la Salud, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto. 2003

7.1.2 Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y Academia Americana de Pediatría. Guías de Cuidado Perinatal, sexta edición, Octubre 2007.

8. Bibliografía

8.1 Academia Americana de Pediatría y Asociación Americana de Cardiología, Reanimación neonatal, 5ª edición, 2006.

8.2 American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 32: supp 1, 2009.

8.3 Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P, Care of the newborn. Save the children federation, Washington DC. 2004.

8.4 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 1. Teratology. Clinical expert series. Obstet Gynecol, 113:166-88, 2009.

8.5 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 2. Drugs with minimal or unknow human teratogenic effect. Clinical expert series Obstet Gynecol, 113:417-32, 2009.

8.6 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité para el Estudio de los Aspectos Eticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer. Noviembre 2006.

8.7 Lawn JE, Zuspan J, Begkoyian G, Disease control priorities in developing countries, 531-549, 2006.

8.8 Ley General de Salud.

8.9 Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Luis Castelazo Ayala. IMSS LCA No. 4. 2005.

8.10 Organización Mundial de la Salud (WHO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Atención obstétrica de emergencia, 2003.

8.11 Organización Mundial de la Salud, Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna, 2009.

8.12 Organización Panamericana de la Salud, León-cava N, Lutter CH, Ross J, Martin MA, Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña evidencia 2002.

8.13 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Presidencia de la República. Estados Unidos Mexicanos.

8.14 Programa de la Organización Mundial de la Salud para identificar las prácticas más efectivas en salud reproductiva. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.

8.15 Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

8.16 Secretaría de Salud, Programa de acción específico, Arranque Parejo en la Vida 2007-2012, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

8.17 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, Manual de Implementación del Certificado de Nacimiento, México 2007.

8.18 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, 2002. Disponible en <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx>

8.19 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la pre-eclampsia eclampsia. 2006. Disponible en <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx>

8.20 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, Lineamiento técnico "cesárea segura". 2002. Disponible en <http://www.generosaludreproductiva.gob.mx>

8.21 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. 2009.

8.22 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

8.23 Secretaría de Salud. Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.

8.24 World health organization, Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage, Department of making pregnancy safer, 2007.

8.25 World Health Organization, Report of technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland, 2006.

8.26 World Health Organization, Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth Edition. 2009.

9. Observancia de la Norma

La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia

La presente Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de la presente Norma, deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 9 de octubre de 2012.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Pablo Antonio Kuri Morales**.- Rúbrica.

11. Apéndices Normativos

APENDICE NORMATIVO A

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL (CRITERIOS DE CLASIFICACION)

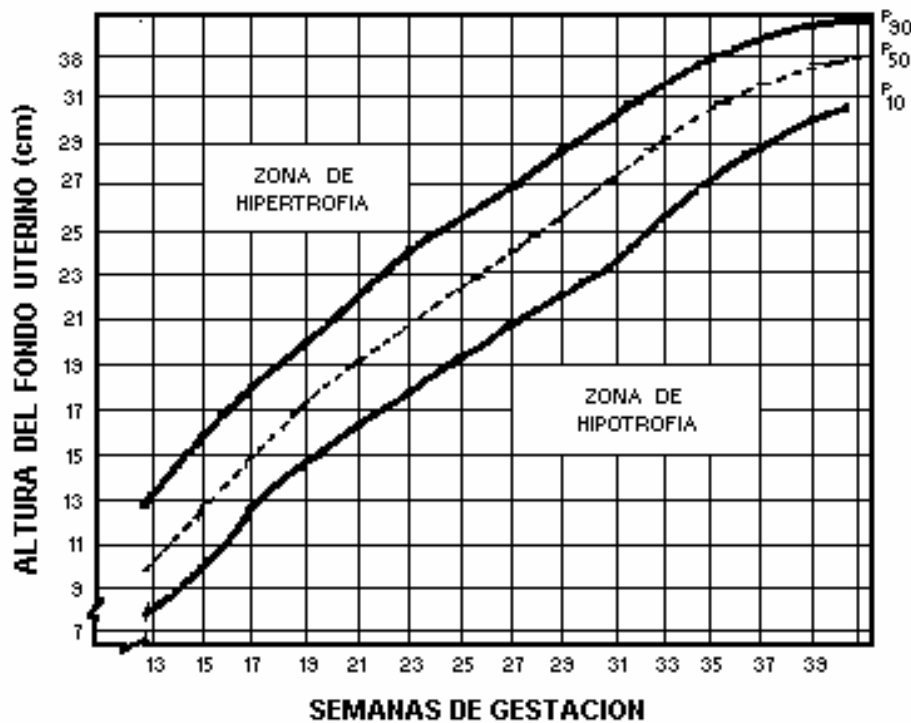
La altura del fondo uterino, según la edad gestacional, se deberá medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino. De acuerdo con los hallazgos encontrados, se clasificará de la siguiente manera:

Normal.- Cuando está entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura del fondo uterino, según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentra por debajo del percentil 10 o por encima del 90 de la curva de altura del fondo uterino, según edad gestacional. Amerita la investigación y tratamiento de los factores condicionantes (hábito de fumar, consumo de alcohol, anemia materna, embarazos múltiples, polihidramnios, entre otros) y la orientación nutricional correspondiente. Se deberá citar cada 15 días y consultar con el especialista.

APENDICE NORMATIVO A

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN LA EDAD GESTACIONAL



FUENTE: FESCINA, R.N. y COLS ; CLAP ; 1990

APENDICE NORMATIVO C
EVALUACION DEL ESTADO DE NUTRICION

1.- Medición del Índice de masa de peso corporal (IMC) pregestacional

El IMC es el cociente del peso corporal en kilogramos (kg) dividido entre el cuadrado de la estatura medida en metros.

Si lo que interesa es el IMC pregestacional, se necesita conocer, con seguridad, el peso pregestacional y la talla.

El IMC se interpreta como sigue:

menos de 18.5 kg/m ²	bajo peso
18.5 a 24.9	peso ideal
25 a 29.9	sobrepeso
30 a 34.9	obesidad
Más de 40	obesidad extrema

El IMC no está validado en púberes ni en mujeres con estatura menor de 1.50 metros (m) y no deberá usarse en estos casos.

Un IMC bajo (<18.5) sugiere desnutrición, un IMC alto (25 a <30) revela sobrepeso y un IMC muy alto (30 ó más) indica obesidad. Estos valores son indicativos y ameritan estudios más detallados.

La ganancia deseable de peso, durante el embarazo, es:	
Mujeres con IMC bajo	12.5 a 18.0 kg
Mujeres con IMC normal	11.35 a 15.89 kg
Mujeres con IMC alto	6.81 a 11.35 kg
Mujeres con IMC muy alto	4.00 a 9.0 kg

NOTA:

- En adolescentes, se recomienda el límite superior de la ganancia deseable.
- En mujeres pequeñas (<1.50 m) se recomienda el límite inferior de la ganancia deseable

APENDICE NORMATIVO D
CATEGORIAS DE MEDICAMENTOS SEGUN RIESGO FETAL

A	No existe riesgo sobre el feto. Aprobado su uso en el embarazo
B	No existe evidencia de riesgo en fetos humanos. Existe posible evidencia de toxicidad en animales
C	El riesgo sobre el feto, en humanos, es desconocido. Existe evidencia definitiva de toxicidad fetal en animales
D	Existe evidencia de daño sobre el feto. Puede utilizarse, en caso de que se justifique su beneficio y no exista otra alternativa
X	Está contraindicado su uso durante el embarazo

* Obstet & Gynecol 2009; 3: 425-432

ANTIBIOTICOS

Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Monobactámicos	B
Carbapenemos	C
Tetraciclinas	D
Aminoglucósidos	
Gentamicina	C
Amikacina	C
Kanamicina	D
Estreptomina	D
Tobramicina	C
Macrólidos	
Eritromicina	B
Claritromicina	C
Azitromicina	B
Vancomicina	C
Clindamicina	B
Quinolonas	C
Metronidazol	B
Trimetoprim-Sulfametoxazol	C
Sulfonamidas	B
Nitrofurantoína	B
Zidovudina	D

MEDICAMENTOS
TERATOGENICOS

INHIBIDORES DE LA ECA	C Y D
Metotrexate	X
Andrógenos	X
Cumarina	X
Retinoides	X

ANTIFIMICOS

Etambutol	B
Rifampicina	C
Isoniazida	C

ANTIPARASITARIOS

Mebendazol	C
Metronidazol	B
Quinina	X
Cloroquina	C
Primetamina	B
Prazicuantel	C

ANTICONVULSIVANTES

Difenilhidantoina	D
Fenobarbital	D
Acido Valproico	D
Carbamazepina	C
Etosuximida	C
Primidona	D
Trimetadiona	D
Clonazepam	C
Lamotrigina	C
Gabapentin	C

OVULOS VAGINALES

Clotrimazol	B
Miconazol	B
Butoconazol	C
Nistatina	B

Agente Teratógeno	Efectos
Tabaco	Peso bajo al nacimiento, parto pretérmino, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y aborto.
Alcohol	Restricción en el crecimiento intrauterino, disfunción en el sistema nervioso central, microcefalia, malformaciones en cara y otros órganos.
Cocaína	Atresia de intestino, malformaciones en corazón, riñón y cara, microcefalia, restricción en el crecimiento intrauterino, lesiones cerebrales, muerte fetal, enterocolitis necrotizante.
Cumarina (warfarina)	Síndrome warfarínico cuando se administra en la semana 6 a 10 de la gestación: Hipoplasia nasal, microftalmia, hipoplasia de extremidades, restricción en el crecimiento intrauterino, enfermedad cardiovascular y del sistema nervioso central.
Yodo radioactivo	Alteraciones en la glándula tiroides del feto.
Talidomida	Focomelia, malformaciones en corazón y gastrointestinales.
Retinoides y derivados	Aborto, defectos en el sistema nervioso central, agenesia del timo, malformaciones en corazón, dismorfismo craneofacial, microftalmia.

APENDICE NORMATIVO E

**CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS
PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL
GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA
(CRITERIOS DE CLASIFICACION)**

De conformidad con la institución, se puede utilizar cualquiera de las dos opciones, para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso del recién nacido y a las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla, se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Todo recién nacido antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Los recién nacidos entre las semanas 37 a 42 de gestación.

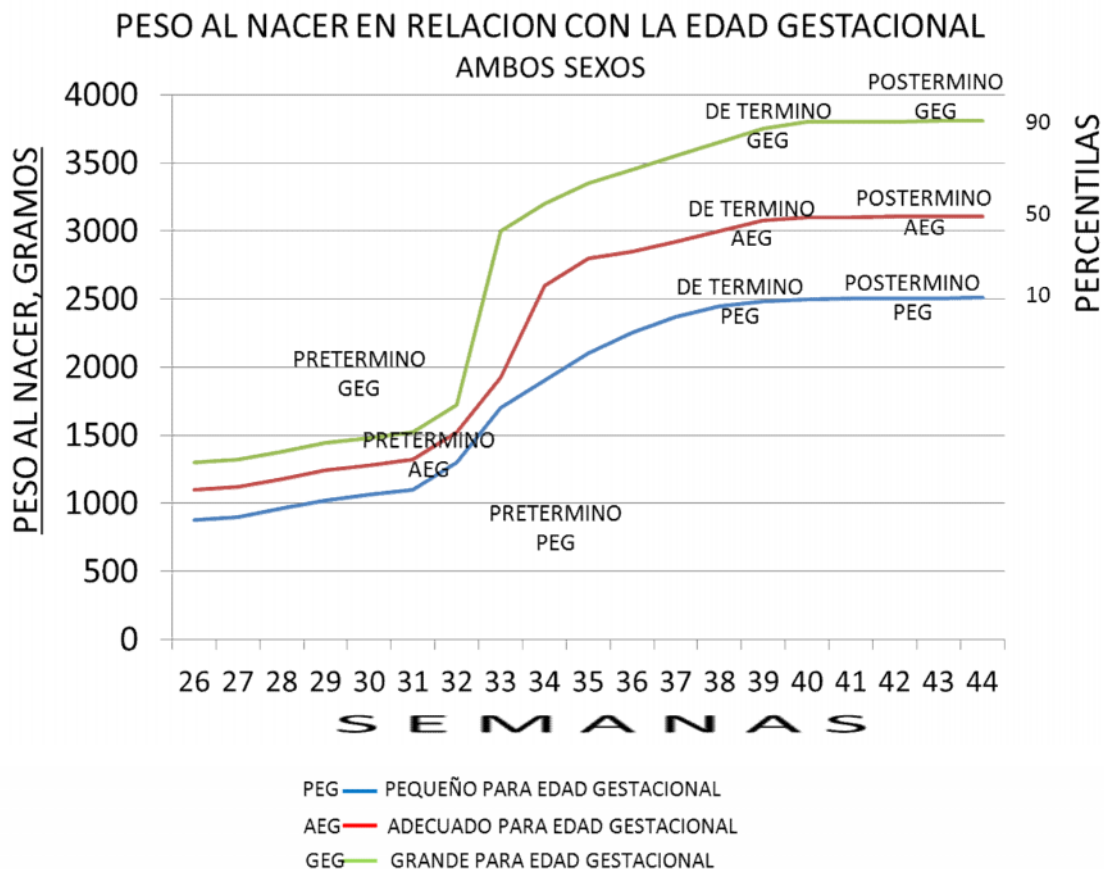
RESPECTO DE SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo del percentil 10, correspondiente a su edad gestacional.

APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre los percentiles 10 y 90 correspondiente a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba del percentil 90 correspondiente a su edad gestacional.

APENDICE NORMATIVO E



APENDICE NORMATIVO F
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR
(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

De acuerdo con el método de Apgar, se valorará al recién nacido al minuto y los cinco minutos. La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido. De acuerdo con los hallazgos obtenidos, se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos

Al recién nacido con calificación de 7 o más, se le considera normal. Se deberá continuar su atención.

El recién nacido con calificación de 6 o menos, amerita atención especial.

APENDICE NORMATIVO F
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

APENDICE NORMATIVO G
EDAD GESTACIONAL
METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR
LA EDAD GESTACIONAL
(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón. 2) Textura de la piel. 3) Forma de la oreja. 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares; y dos signos neurológicos: I) signo "de la bufanda" y II) signo "cabeza en gota".

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se utilizarán sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los dos signos neurológicos (columna "B").






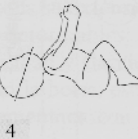
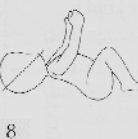

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológicas se utilizan los cinco datos somáticos de la columna A, agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos, se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria o pasar a terapia intensiva, de acuerdo con su condición.
- A término: cuando el recién nacido sume de 260 a 294 días de gestación; pasará, si las condiciones lo permiten, con su madre en alojamiento conjunto y se iniciará la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino: si el recién nacido tiene 295 días o más de gestación, deberá observarse durante las primeras 12 horas, ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten, pasará con su madre, en alojamiento conjunto, e iniciará la lactancia materna.

APENDICE NORMATIVO G

SOMÁTICO Y NEUROLÓGICO K= 200 días	SOMÁTICO K= 204 días	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola 0	Pezón bien definido areola 0.75 cm 5	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm 10	Areola sobresaliente, 0.75 cm 15	
		B	textura de la piel	Muy fina gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa, rígida, surcos superficiales. Descamación superficial 18	Gruesa y apergaminada 22
			Forma de la oreja	Plana y sin forma 0	Inicio engrosamiento del borde 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior 10	Engrosada e incorvada totalmente 24	
			Tamaño del tejido mamario	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm 5	Diámetro 0.5- 1.0 cm 10	Diámetro >1.0 cm 15	
			Pliegues plantares	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. surcos 1/3 anterior 10	Surcos sobre mitad anterior 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior 20
		Signo "de la bufanda"	 0	 6	 12	 18		
		Signo "cabeza en gola"	 0	 4	 8	 12		

APENDICE NORMATIVO H
VALORACION FISICO-NEUROLOGICA
METODO DE BALLARD MODIFICADO PARA VALORACION
FISICO-NEUROLOGICA
(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

Método de Ballard modificado

- El Método de Ballard modificado utiliza 7 signos físicos (piel, lanugo, superficie plantar, mama, ojo/oreja, genitales masculinos, genitales femeninos) y 6 signos neuromusculares (postura, ventana cuadrada en la muñeca, rebote de brazos, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, talón oreja). El valor deberá compararse con una escala de madurez que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino: De 28 a menos de 37 semanas o de 10 a 30 puntos; se transferirá para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva de acuerdo con su condición.
- Término: De 37 a menos de 42 semanas o de 35 a 40 puntos
- Postérmino: De 42 semanas o más, también de 45 a 50 puntos; deberá observarse presencia de hipoglicemia, hipomagnesemia, hipocalcemia.

APENDICE NORMATIVO H

		0	1	2	3	4	5	
Madurez neuromuscular	Postura							
	Ángulo de la muñeca							
	Ángulo del codo							
	Ángulo poplíteo							
	Signo de la bufanda							
	Talón oreja							
		0	1	2	3	4	5	
Madurez física	Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Ligeramente rosada venas visibles	Descamación superficial pocas venas	Descamación áreas pálidas, venas raras	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa, rugosa	
	Lanugo escaso	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso		
	Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transverso único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta		
	Mamas	Ligeramente perceptibles	Areola plana sin pezón	Areola levantada 1-2 mm de pezón	Areola levantada 3-4 mm de pezón	Areola completa 5-10 mm		
	Oído	Aplanado permanente doblado	Borde ligeramente curvo, suave Recup. lenta	Borde curvo suave de fácil recuperación	Formado firme recuperación instantánea	Cartilago grueso, firme		
	Genitales masculinos	Escroto vacío, sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos muchas rugosidades	Testículos en pendulo Rugosidades completas		
	Genitales femeninos	Clitoris y labios menores prominentes		Labios menores y mayores iguales	Labios mayores más grandes	Clitoris y labios menores cubiertos		
							Escala de madurez	
							CALIFICACIÓN	SEMANAS
							5	26
							10	28
							15	30
							20	32
							25	34
							30	36
							35	38
							40	40
							45	42
							50	44

APENDICE NORMATIVO I

Antecedentes												
U. Médica		Edad		FUM		Confiable <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no						
FPP		Grupo y Rh: Madre		Padre		Gestas		Partos				
Cesáreas		Abortos		Ectópicos		Izq.		Der.				
Talla		Peso antes del embarazo		Peso ideal		Hijos vivos						
No.	Fecha nacimiento	Sem. gest. al naci.	Peso	Vivo/Óbito/M.perinatal	Madre			Hijo				
Vigilancia del embarazo					Tratamientos							
Primer trimestre					Diagnóstico							
Citas fecha	Sem. gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	Signos y síntomas							
					Dolor obst.	Vómito	Urinaria	Vaginal	Edema	Medicamentos	Dosis	
Segundo trimestre					Diagnóstico							
Citas fecha	Sem. gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	FCF	Signos y síntomas						
						Dolor obst.	Mov. fetal	Urinaria	Vaginal	Edema	Medicamentos	Dosis
Tercer trimestre					Diagnóstico							
Citas fecha	Sem. gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	FCF	Signos y síntomas						
						Activ. uterina	Mov. fetal	Urinaria	Vaginal	Edema	Medicamentos	Dosis
Exámenes												
VDRL		Tamiz de glucosa			Cervicovag							
Fecha	Ht	Hb	Urea	Creatinina	Orina	Glu	Otros					
Ultrasonografía												
Embarazo:		Único		Múltiple		1° trim.		Fecha		Reporte		
Fecha	DBP	L.F.	C.C.	C.A.	Local placentaria	Liq. amniótico	Observaciones					
Identificación de factores de riesgo												
Fecha	Curso normal	Alto riesgo (anotar los factores de riesgo)							Manejo			

APENDICE NORMATIVO J

VALORES NORMALES DE LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POSCARGA DE 100 GR DURANTE EL EMBARAZO

ayuno	95 mg/dl	5.3 mmol/L*
1 hora	180 mg/dl	10.0 mmol/L
2 horas	155 mg/dl	8.6 mmol/L
3 horas	140 mg/dl	7.8 mmol/L

American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 32: supp 1, 2009.

