



	<b>Work Instruction</b> <b>Instrucción de trabajo</b>				Departamento: Servicio Médico	
					No. Control: SOP-CO-SM-006	Pág. 1/3
	<b>EMBARAZO Y LACTANCIA</b>					
Elaborado Por: Dr. Gustavo Villegas	Firma: 	Fecha: Oct 2021	Aprobado Por: Antonio Dominguez	Firma: 	Fecha: Oct 2021	Fecha: Nov. 2021
Aprobado Por: Georgina Contreras	Firma: 	Fecha: Oct 2021	Aprobado Por:	Firma:	Fecha:	
Aprobado Por: Juan Arvilla	Firma: 	Fecha: Oct 2021	Aprobado Por:	Firma:	Fecha:	

### 1. PROPÓSITO / PURPOSE:

- 1.1. Identificar y tener registro de todas las trabajadoras de TECMA que se encuentren en estado de gravidez para realizar vigilancia periódica de su embarazo.
- 1.2. Establecer los lineamientos para la administración del beneficio del periodo de lactancia en todas las empleadas que regresan de su incapacidad de maternidad.
- 1.3. Asegurar que a empresa cumpla con las disposiciones legales, así como instruir las en los cuidados que deberán de adoptar en el centro de trabajo de acuerdo con el puesto que desempeñe.

### 2. ALCANCE / SCOPE:

- 2.1. Trabajadoras en periodo de lactancia y en periodo de gestación que laboren dentro de las instalaciones de plantas TECMA.

### 3. REFERENCIAS / REFERENCES:

- 3.1. Ley federal de trabajo
- 3.2. Ley del seguro social
- 3.3. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993

### 4. DEFINICIONES / DEFINITIONS:

- 4.1. Estado de gravidez o embarazo: Es el periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado hasta el momento del parto.
- 4.2. Embarazo: Dura 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente 9 meses)
- 4.3. Signos de embarazo: Amenorrea o ausencia del periodo menstrual, hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos), fatiga, deseos frecuentes de orinar, manifestaciones cutáneas.
- 4.4. Parto: También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo. El periodo de salida del bebe del útero materno.
- 4.5. Puerperio Fisiológico: Es el periodo que inmediatamente sigue después del parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno incluyendo hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pregestacionales aminorando las características adquiridas durante el embarazo.
- 4.6. Lactancia: Es un tipo de alimentación que consiste en que un bebe se alimente con la leche de su madre. La leche, justamente es un alimento de características únicas que permite que la madre transmita su mecanismo de defensa al recién nacido, mientras que el acto de amamantar logra fortalecer la relación madre hijo.

5. DOCUMENTOS APICABLES/ APPLICABLE DOCUMENTS

- 5.1. Notificación de lactancia FWI-CO-SM-010 (Personal operativo) y FWI-CO-SM-017 (Personal administrativo)
- 5.2. FWI-CO-SM-011 Notificación de embarazo
- 5.3. FWI-CO-SM-006 Control prenatal

6. RESPONSABILIDADES / RESPONSIBILITIES DEL PUESTO

- 6.1. Trabajadora TECMA: Dar aviso a departamento medico de estado de gravidez
- 6.2. Enfermería: Notificar a supervisor, recursos humanos, y registrar a personal en periodo de gestación y lactancia.
- 6.3. Gerente Medico: Asegurar que se cumpla procedimiento

7. INSTRUCCION DE TRABAJO / WORK INSTRUCTION:

7.1. Embarazo

- 7.1.1. Todas las empleadas que tengan la “sospecha” de encontrarse en periodo de gestación, deberán acudir a su clínica médica familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) correspondiente, para confirmar dicho estado de embarazo a través de estudios de laboratorio en sangre y conforme al resultado de las pruebas, iniciar o no su control prenatal con dicha institución.
- 7.1.2.En caso de que el resultado del análisis en sangre sea positivo deberán acudir al Servicio médico con copia de los resultados de laboratorio del IMSS, con la finalidad de iniciar el control prenatal interno.
- 7.1.3.Así mismo la empleada deberá informar a su jefe(a) inmediato de su condición.
- 7.1.4.Personal de enfermería dará aviso por medio del formato Notificación de embarazo, la cual firmaran de enterados Supervisor de Área, trabajadora y personal de enfermería, para que se tomen las medidas pertinentes o si es necesario se cambien de operación.
- 7.1.5.Las empleadas en estado de gravidez que se encuentren en 2do y 3er turno deberán ser reubicadas en 1er turno, decisión que se tomara en conjunto con su jefe(a) inmediato, conforme a la Ley Federal del Trabajo.

7.2. Control Prenatal

- 7.2.1.La trabajadora acudirá mensualmente a servicio médico para su revisión y llenado de formato Control Prenatal.
- 7.2.2.Programarle periódicamente a la empleada consultas de control, tal como lo estipula la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Cabe mencionar, que nuestro procedimiento interno tiene como objetivo brindar orientación y vigilancia durante periodo de embarazo con la finalidad de asegurar el bienestar del binomio Madre-Hijo(a), por lo tanto, dicho procedimiento NO sustituye al Control prenatal por parte del IMSS.
- 7.2.3. La trabajadora entregará en Departamento medico la incapacidad de maternidad expedida por el IMSS, así como las incapacidades adicionales que con motivo del embarazo o parto le expida el IMSS.

7.3. Lactancia

- 7.3.1. Toda mujer que regrese de una incapacidad de maternidad deberá ser enviada por medio de su supervisor inmediato al Departamento Medico para el llenado del Formato de otorgamiento de su periodo de lactancia.
- 7.3.2. El periodo de lactancia comprenderá de la fecha del nacimiento a los 6 meses de edad del recién nacido.
- 7.3.3.Se otorgarán 2 periodos de 30 minutos cada uno en el Departamento Medico de cada Planta en el área asignada para ello, donde la empleada podrá amamantar a su bebe o hacerse la extracción manual.
- 7.3.4. En caso de que la trabajadora opte por la opción de extracción manual, el Departamento Médico le proporcionara un extractor manual a la empleada.
- 7.3.5. Cada empleada deberá traer su(s) biberones debidamente identificados.

- 7.3.6.Una vez que la empleada termine su periodo de tiempo diario, entregara el biberón al Departamento Medico para su custodia donde serán resguardados cuidando la temperatura adecuada. (Refrigeración) y al concluir su turno de ese mismo día habrá de pasar a recogerlos.
- 7.3.7.Si por las condiciones de trabajo de la empleada no fuera factible llevar sus periodos de lactancia en el Departamento Médico de la Planta a que este asignada, podrá llegar a un acuerdo con su Supervisor y/o Gerente de área para poder retrasar su entrada (opción B) ,o adelantar su salida ( opción C )en 1 hora diariamente durante el periodo especificado mencionando esta opción en el Formato de otorgamiento a lactancia.
- 7.3.8. El Formato de otorgamiento a la lactancia constara de 3 opciones, de las cuales la opción “A” es la recomendada para promover la lactancia materna y cumplir con la normatividad de la Ley federal del Trabajo y La ley del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 7.3.9.La opción “B” y “C” deberán ser en común acuerdo con el supervisor y/o gerente de área, Supervisor y/o Gerente de Recursos Humanos y la empleada.
- 7.3.10. La enfermera y/ o el médico llenará el formato consiguiendo tanto las firmas de las personas mencionadas en el párrafo anterior, entregará original del formato a Recursos Humanos y una copia se archivará en el expediente médico de la empleada.
- 7.3.11. Para cualquier asunto no previsto en el presente documento la decisión será tomada por la Dirección de RH, bajo recomendación del médico de la Planta.

### 8. REGISTROS / RECORD

Registro <i>Record</i>	Retención <i>Retention</i>	Medio <i>Media</i>	Lugar <i>Storage</i>	Disposición <i>Disposal</i>
1	2 años	Digital/ físico	Departamento medico	Trituración

### 9.- CONTROL DE REVISIONES / REVISIONS CONTROL:

- 9.1 Historial de los cambios en el documento:

Revisión	Descripción del Cambio	Fecha
1	Documento de nueva creación	Octubre 2021



**DEPARTAMENTO MEDICO**  
**-NOTIFICACION DE EMBARAZO-**

Fecha. - \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_ Planta \_\_\_\_\_

Por medio de la presente se le informa que la  
trabajadora \_\_\_\_\_ No. Reloj \_\_\_\_\_  
se encuentra embarazada, por lo que, en la base a la ley federal del trabajo, título quinto,  
artículo 166, 167 y 170, deberá tener las siguientes condiciones especiales.

1. No deberá laborar después de las 22:00 hrs así como horas extraordinarias
2. No debe ser asignada a actividades en donde se manejen solventes u otros químicos,  
o donde haya presencia de humos o vapores de químicos.
3. No deberá ser asignada en áreas en donde sea necesario empujar, jalar o cargar  
objetos pesados.
4. Debe contar con la disponibilidad del uso de una silla durante su jornada laboral para  
evitar estar parada por tiempos prolongados.
5. No deberá laborar tiempo extra
6. Considerar permiso para ir al baño

Observaciones \_\_\_\_\_

Lo anterior con fecha efectiva \_\_\_\_\_ hasta el día en que le sea  
otorgada la incapacidad prenatal por el IMSS, el cual le corresponde aproximadamente el  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Medico

\_\_\_\_\_  
Firma Supervisor

\_\_\_\_\_  
Firma Trabajadora



**DEPARTAMENTO MEDICO  
LACTANCIA MATERNA**

**Formato de otorgamiento del periodo de Lactancia**

**PERSONAL ADMINISTRATIVO**

Fecha. - \_\_\_\_\_

Nombre de la empleada. \_\_\_\_\_ No. Reloj \_\_\_\_\_

Turno \_\_\_\_\_ Área y Departamento. \_\_\_\_\_

Supervisor /Gerente. - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebe. \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de lactancia: \_\_\_\_\_

Fecha de término de lactancia: \_\_\_\_\_

Para dar cumplimiento al Fundamento Legal: **Ley Federal del Trabajo Artículo 17 0Fracción IV y V:** Toda mujer en el período de lactancia hasta por el término máximo de seis meses, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el período señalado; Durante los períodos de descanso a que se refiere la fracción II, percibirán su salario íntegro.

**Marque la opción deseada:**

- ☐ 1. Tomaré 2 periodos extraordinarios de 30 minutos cada uno en el área asignada para la Lactancia en el Departamento Medico
- ☐ 2. Se recorrerá mi horario de entrada 1 (una) hora
- ☐ 3. Se adelantará el horario de salida en 1 (una) hora.
- ☐ 4. No deseo tomar el periodo de lactancia ofrecido por la Empresa

Firma Medico / enfermera. - \_\_\_\_\_

Firma Supervisor / Gerente del área. - \_\_\_\_\_

Firma Supervisor / Gerente de Recursos Humanos. - \_\_\_\_\_

Firma de la Empleada. - \_\_\_\_\_





PERSONAL ADMINISTRATIVO

Nombre de la empleada. \_\_\_\_\_ No. Reloj \_\_\_\_\_  
Área y Departamento. \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

Día WK	Primer horario				Segundo horario			
Lunes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Martes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Miércoles	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Jueves	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Viernes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	

Día WK	Primer horario				Segundo horario			
Lunes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Martes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Miércoles	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Jueves	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Viernes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	

Día WK	Primer horario				Segundo horario			
Lunes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Martes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Miércoles	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Jueves	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	
Viernes	Entrada:		Salida:		Entrada:		Salida:	

Firma de la empleada que recibe el servicio \_\_\_\_\_



## DEPARTAMENTO MEDICO

### LACTANCIA MATERNA

#### Formato de otorgamiento del periodo de Lactancia

#### PERSONAL OPERATIVO

Fecha. - \_\_\_\_\_

Nombre de la empleada. \_\_\_\_\_ No. Reloj \_\_\_\_\_

Turno \_\_\_\_\_ Área y Departamento. \_\_\_\_\_

Supervisor /Gerente. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebe: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de lactancia: \_\_\_\_\_

Fecha de término de lactancia: \_\_\_\_\_

Para dar cumplimiento al Fundamento Legal: **Ley Federal del Trabajo Artículo 17 0Fraccion IV y V:** Toda mujer en el periodo de lactancia hasta por el término máximo de seis meses, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa, o bien, cuando esto no sea posible, previo acuerdo con el patrón se reducirá en una hora su jornada de trabajo durante el periodo señalado; Durante los periodos de descanso a que se refiere la fracción II, percibirán su salario íntegro.

#### Marque la opción deseada:

☐ 1. Tomaré 2 periodos extraordinarios de 30 minutos cada uno en el área asignada para la Lactancia en el Departamento Medico

☐ 2. No deseo tomar el periodo de lactancia ofrecido por la Empresa

Firma Medico / enfermera. \_\_\_\_\_

Firma Supervisor / Gerente del área. \_\_\_\_\_

Firma Supervisor / Gerente de Recursos Humanos. \_\_\_\_\_

Firma de la Empleada. \_\_\_\_\_



Número de control/Control number: FWI-CO-SM-010

**PERSONAL OPERATIVO**

Nombre de la empleada. \_\_\_\_\_ No. Reloj \_\_\_\_\_  
Área y Departamento. \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_

Día WK	Primer horario					Segundo horario				
Lunes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Martes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Miércoles	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Jueves	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Viernes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		

Día WK	Primer horario					Segundo horario				
Lunes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Martes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Miércoles	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Jueves	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Viernes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		

Día WK	Primer horario					Segundo horario				
Lunes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Martes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Miércoles	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Jueves	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		
Viernes	Entrada:		Salida:			Entrada:		Salida:		

Firma de la empleada que recibe el servicio \_\_\_\_\_





**DEPARTAMENTO MEDICO**  
**-NOTIFICACION DE ALERGIAS A MEDICAMENTO-**

Fecha. - \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ manifiesto que el personal medico me ha explicado claramente las reacciones alérgicas que pudieran surgir al suministrar todo tipo de medicamento. Por lo que soy consciente que mi organismo pudiera generar alguna reacción alérgica o rechazo en cualquier momento algún medicamento suministrado o aplicado por el departamento.

En caso de ser alérgico algún medicamento, favor de mencionarlos.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Por lo que, desde ahora, libero de toda responsabilidad que pudiera intentar atribuirse al médico o enfermera de TECMA, y en este mismo acto doy mi consentimiento para la aplicación o administración del medicamento que pudiera requerir.

Firma del Medico

Nombre (s) apellidos y firma del paciente