DOMUS MEDICORUM

AÑO 4 • NÚM 10 • ENERO- ABRIL 2022

- VIOLENCIA SEXUAL
- EL EXAMEN CLÍNICO ESTRUCTURADO (ECOE) COMO HERRAMIENTA EVALUATIVA DE COMPETENCIAS EN MÉDICOS DE POSTGRADO EN EL INPER
- MEDICINA BASADA EN SIMULACIÓN EN POSTGRADO, INPER.
- LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO
- DIAGNÓSTICO DE SARS-COV-2: UNA MIRADA AL COMPORTAMIENTO DE LA PANDEMIA EN EL INPER Y SU EFECTO EN LA INVESTIGACIÓN
- EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA: UNA INTERVENCIÓN VANGUARDISTA EN TRABAJO SOCIAL EN EL INPer.
- DIA INTERNACIONAL DEL HOMBRE

INPer

HospitalEscandón
calidad médica a tu alcance

Imagenología
XRAY MD

NUEVO SERVICIO

•Resonancia Magnética

•Mejor Calidad de Imagen

•Más de 100 Estudios

•Mejores Resultados

El **nuevo equipo de resonancia magnética,** ofrece un diagnóstico **más preciso** en enfermedades de los **sistemas vascular,**osteoarticular y digestivo, **así como en patologías de tipo neurológico,** oncológico y **del sistema respiratorio.**

MAGNETOM Sempra permite proporcionar una **mayor variedad de exámenes a un mayor número de pacientes** y cubrir todas regiones corporales importantes:

- **Abdomen y Pelvis**
- Angiografía
- **Cardiología**
- Neurología
- **Oncología**
- Ortopedia
- **RM de mama**
- RM de próstata
- **RM pediátrica.**

Entrada por Manuel Dublan #42, Tacubaya, Miguel Hidalgo, C.P.11870, CDMX

Mayor informes a nuestros números
55-55-16-85-10 Ext. 1145 y 55-50-87-98-80

IG
IMAGEN GLOBAL
COMUNICACIÓN PARA LÍDERES Y ORGANIZACIONES

GESTIÓN DE REDES SOCIALES

REALIZAMOS

- Revistas especializadas
- Revistas institucionales
- Libros
- Boletines
- Catálogos
- Manuales
- Gacetas

5538.4009 | 5440.6955

imagenglobal.org/

Para mayor información

GACETA INFORMATIVA INPer
AÑO 4, NÚMERO 10, ENERO - ABRIL 2022

DOMUS MEDICORUM

DIRECTORIO

DIRECTIVA

Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez
Director General

Dra. Viridiana Gorbea Chávez
Directora de Educación en Ciencias de la Salud

Dr. Juan Luis García Benavides
Subdirector de Intercambio y Vinculación

Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz
Jefa del Departamento de Fomento y Herramientas Educativas

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz | *Director Editorial*
Dra. Patricia Yolanda Padilla Jasso | *Editora Adjunta*
Dr. Roberto Cortés Avalos | *Asistente Editorial*
Dr. Antonio Vega Gutierrez | *Asistente Editorial*
Mtra. Adriana Salazar Juárez | *Editora Adjunta*
Ma. Luisa Santillán | *Cuidado Editorial*
Héctor Dorantes | *Diseño Editorial*
Lic. Gabriela S. Llanos | *Directora de Comercialización*

COORDINADORES DE SECCIONES

Dra. María de Lourdes Gómez Sousa
"FIJANDO HORIZONTES"

Dra. Viridiana Gorbea Chávez
"A LA VANGUARDIA"

Dr. Juan Luis García Benavides
"APRENDIENDO JUNTOS"

Mtra. María Elvia Villagordoa Ramírez
"APOYO INCONDICIONAL"

Dra. Ericka Fabiola Gudiño Santos/Dr. Franco Vargas Rei
"POR TU SALUD"

Lic en T.S. Gabriela S. González González
"SIEMPRE A TU LADO"

C.P. María Iner Saucedo Jiménez
"CASA INPER"

CONTENIDO

5 "MENSAJE EDITORIAL"
Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz

6 VIOLENCIA SEXUAL
Dra. Areli Mariana Zúñiga Guzmán, Dra. Sandra Ivonne Pacheco Ruíz, Dra. Lourdes Gómez Sousa, Dr. Alejandro Rendón Molina, Dr. Alejandro Rosas Balan

11 EL EXAMEN CLÍNICO ESTRUCTURADO (ECOE) COMO HERRAMIENTA EVALUATIVA DE COMPETENCIAS EN MÉDICOS DE POSTGRADO EN EL INPER
Dr. Vega Gutiérrez Antonio, Dr.Cortés Ávalos Roberto, Dr. García Benavides Juan Luis,Dra. Gorbea Chávez Viridiana, Dra. Hernández Cruz Rosa Gabriela

14 MEDICINA BASADA EN SIMULACIÓN EN POSTGRADO, INPER.
Lic. José Antonio Badillo Trejo, Dr. Juan Luis García Benavides

20 LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE LA ALIMENTACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO
EEN. Adaí Ramírez Guzmán

24 DIAGNÓSTICO DE SARS-COV-2: UNA MIRADA AL COMPORTAMIENTO DE LA PANDEMIA EN EL INPER Y SU EFECTO EN LA INVESTIGACIÓN
QFB. Fonseca Perez Monica Selena., Mtro. Diaz Zurita Miguel Angel., Mtro. Valdés Montoya Elias. Isaac y Dra. Helguera Repetto Addy Cecilia

28 EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA: UNA INTERVENCIÓN VANGUARDISTA EN TRABAJO SOCIAL EN EL INPer.
Mtra. Rebeca Ortega Meza, Mtra. Gabriela Sofía González González

31 DIA INTERNACIONAL DEL HOMBRE
Mtra. María Antonia Aguilar Cortés y José Mauro Campos Almazán

DOMUS MEDICORUM Año 4, número 10, Enero - Abril 2022, es una publicación cuatrimestral de distribución gratuita. Editor Responsable: Adriana Salazar Juárez. Número de Certificado de Reserva otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor 04-2017-[illegible]. Número de Certificado de Licitud de Título y de Contenido otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas (EN TRAMITE). Domicilio de la Publicación: Cuauhtémoc No. 1430, Col. Navarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03320, México, D.F. Teléfono: 55 5488 0999. Impresión: Editorial Progreso S.A. de C.V. Número 338, Col. Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06400, México, D.F., Teléfono: 55 5566 9020 Distribución: A.G.R.T. Imagen Global, S.A. de C.V., Cuauhtémoc No. 958-104, Col. Navarte, Delegación Benito Juárez, México, D.F. 03320. Teléfonos: 55384009 y 54869893.

DOMUS MEDICORUM acepta anuncios publicitarios con criterio ético pero los editores no se hacen responsables de cualquier responsabilidad respecto a la veracidad y legalidad de los anuncios contenidos en los anuncios, el contenido de los artículos firmados son responsabilidad exclusiva del autor. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización por escrito de los editores. Impreso en México.

CARTA EDITORIAL

Este primer número de la gaceta "DOMUS MEDICORUM" 2022 es muy importante para nosotros, debido a que es el símbolo de un año de trabajo arduo y continúo de cada uno de los que conformamos este Instituto.

Este año 2022 sin duda vienen nuevos proyectos, nuevas metas para lograr una atención de calidad a nuestras pacientes, favorecer el trabajo en equipo, ser la Institución líder en salud integral en Salud Reproductiva y Perinatal. En este número se abordan temas que favorecen la generación de nuevo conocimiento, mediante la innovación e investigación de calidad que impacta en la población como son la realización del examen clínico estructurado, medicina basada en simulación en postgrado, otro de los temas de gran impacto e interés son diagnóstico de Sars-Cov2 una mirada del comportamiento de la pandemia, educación al paciente y su familia una intervención vanguardista en trabajo social. Como pueden observar hay una amplia diversidad de temas entre ellos alusivos a temas de equidad y género como son violencia sexual, día internacional del hombre; por lo que los invitamos a continuar leyendo nuestra publicación y seguir nutriendo con su participación y colaboración los próximos números de gaceta.

Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz
Jefa de Departamento de Fomento y Herramientas Educativas
Director Editorial

VIOLENCIA **SEXUAL**

Dra. Areli Mariana Zúñiga Guzmán, Dra. Sandra Ivonne Pacheco Ruíz, Dra. Lourdes Gómez Sousa, Dr. Alejandro Rendón Molina, Dr. Alejandro Rosas Balan

El 25 de noviembre se ha establecido como el día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer y a raíz de esto surge el presente artículo con la finalidad de concientizar e informar a todos aquellos que participan en la atención a la salud de la mujer. La frase "*yo sí te creo*" es, sin duda, el emblema de unidad internacional que representa a la evolución de los movimientos feministas de hoy en día, misma que ha cobrado mayor importancia por ser el parteaguas entre la pasada tendencia a archivar denuncias por abusos y violaciones sexuales -a falta de pruebas contundentes-, y la sensibilización actual hacia la víctima de estos delitos. No obstante, si bien últimamente se ha puesto especial énfasis en la prevención y sanción de este tipo de agresiones, gracias a todas las voces que se han animado a hablar y al apoyo que éstas han recibido por parte de una creciente hermandad colectiva, principalmente de mujeres; aún hay muchas bocas cerradas que tienen miedo y vergüenza a denunciar, demostrando que no sólo hace falta una concientización social sobre lo aberrante y perjudicial que es una transgresión sexual, sino también una concientización personal sobre las implicaciones y afectaciones de quedarse callados.

En este tenor, si se hace más hincapíe en el género femenino al tocar estos temas tan delicados, es porque los datos probatorios proce-

dentes de diversas partes del mundo comprueban que esa violencia está generalizada y que, en efecto, son las mujeres y las niñas quienes sobrellevan la carga más abrumadora de esos abusos por parte de un esposo/compañero y de violencia sexual cometida por cualquier tipo de agresor.

Los estudios también constatan que esa violencia contra las mujeres tiene consecuencias físicas, mentales, sexuales y reproductivas, tales como embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual (incluida la infección por el VIH), mortalidad materna, trastorno por estrés postraumático, depresión, suicidio, entre otras. Cuando se evalúan las repercusiones acumulativas sobre la morbilidad y la mortalidad, la presión sobre la salud asociada a la violencia contra las mujeres es, frecuentemente, mayor que la de las prioridades de salud pública reconocidas con mayor frecuencia.

Así pues, es innegable que la lucha diaria que enfrentan los menores de edad y mujeres por rescatar su dignidad e identidad, lesionadas por las secuelas de victimización sexual, es un trauma que sólo ellos, y quizá algunos especialistas entregados a la materia, pueden comprender. Por lo tanto, en esta índole, es igualmente imprescindible que el personal de salud tome conciencia que la detección, prevención, asistencia y tratamiento de la violencia generacional y de género forma parte crucial de su desempeño profesional; considerando que en cualquier actuación referente a estos casos, es necesario otorgar atención empática, es decir, contemplar la situación personal y adaptar las intervenciones respetando la voluntad de las víctimas.

Ahora la pregunta es ¿El Sistema de Salud Público y Privado de México, país en el que desafortunadamente la violencia forma parte de su idiosincrasia al grado de que no sólo se ha llegado a ver como "normal" sino también se ha tratado de justificar mediante

la apología sustentada en la "provocación de las víctimas", está preparado y realmente concientizado para afrontar la situación como es debido?

La agresión sexual es una condición comúnmente experimentada por las mujeres; sin embargo, denunciar el delito a la policía es la excepción y no la regla. Menos de la mitad de las mujeres sobrevivientes se presentan para una evaluación médica o forense, y aún menos revelarán antecedentes de agresión. Desafortunadamente, cuando las víctimas se presentan para recibir atención, los proveedores de atención médica frecuentemente tienen poca o ninguna experiencia con la evaluación aguda y la recopilación de pruebas. Además, un obstáculo importante para muchas víctimas y proveedores por igual son los mitos y estereotipos comunes de violación que pueden llevar a un tratamiento irrespetuoso y a la revictimización de las sobrevivientes. La inexperiencia del proveedor puede contribuir a una atención menos que óptima para los sobrevivientes y podría afectar negativamente el enjuiciamiento futuro de los casos.

Como factor de detección en el ámbito médico, los profesionales de salud están obligados a denunciar delitos sexuales. Esta obligación se extiende al diagnóstico cuando aparecen elementos para sospechar que se ha cometido un delito de violencia sexual.

La atención médica de la violencia sexual se define en la NOM-046 como "el conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental de las usuarias y los usuarios involucrados en situación de violencia sexual. Asimismo, NOM-046 estipula que en los casos donde las lesiones u otros signos sean vinculados a la violencia sexual, las instituciones de salud deberán dar aviso al Ministerio Público.

Entretanto, la Ley General de Víctimas, en el artículo 35, establece que a toda víctima de violencia sexual, o cualquier otra conducta que afecte la integridad física o psicológica, se le garantizará el acceso a los servicios de anticoncepción de emergencia y de interrupción legal y/o voluntaria del embarazo en los casos permitidos por la ley, con absoluto respeto a la voluntad de la víctima.

Cabe puntualizar que todos los casos de violación sexual son urgencias médicas y requieren atención inmediata. Es importante que a su llegada al centro de salud, servicio de urgencias o de consulta externa, la mujer que vivió

violencia sexual no tenga que esperar en un área pública, sino que debe ser acompañada a un área privada para su valoración, examen y atención.

Si se detecta violencia hacia la mujer, se debe ofrecer apoyo de primera línea, proveer atención práctica y responder a las necesidades tanto emocionales, físicas, de seguridad y de apoyo a la mujer. Este apoyo es el servicio más importante que el profesional de la salud puede brindar. El apoyo de primera línea de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud comprende cinco funciones que se resumen con el acrónimo "ANIMA" e incluye: Atención al escuchar, No juzgar y validar, Informarse sobre necesidades y preocupaciones, mejorar la seguridad y apoyar.

Posteriormente se realizará la atención a la salud física, mediante:

- Elaboración de historia clínica
- Valoración clínica
- Preguntar acerca del ataque
- Consentimiento informado
- Exploración física y tratamiento de lesiones físicas
- Recopilación de evidencia
- Exploración ginecológica
- Prevención de embarazo
- Profilaxis post-exposición de ITS
- Profilaxis post-exposición para VIH

Ahora bien, un tema muy controversial al que suele confrontarse el personal médico y las víctimas en estos casos, es acerca de si también es competencia del personal que presta los servicios de salud el influir en la decisión de la persona afectada de presentar o no la denuncia por delito sexual, la respuesta es no.

Aunque cabe recalcar que recientemente se adicionó en el Código Penal Federal el artículo 229 Bis para que el personal de las instituciones de salud estén obligados a dar conocimiento a las autoridades pertinentes sobre los casos de pacientes que presentan indicios de abuso sexual, violencia familiar, lesiones y violación. Esto bajo la motivación de la misma ineficiencia del Estado mexicano para garantizar el derecho al goce de una vida digna y libre de violencia tanto a niños(as) y mujeres, sancionando a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud y unidad hospitalaria, con prisión de tres meses a dos años o hasta 100 días multa y suspensión de tres meses a un año, que no reporten el abuso o violencia sexual de sus pacientes, lo que deja en claro que es un tema delicado en el que debe estar involucrado y conscientizado cada miembro de la sociedad.

De igual forma, pese a que los prestadores de servicio médico no deben influir en la decisión de la víctima de presentar ella la denuncia, las notificaciones de casos de violencia familiar, incluyendo la sexual, es legalmente obligatoria para el personal de salud, y constituye una evidencia útil en el proceso de denuncia.

Si el servicio de salud cuenta con la autoridad legal y el personal capacitado, deberá recabar evidencias médico-legales, que consisten en la recolección con hisopos secos de las secreciones del fondo de saco vaginal posterior, de los carrillos bucales y de la cavidad rectal; así como la toma de muestras, con hisopos humedecidos en solución salina, de manchas sospechosas de sangre o semen. Las muestras recogidas deben conservarse en bolsas de plástico selladas, así como también otros materiales, por ejemplo, vello púbico, que puedan ser pruebas de interés forense. En caso contrario, referir a la víctima de la agresión sexual con el médico forense en servicios de salud o agencias especializadas, una vez resuelta la urgencia médica y psicológica.

La atención médica en estos casos está regulada por la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005.

Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, la cual incluye dar aviso al Ministerio Público, llenado el formato correspondiente.

Análogamente, las implicaciones legales que enfrenta el personal médico, cuando interviene en la atención de una víctima de algún delito sexual, podría tener consecuencias para su carrera por acción u omisión. El Código Penal Federal establece, en su artículo 149 Ter, que el servidor público, que por razones de condición de salud o embarazo niegue a una persona un servicio o una prestación a la que tenga derecho, se le podrá sancionar de 18 meses a cuatro años y medio de prisión. En el mismo Código, el artículo 214 menciona que comete el delito de ejercicio ilícito de servicio público, el servidor que teniendo conocimiento por razones de su empleo, cargo o comisión que pueden resultar afectado el patrimonio de alguna institución pública por cualquier acto u omisión y no informe por escrito a su superior jerárquico. Aquí la sanción es de dos a siete años de prisión. Respecto al artículo 214, parecería que no existe un nexo en el problema analizado; sin embargo, este delito se comienza a actualizar en el momento que exista una denuncia en contra de la institución de salud. El Código Nacional de Procedimientos Penales CNPP, en su artículo 222, obliga a toda persona, que conoce de un delito, a denunciarlo ante el Ministerio Público.

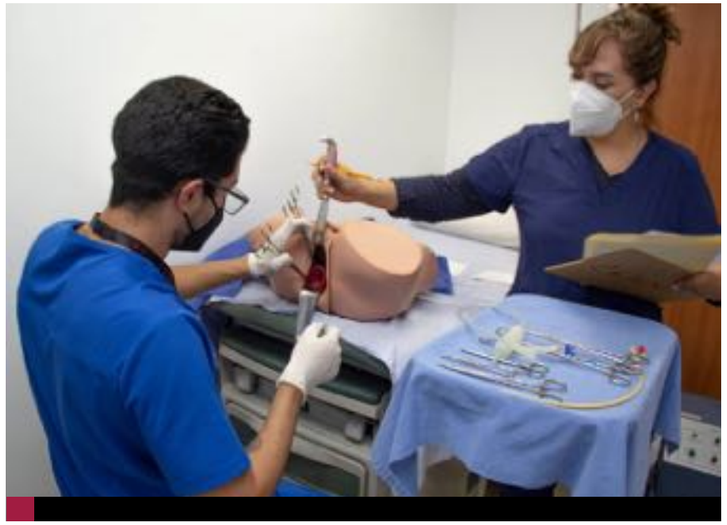
Finalmente, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, obliga a todas las instituciones de salud pública a prestar el servicio de atención médica a las victimas de violencia sexual y la institución deberá dar aviso al Ministerio Público para hacer de su conocimiento los actos.

En el INPer estamos preocupados por este problema de salud, por lo que se está desarrollando el Protocolo Violeta el cual inicia con el tamizaje de violencia durante la consulta de cada paciente realizando las siguientes preguntas: ¿alguien la ha agredido, maltratado o golpeado en los últimos 6 meses?, ¿alguien la ha obligado a tener relaciones en contra de su voluntad, en los últimos 6 meses?, en la exploración física ¿la paciente presenta signos o huellas de violencia física?, los argumentos que da la paciente ante la presencia de signos de violencia son congruentes? Al responder sí a alguna de ellas o no en la última se activa un color en Trabajo Social donde dan seguimiento psicológico y asesoramiento a estas pacientes detectadas, por su parte en el ámbito médico se está actualmente trabajando en el protocolo de actuación para brindar una atención empática, confidencial y de calidad a este grupo vulnerable.

En conclusión, para que el popular "*yo sí te creo*" cobre mayor relevancia y tenga más peso a la hora de impartir justicia, el papel de los médicos, tratantes de víctimas de delitos sexuales, juega un papel importantísimo en este proceso, pues tienen la obligación de atender, sin discriminación, a las victimas y, al mismo tiempo, dar aviso a su superior jerárquico por medio de un reporte al tener conocimiento de los posibles hechos.

EL EXÁMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO ECOE COMO HERRAMIENTA EVALUATIVA **DE COMPETENCIAS EN MÉDICOS DE POSTGRADO EN EL INPer**

Dr. Vega Gutiérrez Antonio, Dr. Cortés Ávalos Roberto, Dr. García Benavides Juan Luis, Dra. Gorbea Chávez Viridiana, Dra. Hernández Cruz Rosa Gabriela
Fomento y Herramientas Educativas, Subdirección de Intercambio y vinculación, Dirección de Educación en Ciencias de la Salud



La educación médica integral pretende orientar no solo el desarrollo de conocimientos teóricos básicos, sino también el desarrollo de habilidades y actitudes que incluyen identificar información científica idónea y el trato en la relación médico-paciente (competencias).

Una de las competencias clínicas más importantes a desarrollar consiste en identificar signos y síntomas que permiten reconocer factores de riesgo e integrar diagnósticos sindromáticos, nosológicos, fisiopatológicos y etiológicos; utilizar e interpretar los recursos de laboratorio y gabinete pertinentes para confirmar dichos diagnósticos e indicar las acciones de prevención y terapéuticas más adecuadas para promover la salud, prevenir y tratar la enfermedad, así como sus complicaciones. Para evaluar la adquisición de competencias clínicas, existen técnicas específicas, una de ellas es el Examen Clínico Objetivo Estructurado, -ECOE-.

EL ECOE se creó en 1972 en Escocia, evalúa el desempeño ante situaciones clínicas específicas, poniendo a prueba conocimientos, razonamiento clínico, habilidades y destrezas; se trata de una prueba cronometrada,

estructurada en escenarios que asemejan casos clínicos verdaderos, con tareas específicas que evalúan la competencia clínica.

Desde que se implementó el ECOE en México en 1996, en la Universidad Nacional Autónoma de México, se buscó evaluar el aprendizaje de los médicos en formación lo más estandarizadamente posible, con el fin de generar personal de salud capaz, mejor preparado y con un adecuado desarrollo de competencias.

Una competencia clínica según ***Díaz Barriga*** [1], es la especificación de un conocimiento y la aplicación de este dentro de una ocupación o desempeño; resultando una construcción de diversos recursos para generar un aprendizaje significativo.

Si bien el ECOE permite generar un aprendizaje significativo, esta herramienta solo había sido utilizada durante el pregrado en Medicina.

Desde el 2017, en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se implementó esta herramienta para la evaluación y desarrollo de un aprendizaje significativo en los médicos residentes de la especialización en Ginecología y obstetricia.

El ECOE, realizado los días 7, 8, 9 de septiembre de 2021, tuvo como objetivo identificar la importancia de la utilización de la simulación clínica como estrategia didáctica para el desarrollo de competencias técnicas en habilidades relacionadas con procedimientos específicos acordes al año de residencia así como en habilidades sociopersonales, en médicos residentes de la especialización en ginecología y obstetricia del INPer. En esta edición participaron 46 médicos residentes de dicha especialización divididos en tres grupos: 15 de primer año, 16 de segundo y 15 de tercero los cuales completaron un circuito cerrado comprendido por 4 estaciones donde cada médico residente debería completarlo en un tiempo de una hora.

Cada circuito se adaptó a las competencias clínicas de su programa operativo correspondiente a cada grado académico. Es importante mencionar que todos los residentes participaron sin exclusión y firmaron un acuerdo de confidencialidad, en el cual los participantes del ECOE se comprometen a no mencionar la experiencia recibida a otros compañeros. Para la evaluación objetiva de cada estación se realizaron y aplicaron listas de cotejo, las cuales se estructuraron con los siguientes variables: aspectos cognitivos y aspectos procedimentales.

Se crearon escenarios clínicos simulados, con el fin de que los médicos residentes demostraran la competencia a evaluar.

El material utilizado se conformó por simuladores de baja fidelidad y simuladores biológicos (vísceras de cerdo), todas las estaciones con una complejidad media a alta.

Las estaciones fueron:

- Primer año: *Eutocia, Exploración de mama, Episiotomía, Hemorragia obstétrica (métodos de contención).*
- Segundo año: *Distocia de hombros, Parto pélvico, Fórceps Simpson, Hemorragia obstétrica (suturas compresivas).*
- Tercer año: *Fórceps Kielland, Fórceps Piper, Desgarros perineales, Hemorragia obstétrica (desarterialización uterina).*

Se realizaron 176 pruebas, 4 por cada residente, cuyos resultados abarcaron:

- Porcentaje de residentes por cada año.
- Promedios generales del ECOE de los residentes de primer año.
  - Promedio general de cada estación
  - Promedios de escenarios de residentes en "eutocia", "episiotomía", "exploración de mama" y "hemorragia obstétrica: medidas de contención".
- Promedios generales del ECOE de los residentes de segundo año.
  - Promedio general de cada estación
  - Promedios de escenario de residentes en "distocia de hombros", "Fórceps Simpson", "parto pélvico" y "hemorragia obstétrica: suturas compresivas".
- Promedios generales del ECOE de los residentes de tercer año.
  - Promedio general de cada estación
  - Promedios de escenario de residentes en "desgarros perineales", "Fórceps Piper", "Fórceps Kielland" y "hemorragia obstétrica: desarterialización con suturas uterinas".

Por medio de un instrumento de evaluación, se facilitó la integración de la evaluación *cualitativa y cuantitativa*, durante el mismo momento, lo que permitió integrar un resultado global de 176 pruebas. Las estaciones con el menor promedio fueron las de hemorragia obstétrica: suturas compresivas y desarterialización con suturas uterinas (respectivamente), tanto como para residentes de segundo como de tercer año; mientras que en primer año la estación con menor promedio fue la de Episiotomía.

Se concluye que la simulación clínica es una estrategia didáctica de primera línea para el desarrollo de competencias en el personal de salud en el postgrado y por ello es fundamental incluir la rotación en el área de Simulación durante el entrenamiento de la residencia.

El ECOE identifica a la perfección el grado de desarrollo de las competencias técnicas y sociopersonales, siendo indispensable para la promoción de los residentes para el año inmediato superior. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Ángel Díaz Barriga (2006), El enfoque de competencias en la educación. Vol. XXVIII, núm. 111, pp. 7-36

MEDICINA BASADA EN SIMULACIÓN EN POSTGRADO, INPER. CESINPer **"ORIGEN DE PROPUESTAS PARA EL APRENDIZAJE"**

Lic. en Pedagogía José Antonio Badillo Trejo, *CESINper.*
Dr. en Educación Juan Luis García Benavides, *Subdirector de Enseñanza, INPer.*

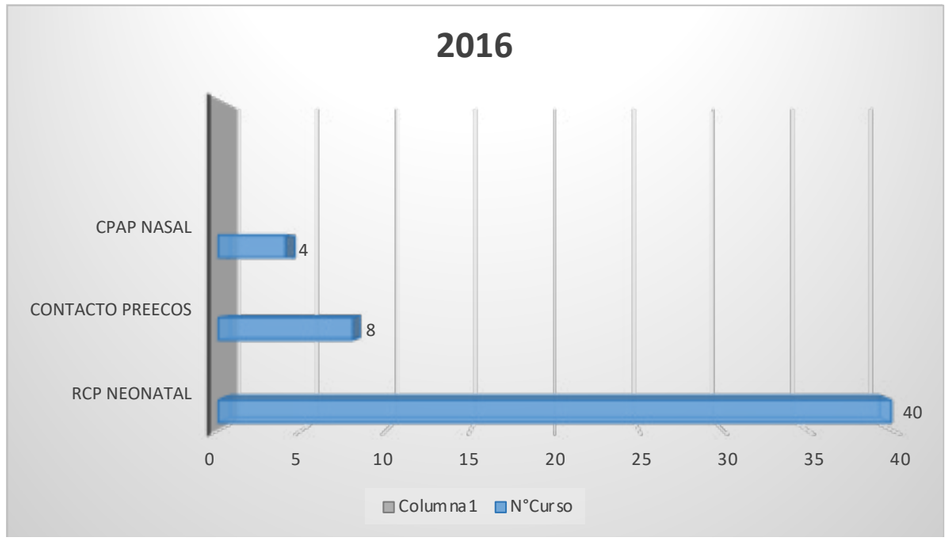
La central de simulación del Instituto Nacional de Perinatología (CESINPer), se encarga de capacitar al personal de las ciencias de la salud en postgrado. Dentro de su misión, se encuentra el desarrollo de competencias clínicas en los profesionales de la salud reproductiva y perinatal. La metodología utilizada está centrada en la Medicina Basada en Simulación y el Aprendizaje Basado en Problemas que buscan como resultado un aprendizaje significativo.

La distribución espacial de la CESINper, cuenta con seis áreas para escenarios específicos ***1. Quirófano / Sala de labor***, para prácticas de RCP avanzado en obstetricia, atención de trabajo parto eutócico, distocias de hombro, colocación de fórceps y manejo integral de la paciente con hemorragia obstétrica, Preeclampsia y Eclampsia. **2. *Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales***, donde se imparte, RCP neonatal, manejo de choque, ventilación mecánica asistida, CPAP–Neonatal y RCP para padres**. 3. *Consulta externa***, para realizar control prenatal, exploración ginecológica, colocación de DIU y toma de citología. **4. *Sala de Ultrasonido***, para USG obstétrico, del primero y segundo trimestre. **5. *Sala de Laparoscopia***, que cuenta con endrotrainers y simuladores virtuales de laparoscopia**. 6. *Sala de Debriefing***, donde se realiza reforzamiento y análisis en favor del aprendizaje significativo. Algunos ejemplos de cursos que se realizan en la CESINPer son: hemorragia obstétrica con tres niveles (I, II y III); RCP neonatal, BLS, distocia de hombros, colocación de fórceps, prácticas laparoscópicas y prácticas en simuladores del área, así como cursos externos en diferentes estados: Querétaro, Puebla, Guerrero, Guadalajara, Guanajuato, Chiapas, etc.

CURSOS IMPARTIDOS POR LA CESINPer		
AÑO	**CURSOS**	**ASISTENTES**
2015	24	477
2016	52	803
2017	52	820
2018	77	1315
2019	40	1135
2020	20	371
2021	15	560
TOTAL	**245**	**4550**

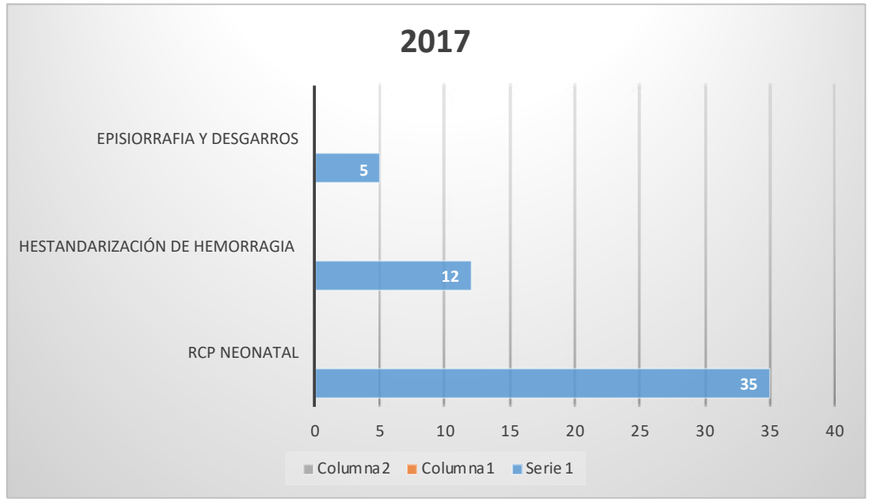
Fuente: Archivos CESINPer 2015-2021.

Gráfica 1: Cursos más frecuentes 2016.



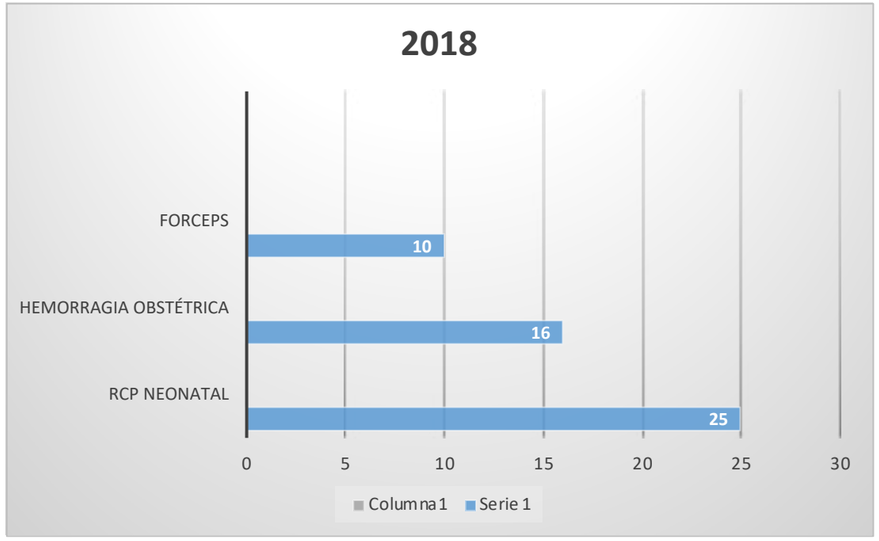
Fuente: Archivos CESINPer 2015-2021.

Gráfica 2: Cursos más frecuentes 2017.



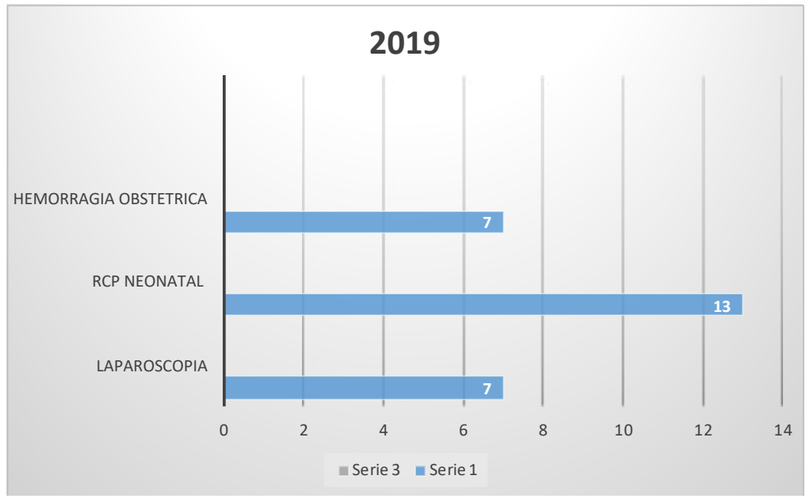
Fuente: Archivos CESINPer 2015-2021.

Gráfica 3: Cursos más frecuentes 2018.



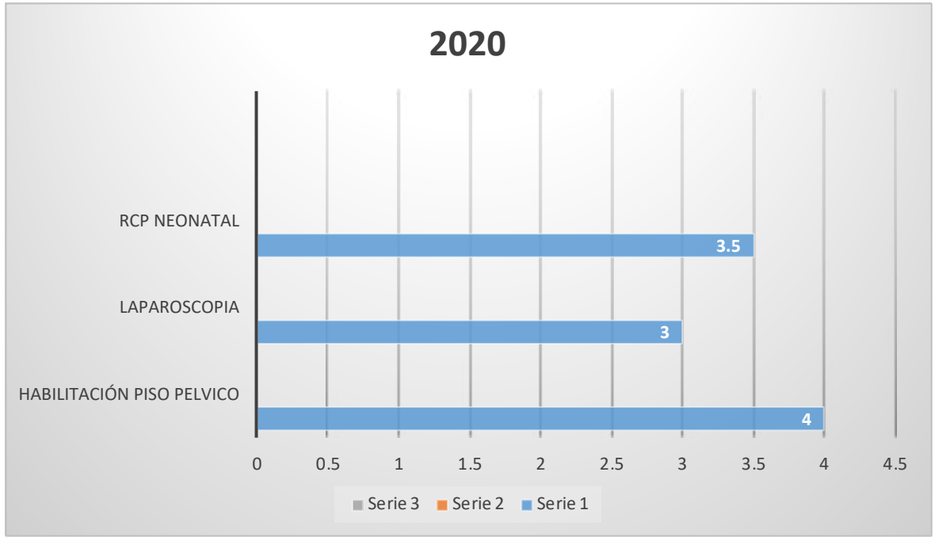
Fuente: Archivos CESINPer 2015-2021.

Gráfica 4: Cursos más frecuentes 2019.



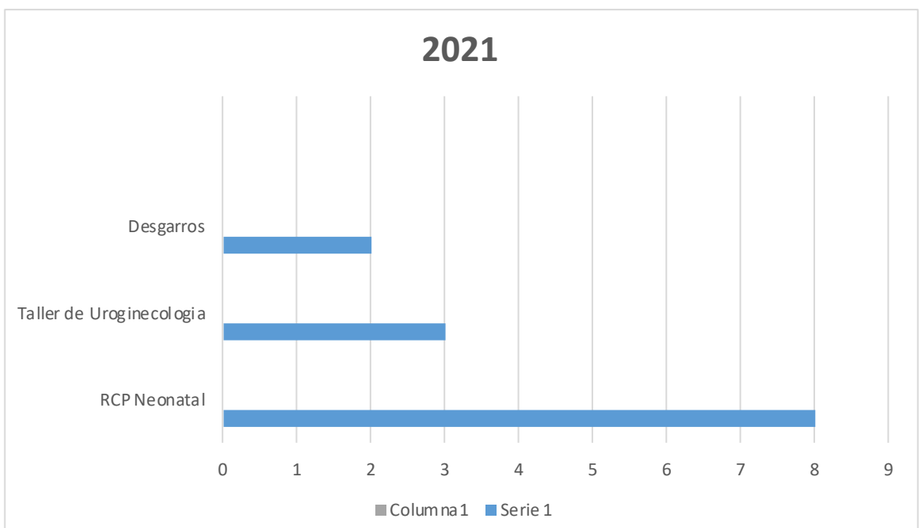
Fuente: Archivos CESINPer 2015-2021.

Gráfica 5: Cursos más frecuentes 2020.



Fuente: Archivos CESINPer 2015-2021.

Gráfica 6: Cursos más frecuentes 2021.



Fuente: Archivos CESINPer 2015-2021

Como se aprecia en las gráficas, la impartición de cursos ha variado con respecto a las necesidades de las áreas de las Ciencias de la Salud, que responden a programas específicos de la administración pública, campañas de apoyo y las programaciones con base a tiempos de aprendizaje planeado por cada una de las áreas participantes.

Hasta la fecha y durante el periodo 2015-2021 se han capacitado cerca de 5000 personas, cifra que no es fácil alcanzar sin un trabajo coordinado y de equipo, que se ha construido con el personal adscrito a la CESINPer. Es importante también mencionar que uno de los cursos más relevantes de evaluación cualitativa y cuantitativa, ha sido el ECOE -***Examen Clínico Objetivo Estructurado***-, que identifica el grado de desarrollo de las competencias y desempeño del personal en formación ante situaciones clínicas específicas valorando: razonamiento clínico, habilidades, destrezas y actitudes.

Otro logro de la CESINPer es la creación de instrumentos para las actividades de aprendizaje como rúbricas para los escenarios y/o estaciones validados por expertos de las áreas técnicas correspondientes, así como, la construcción de instrumentos específicos para la recolección y análisis correspondientes como las listas de cotejo.

El área de la CESINPer ha sido "incubadora" de grandes propuestas, realizaciones y logros. A partir de su creación, no ha parado de ofrecer productos específicos para apoyar la profesionalización docente en la disciplina médica de postgrado estando conscientes de la responsabilidad que conlleva esta actividad primordial. En la CESINPer continuaremos alcanzando nuestra misión llegando a ser una organización rectora en la gestión e intervención educativa de las Ciencias de la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Altamirano-Droguett, J. E. (2019). La simulación clínica: Un aporte para la enseñanza y aprendizaje en el área de obstetricia.*Revista Electrónica Educare,23*(2), 1–21.
- Catalán, C. E., Zamboni, M., Farías, M. E., Jauregui, M. P., Pineda, R. A., Barriga, M. I., … Poblete, J. A. (2021). Simulación en sala espejo con pacientes estandarizadas: experiencia en ginecología y obstetricia.*Educación médica.* doi:10.1016/j.edumed.2020.12.004
- Corvetto, M., Bravo, M. P., Montaña, R., Utili, F., Escudero, E., Boza, C., … Dagnino, J. (2013). Simulation in medical education: a synopsis.*Revista médica de Chile,141*(1), 70–79.
- Dávila-Cervantes, A. (2014). Simulación en Educación Médica.*Investigación en educación médica,3*(10), 100–105.
- López, J. G., & Spirko, L. V. (2007). Simulation, a teaching aid for medical education. Recuperado el 30 de septiembre de 2021, de Org.co website: http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n1/v23n1a09.pdf
- Secretaría de educación médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. (2012). Simulación en Educación Médica. Recuperado el 30 de septiembre de 2021, de Unam.mx website: http://riem.facmed.unam.mx/node/254
- Serna Corredor, D. S., & Martínez Sánchez, L. M. (2018). La simulación en la educación médica, una alternativa para facilitar el aprendizaje.*Archivos de Medicina (Manizales),18*(2), 447–454.
- Serna-Ojeda, J. C., Borunda-Nava, D., & Domínguez-Cherit, G. (2012). La simulación en medicina. La situación en México. Recuperado el 30 de septiembre de 2021, de Medigraphic.com website: https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2012/cc123p.pdf
- Simulators as teaching aids. (s/f). Simuladores como medios de enseñanza. Recuperado el 30 de septiembre de 2021, de Medigraphic.com website: https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2019/cem194j.pdf
- (S/f). Recuperado el 30 de septiembre de 2021, de Researchgate.net website: https://www.researchgate.net/publication/271053629_La_practica_de_la_simulacion_clinica_en_las_ciencias_de_la_salud.

LA IMPORTANCIA DEL DESARROLLO DE LA **ALIMENTACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO**

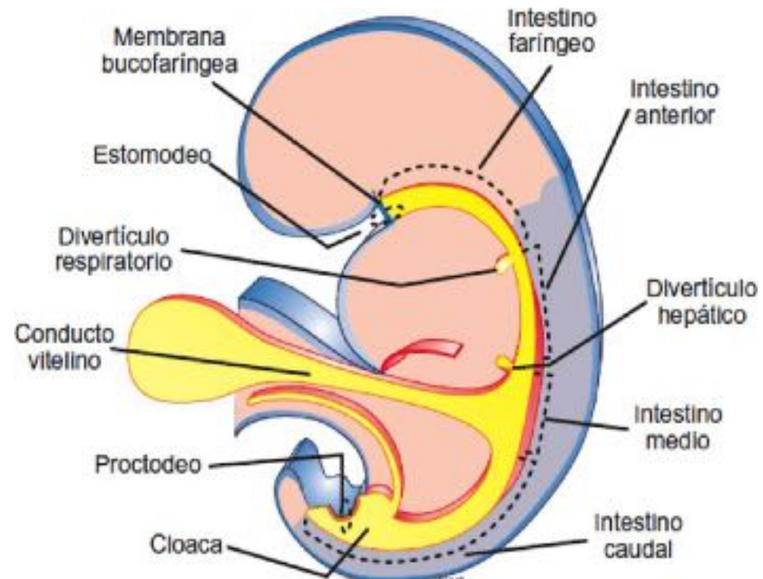
EEN. Adaí Ramírez Guzmán
Coordinadora de la especialidad de Enfermería del Neonato INPer – UNAM

El desarrollo de la alimentación enteral ha sido un hito de gran importancia en la atención del neonato ya que para lograr su egreso hospitalario además de tener estabilidad fisiológica y crecimiento ponderal óptimo es necesario que logre la organización del patrón de alimentación.

El proceso de alimentación permite una adecuada hidratación y nutrición, satisface los requerimientos para el desarrollo de todos los sistemas y aparatos, genera experiencia vincular inicial significativa e instala patrones motores orales tempranos necesarios para el desarrollo posterior del balbuceo, habla y lenguaje.[1] La prioridad ha sido establecer una alimentación organizada una vez que se logra la madurez gestacional, sin embargo, existen circunstancias médicas y una falta de madurez funcional que pueden retrasar el desarrollo de habilidades para la alimentación.

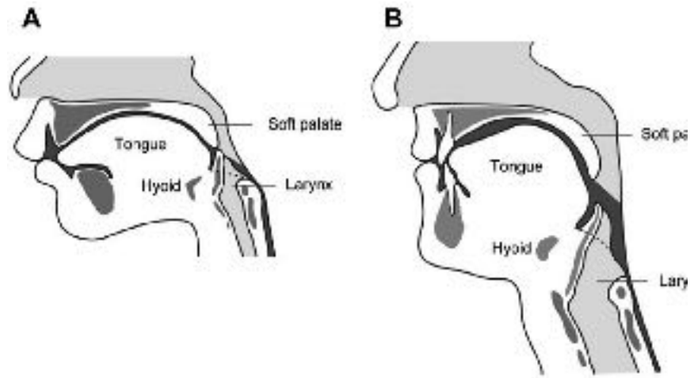
• Fisiología y maduración del desarrollo de la alimentación

Un factor importante es la maduración de la función gastrointestinal. El intestino primitivo comienza su morfogénesis durante la tercera semana cuando los pliegues laterales, cefálico y caudal del embrión comprimen al saco vitelino e integran su pared dorsal al celoma intraembrionario para formar el intestino primitivo el cual está constituido por dos hojas: el endodermo internamente y el mesodermo rodeándolo. En el embrión el aparato digestivo se extiende desde la membrana bucofaríngea hasta la cloaca y se divide en: intestino faríngeo anterior, medio y posterior. (Imagen 1)[2]. El feto comienza a deglutir el líquido amniótico entre las semanas 11 a 12 de gestación, entre las semanas 18 a 20 aparecen movimientos de succión y es hasta el término de la gestación que el feto puede deglutir y hacer circular casi 500 ml de líquido amniótico.



Durante el embarazo normal, las funciones de deglución se desarrollan a través de experiencia al deglutir el líquido amniótico en el entorno intrauterino y hasta su nacimiento a término. Este proceso de desarrollo crítico de adquisición de habilidades de alimentación oral se interrumpe por el parto prematuro y, la maduración funcional subsiguiente de estos procesos se ve afectada a menudo por el entorno extrauterino.[3]

Existen diferencias anatómicas y fisiológicas de la vía aerodigestiva del neonato respecto al adulto (imagen 2). En el neonato la orofaringe se encuentra subdesarrollada, la epiglotis toca con el paladar blando, la laringe y el hueso hioides se encuentran más arriba que en el adulto, la lengua es más grande, la mandíbula tiene la capacidad de realizar el movimiento anteroposterior y las mejillas contienen los sacos grasos de Bichat que junto con la lengua facilitan el control del bolo alimenticio y su trayecto hacia la vía digestiva. Durante la deglución el paladar se eleva para proteger la nasofaringe, la laringe se eleva, las cuerdas vocales están cerradas y la glotis se inclina hacia atrás, todo esto para proteger la vía aérea.[3]



• Tipos de succión

Se reconocen dos tipos de succión: la nutricia y la no nutricia. La succión nutricia proporciona nutrición y requiere de la organización entre succión-deglución y respiración. La succión no nutricia tiene un efecto calmante, no hay esfuerzo por deglutir el bolo alimenticio por lo tanto la coordinación con la respiración es mínima. La relación que existe entre ambas es de 1:1:1 y 2:1:2 respectivamente. A su vez, el proceso de alimentación es sensorial e involucra los nervios craneales aferentes y eferentes (V, VII, IX, X y XII) que están involucrados en la deglución y respiración.[4]

La maduración del desarrollo de la alimentación se divide en tres fases: la oral, la faríngea y la esofágica. En la primera fase se forma el bolo alimenticio donde se presenta cierta velocidad y tiempo. En la fase faríngea se deglute el bolo y como mecanismo protector, la respiración se suprime durante la deglución. En la fase esofágica, se requiere de actividad peristáltica secuencial y coordinada del esófago para la apertura y cierre del esfínter esofágico superior e inferior para el transporte del bolo hacía el estómago.

Las suspensiones frecuentes de la respiración durante la fase laríngea conllevan a disminución de la frecuencia y profundidad respiratoria, es decir que durante la alimentación la ventilación minuto disminuye, la exhalación se prolonga, la inhalación se acorta y la recuperación sucederá en pausas; lo que dependerá de la madurez funcional del neonato.

• Dificultades para la alimentación.

Las dificultades durante la alimentación pueden presentarse en las diferentes fases. Específicamente en las dificultades de la fase oral y faríngea se valoran las características de la nariz, la boca, paladar, lengua y la mandíbula. La parte funcional debe ser valorada mientras el neonato es alimentado para poder observar la velocidad, los movimientos y la fuerza de las estructuras involucradas.

Los problemas que se pueden observar es la falta de organización de la succión y la respiración al grado de presentar apneas que desencadenen desaturación, bradicardia y cambios de coloración. En los casos donde la necesidad sea la falta de fuerza, se puede disponer de un flujo mayor de leche para apoyar a que el neonato termine la toma, esto ayudará a que pueda organizar la alimentación. Si después de varios minutos de succionar, el bebé se cansa y se detiene, pueden identificarse las siguientes causas:

- Tiene un soporte lateral escaso dado por mejillas hipotónicas y escaso tejido adiposo como en el caso de los prematuros
- El mecanismo de bomba no es eficiente
- Tiene incapacidad para hacer el sello anterior por dificultades respiratorias como en pacientes con DBP
- Existe obstrucción nasal
- Tiene incapacidad de lograr el sello posterior debido a defectos anatómicos como en paladar hendido en donde el recién nacido no puede generar presión intraoral
- Existe larigotraqueomalacia
- Existen cardiopatías

En estos casos lo ideal es utilizar un alimentador de bajo flujo para evitar fatiga. Al implementar la técnica de vaso se debe procurar no verter la leche ya que imposibilita la formación del bolo alimenticio, aumenta el derrame por comisuras y aumenta el riesgo de aspiración al no poder organizar las fases posteriores a la succión. Durante la alimentación la saturación de oxígeno en el recién nacido se espera que sea > a 90% por lo que < de 90% podría necesitar oxígeno suplementario durante la toma. En pacientes con cardiópatía se acepta 80% de saturación al alimentarse.[6]

Las dificultades también se pueden presentar según el estado de salud del neonato por alteraciones gastrointestinales como reflujo gastroesofágico, retraso en la alimentación oral por enterocolitis, cardiopatías, displasia broncopulmonar, entre otras. El objetivo es identificar en qué fase de la alimentación ocurre la alteración, conocer la fisiología de la alimentación para determinar la intervención y técnica más adecuada para la alimentación. Enfocarnos solo en el aspecto motor y la edad corregida del neonato no es suficiente sino se toman en cuenta aspectos funcionales de la vía aerodigestiva.

En el INPer el cuidado a la alimentación que se brinda a los recién nacidos permite estandarizar protocolos de valoración e intervención de enfermería para determinar el patrón de alimentación, las estrategias tempranas y de rehabilitación que en colaboración con el equipo multidisciplinario beneficia al disminuir los días de estancia, costos hospitalarios y, lo más importante, previene alteraciones en el desarrollo de los bebés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lau, C. Development of suck and swallow mechanisms in infants. Annals of Nutrition and Metabolism 2015; 66(Suppl. 5), 7-14
2. Roa Ignacio, Meruane Manuel. Desarrollo del Aparato Digestivo. Int. J. Morphol. [Internet]. 2012 Dic [citado 2021 Nov 04] ; 30(4): 1285-1294.
3. Sreekanth Viswanathan, Sudarshan Jadcherla. Feeding and Swallowing Difficulties in Neonates: Developmental Physiology and Pathophysiology. Clinics in Perinatology. Volume 47, Issue 2, 2020. Pages 223-241.
4. Campos Montero Zulma I. Problemas de la alimentación en lactantes. Primera parte: generalidades. Acta pediátr. costarric [Internet]. 2009 Jan [cited 2021 Nov 05] ; 21(1): 18-25.
5. Rendón Macías Mario Enrique, Serrano Meneses Guillermo Jacobo. Fisiología de la succión nutricia en recién nacidos y lactantes. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [revista en la Internet]. 2011 Ago [citado 2021 Nov 10] ; 68(4): 319-327.
6. Campos Montero Z, Problemas de la alimentación en lactantes. Segunda parte: fases oral y faríngea, Asociación Costarricense de Pediatría, 2010, 22 (1): 14-22

"DIAGNÓSTICO DE SARS-CoV-2: UNA MIRADA AL COMPORTAMIENTO DE LA **PANDEMIA EN EL INPer Y SU EFECTO EN LA INVESTIGACIÓN"**

QFB. Fonseca Pérez M.S., Mtro. Diaz Zurita M.A., Mtro. Valdés Montoya Elias. Isaac y Dra. Helguera Repetto A.C.
Departamento de Inmunobioquimica, Torre de Investigación INPer

El INPer, tanto en el área médica como de investigación, sigue aportando información relevante mediante el trabajo institucional y de colaboraciones nacionales e internacionales respecto a los posibles mecanismos moleculares de transmisión, los riesgos potenciales de la infección en etapas tempranas del embarazo, las alteraciones causadas por el SARS-CoV-2 y los beneficios de la vacunación.

El 11 de marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la COVID 19, ocasionada por la infección del virus SARS-CoV-2, como una pandemia, debido al aumento en el número de contagios y a la extensión de la enfermedad que inicialmente se identificó en Wuhan, China. El primer caso detectado en México se dio el día 27 de febrero de 2020 y hasta la fecha se han reportado más de 3.4 millones de casos confirmados en territorio nacional (1).

La infección por SARS-CoV-2 en el embarazo, aumenta la posibilidad de adquirir complicaciones por otros patógenos, eclampsia, preeclampsia, parto prematuro, muerte fetal, restricción de crecimiento fetal, incremento en la mortalidad tanto en el neonato como en la madre así como el de presentar un cuadro grave de COVID-19 en comparación con mujeres no embarazadas.

Como mencionó nuestro director general: "En el INPer nos dimos a la tarea de establecer un proceso sistematizado de planeación, formulación, implementación y análisis, que nos permitiera hacer frente a esta contingencia con dos objetivos fundamentales:

1.- Ofrecer una atención de calidad y seguridad a la mujer embarazada y al neonato
2.- Preservar la integridad del personal que labora en nuestra institución"

Por ello, se estableció un tamizaje universal para la identificación de la infección por SARS-CoV-2 en mujeres embarazadas, mujeres que requerían atención ginecológica y mujeres que desean embarazarse; de tal forma que se ha logrado demostrar que, es el tercer trimestre del embarazo, uno de los momentos en donde se cuenta con mayor número de casos además se encontró como un factor de riesgo importante al hipotiroidismo.

El diagnóstico se ha realizado mediante la RT-PCR, debido a que hasta el momento es la prueba con mayor sensibilidad diagnóstica. Así, se evaluaron muestras de exudado nasofaríngeo y orofaríngeo en pacientes adultas, y en el caso de neonatos, mediante la recolección de saliva y exudado rectal.
De manera general, el comportamiento de la pandemia en nuestros pacientes se observa en la Figura 1, donde podemos identificar los picos de máxima positividad tanto para pacientes adultas como para los neonatos. En las mujeres adultas, durante el año 2020 fueron los meses de julio y diciembre en donde encontramos el mayor número de casos positivos, con un 29.8% y 47.8%, mientras para el año 2021 son los meses de enero y junio donde se presentaron los picos, con un 42.8% y 29.5%, respectivamente (fig 1A). Respecto a los neonatos, se observó una positividad del 47.5%, 54.2%, 63.2% y 43.4%, respectivamente para los mismos meses (fig 1B). El máximo de casos positivos para las dos poblaciones fue en diciembre 2020- enero 2021 tal como sucedió a nivel nacional.

Analizando la situación con mayor detalle observamos que, hasta el mes de agosto de 2021, se tamizaron 3935 pacientes mediante RT-PCR de las cuales 1485 acudieron al INPer por atención ginecológica y 2477 se encontraban cursando alguna etapa de su embarazo de las cuales hubo un total de 1875 resoluciones con 1670 nacidos vivos (Figura 2).

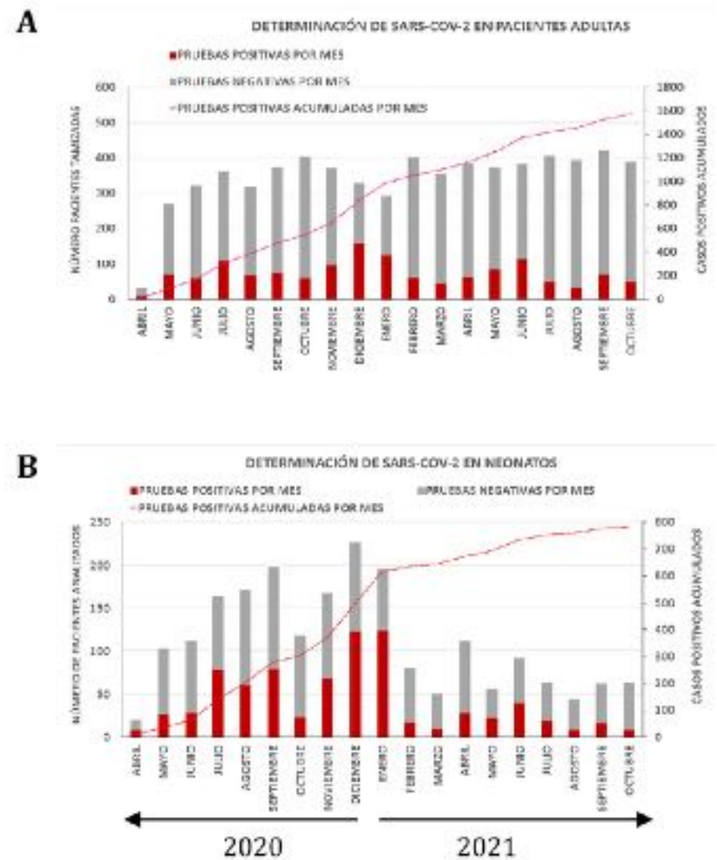


Figura 1. Casos de SARS-CoV-2 en pacientes atendidos en el INPer. Se muestra el número de casos positivos de abril de 2020 a octubre de 2021

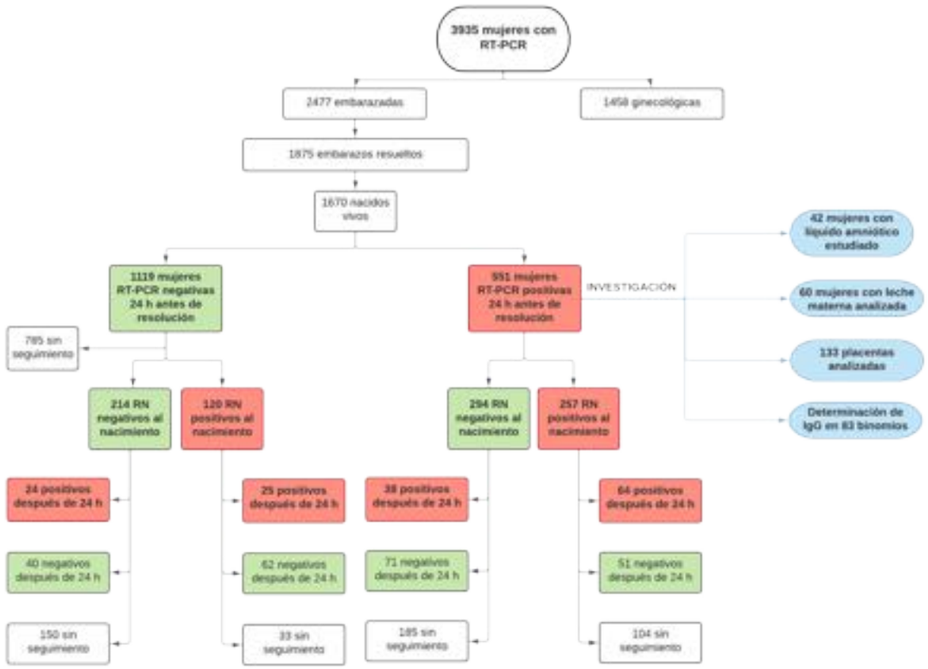


Figura 2. Resultados del tamizaje universal para determinación del SARS-CoV-2. Diagrama general de resultados obtenidos en el Tamizaje Universal dentro del Instituto Nacional de Perinatología en paciente ginecológicas adultas y mujeres embarazadas, así como el de sus neonatos. Datos actualizados hasta agosto de 2021.

Se obtuvo un total de 551 (32.9%) mujeres positivas 24 horas antes de su resolución (nacido vivo). De estas, el 46.7% (257) de los recién nacidos resultaron positivos al momento del nacimiento. Durante el seguimiento de estos bebés 24.9% (64) permanecieron positivos sus primeras 24 horas de vida, mientras que el 19.8% (51) negativizaron, pudiendo ser considerados como caso de viremia transitoria por contaminación superficial (2). Encontramos 38 recién nacidos de mamá positiva que hasta las 24 h de vida presentaron una prueba RT-PCR positiva; estos casos generan polémica, ya que deben ser considerados como "transmisión postnatal temprana" (2), pero sigue existiendo la duda de la posibilidad de falsos negativos al nacimiento debido a la baja viremia que presentan los neonatos.

En el caso de las 1119 pacientes negativas (fig 2) se encontró que el 19.12% (120) de los recién nacidos fueron positivos al nacimiento, en el seguimiento de estos únicamente el 20.8% (25) mantuvo una persistencia en las 24 primeras horas de vida. Algunos de estos casos podrían corresponder con transmisión intrauterina; sin embargo, para poder concluir esto, se tendría que demostrar la presencia del virus en etapas previas a la resolución del embarazo.

El análisis de positividad en el binomio madre-hijo abre la discusión sobre la exposición temprana a la infección por SARS-CoV-2 en el embarazo y al potencial riesgo de transmisión vertical, por lo que se analizaron diversas muestras biológicas de interés perinatal (fig 2).

Una de estas muestras fue el líquido amniótico. Del total de muestras recolectadas únicamente 42 líquidos amnióticos cumplieron con los estándares de calidad necesarios, pues para considerarlo como evidencia de transmisión intrauterina debe ser estéril, recolectado previamente a la ruptura de las membranas y no contener sangre materna (2,3).

Debido a la correlación entre los casos de COVID-19 positivos en las mujeres embarazadas de las cuales se obtuvo el líquido amniótico y la persistencia de la infección en sus bebés, estos datos pueden ser considerados como evidencia de transmisión intrauterina, de acuerdo a los criterios de la OMS (2,3). Del total de muestras analizadas, se logró clasificar 5 (11.9%) casos como "posible transmisión intrauterina"(3).

Por otro lado, se analizaron 133 muestras de placenta (de mujeres con infección confirmada por el SARS-CoV-2) por RT-PCR. De estas, el 50.3% (67 tejidos) resultaron positivas, sugiriendo la posible transmisión intrauterina y/o en complicaciones neonatales derivadas de la patología placentaria. La infección por SARS-CoV-2 ha mostrado una histopatología placentaria de inflamación masiva, con datos de trombosis, remodelación vascular y en general mala perfusión materna y fetal, y se ha descrito como una vía potencial de transmisión vertical (4–5).

En cuanto a la búsqueda del RNA viral en muestras de leche materna de mujeres con SARS-CoV-2 confirmado, encontramos un 31.6% de positividad (19 muestras). Sin embargo, ninguna de estas se relaciona con la positividad del bebé y hasta la fecha sigue sin demostrarse el papel de la leche materna en la transmisión del virus.

Finalmente, se realizó la búsqueda de inmunoglobulinas tipo G (IgG) en suero de pacientes diagnosticados con SARS CoV-2. De 83 binomios (madre - hijo) analizados 25 mamás presentaron IgG (30.1%), de estas pacientes 19 recién nacidos compartían estos anticuerpos al momento del nacimiento, lo que nos muestra un 76% de casos de transferencia de anticuerpos madre-hijo. La presencia de IgG nos habla de un papel pasivo inmuno protector en el recién nacido que en un principio no cuenta con un sistema inmunológico desarrollado que le permita hacer frente a las infecciones tempranas. Es por ello que la vacunación es de suma importancia durante el embarazo para que los recién nacidos adquieran protección contra la infección del virus de SARS-CoV-2 o su complicación.

Sin duda, la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 ha puesto en evidencia la necesidad de desarrollar herramientas moleculares que nos permitan brindar un diagnóstico eficaz en nuestra población y así mejorar la atención hospitalaria y la calidad de vida de nuestras pacientes y sus bebés. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19
2. Definition and categorization of the timing of mother-to-child transmission of SARS-CoV-2 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-mother-to-child-transmission-2021.1
3. Sevilla-Montoya R, Hidalgo-Bravo A, Estrada-Gutiérrez G, Villavicencio-Carrisoza O, Leon-Juarez M, Villegas-Mota I, etal. Evidence of possible vertical SARS-CoV -2 transmission according to the World Health Organization criteria in asymptomatic pregnant women . Ultrasound Obstet Gynecol.
4. Valdespino-Vázquez MY, Helguera-Repetto CA, León-Juárez M, Villavicencio-Carrisoza O, Flores-Pliego A, Moreno-Verduzco ER, etal. Fetal and placental infection with SARS-CoV-2 in early pregnancy. J Med Virol [Internet]. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jmv.26965
5. Ciobanu AM, Dumitru AE, Gica N, Botezatu R, Peltecu G, Panaitescu AM. Benefits and Risks of IgG Transplacental Transfer. Diagnostics 2020, Vol 10, Page 583 [Internet]. Disponible en: https://www.mdpi.com/2075-4418/10/8/583/htm

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y SU FAMILIA: UNA INTERVENCIÓN VANGUARDISTA EN **TRABAJO SOCIAL EN EL INPer.**

Mtra. Rebeca Ortega Meza
Supervisión de Enseñanza Trabajo Social
Mtra. Gabriela Sofía González González
Jefa de Departamento de Trabajo Social

Sin duda el estado en el que se encuentran los determinantes sociales en el mundo: salud, economía, trabajo, política, infraestructura, clima, educación, influyen en los efectos que ha provocado la pandemia por COVID 19 en México y en el mundo. Estos efectos también se observan en la atención a pacientes y familiares en los hospitales. Los profesionales que laboramos en el Departamento de Trabajo Social (TS) detectamos como una necesidad sentida, el proporcionar a las pacientes y sus familias la información básica que les permita disminuir el riesgo de contagio por el virus y, a quienes son positivos al virus, favorecer el llevar a la práctica en casa las recomendaciones adecuadas para evitar el contagio a más familiares o cuidadores cercanos.

Con la finalidad de estandarizar la información y la orientación que debe brindarse a pacientes y familiares por parte del personal del Departamento de Trabajo Social, se elaboró una *Guía de intervención de Trabajo Social en relación a la orientación que debe brindarse a pacientes y familiares sobre los cuidados preventivos y de atención del SARS CoV-2.*

Con una visión integral se coordinaron las áreas de Jefatura, Supervisión de enseñanza y área operativa de Trabajo Social alineando la Guía de intervención a las políticas de salud del gobierno federal y del propio Instituto así como a los procesos de calidad relacionadas con las acciones que supervisan y actualizan los procesos de atención, investigación, educación, gestión y administración, las cuales tienen un impacto directo en la atención de la paciente, su familia así como en la interdisciplinariedad con el equipo de salud en el Instituto todo ello encaminado a buscar un cambio en la actitud de las personas que contribuya ambiciosamente a la educación preventiva hacia los contagios y propagación del virus.

La Guía incluye tres escenarios fundamentales donde se lleva a cabo la información y orientación dentro del Instituto por parte del personal de Trabajo Social: consulta externa, hospitalización y terapias neonatales. Estas áreas son claves en el contacto con pacientes y familiares de aquí que en cada uno de dichos escenarios se plasme la información y orientación básica. Para ello se cuenta con materiales didácticos de apoyo algunos de los cuales son impresos e incluso digitales.

La información se estructuró considerando, desde luego, los estratos socioeconómicos y los aspectos culturales de la población que

GUÍA DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN A LA ORIENTACIÓN QUE DEBE BRINDARSE SOBRE LOS CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE ATENCIÓN DEL SARS CoV-2

Áreas	***Información /orientación***	***Consideraciones***
Consulta Externa *Primer contacto con la paciente que acude por primera vez al INPer a solicitar atención médica de cualquier parte de la República Mexicana o país.*	Indagar si la paciente estuvo en contacto con algún familiar, amistad o conocido que se conozca haya sido positivo a SARS CoV-2 dentro de los últimos 3 días. Brindar información sobre: • lavado de manos correcto (momento: al entrar en contacto con algún objeto o persona, técnica) • uso de gel alcohol correcto • uso de técnica de estornudo de etiqueta • uso de sana distancia • uso correcto de cubreboca (utilidad, tipos de cubreboca: lavable y desechable, forma de uso, cambio diario) • bañarse al llegar a casa o realizar cambio de ropa exterior después de visitar el hospital o viajar en transporte público • medidas de contención intrahospitalarias: uso de cubrebocas, no consumir alimentos dentro, sana distancia, uso de gel alcohol)	• Tomar en cuenta los aspectos y barreras socioculturales que influyen en la transmisión de la información. • Evaluar los momentos de intervención para que continúen siendo oportunos. • Adaptar la información según las políticas de salud en el INPer.
Trabajo Social Hospitalización 2do piso *Área a la que ingresa la paciente con prueba SARS-CoV-2 como: indeterminada, sospechosa o* ***resultado positivo****.*	• Localización de los familiares de la paciente para dar información sobre el resultado de la prueba y sobre las visitas y trámites generales. • Comunicación al personal de salud del ingreso de la paciente al área COVID-19 • Localización de las pacientes programadas para su internamiento con diagnóstico COVID 19 para que acudan con un familiar. • Reforzamiento de uso de cubreboca, careta, lavado correcto de manos o uso de gel alcohol y sana distancia. • Autorización para ingresar el teléfono celular.	• Tomar en cuenta los aspectos y barreras socioculturales que influyen en la transmisión de la información. • Evaluar los momentos de intervención para que continúen siendo oportunos. • Corroborar que la información fue comprendida • Adaptar la información según las políticas de salud en el INPer.

GUÍA DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN RELACIÓN A LA ORIENTACIÓN QUE DEBE BRINDARSE SOBRE LOS CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE ATENCIÓN DEL SARS CoV-2

Áreas	***Información /orientación***	***Consideraciones***
Alta hospitalaria *Momento de egreso hospitalario al domicilio de la paciente*	• Reforzamiento de información a la paciente y familiares de medidas preventivas, de autocuidado e higiene para disminuir el riesgo de propagación del virus en casa. • Reforzamiento de adherencia terapéutica • Orientación sobre apoyos referentes a lactancia materna (Clínica de lactancia, línea telefónica de orientación) • Orientación sobre trámites administrativos generales (registro civil para el recién nacido, donación de sangre)	• Tomar en cuenta los aspectos y barreras socioculturales que influyen en la transmisión de la información. • Evaluar los momentos de intervención para que continúen siendo oportunos. • Corroborar que la información fue comprendida • Adaptar la información según las políticas de salud en el INPer
Terapias Neonatales UCIN-UCIREN	• Información sobre las medidas de higiene antes de ingresar a las terapias neonatales • Recomendaciones a los padres (evitar visitar lugares concurridos como iglesias, fiestas o reuniones, evitar estar en contacto con personas enfermas de gripa o tos, reforzar las medidas de contención del virus, no interrumpir el tratamiento médico y, contar con una línea telefónica de auxilio en casa.	• Tomar en cuenta los aspectos y barreras socioculturales que influyen en la transmisión de la información. • Evaluar los momentos de intervención para que continúen siendo oportunos. • Corroborar que la información fue comprendida • Adaptar la información según las políticas de salud en el INPer

se atiende en el INPer, pues se ha documentado que brindar información que contribuya a la prevención de enfermedades, favorecer la adherencia al tratamiento, reforzar las medidas sanitarias establecidas por el personal de salud a través del contacto con el trabajador social, fortalece las habilidades resilientes de los pacientes ante las circunstancias que afectaron su entorno social en general y durante la pandemia en particular.

A continuación se presenta un cuadro que conjunta la información y orientación puntual por áreas que deberá brindarse a la paciente por parte del profesional de trabajo social.

Un aspecto que otorga el punto vanguardista de esta intervención es el poder compartir la información a través del dispositivo móvil apoyándose en trípticos de información hospitalaria, diapositivas y de un video informativo que se les comparte a las pacientes y familiares por WhatsApp. Esta aplicación de mensajería para teléfonos móviles permite hacer llegar información de manera rápida, conservarla el tiempo que el usuario decida y compartirla a más personas previa orientación sobre los aspectos fundamentales a considerar sobre el SARS CoV-2.

Con todo lo anterior podemos decir que en el Departamento de Trabajo Social en el INPer, a través de sus profesionales, promueve acciones preventivas y de atención vanguardistas y acordes a las necesidades sociales de su población, incidiendo positivamente en la promoción, protección, conservación y recuperación de la salud afectada por enfermedades graves de alto costo económico y social, como lo es la enfermedad por COVID 19.

DIA INTERNACIONAL **DEL HOMBRE**

Mtra. María Antonia Aguilar Cortés y José Mauro Campos Almazán
Departamento de Relaciones Laborales

La celebración del día internacional del hombre tiene sus orígenes en el año de 1999 en el país de Trinidad y Tobago, posteriormente se extendió a otros países: Australia, Estados Unidos, Canadá, Rusia, Jamaica, Hungría, India, Italia, Nueva Zelanda, Brasil, Moldavia, Haití, Portugal, Singapur, Malta, Sudáfrica, Ghana, Chile, Hungría, Irlanda, Perú, China, Vietnam, Pakistán, Dinamarca, Suecia, Noruega, Guyana, Holanda, Georgia, Argentina, México, Alemania, Austria, Inglaterra y Escocia. Actualmente es un evento apoyado por la Organización de las Naciones Unidas ONU que se conmemora el 19 de noviembre de cada año.

Los objetivos principales de la celebración son: **promover modelos masculinos positivos**, no sólo usando como modelos a las estrellas de cine y deportes, sino hombres de la vida cotidiana; **celebrar las contribuciones positivas de los hombres** a la sociedad, comunidad, familia, matrimonio, cuidado de niños, y para el medio ambiente; **centrarse en la salud** y el bienestar social, emocional, físico y espiritual de los hombres; **poner de relieve la discriminación contra los hombres**, en las áreas de servicios sociales, las actitudes y expectativas sociales, y la ley, así como mejorar las relaciones de género y **promover la igualdad de género** (1).

Algunos datos relevantes respecto a las características sociales y de salud que viven los hombres en México son:

Constituyen el 95% de las muertes laborales, el 80% de las personas sin techo, el 80% del total de suicidios; cuadruplican a las mujeres en el consumo de drogas, se suicidan ocho veces más que las mujeres tras el divorcio, la edad de jubilación del hombre es superior en 31 países pese a que su esperanza de vida es menor. La prevalencia de sobrepeso es más alta (42.5%) que en las mujeres (37.4%). (3)

Con respecto a los Servicios de Salud: se crea la Cartilla Nacional de Salud para hombres de 20 a 59 años en donde se registran acciones de promoción de la salud, nutrición, esquema de vacunación, prevención, detección y control de enfermedades, salud sexual y reproductiva, prevención de accidentes y lesiones, prevención de adicciones y atención médica.

La celebración del día internacional del hombre se entrelaza con '**Movember**', un evento mundial que se desarrolla durante el mes de noviembre, donde se busca crear conciencia sobre temas de salud de los varones (uno de los puntos centrales) y promover la prevención del cáncer de próstata, de testículo y/o la depresión (2).

El Instituto Nacional de Perinatología interesado en unirse a esta conmemoración, realiza acciones en la promoción de dichos objetivos.

En el año de 2019 se realizaron los siguientes eventos:

1. Feria del Mes de la Salud del Hombre, con una asistencia de 102 hombres y 11 mujeres
2. Proyección de la película EN BUSCA DE LA FELICIDAD en el mes de junio, para celebrar el día del padre resaltando los modelos masculinos positivos del hombre, con foro de 41 hombres y 39 mujeres,
3. Taller DISCAPACIDAD, INCLUSIÓN Y RISAS en el marco de la promoción de la igualdad de género el 8 de marzo con una asistencia de 47 mujeres y 13 hombres,
4. Puesta en escena de la obra de teatro inclusiva LOS NAZARENOS en el mes de mayo con una audiencia de 55 mujeres y 19 hombres,
5. Sesión de defensa personal básica a cargo del Profesor en Artes Marciales Arturo Molina Tejeda en el mes de noviembre,

6. Impartición de la conferencia MICROMACHISMOS Y NUEVAS MASCULINIDADES a cargo el Mtro. en Administración Pública, José Antonio Torres Vargas comunicador, coach ontológico y conferencista, en la que se enfatizó la importancia de la identificación de los Micromachismos (pequeños y cotidianos ejercicios de poder y dominio, comportamientos suaves y/o de bajísima intensidad que ejercen los hombres contra las mujeres y las mujeres en contra de los hombres) en la vida diaria.
7. Proyección del video: Día Internacional del Hombre, producido y editado por el Departamento de Logística y Protocolo el cual cuenta con fotografías que muestran algunos roles masculinos dentro del INPer, con una asistencia de 45 mujeres y 15 hombres.

La presencia del SARS-CoV-2 impidió realizar actividades conmemorativas institucionales de manera presencia en 2020 y lo que va de este año de manera que esto se realizó través de la Línea directa electrónica .

El Gobierno de la Ciudad de México lanzó la campaña "Está padre quedarse en casa" para el mes de junio, en adhesión a la campaña de confinamiento por la Covid-19.

BIBLIOGRAFÍA

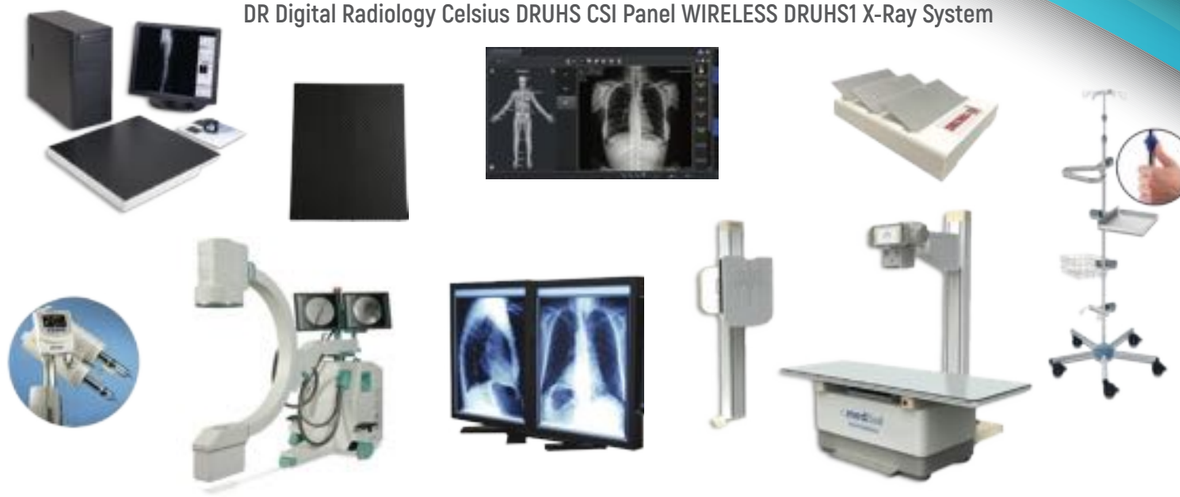
1. Boletín Epidemiológico, Num.46/Vol. 30/ Semana 46/Del 10 al 16 de noviembre del 2013, Día Internacional del hombre, recuperado en red https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/12859/sem46.pdf (11 de octubre de 2019, 15:00 horas) .
2. Preparen sus bigotes: el FORMULA 1 GRAN PREMIO DE MÉXICO anuncia alianza con Movember Foundation (2018) https://www.mexicogp.mx/noticia/preparen-sus-bigotes-el-formula-1-gran-premio-de-mexico-anuncia-alianza-con-movember-foundation/(consultado en red el 5 de noviembre de 2019, 20:00 horas).
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (31/10/2018), Características de las Defunciones Registradas en México durante 2017, recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf (18 de noviembre de 2019 a las 10:00 horas).

UHS MEDICAL

Ultrasound & Hospital Services

Usado en hospitales, centros médicos, clínicas, complejos deportivos, hogares de ancianos, atención de salud en el hogar, correccionales y aplicaciones militares.

DR Digital Radiology Celsius DRUHS CSI Panel WIRELESS DRUHS1 X-Ray System



El CSU DRUHS1 v4 es un detector de panel plano inalámbrico ligero diseñado para sistemas radiográficos digitales. El CSU DRUHS1 v4 se adapta a las bandejas bucky estándar de 14 "x17" y su comunicación inalámbrica permite una fácil migración entre la mesa, encima de la mesa, la base del cofre y las aplicaciones del carro móvil.

El DRUHS1 v4 funciona con puntos de acceso disponibles comercialmente o como un punto de acceso independiente. El receptor SDK permite la integración directa en los sistemas existentes.

CAN/CSA C22.2 No. 60601-1:14 EU . IEC/EN 60601-1:2012

MADE IN USA. FDA | 1 AÑO DE GARANTÍA

www.uhsmedical.com

Ultrasound and Hospital Services
Mario Sarria | cel. (786) 277-7869
sales_ventas@uhsmedical.com
7919 NW 64TH STREET MIAMI FL 33166
Phone 305-471-7903 | Fax 305-471-7890 | Cell 786-537-1531

Radiología Digital

Servicio de Rayos X Digital a domicilio

Horario para toma de rayos X:
Lunes a Viernes 8:00 am a 5:00 pm
Sábados de 9:00 am a 5:00 pm

LLAME PARA AGENDAR SU CITA.

55 7349 7102

xraymedmovil@xraydigital.com.mx

Nuestro servicio de **Rayos X Digital a domicilio**, le brinda la atención en la comodidad de su **domicilio,** consultorios u hospitales que no cuenten con el servicio de radiología o que requieran brindar el servicio a sus pacientes.

Las radiografías se entregan en formato **DIGITAL**.

Es muy sencillo consultar los estudios y resultados con calidad diagnóstica desde cualquier dispositivo móvil o computadora. Accediendo al Portal Paciente mediante el Código QR o a la pagina web con tu usuario y contraseña.

Protocolo de desinfección Covid-19 . Uso estricto de overol y cubrebocas, lavado quirúrgico de manos y desinfección del equipo medico

IMAGEN GLOBAL

COMUNICACIÓN PARA LÍDERES Y ORGANIZACIONES

GESTIÓN DE REDES SOCIALES

REALIZAMOS

- Revistas especializadas
- Revistas institucionales
- Libros
- Boletines
- Catálogos
- Manuales
- Gacetas

5538.4009 | 5440.6955

imagenglobal.org/

Para mayor información