DOMUS MEDICORUM

AÑO 4• NÚM 9 • SEPTIEMBRE- DICIEMBRE 2021

• COVID: EXPERIENCIA EN PACIENTES EMBARAZADAS DEL INPER
• ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE MAYER - ROKITANSKY - KÜSTER - HAUSER (SMRKH) Y CÓMO SE CORRIGE?
• APRENDIZAJE POR SIMULACIÓN A TRAVÉS DE UN MODELO HÍBRIDO (MOSH)
• SEGUIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO POSNATAL Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
• TALLER MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN CASA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESPUÉS DE LAS TERAPIAS NEONATALES
• UTILIDAD Y MÉTODOS ANALÍTICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE HORMONA ANTIMÜLLERIANA AMH
• DÍA DEL PADRE

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 9, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 2021

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 | *Asistente Editorial*
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"

LEO. Alejandra Antonio
"APOYO INCONDICIONAL"

Dra. Maria del Carmen Jiménez González /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"
Dr. Roberto Cortés Avalos

6 COVID: EXPERIENCIA EN PACIENTES EMBARAZADAS DEL INPER
Dra. Ana Gabriela Espinoza Reyes, Dra. Lourdes Gómez Sousa, Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz.

9 ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE MAYER - ROKITANSKY - KÜSTER - HAUSER (SMRKH) Y CÓMO SE CORRIGE?
Dr. Carlos Ramírez Isarraraz, Dr. Oliver Paul Cruz Orozco, Dra. Ynnakhy Lara Pérez, Dr. Guillermo Corona Barsse

12 APRENDIZAJE POR SIMULACIÓN A TRAVÉS DE UN MODELO HÍBRIDO (MOSH)
Dr. Juan Luis García Benavides, Dr. Roberto Cortés Avalos

16 SEGUIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO POSNATAL Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO
E.E.P. Elizabeth Ramos Silva, Mtra. María Elvia Villagordoa Ramírez

19 TALLER MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN CASA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESPUÉS DE LAS TERAPIAS NEONATALES
Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada

22 UTILIDAD Y MÉTODOS ANALÍTICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE HORMONA ANTIMÜLLERIANA AMH
Verónica Arroyo Herrera, Norma Cariño Mancilla, Angélica Ponce-Flores, María Abel Ramos Valencia, Ana Cristina Rosas Granados, Norma Leticia Valdez Rodríguez, Ericka Fabiola Gudiño Santos

26 DÍA DEL PADRE
Mtra. María Antonia Aguilar Cortés, José Mauro Campos Almazán

DOMUS MEDICORUM. Año 4, número 9, Sep-Diciembre 2021, 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 04-2017-122013484200-102. Número de Certificado de Licitud de Título y de Contenido otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas CS-1830401. Domicilio de la Publicación: Cerrada de Malitrato 208-104, Col. Nonoalco, Delegación Benito Juárez, México, D.F. 03700, Teléfonos: 55368009 y 54606993. Impresión: Editorial Progreso S.A de C.V. Número 888, Col. Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06400, México, D.F., Teléfono: 55 5781 5500 Distribución: A.D.T.F. Imagen Global, S.A. de C.V., Cerrada de Malitrato 208-104, Col. Nonoalco, Delegación Benito Juárez, México, D.F. 03720, Teléfonos: 55368009 y 54606993.

DOMUS MEDICORUM acepta anuncios publicitarios con criterio ético para sus editores, no deslindan de cualquier responsabilidad respecto a la veracidad y legitimidad de los anuncios contenidos en sus páginas, 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

Además de un año de pandemia, hemos ido creciendo y avanzando en la nueva normalidad, lo que nos lleva a la implementación de nuevas medidas, acciones y la reformulación de protocolos en nuestros labores que percibíamos como "cotidiano", pero que actualmente necesitan un cambio conformacional para seguir cumpliendo con las metas que nos proponemos día a día. Nuestra perspectiva del impacto que ha traído la enfermedad por SARS-COV2, ha ido evolucionando y se ha sistematizado en relación de las necesidades de la población.

Con la idea de la vacunación a la mayoría de los mexicanos nuestras esperanzas se encaminan a la pronta recuperación de la normalidad; sin embargo esta enfermedad nos ha dejado claro que aún podemos ceder y soltar las medidas de prevención y que estas se deben instaurar de manera permanente, es así como crece la necesidad de reiniciar las actividades propias de cada servicio, pero modificando actitudes que nos faciliten la seguridad propia y de nuestros colaboradores o pacientes.

En esta nueva edición se refleja un poco de las novedades en el actuar diario de las distintas áreas del Instituto ante la pandemia, desde el área de enseñanza para con nuestros residentes y estudiantes, hasta para con las/los pacientes que atendemos a diario.

Dr. Roberto Cortés Avalos
Coordinador de la Central de Simulación del Instituto Nacional de Perinatología.

COVID: EXPERIENCIA EN PACIENTES **EMBARAZADAS DEL INPER.**

Dra. Ana Gabriela Espinoza Reyes[1], Dra. Lourdes Gómez Sousa[2], Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz[3].

1. *Departamento de Ginecología y Obstetricia*
2. *Departamento de Enseñanza Ginecología y Obstetricia*
3. *Fomento y Herramientas Educativas*

En Diciembre del 2019 se detectó por primera vez una nueva enfermedad asociada a síntomas respiratorios atípicos agudos en la ciudad de Wuhan, China. Este nuevo tipo de coronavirus llamado Síndrome Agudo Respiratorio Severo Coronavirus -2 (SARS-CoV-2, 2019-nCoV), sería el causante de que la Organización Mundial de la Salud lo declarara como pandemia para marzo del 2020.

La enfermedad por COVID-19 a nivel mundial, ha cobrado la vida de alrededor de 4 millones de personas sin importar razas, género y edad. Hoy en día se sabe, que una de las poblaciones más vulnerables son las gestantes, alcanzando una mortalidad de 1.6%, (tasa de mortalidad materna 159/10 000 nacimientos). En México de acuerdo al Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica (semana epidemiológica 25, 2021), se reporta una razón de mortalidad materna calculada de 45.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos. Dentro de las principales causas de defunción están: COVID-19 (33.6%) con virus SARS-CoV-2 confirmado, COVID-19, virus no identificado (4.1%) y en tercer lugar Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos que complican el embarazo, el parto y el puerperio (13.5%). Las entidades con mayor porcentaje de defunciones maternas son el Estado de México, la Ciudad de México, Jalisco, Puebla y Chiapas.

Siendo un hospital de tercer nivel de atención médica, el Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes INPer, es uno de los hospitales que cuenta con los más amplios registros epidemiológicos en cuanto a la infección por SARS-CoV-2 en la paciente obstétrica debido a que concentra pacientes con alto riesgo reproductivo y perinatal.

El tamizaje universal en el INPer se sustenta de la publicación emitida por el *New England Journal of Medicine,* donde se propone el tamizaje universal para SARS-Cov-2 mediante hisopado nasofaríngeo a toda paciente obstétrica que fuera hospitalizada en el *Presbyterian Allen Hospital and Columbia University Irving Medical Center de Nueva York,* sin tomar en cuenta edad gestacional, antecedente de contacto, motivo de ingreso o presencia o no de cuadro clínico sugestivo de COVID-19. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que hasta el 13.5% de las pacientes asintomáticas tendrían a su ingreso una (RT-qPCR) positiva.

Con base en ello, los registros epidemiológicos en el INPer iniciaron en abril del 2020 y continúan vigente hasta la fecha; de carácter obligatorio se realiza (RT-qPCR) de hisopado nasofaríngeo a toda paciente que requiera ingreso hospitalario.

Se tienen registradas aproximadamente 2,197 pacientes que ingresaron al INPer, a las cuales se les realizó una qRT-PCR para SARS-CoV-2; de las cuáles 1,966 obtuvieron una prueba negativa mientras que 712 pacientes resultaron positivas y de ellas, menos del 50%, presentaban algún síntoma característico de la infección. Posteriormente las pacientes con infección por SARS-CoV-2 se dividieron de acuerdo al trimestre de la gestación: primer trimestre 79 pacientes (25.2%) , 127 pacientes (25.3%) en el segundo trimestre, 154 (26.0%) y 352 (27.7%) al tercer trimestre y al momento de la resolución respectivamente.

Partiendo de estas cifras se podría inferir que los dos momentos con mayor número de casos por COVID-19 son el tercer trimestre y el momento de la resolución del embarazo, sin embargo, estos resultados podrían estar sesgados debido al momento del tamizaje universal para SARS-CoV-2.

Dentro de los factores de riesgo que se han identificado en mayor medida en nuestras pacientes están: hipertensión arterial crónica, estados hiperglicémicos y obesidad, teniendo mayor significancia estadística la presencia de hipotiroidismo.

En cuanto a la resolución de la gestación de pacientes con qRT-PCR positiva se observó que en el 64% de estas pacientes asintomáticas se practicó cesárea por indicación materna en un 47% de los casos, con un promedio de estancia intrahospitalaria de 1-2 días del 90%, sin ninguna muerte materna.

En cuanto al manejo intrahospitalario de la paciente hospitalizada con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, dentro del Instituto Nacional de Perinatología actualmente se indican únicamente medidas de sostén a aquellas pacientes asintomáticas o con cuadro clínico leve. El manejo consta de: hidratación, medición de parámetros respiratorios y paracetamol en caso de dolor y/o fiebre. Es importante no dejar de lado, que de acuerdo a las condiciones obstétricas de la paciente, se da el seguimiento por USG, PSS o RCTG. Aunado a ello, es importante solicitar laboratorios como el perfil trombofílico que incluye; biometría hemática completa, pruebas de coagulación (TP y TTP), fibrinógeno, tiempo de trombina, antitrombina III y fibrinógeno e idealmente incluir radiografía de tórax a su ingreso y en casos de complicación del cuadro clínico.

La enfermedad por COVID-19 en nuestro país, es en la actualidad la principal causa de muerte materna. No se sabe a ciencia cierta, en qué momento de la gestación podría existir mayor susceptibilidad a la infección. A pesar de que más del cincuenta por ciento de la población obstétrica cursara asintomática, sabemos que aquellas pacientes que presenten un cuadro clínico grave, tendrán mayor riesgo de requerir manejo médico en terapia intensiva asociado con soporte ventilatorio invasivo. Hoy en día se sabe que la transmisión vertical existe, sin embargo, aún es incierto si debido a la importante tormenta de citocinas proinflamatorias a las que se expone el feto podría existir alguna repercusión para la programación fetal.

Es importante reafirmar que no existe ninguna contraindicación para la vacunación contra SARS-CoV-2 durante la gestación, y que en caso de presentar alguna reacción adversa deberán comunicarse a su centro de salud y notificar por vía internet al portal del Gobierno de la Ciudad México.
Aún falta mucho para lograr la erradicación de la enfermedad, por lo que es nuestro deber como personal de la salud, mantenernos actualizados acerca del tema, con el fin de evaluar de manera temprana desenlaces adversos perinatales y otorgar la mejor consejería y vigilancia obstétrica a nuestras pacientes.

A más de un año de la pandemia por COVID-19, continúa siendo indispensable promover la difusión de las nuevas técnicas de diagnóstico así como la prevención mediante la inmunización pasiva y las recomendaciones sanitarias especialmente en las poblaciones más vulnerables , así como son las pacientes obstétricas.

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE MAYER - ROKITANSKY - KÜSTER - HAUSER (SMRKH) **Y CÓMO SE CORRIGE?**

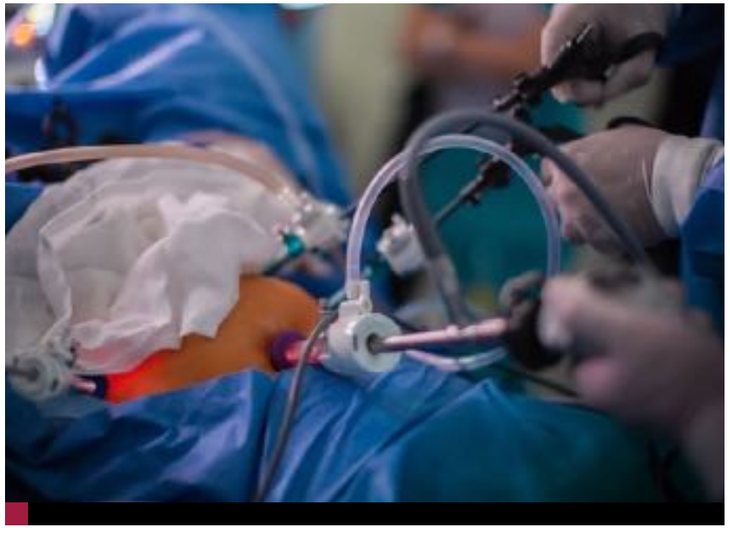
Dr. Carlos Ramírez Isarraraz[1], Dr. Oliver Paul Cruz Orozco[2], Dra. Ynnakhy Lara Pérez[3], Dr. Guillermo Corona Barsse[4] Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

[1]*Coordinador de la Clínica de Urología Ginecológica*
[2]*Coordinador de Histeroscopía*
[3] *Residente de segundo año de Urología Ginecológica*
[4] *Médico adscrito a Cirugía Ginecológica de Mínima Invasión*

El Síndrome de Mayer - Rokitansky - Küster - Hauser es una rara anomalía congénita del tracto genital, se presenta en 1 de cada 4500-5000 nacidos vivos. Genotípicamente corresponde a una mujer con cromosomas 46 XX.

Existen dos tipos; SMRKH tipo I, el más frecuente caracterizado por ausencia total del útero y los dos tercios superiores de la vagina; el tipo II, además presenta alteraciones extragenitales como agenesia renal, alteraciones esqueléticas entre otras, integrando dos secuencias: VACTERL (vertebral defect, anal atresia, cardiac defect, tracheoesophageal fistula, esophageal atresia, renal defect, limb defect) o MURCS (MU: Mullerian aplasia, R: Renal aplasia, CS: Cervicothoracic Somite dysplasia), siendo importante descartar ambas secuencias.

El estándar de oro para el diagnóstico por imagen es la resonancia magnética, los hallazgos más frecuentes son la presencia de remanentes uterinos bilaterales, localización normal de los ovarios, ausencia completa de la vagina. El abordaje siempre es multidisciplinario, el apoyo

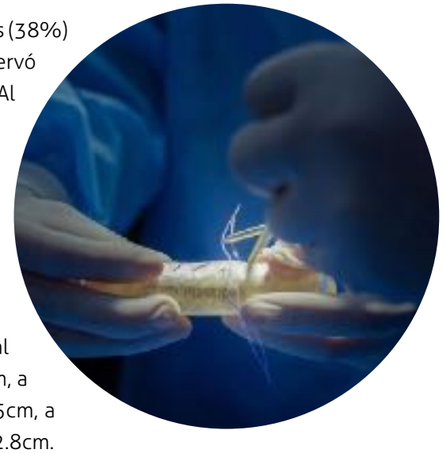


psicológico es primordial debido a que el enfoque psicosexual impacta en la calidad de vida de estas pacientes. El tratamiento es multimodal; la técnica quirúrgica de elección es la reconstrucción vaginal. A lo largo del tiempo se han descrito variaciones de la técnica quirúrgica que comparten el elemento común: creación de canal vaginal con suspensión de cúpula vaginal por mecanismo de tracción o disección, con uso de elementos mecánicos o tejidos nativos.

La clínica de Urología Ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología es la encargada del abordaje Uroginecológico de este grupo de pacientes en conjunto con el servicio de Cirugía Ginecológica de Mínima Invasión. La técnica quirúrgica que se ha implementado en los últimos años consiste en la creación de una neovagina con la técnica de Davydov clásica o modificada, (modificaciones transoperatorias dependientes de las alteraciones), es unos de los tratamientos quirúrgicos más efectivos y con mejores resultados para pacientes con malformaciones müllerianas, y clínicamente con menores datos de morbilidad.

La creación de neovagina con la técnica quirúrgica con implementación y colocación de injerto biológico bajo control laparoscópico, muestra resultados exitosos similares a los descritos en la literatura realizándose no sólo en pacientes con síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser (MRKH), sino en pacientes con presencia de disgenesia genital como el síndrome de insensibilidad androgénica.

A lo largo de los últimos ocho años se han realizado 16 procedimientos de neovagina con técnica modificada, los resultados son satisfactorios describiéndose lo siguiente: todas las pacientes contaron con una determinación de cariotipo 46XX, en solo el 15 % se encontraron alteraciones renales, en el 23% alteraciones esqueléticas como escoliosis lumbar, así como alteraciones cardíacas en un 15%. En ninguna de las pacientes se encontraron alteraciones auditivas.



En los hallazgos trans quirúrgicos se encontró que: 5 pacientes (38%) se encontraron con úteros rudimentarios, en el 46% se observó agenesia uterina y en el 15% se encontró un útero funcional. Al 38% de las pacientes se les realizó histerectomía de úteros rudimentarios, al 54% no se les realizó histerectomía y a una paciente se realizó histerectomía de un útero funcional. La duración promedio de la cirugía fue de 183.8 +/- 50.7 minutos, sangrado transquirúrgico promedio de 173 +/- 139.3ml. Durante el seguimiento se observó una tasa de apego a auto-dilatación en domicilio del 85%, siendo el 54% de las pacientes sexualmente activas. La longitud vaginal total (LVT) a los 3 meses de seguimiento fue de 7.7 +/-2.3 cm, a los 6 meses de 7.8+/- 2.4cm, a los 12 meses de 7.5 +/- 2.25cm, a los 24 meses de 6.0 +/- 2.4cm y a los 36 meses de 5.75 +/- 2.8cm.

Las pacientes han referido satisfacción personal, emocional, social y sexual. La técnica quirúrgica que la clínica de Urología Ginecológica propone aún no está patentada, se encuentra pendiente de publicación, sin embargo; los resultados son exitosos y prometedores. ■

APRENDIZAJE POR SIMULACIÓN
A TRAVÉS DE UN MODELO HÍBRIDO (MOSH)

Dr. Juan Luis García Benavides * *Subdirección de Intercambio y Vinculación INPer*
Dr. Roberto Cortés Avalos **Coordinador de la CESINPer en el INPer*

A finales del siglo pasado y principios del presente, el "**aprendizaje basado en competencias**" –ABC- marcó un movimiento homogéneo educativo por múltiples universidades a nivel mundial. Una competencia se define como la conjunción de conocimientos, habilidades, destrezas y valores cuyo resultado es una "amalgama" de condiciones que da certeza, dominio y seguridad para realizar una actividad específica, como las propias del área de la salud, donde la calidad de la atención y la seguridad del paciente, son las principales para el proceso de bienestar social. Una vez que la persona ha desarrollado las competencias, duras y blandas, es factible realizar su evaluación, mediante un proceso denominado certificación, que valora el dominio exhaustivo de las competencias específicas donde participan principalmente, las especialidades del área médica.

APRENDIENDO JUNTOS

Por su parte, el "**aprendizaje basado en simulación**" –ABS- , ha alcanzado un status incomparable en la adquisición de las mismas al implementar cursos para el capital humano en formación, siendo el área de las ciencias de la salud y en particular INPer, un ejemplo aplicativo de la "**simulación clínica en postgrado**".

La simulación brinda la oportunidad de convertir el conocimiento personal básico, en un aprendizaje significativo al empatar la lectura de los mapas mentales existentes de los participantes, al interpretar los resultados objetivos en el actuar de los usuarios así como de la tarea asignada a los instructores. Otra de las bondades de la simulación, en el área de las ciencias de la salud, es su aplicabilidad a la realidad clínica, requisito de la Medicina Traslacional.

Para el ***aprendizaje basado en simulación***, se retoma la teoría sociocultural de Vygotsky (donde las personas desarrollan su aprendizaje mediante la interacción social, adquiriendo nuevas y mejores habilidades cognoscitivas como proceso lógico de su inmersión a un modo de vida) ***y la estrategia del aprendizaje colaborativo*** utilizada ampliamente en la etapa de participación en los escenarios durante el proceso de simulación clínica.

La experiencia del aprendizaje basado en simulación –ABS-, dentro del campo laboral, originó dos tipos de competencia:

1. Las competencias socioculturales o blandas, como trabajo en equipo, comunicación y/o resolución de problemas

2. Las competencias técnicas o duras, propias del dominio de procesos aplicativos con base en el manejo de "destrezas o habilidades mecánicas", muy específicas de cada disciplina.

Las competencias se pueden adquirir de formas variables, sin embargo, la forma más útil y segura es a través del aprendizaje basado en simulación –ABS- , que es la estrategia de enseñanza conocida por excelencia. Dentro de este proceso de seis etapas, las dos de máxima importancia, trascendencia e imprescindibles son: el escenario y el reforzamiento o *"Debriefing"* (sobre todo con la modalidad de "con buen juicio").

Así, la pandemia de COVID-19, ha sido una condición que ha impactado negativamente en el proceso de aprendizaje basado en simulación, pues tradicionalmente, la simulación ha sido una estrategia presencial. Sin embargo, la pandemia implicó también un espacio de creatividad para integrar una estrategia educativa combinada que incluyó el aprendizaje invertido, apenas en proceso de evaluación, así como la reformulación de objetivos a cumplir en cada situación académica.

Ante la necesidad y compromiso de formación existente por parte de nuestra institución hacia el personal en formación, decidimos implementar una nueva propuesta que denominamos "**Modelo de Simulación Híbrido" (MOSH**), éste ha permitido dar continuidad al proceso de capacitación para el desarrollo de competencias clínicas, que son imprescindibles en la formación de profesionales de las ciencias de la salud.

Este modelo se basa en tres puntos básicos:

1- Aprendizaje invertido: que define la información considerada como fuente de conocimientos y que se comparte previamente con el personal en formación.
2 – Sesiones virtuales: que brindan apoyo y confirman la adquisición del conocimiento básico, para emigrar al siguiente nivel de aprendizaje, "procedimental" por visualización de videos específicos que demuestran la forma de realizar los procedimientos en el simulador.
2- Sesión presencial escalonada: La cual tiene como finalidad el desarrollo de destrezas hasta llegar a su dominio en los simuladores dentro de la Central de Simulación CESINPer.

Esta estrategia puede ser una opción que surge como una propuesta creativa del área de Gestión e Intervención Educativa para seguir operando durante la contingencia epidemiológica. Los resultados obtenidos de la misma, deberán incluirse en un protocolo de investigación para evaluar la adquisición de competencias duras por simulación y valorar el posible desarrollo de competencias blandas también.

De inicio, ha sido una estrategia de rescate implementada por la Central de Simulación del INPer que ha favorecido la posibilidad de seguir vigente con la formación de competencias para el capital humano, así como una ventana de oportunidad para continuar evolucionando y rediseñando los procesos de enseñanza-aprendizaje a la medida que, la realidad de un momento específico, nos marque un rumbo diferente para alcanzar el logro de las metas propuestas de una forma efectiva y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- Corvetto, M., Pía Bravo, M., Montaña, R., Utili, F., Escudero, E., & Boza, C. et al. (2013). Simulación en Educación Médica: Una Sinópsis. *Revista Medica Chilena*, (1), 70-79. Recopilado de: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000100010
- Rall, M., Gaba, D. M., Dieckmann, P., & Eich, C. (2010). Patient Simulation. In R. D. Miller (Ed.), Anaesthesia (pp. 151-192). New York: Elsevier.
- Curran, I. (2008). Creating Effective Learning Environments - Key Educational Concepts Applied to Simulation Training. In R. Kyle & B. W. Murray (Eds.), *Clinical Simulation: Operations, Engineering, and Management* (pp. 153-161). Burlington: Academic Press.
- Dieckmann, P. (2009a). Simulation settings for learning in acute medical care. In P. Dieckmann (Ed.), *Using Simulations for Education, Training and Research* (pp. 40-138). Lengerich: Pabst.

SEGUIMIENTO EN EL AUTOCUIDADO **POSNATAL Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO**

E.E.P. Elizabeth Ramos Silva
Mtra. María Elvia Villagordoa Ramírez
Departamento de Enseñanza en Enfermería. Subdirección de Enfermería

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan dentro de un marco temporal concreto con la intención de mantener la vida con un funcionamiento saludable en el continuo desarrollo personal hacia su bienestar.

Cada individuo posee habilidades intelectuales, motivacionales y prácticas para su autocuidado al incorporar y desarrollar actividades de cuidado a lo largo de la vida, incluso para otras personas que de ellos dependan. El autocuidado que ejercen está condicionado por los valores y costumbres del grupo social al que pertenecen y de las características de su entorno.

Tanto el autocuidado como el cuidad dependiente precisan de acciones que las personas realizan de forma deliberada ante determinadas condiciones incluso con la capacidad de adaptarse a nuevas o desconocidas experiencias.

En la Teoría de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem establece que la persona y el entorno al interactuar con sus influencias mutuas constituyen la unidad que les permite dar respuesta a los requerimientos de autocuidado que influyen en la salud.

En el puerperio la mujer cursa una etapa determinante para su vida debido a las implicaciones que tiene la adopción de un rol materno así como los cambios físicos a los que hará frente; en esta etapa el autocuidado que la mujer pueda implementar durante el puerperio es de gran trascendencia para facilitar la adaptación a la vida cotidiana así como la la detección oportuna de signos y síntomas que puedan prevenir posibles complicaciones o dificultades. El seguimiento que los profesionales de Enfermería puedan fomentar en las etapas del puerperio propician aquellas practicas para promover la seguridad y salud materno infantil.

La Subdirección de Enfermería mediante el Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería ha establecido la estrategia de seguimiento en el autocuidado posnatal y cuidados del recién nacido con el objetivo de que las mujeres conozcan las principales modificaciones fisiológicas y emocionales durante las diferentes etapas del puerperio para establecer conductas de autocuidado así como los cuidados esenciales del recién nacido al brindar a las pacientes acompañamiento e información para la planificación del autocuidado tras el alta hospitalaria y reforzar los conocimientos dentro de los cuarenta días posteriores a la resolución del embarazo. La estrategia toma en cuenta hábitos y experiencias previas de la mujer, así como el estilo de vida que resulta del la interacción con el entorno y su vida familiar ya que de sus rasgos culturales se desprenden los patrones conductuales que guardan estrecha relación con la concepción de la maternidad y la manera en que se asume.

Las dificultades que las pacientes pueden experimentar durante el puerperio se relacionan a aspectos psicosociales que afectan también la interacción con su recién nacido, pareja u otros

miembros de la familia; es importante considerar que este periodo puede ser caracterizado por temores, dudas y desconocimiento de la evolución de los cambios en la madre, lo que la ubican en un estado de vulnerabilidad ante los factores de riesgo. Es por eso que la información basada en evidencia científica, concreta, pertinente y comprensible tiene la intención de fomentar un estilo de vida saludable en el periodo posnatal y establecer en las mujeres las bases para la toma de decisiones informada en caso de presentar algún signo o síntoma de alarma en ella y su recién nacido. Estratégicamente la información se brinda previo a su egreso para continuar con el acompañamiento vía telefónica dentro de los primeros cinco días posterior a su alta hospitalaria y hasta los cuarenta días. Las pacientes también reciben la información mediante infografías digitales en donde se aborda puntualmente las siguientes recomendaciones:

- Recomendaciones al llegar a casa
- Recomendaciones para el autocuidado en casa
- Recomendaciones para acudir a consulta
- Cambios en el puerperio
- Autocuidado posnatal
- Signos de alarma durante el puerperio
- Cuidados del recién nacido:
- Seguimiento pediátrico y vacunas.
- Tamiz metabólico, visual y auditivo
- Higiene
- Signos y síntomas de alarma en el recién nacido
- Autocuidado para la prevención de COVID – 19 durante el puerperio

Durante el puerperio el proceso de transición es continuo y a la vez fluctuante en cada mujer, por lo que precisa de ella la conjunción de elementos que le permitan elaborar un nuevo concepto e identidad de sí misma como madre. El método y las características de la información que los profesionales de Enfermería le aporten permitirá que la mujer se apropie de los elementos necesarios para su autocuidado y el cuidado de su recién nacido.

TALLER MANEJO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN CASA: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN **DESPUÉS DE LAS TERAPIAS NEONATALES**

Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada
Departamento de Trabajo Social

Esta publicación surge a partir de la reflexión del desarrollo del taller denominado *Cuidados paliativos neonatales en casa*, el cual fue diseñado como una propuesta de mejora dentro del Departamento de Trabajo Social del Instituto Nacional de Perinatología. Considerando que en el Instituto se atienden pacientes obstétricas de alto riesgo, es que pueden derivarse a los cuidados paliativos, no solo a ellas sino a sus neonatos.

Científicamente se ha demostrado que los recién nacidos sienten dolor y que necesitan de cuidados y acompañamiento, razón por la cual se requería de una intervención de acompañamiento como lo fue el taller. Durante éste, se trabajó con los cuidadores primarios orientándoles desde una perspectiva social en las funciones que debían desempeñar al momento de cuidar a su recién nacido en casa. A continuación, se narran las experiencias con los padres durante esta intervención.

El taller se concibió de dos sesiones que incluían actividades permanentes como la creación de un directorio con hospitales especializados, la recomendación de un apoyo tanatológico así como la elaboración y entrega de un tríptico informativo para los padres y madres con los contenidos impartidos en el mismo. En un inicio fue pensado para impartirse manera presencial dentro del Instituto, sin embargo, debido a la emergencia sanitaria por la COVID19, se impartió en una plataforma digital y los resultados fueron igual de satisfactorios.

El **objetivo del taller** fue orientar las situaciones en los espacios familiares de apoyo social, laboral, económico, y cultural que se llevan a cabo en el proceso de recuperación y normalización del paciente con cuidados paliativos neonatales en casa. Para su realización, se hizo un diagnóstico previo y se identificaron situaciones que permitieron pensar en el taller desde una mirada social. Desarrollarlo desde el Departamento de Trabajo Social permitía cumplir las necesidades específicas de cada paciente

y su familia ya que éste les apoya durante el proceso, dando acompañamiento entre otros. Las actividades más enriquecedoras durante las sesiones fueron el uso de recursos audiovisuales y la construcción de un plan de acción, así como la expresión de dudas y sentimientos por parte de los cuidadores. En el momento de la intervención se trabajó con dos parejas de padres de familia, lo cual permitió desarrollar los procesos de enseñanza y aprendizaje de manera más interactiva y participativa, en un ambiente de corresponsabilidad educativa con principios éticos y de integración social. De esta manera se fomentó la colaboración, el trabajo en equipo y la dinámica entre los padres de familia quienes viven experiencias similares.

El taller pretendió aliviar de alguna manera la experiencia traumática que viven las familias, por lo que fue de suma importancia contar con las herramientas y conocimientos para brindar a los participantes atención oportuna, efectiva, accesible, equitativa, eficiente de calidad y calidez.

La intervención del Departamento de Trabajo Social en el proyecto fue de moderador, coordinador, mediador, pero al mismo tiempo participante, es decir se contextualizaron las distintas actividades del proceso de aprendizaje y se adquirió la responsabilidad de crear un clima afectivo, armónico, de mutua confianza; partiendo siempre de la situación en que se encuentran los participantes, valorando los intereses de estos y sus diferencias

individuales. Cada sesión tuvo un objetivo específico y para llegar a estas estuvieron divididas en varios momentos, hubo actividades "rompe-hielo", de diálogo, de exposición por parte de la facilitadora, actividad de refuerzo, y reflexiones.

El taller tuvo **resultados positivos** pues los participantes **identificaron** distintas condiciones importantes para sus neonatos; al realizar los diversos ejercicios, pudieron **constatar** la importancia de tener un plan de acción en caso de defunción, **tuvieron la oportunidad** de exponer sus dudas referentes a diversos escenarios y a su vez, **notaron la relación** entre lo que les fue explicado en el hospital y las diferentes situaciones que se presentarán una vez que su recién nacido se encuentre en casa. En general, los padres de familia no contaban con un plan de acción que involucrara sus necesidades sociales, a mediano o largo plazo, esa fue una de las ventajas de la propuesta ya que los padres construyeron una bajo nuestra intervención. Así, Trabajo Social a través de esta experiencia, cumple con ese papel de acompañamiento que le caracteriza. El taller, los materiales, el directorio, los carteles, las presentaciones, entre otros, hoy en día, son materiales permanentes y activos en el Departamento.

UTILIDAD Y MÉTODOS ANALÍTICOS PARA LA DETERMINACIÓN DE **HORMONA ANTIMÜLLERIANA AMH**

Verónica Arroyo Herrera, Norma Cariño Mancilla, Angélica Ponce-Flores, María Abel Ramos Valencia, Ana Cristina Rosas Granados, Norma Leticia Valdez Rodríguez, Ericka Fabiola Gudiño Santos.
Departamento de Laboratorio Central, Laboratorio de Endocrinología.

Para que un modelo predictor sea útil, debe identificar las pruebas diagnósticas que garanticen la validez y confiabilidad adecuadas. Uno de los exámenes de laboratorio que tiene relevancia, en lo que respecta a la salud de la mujer, es la hormona antimülleriana (AHM), una proteína dimérica inhibidora de los conductos de Müller, donde se regula el desarrollo de las células germinales. Por décadas, el significado clínico de AMH estuvo limitado al desarrollo sexual fetal. Sin embargo, en los últimos 20 años se ha incrementado su relevancia, encontrándose algunas aplicaciones como las que se señalan a continuación:

MARCADOR DE LA RESERVA OVÁRICA: La AMH ha demostrado tener funciones específicas como regulador del crecimiento folicular, que permite su aplicación en áreas como la ginecología, siendo un potencial marcador para identificar la reserva y función ovárica, así como su envejecimiento y falla en las mujeres con alteración de la fertilidad. La AMH muestra una estrecha correlación con la reserva ovárica folicular y la capacidad reproductiva, más que la FSH o el estradiol.

MARCADOR EN EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP): La AMH es independiente de la FSH circulante y es relativamente estable a lo largo del ciclo menstrual y entre ciclos, lo cual la hace útil en el diagnóstico de causas de amenorrea secundaria como en el SOP, la falla ovárica precoz y otras disfunciones del eje hipotálamo-hipofisario.

MARCADOR TUMORAL: Existen patologías endocrinas infrecuentes como los tumores de las células de la granulosa; la AMH producida por las células de la granulosa son un potencial marcador significativo para la detección temprana de este padecimiento.

MARCADOR DE LA MENOPAUSIA: Se ha demostrado que la AMH es un marcador precoz de la disminución y el agotamiento de la reserva ovárica, su medición en sangre puede predecir el periodo de inicio de la menopausia en mujeres.

MARCADOR PARA LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA: La AMH es sugerida como un marcador ideal para la determinación del régimen individualizado de estimulación ovárica y la dosificación de gonadotropinas en los programas de tratamiento de fertilización in vitro (FIV).

MARCADOR DE LA FUNCIÓN DE LAS CÉLULAS DE SERTOLI: En los niños prepúberes, la AMH es una herramienta útil para distinguir entre la criptorquidia y anorquismo, así como también ayuda a diferenciar las causas disgenéticas de los trastornos de desarrollo sexual, debidas a una defectuosa síntesis o acción de andrógenos.

En la tabla 1 se describen los ensayos para la determinación de AMH conocidos en el medio.

A pesar de que la AMH se conoce desde hace mucho tiempo, en los últimos años se ha confirmado su utilidad sobre todo como marcador de la reserva ovárica. La medición de AMH en el laboratorio de Endocrinología del Instituto Nacional de Perinatología resultó confiable para determinar la reserva ovárica y así respaldar la toma de decisiones clínicas para las mujeres que reciben tratamiento de la infertilidad. La evolución y estandarización de las pruebas y las adecuadas condiciones pre analíticas en el manejo de las muestras fueron importantes para el diseño de técnicas más específicas y confiables, así como para la unificación de la interpretación de los resultados.

Los ensayos automatizados darán la oportunidad a los profesionales de la salud de incorporar el análisis de AMH a la práctica clínica habitual y obtener resultados más fiables en un menor tiempo que con las pruebas tradicionales manuales AMH, además de eliminar el error en la interpretación de resultados con la creación de un estándar universal.

AGRADECIMIENTOS
La presente revisión fue realizada bajo la supervisión de la M. en C. Dra. Nayeli Martínez Cruz, a quien expresamos nuestro agradecimiento por su apoyo, tiempo y dedicación.

TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE ENSAYOS PARA LA DETERMINACIÓN DE AMH

Año	Ensayo IOT	Fabricante	Equipo	Método	Principio	Ensayo	Limitaciones	Fiabilidad
1999		Immunotech , Marsella, Francia	Kit AMH	Manual	ELISA	Utiliza un par de anticuerpos monoclonales, uno dirigido a la región pro y el otro a la región madura.	• Método manual es menos preciso. • Presenta diferencia significativa entre los valores brutos informados con otros ensayos. • Difiere en pares de anticuerpos, rangos de curvas estándar y límites de detección.	LIMITADA
2005	DSL	Laboratorios de sistemas de diagnóstico, Webster, TX						
2010	Gen II	Beckman Coulter. Bres, CA.	AMH Gen II	Manual	ELISA	Utiliza los anticuerpos F2B/7A y F2B/12H.	• Método manual es menos preciso. • La patente es propiedad exclusiva de Beckman Coulter. • Difiere en pares de anticuerpos, rangos de curvas estándar y límites de detección. • Debido a la fusión de GIT y DSL para crear Gen II se genera confusión en la interpretación de resultados respecto a los ensayos anteriores. • La interferencia con algunos anticuerpos pueden causar resultados erróneos p.e .en pacientes con anticuerpos de heterofilia, pacientes expuestos a animales o que reciben inmunoterapia con inmunoglobulinas y por contaminación microbiológica por excesiva turbidez.	LIMITADA
2012	Ultra-sensitive	Laboratorios Ansh LabS. TX EE.UU.	Kit-Ultra-sensitive AMH/MIS	Manual	ELISA	Utiliza anticuerpos monoclonales dirigidos contra epítopos lineales específicos en la región prorregión estable y la región madura de la forma asociada do AMH recombinante humana.	• Método manual es menos preciso. • Difieren en pares de anticuerpos, rangos de curvas estándar y límites de detección.	LIMITADA
2012	pico-AMH	Laboratorios Ansh, Webster, TX4	Kit ELISA picoAMH	Manual	ELISA	Utiliza anticuerpos monoclonales dirigidos contra epítopos lineales específicos en la región prorregión estable y la región madura de la forma asociada de AMH recombinante humana.	• Método manual es menos preciso. Se requieren diluir la muestra antes de usar el ensayo. • Determinación por arriba del límite de detección, en comparación con otros ensayos.	LIMITADA
2015	Elecsys AMH	Roche Diagnostics	Cobas e 411	Automa-tizado	Inmunoensayo de electroquimio-luminiscencia	Utiliza anticuerpos monoclonales biotinilado.	• interferencias con algunos medicamentos de uso. • En raros casos se puede producir interferencia dabido a títulos extremadamente altos de anticuerpos contra anticuerpos específicos de analito, puede producirse estrectavidina o rutenio	BUENA *Primer ensayo de AMH automatizado que recibe la aprobación de la FDA. *Excelente precisión intra e interensayo. * Método automatizado representa mayo fiabilidad. *Buena correlación entre método automatizados.
2019	Access AMH	Beckman-Coulter Diagnostics	Access	Automa-tizado	Quimioluminiscencia, separación de partículas magnéticas	Utiliza anticuerpos monoclonales	• La interferencia con algunos anticuerpos pueden causar resultados erróneos p.e .en pacientes con anticuerpos de heterofilia, pacientes expuestos a animales o que reciben inmunoterapia con inmunoglobulinas y también incluye factor reumatoide.	BUENA *También ayuda a establecer la dosi diaria individual de la rFSH. *Excelente precisión intraensayo interensayo. *Método automatizado representa mayo fiabilidad. *Estandarizado con el ensayo Gen II. *Buena correlación entre método automatizados.

Figura 1.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capecce, E., Pelanda, M., Dicugno, M., de Sampaio, E. G., Buongiorno, G., Corazza, N., & Ruibal, G. (2016). La hormona antimülleriana como marcador de función ovárica. *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, *53*(3), 106-113.
2. Li, H. W. R., Wong, B. P. C., Ip, W. K., Yeung, W. S. B., Ho, P. C., & Ng, E. H. Y. (2016). Comparative evaluation of three new commercial immunoassays for anti-Müllerian hormone measurement. *Human Reproduction*, *31*(12), 2796-2802.
3. Su, H. I., Sammel, M. D., Homer, M. V., Bui, K., Haunschild, C., & Stanczyk, F. Z. (2014). Comparability of antimüllerian hormone levels among commercially available immunoassays. *Fertility and sterility*, *101*(6), 1766-1772.
4. Rustamov, O., Smith, A., Roberts, S. A., Yates, A. P., Fitzgerald, C., Krishnan, M.,... & Pemberton, P. W. (2014). The measurement of anti-Müllerian hormone: a critical appraisal. *J Clin Endocrinol Metab*, *99*(3), 723-32.
5. Nelson, S. M., & La Marca, A. (2011). The journey from the old to the new AMH assay: how to avoid getting lost in the values. *Reproductive biomedicine online*, *23*(4), 411-420.
6. Bungum, L., Tagevi, J., Jokubkiene, L., Bungum, M., Giwercman, A., Macklon, N.,... & Skouby, S. O. (2018). The impact of the biological variability or assay performance on AMH measurements: a prospective cohort study with AMH tested on three analytical assay-platforms. *Frontiers in endocrinology*, *9*, 603.
7. Jacobs, M. H., Reuter, L. M., Baker, V. L., Craig, L. B., Sakkas, D., Surrey, E.,... & Timm, B. (2019). A multicentre evaluation of the Elecsys® anti-Müllerian hormone immunoassay for prediction of antral follicle count. *Reproductive biomedicine online*, *38*(5), 845-852.

DÍA DEL PADRE

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

La idea de celebrar el "Día del Padre" surgió en 1910, por parte de la estadounidense Smart Dood, en la ciudad de Washington. Smart pretendía que con esta celebración, cada 5 de junio, se destacara el papel que juegan los padres en la sociedad, especialmente de aquellos que, como su progenitor, cumplían el doble rol de padre y madre en la educación con sus 4 hermanos y hermanas en su granja. Smart escogió el mes de junio para celebrar el día del padre por ser el mes de nacimiento del suyo; sin duda, un bello homenaje devuelto a su papá, sin embargo, la propuesta de Smart no tuvo muchos adeptos en los primeros años y permaneció en el olvido. En 1915, Harris C. Meek, presidente del Club de Leones de Chicago, retomó la idea. En esta ocasión, el proyecto contó con mejores auspicios, aunque en un principio la sugerencia fue que cada familia eligiera celebrar o no el día 5 de junio como "Día del Padre". En 1924, el presidente de los Estados Unidos de América, Calvin Coolidge, apoyó esta iniciativa y convirtió el "Día del Padre" en una celebración nacional. Finalmente, en 1966, el presidente Lyndon B. Jhonson firmó una proclamación presidencial que declaraba el tercer domingo de junio como "Día del Padre". (1)ÍAEEN MÉXICO

Debido a los estereotipos y roles de género –según los cuales a los hombres les corresponde el papel de proveedor de recursos generados fuera del hogar, mientras que a las mujeres les toca ser administradoras de los mismos y servidoras de diferentes tipos de cuidados en el hogar–, se ha establecido un patrón de paternidad donde el padre, generalmente ausente, por cuestiones de trabajo, es visto por hijos e hijas como un dispensador de dinero y autorizaciones. Este patrón excluye a los hombres tanto de las tareas relacionadas con el cuidado de sus hijos y del hogar, como de las posibilidades de disfrutar de relaciones más íntimas y cálidas con su familia.

La visión tradicional de la paternidad ha ido cambiando, la práctica de una mayor responsabilidad masculina ha hecho que actualmente muchos hombres participen de manera más activa e integral en el desarrollo de sus hijos, dejando de ser únicamente proveedores. Sin embargo, todavía existen muchos padres que siguen manteniéndose al margen del crecimiento de sus hijos.

El cambio en los papeles y funciones que cubren los hombres en el hogar también es notable. De acuerdo con las percepciones que se tienen de los roles a desempeñar por hombres y mujeres, casi 4 de cada 10 hombres consideran que la crianza de los hijos debe ser compartida por el padre y la madre.

Es por ello que la paternidad es uno de los factores del desarrollo humano que al no ejercerse, supone una serie de costos sociales derivados del incumplimiento de las funciones socialmente atribuidas al "rol de padre".

Cada vez más, los hombres asumen con mayor participación y responsabilidad su papel de padres dentro de las familias. En México, el Instituto Nacional de las Mujeres considera que para lograr la plena igualdad entre el hombre y la mujer es necesario modificar los papeles tradicionales que, tanto hombres como mujeres, tienen asignados en la sociedad y en la familia. Lograr la equidad hará posible que las tareas y las responsabilidades en la crianza de los hijos se distribuyan de manera más equitativa, y brindará a los varones la posibilidad de disfrutar y enriquecerse, compartiendo con las mujeres la crianza y el desarrollo de sus hijos. (1)

Actualmente, este día se festeja no sólo como una imagen de manutención y seguridad del hogar, sino también del reparto igualitario de las tareas domésticas entre todas las personas que conviven en la unidad familiar (corresponsabilidad: responsabilidad compartida entre una o varias personas) propiciando un cambio en los roles paternos, de las responsabilidades familiares como la educación y el afecto de personas dependientes, con el fin de distribuir justamente los tiempos de vida y favorecer la integración familiar. (2)

En México, cada tercer domingo del mes de junio se celebra con relativa tranquilidad y con mucha menos intensidad que el día de la madre. Según datos del INEGI, sólo 50% de los mexicanos celebran al día de los padres, muy alejado del 78% de mexicanos que celebran el día de la madre. (3)

Probablemente el cambio real se lleve a cabo, cuando se revalore el papel que juegan los cuidados y la crianza de los hijos que coadyuva al desarrollo y bienestar familiar.

Motivo por el cual la Dirección General a través de la Dirección de Administración y Finanzas promueve acciones para festejar y realzar el papel del Padre, como: difusión en línea directa, función de cine y difusión en redes sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. (1) Día del padre, tercer domingo de junio "http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101143.pdf (consultado en red el 12 de marzo de 2021, 12:37 horas)
2. 2) Corresponsabilidad familiar y el equilibrio trabajo-familia: medios para mejorar la equidad de género https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000100018, (consultado en red el 17 de enero de 2021, 12:00 horas)
3. 3) El día del padre en México https://www.dias-festivos-mexico.com.mx/dias-feriados/dia-padre/#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20la%20celebraci%C3%B3n%20del,por%20las%20grandes%20cadenas%20comerciales.

UHS MEDICAL
Ultrasound & Hospital Services

ULTRA SOUND AND 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

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