



DOMUS MEDICORUM

AÑO 5 • NÚM 13 • ENERO-ABRIL 2023

- VIOLENCIA OBSTETRICA
- EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO (ECO) 2022
- SIMULACIÓN DE BAJO COSTO EN UN CENTRO DE POSTGRADO.
- MANEJO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VASCULAR CENTRAL: LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.
- MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS INFECCIÓN EN PLACENTA: UNA OBSERVACIÓN AL MICROAMBIENTE HOSPEDERO-PATÓGENO
- INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y DE LENGUAJE EN EL INPer.
- LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO



INPer

NUEVO SERVICIO

Resonancia Magnética

- Mejor Calidad de Imagen
- Más de 100 Estudios
- Mejores Resultados

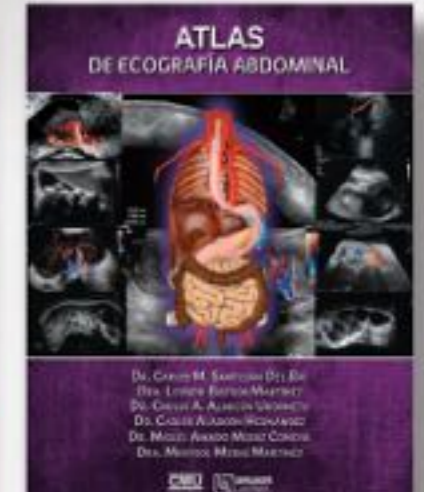
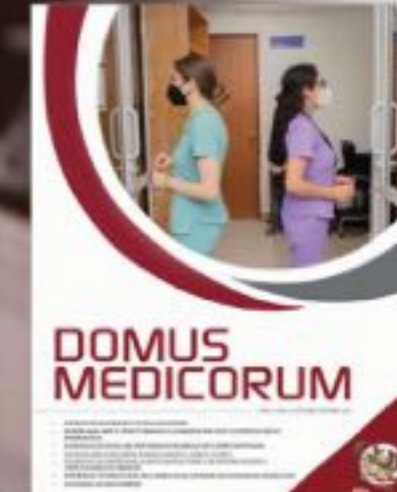
El nuevo equipo de resonancia magnética, ofrece un diagnóstico más preciso en enfermedades de los **sistemas vascular, osteoarticular** y digestivo, **así como en patologías de tipo neurológico, oncológico y del sistema respiratorio.**

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.

Creamos tu proyecto:

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



15 AÑOS DE EXPERIENCIA Y PROFESIONALISMO

55 5589 1754 | 55 8939 1701

imagenglobal.org



GACETA INFORMATIVA INPer

AÑO 6, NÚMERO 13, ENERO - ABRIL 2023



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 | *Directora Editorial*

Dra. Patricia Yolanda Padilla Jasso | *Editora Adjunta*

Dr. Roberto Cortés Avalos | *Asistente Editorial*

Dra. María del Pilar Ludick Rojas | *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 Villagordoá Ramírez
"APOYO INCONDICIONAL"

Dra. Addy Cecilia Helguera Repetto / 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. Iliana Alejandra González Rodríguez

6

"FIJANDO HORIZONTES" VIOLENCIA OBSTETRICA

Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez, Dr. Javier Castro Llamas

10

"A LA VANGUARDIA" EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO (ECO) 2022

Dra. Wendy Paola Rodríguez Luna, Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz, Dr. Roberto Cortés Avalos, Dr. Juan Luis García Benavides, Dra. Viridiana Gorbea Chávez.

14

"APRENDIENDO JUNTOS" SIMULACIÓN DE BAJO COSTO EN UN CENTRO DE POSTGRADO.

Dr. Juan Luis García Benavides, Sindy Wilma Cruz Torrica, Lic. Xavier Roa Hernandez

18

"APOYO INCONDICIONAL" MANEJO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VASCULAR CENTRAL: LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA.

L.E. Mireya Elizabeth Pérez mendoza

21

"POR TU SALUD" MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS INFECCIÓN EN PLACENTA: UNA OBSERVACIÓN AL MICROAMBIENTE HOSPEDERO-PATÓGENO

QFB Fonseca Pérez Mónica Selena, Dra. Valdespino Vázquez María Yolotzín, Dr. León Juárez Moisés, H.T. Del Castillo Hernández Belén Betsaida, Rivera-Gutiérrez Sandra, Dra. Helguera-Repetto Addy Cecilia.

25

"SIEMPRE A TU LADO" INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y DE LENGUAJE EN EL INPer.

LTS Claudia López Martínez, LTS Alma Leticia Dávalos Servín, Mtra. Gabriela Sofía González González

30

"CASA INPer" LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO

Lic. Nayely Estela Ramos García, José Mauro Campos Almazán, Mtra. María Antonia Aguilar Cortés

CARTA EDITORIAL

Bienvenidos a esta primera edición del 2023 de nuestra Gaceta cuatrimestral "Domus Medicorum".

El Instituto Nacional de Perinatología se caracteriza por ser una institución que agrupa a un gran equipo multidisciplinario el cual, dentro de su labor cotidiana, contribuye en pro de la salud perinatal integral y de calidad

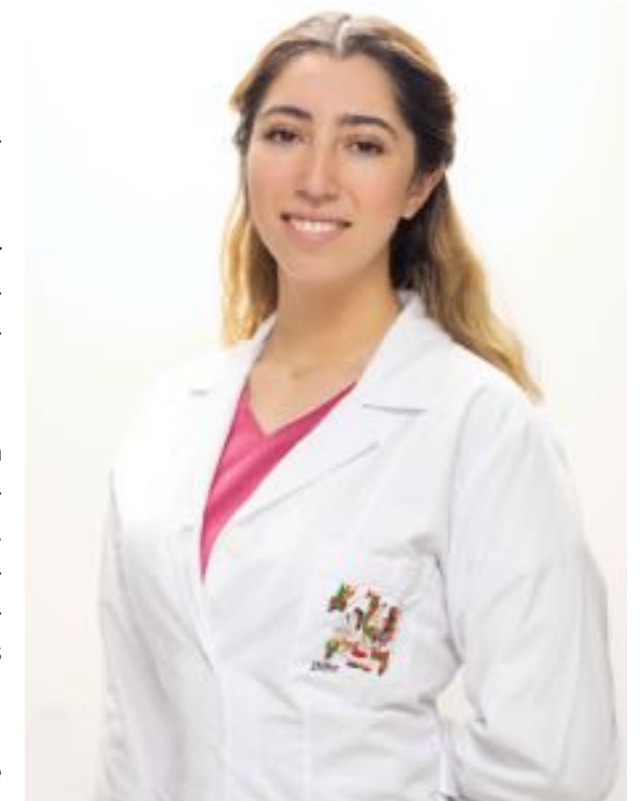
Los desafíos superados en años anteriores nos dan una base sólida para continuar con el arduo trabajo que hasta ahora se ha realizado con esfuerzo y profesionalismo. Este año nos depara grandes retos, pero sin duda contaremos con las herramientas necesarias para superar cualquier adversidad y aprender con humildad de nuestros errores.

En esta edición, encontrarán artículos de diversa índole como el de "Violencia obstétrica", con énfasis en la protección a los derechos de la salud reproductiva. En el ámbito de la simulación se aborda la "Simulación de bajo costo en la Central de Simulación", donde se destaca el avance y aprendizaje de los médicos residentes en la utilización de estos. También hablaremos sobre "Mycobacterium tuberculosis infección en la placenta: interacción y observación al microambiente hospedero-patógeno", tema de gran impacto en la patogenicidad in útero de dicha infección; continuamos en la sección Apoyo incondicional, con el "Manejo de dispositivos de acceso vascular central: la participación de enfermería", y su impacto en el correcto manejo de este para evitar las infecciones asociadas a la atención de la salud. Temas de importancia social como "El acompañamiento a pacientes con discapacidad auditiva y de lenguaje por parte de trabajo social del INPer" o las "Licencias con goce de sueldo" que tienen impacto en el bienestar del personal del Instituto.

Los invitamos a continuar leyendo y participando en nuestras próximas ediciones del año, agradeciendo como siempre el apoyo que nos brindan, lo que nos da la motivación para seguir trabajando con entusiasmo en la Salud Perinatal.

"El futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños".

- Eleanor Roosevelt



Dra. Iliana Alejandra González Rodríguez
Central de Simulación del Instituto Nacional de Perinatología

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez ¹, Dr. Javier Castro Llamas ²

¹ Servicio de tumores mamarios del Depto. de Ginecología

² Departamento de investigación en salud reproductiva y perinatal



En las últimas décadas, la violencia como concepto se ha etiquetado de forma más concreta como violencia física o psicológica agregándole algunos otros tipos de violencia como son la violencia terrorista, la mediática y la machista o sexual. Dentro de dichas etiquetas, se incluye a la *violencia obstétrica*.

A inicios del siglo XX, el concepto de *violencia obstétrica, de parto violento o forzado*, es acuñado por el Dr. Françoise Mauriceau, señalándolo como aquellos actos en donde se provocaba la ruptura de membranas y se realizaba una dilatación forzada del cuello uterino para conseguir un parto precipitado. Durante el mismo siglo aparecieron otros factores que contribuyeron a la violencia obstétrica tales como el desarrollo de fármacos que se podían administrar durante el embarazo, parto y puerperio. Fue hasta 1985, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las primeras recomendaciones sobre el nacimiento: "Appropriate Technology for Birth". Esta declaración puso énfasis en que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada, así como a un papel central en los aspectos de su atención, con un solo objetivo: disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y ofrecerle un cuidado digno y respetuoso. En 2010, se publicó la primera revisión sistemática sobre la falta de respeto y abuso en la atención institucional sobre el parto, categorizándolas en siete tipos de abuso en la atención del parto: abuso físico, atención no consentida, atención carente de confidencialidad, atención que vulnera la dignidad, discriminación basada en atributos específicos, abandono durante la atención, detención en instituciones de salud.

En México, en 2007, como parte de la Estrategia Integral para la Prevención y Atención de la Violencia de Género, los estados de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas fueron pioneros en la reglamentación de la **violencia obstétrica** al definirla como "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer".

El INPer cuenta actualmente con un Código de Ética Profesional (INPer S., 2020) y el Reglamento General para Residentes de las Especialidades y Cursos de Alta Especialidad (UNAM F. d., 2017); los cuales tienen el propósito de definir los estándares de comportamiento de los servidores públicos que laboran en el Instituto, a fin de reafirmar y fortalecer los principios, valores y reglas de integridad que respaldan una cultura e identidad institucional, a partir del desarrollo humano, la calidad y calidez en la atención, así como en la prestación de servicios, bajo un marco de transparencia, profesionalismo, responsabilidad, eficacia y eficiencia. El objetivo central es el de orientar la actuación que deben observar los servidores públicos, en situaciones concretas en el desempeño de sus funciones, en áreas relacionadas con la

administración, la educación, la investigación y la atención a la salud reproductiva y perinatal. Sin embargo, es necesario difundir de manera más efectiva en el personal, para no solo cumplir con el proceso administrativo sino con el actuar médico.

Con la finalidad de fomentar y aplicar buenas prácticas hospitalarias en la relación médico paciente en el INPer, se impartió el seminario denominado *Aspectos bioéticos en violencia obstétrica*. Este se llevó a cabo por vía zoom los días jueves de los meses Mayo, Junio y Octubre del año 2022. El seminario se desarrolló en dos módulos, el módulo I se tituló Bases bioéticas el cual contó con seis temáticas relacionadas con aspectos bioéticos y biojurídicos. El módulo II se tituló Bioética clínica para la prevención de la violencia obstétrica y contó con cuatro temáticas relacionadas con los aspectos de género, las vías de resolución del embarazo, el trato digno, entre otros.

El desarrollo de los temas se llevó a cabo por ponentes de diferentes disciplinas y de gran renombre y expertis quienes no solo dieron cátedra magistral sobre los temas sino que respondieron preguntas interesantes y puntuales del personal médico en formación.

Es fundamental seguir generando estrategias institucionales que contribuyan a una formación más humana y consciente del personal de salud con la paciente, razón de ser de nuestro trabajo cotidiano. ■

► BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (2019). Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552>
2. Díaz, L. I., & Fernández, Y. (Diciembre de 2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*(51), 123-143. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
3. INSP. (2021). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. (G. d. México, Ed.) Cuernavaca, Morelos, México. Obtenido de <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>
4. Ruiz-Berdún, D. (2018). Análisis histórico de la violencia obstétrica. En J. Goberna-Tricas, & M. Balderas, *El concepto "violencia obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (págs. 31-38). Madrid: Tecnos. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Lola-Ruiz-Berdun/publication/326997934_Analisis_historico_de_la_violencia_obstetrica/links/5c02503fa6fdcc1b8d4d6c70/Analisis-historico-de-la-violencia-obstetrica.pdf

SEMINARIO

ASPECTOS BIOÉTICOS EN VIOLENCIA OBSTÉTRICA

MÓDULO 1: BASES BIOÉTICAS
FOMENTAR BUENAS PRÁCTICAS HOSPITALARIAS Y DE FORMA INMEDIATA LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

26 DE MAYO • TEMA 1:
Estado actual de la Bioética

Objetivo:
Reflexionar sobre la importancia de la Bioética en la práctica Ginecoobstétrica
Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez

2 DE JUNIO • TEMA 2:
Bioética, teorías y principios

Objetivo:
Analizar las principales teorías y principios Bioéticos
Dra. Elvira Llaca García

9 DE JUNIO • TEMA 3:
Comité Hospitalario en Bioética y Ética en la Investigación

Objetivo:
Describir los puntos clave sobre las funciones de los Comités de Bioética e Investigación
Dr. Samuel Weingerz Mehl

16 DE JUNIO • TEMA 4:
Protección de datos y privacidad

Objetivo:
Revisar el Marco Jurídico de la protección de los datos personales en México
Dra. Claudia Dib

23 DE JUNIO • TEMA 5:
Consentimiento válidamente informado

Objetivo:
Revisar el marco normativo del consentimiento válidamente informado como proceso y documento médico legal, en la relación médico-paciente
Mtra. Alejandrina Jiménez Valencia

30 DE JUNIO • TEMA 6:
Aspectos biojurídicos relacionados a la violencia obstétrica

Objetivo:
Analizar los diferentes elementos jurídicos contemplados en la legislación nacional sobre violencia obstétrica
Dra. Martha Patricia Hernández Valdez

MODALIDAD



OnDemand



TODOS LOS JUEVES
A LAS 13:00 HORAS,
A PARTIR DEL 26 DE MAYO



EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO ESTRUCTURADO (ECO) 2022

Dra. Wendy Paola Rodríguez Luna, Dra. Rosa Gabriela Hernández Cruz, Dr. Roberto Cortes Avalos, Dr. Juan Luis García Benavides, Dra. Viridiana Gorbea Chávez.

El Examen Objetivo Estructurado (ECO) es una herramienta de evaluación que puede ser formativa o sumativa según los objetivos del programa operativo del posgrado médico.



Para su implementación se requiere de personal docente con capacitación específica en la creación de escenarios y casos clínicos, cuyos objetivos deben estar alineados con los objetivos generales del curso. Está constituido por estaciones que conforman un circuito. En cada estación, el estudiante se expone a un escenario que evalúa una competencia clínica, así como desempeños específicos acordes a su grado académico y al programa operativo. Se incluyen conocimientos, destrezas psicomotoras y actitudes, además permite otorgar un feedback inmediato al alumno de parte del evaluador.

Todos los alumnos deben ser evaluados en las mismas situaciones y cada estación debe contar con tiempo específico para que se desempeñen en el escenario preparado. Esto permite minimizar la subjetividad de los evaluadores y se asegura la estandarización como instrumento de evaluación.

Los pacientes estandarizados son personas que han sido capacitadas para realizar con fiabilidad la historia clínica y los resultados de la exploración de casos clínicos. Estos pueden ser personal del área o profesionales de salud que han sido capacitadas para la simulación, personas sanas o enfermas que han sido entrenadas para estandarizar su propia condición ante las repetidas evaluaciones a las que será expuesta.



El ECOE 2022 se realizó los días 6, 7 y 8 de septiembre de este año en donde participaron 49 residentes de la especialización en ginecología y obstetricia de los cuales 18 fueron residentes de primer año, 15 de segundo año y finalmente 16 de tercer año.

Se realizaron 196 pruebas, 4 por cada residente donde participaron 12 evaluadores que fueron médicos adscritos de diferentes departamentos, tales como Ginecología y Obstetricia, Uroginecología y de Educación en Ciencias de la salud los que participaron en diferentes escenarios y horarios para poder llevar a cabo esta edición del ECOE.

Se crearon escenarios clínicos simulados lo más parecido a la realidad, con el fin de que los médicos residentes demostraran la competencia a evaluar. Se diseñó un circuito cerrado, el cual constó de 4 estaciones, cada estación tenía una duración de 15 minutos y cada médico residente debía completar en una hora la evaluación. El material utilizado se conformó por simuladores de baja fidelidad y simuladores biológicos, todas las estaciones con una complejidad media a alta.

Todos los médicos residentes que participaron en el ECOE firmaron un acuerdo de confidencialidad en el cual se comprometieron a no comunicar la experiencia recibida a otros compañeros.

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).

Cada médico residente, al finalizar su evaluación, respondió la encuesta de satisfacción, la cual, es una herramienta que nos orienta a medir el nivel de aceptación del curso y su valor pedagógico con la finalidad, de encontrar áreas de oportunidad para la mejora de futuras evaluaciones.

La simulación es una técnica pedagógica de primera línea para el desarrollo de competencias en el personal de salud en el postgrado, para estandarizar las competencias, realizar la integración teórico-prácticas y así poder contribuir con la seguridad del paciente.

Este año se realizó un estudio de sombra con la técnica llamada shadowing que es una es-

trategia etnográfica relativamente novedosa en los entornos académicos de habla hispana, que emerge con la intención de acentuar el valor que tiene para la investigación educativa, la observación de contextos y comunidades específicas. El investigador observa la interacción entre los evaluadores con los residentes, así como su ambiente y las acciones durante su evaluación. Esencialmente es una sombra del evaluador durante el periodo de prueba. Posteriormente, con toda la información recolectada, el investigador tendrá una imagen multidimensional y de primera mano del rol, acercamiento y tareas a realizar que le tocaban al instructor evaluado.

Es de gran importancia mantener una distancia específica entre el investigador y el médico evaluado, para no afectar en la objetividad del estudio.

Con este estudio, se buscó visualizar las áreas de oportunidad, las cuales se deben de trabajar para poder llegar a una estandarización de los evaluadores, y con ello desarrollar una mejor prueba. Además, participó más personal del área, que incluyó médicos pasantes, médicos adscritos y personal administrativo en donde se crearon escenarios y casos clínicos, así como pacientes estandarizados.

Para el INPer sigue siendo prioritaria la actualización continua de nuestros médicos residentes. ■

► BIBLIOGRAFÍA

1. Ticse, R. (2017). El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Rev. Med Hered.*, (2017; 28), 192 - 199.
2. Toro Córdoba, Gloria Isabel. (2015). Forma y usabilidad de un recurso educativo ex profeso: Biblioteca digital en Promoción de la Salud. *Revista Interamericana de Bibliotecología*, 38(1), 41-53. Retrieved December 05, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-09762015000100003&lng=en&tlng=es
3. Fardella, C, Jimenez Vargas, F. (2022) Salir de Sombra. Una revisión sistemática sobre Shadowing como propuesta metodológica para la investigación educativa. *Revista de investigación educativa*, 40 (1) 257-254.
4. Hernández Cruz Rosa. (2021) Examen Estructurado como herramienta evaluativa de competencias en médicos de postgrado. *SIMEx 2021*

SIMULACIÓN DE BAJO COSTO EN UN CENTRO DE POSTGRADO-CESINPer-

Dr. Juan Luis García Benavides. // Dra. S. Willma C. Torrico // Lic. Xavier Roa Hernández

La simulación en postgrado es una estrategia que permite lograr competencias duras y blandas en los participantes de las ciencias de la salud. Sin embargo, en ocasiones, el presupuesto para obtener los simuladores específicos, es una gran complicación, ya que la mayoría de las partidas económicas designadas a la institución, no contemplan un presupuesto específico para este rubro de educación en postgrado, por otras necesidades de prioridad, así consideradas.

Por tanto, la creatividad, es una de los mejores aptitudes de los instructores que participan en la formación de los recursos humanos en la salud, que aunado a su experiencia y gran empeño, han logrado realizar algunos simuladores de bajo costo para facilitar la adquisición de competencias.

Algunos ejemplos que mostramos son **dos simuladores de bajo costo para cirugía vaginal**. El primero, es el Simulador de Nudos Quirúrgicos de Profundidad, cuyo objetivo es favorecer las competencias procedimentales del usuario al realizar, "nudos quirúrgicos en cavidades con poco espacio y profundas" como podría ser, durante la histerectomía vaginal, en la región vaginal.

Consta de un bote delgado de 15 cm de altura x 12 cm de diámetro, al cual se le efectúan dos agujeros en cada costado del bote de manera paralela con diferente distancia entre los orificios para realizar nudos a diferentes profundidades (Fig.1).

Cada par de los agujeros paralelos, establece un nivel de fondo (simulando la profundidad de la vagina). Los agujeros de cada costado son unidos a través de una liga, que atraviesa la parte central del bote y que simula una estructura interna de la pelvis. Esta liga se sujeta en la parte exterior con un pedazo de madera de cada lado. Conforme el usuario realiza nudos en el primer nivel del fondo del bote, pasará a un segundo nivel de mayor complejidad.



Figura 1.

El segundo es un simulador de histerectomía vaginal (HV) de bajo costo, fundamentado en el modelo de SimVaHT y el modelo de Greer. Se construyó con materiales de bajo costo y de fácil acceso.

Ensamblaje del simulador se realizó por partes: Estructura de la pelvis: se usó el codo cloruro de polivinilo (PVC) 3 pulgadas, asegurado a una plataforma de madera con una correa de acero inoxidable y tornillos metálicos, un pequeño bloque debajo de la base del tubo de PVC para elevarlo y estabilizarlo; se perforaron cuatro orificios longitudinalmente a lo largo de cada lado del tubo de PVC, se colocaron tiras de velcro adhesivo de forma longitudinal bilateralmente a horas 4 y 8, para sujeción de los ligamentos uterosacros. (Figura 2).

Útero y anexos: se diseñó con media Nylon, costurado y relleno con guata; para la vejiga: se utilizó tela pellón amarillo a la cual se le agregaron cordones elásticos amarillos, para semejar la inserción de los uréteres. En la vejiga trompas uterinas:



Figura 2. Útero y anexos.

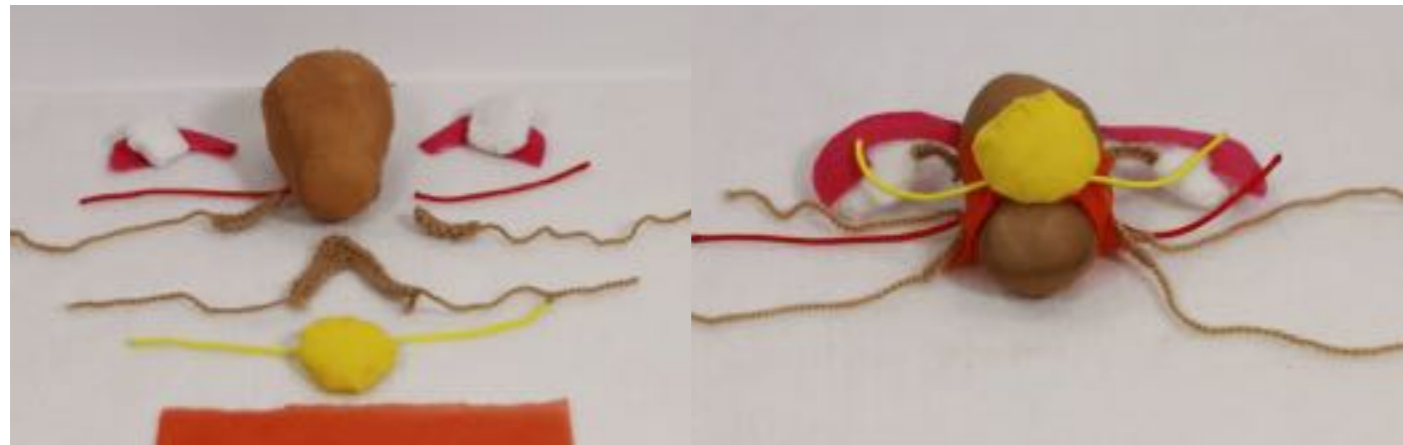


Figura 3. Cara externa

costuradas (pellón fucsia) y ovarios: rellenos con guata, con tejido a crochet cadena simple del estambre se creó ligamentos: útero-sacros, cardinales, útero-ováricos e infundíbulo-pélvico. Un cordón elástico rojo semejo la arteria uterina; todas las diferentes par-

tes se unieron con costura manual simple, agregándose tela naranja alrededor del cuello uterino para asemejar hoja peritoneal anterior y posterior (Figura 3).

Para la simulación de la región perineal se utilizó cartón y cartulina color piel, y para la simulación de labios mayores y menores, foami color rosa y rojo respectivamente, agregándose en la cara posterior trozos de velcro adhesivo (Fig. 3).

Para el ensamblaje del útero y anexos a la pelvis se insertan por los orificios laterales previamente perforados los ligamentos, arterias y uréter en su posición anatómica, sujetos con pinzas cocodrilo o clips de cabello, se colocó media Nylon para semejar epitelio vaginal, se cubrió el modelo con la presentación externa del simulador. El costo total del simulador fue de 80.00 pesos por unidad. (Fig. 4).



Figura 4.

Conclusiones:

Ambos simuladores han facilitado la realización de la histerectomía vaginal tradicional, logrando las competencias procedimentales. La realización de nudos de profundidad es básica, la realización de la histerectomía vaginal tradicional, indispensable para el personal de las ciencias de la salud.

En la mayoría de las ocasiones, no se cuenta con el simulador idóneo. Sin embargo, la creatividad del instructor es una de las facetas de mayor importancia para favorecer la construcción de competencias. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Chrysostomou A, Djokovic D, Edridge W, Van Herendael BJ. Evidence-based Guidelines for Vaginal Hysterectomy of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE). *Eur J Obstet Gynecol* 2018;1-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.058>.
2. Balgobin S, Owens DM, Florian-Rodriguez ME, Wai CY. Vaginal Hysterectomy Suturing Skills Training Model and Curriculum. *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* 2019; 553-558. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003420.
3. Grace ChC, Korn A, Klingele C, Barber MB. Objective assessment of vaginal surgical skills. *Am J Obstet Gynecol*, 2010;79:1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2010.01.072.
4. Chrysostomou A, Djokovic D, Edridge W, Van Herendael BJ. Evidence-based practical guidelines of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE) for vaginal hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;(252): 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.027>.
5. Malacarne DR, Escobar CM, Lam CJ, Ferrante KL. Teaching Vaginal Hysterectomy via Simulation: Creation and Validation of the Objective Skills Assessment Tool for Simulated Vaginal Hysterectomy on a Task Trainer and Performance Among Different Levels of Trainees. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2018;1-7. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000558.
6. Zoorob D, Frenn R, Moffitt M, et al. Multi-institutional Validation of a Vaginal Hysterectomy Simulation. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28(8):1490-1496. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2020.12.006>.
7. Einarsson JI, Matteson KA, Schulkin J, Chavan NR, Sangi-Haghpeykar H. Minimally invasive hysterectomies-a survey on attitudes and barriers among practicing gynecologists. *J. Minim Invasive Gynecol*. 2009; 17: 167-175. DOI: 10.1016/j.jmig.2009.12.017.
8. Greer JA, Segal S, Arya LA., Salva CK. Development and Validation of Simulation Training for Vaginal Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2014;74-82.
9. Gregory MG, Potts JR, Cha S, Valea FA, Banks E. Hysterectomy route and numbers reported. *Obstet Gynecol* 2020;135: 268-273. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003637.
10. Lucot JP, Debodinance P, Coutty N, Cosson M. Histerectomía vaginal por patología benigna. *Elsevier* 2011:1-14.
11. Linde´s, Te. "Operative Gynecology." Edited by John A. Rock MD. and Howard W. Jones MD. (10) 2008: 1-1470.
12. Martínez MA, Alvarado H, Gómez M. Principales complicaciones postoperatorias de la histerectomía abdominal en un centro de Alta Especialidad de Veracruz. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina* 2017; 4(3): 60-66.
13. Kristen A. Matteson MD, Butts S. Committee Opinion. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* 2017;6:155-159.
14. Dawe SR, Pena GN, Windsor JA, Broeders JA, Cregan PC, Hewett PJ. Systematic review of skills transfer after surgical. *BJJ* 2014;1063-1076. DOI: 10.1002/bjs.9482.
15. Santos A, Gorbea V, Rodríguez S, Ramírez C, Torrez E, Gámez P. Histerectomía vaginal para úteros grandes y sin prolapso mediante correlación y aguja de Deschamps. *Ginecol Obstet Mex* 2015:148-154.
16. Vaughan MH, Kim-Fine S, Hullfish KL, Smith TM, Siddiqui NY, Trowbridge ER. Validation of the Simulated Vaginal Hysterectomy Trainer (Simvaht). *J Minim Invasive Gynecol* 2018:1-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2018.02.022>.
17. Aarts JWM, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BWJ, Kluivers KB. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015:1-214. DOI:10.1002/14651858.CD003677.pub5.
18. Jelovsek JE, Walters MD, Korn A, et al. Establishing cutoff scores on assessments of surgical skills to determine surgical competence. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(81):1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.01.073.

MANEJO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VASCULAR CENTRAL: LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA

L.E. Mireya Elizabeth Pérez Mendoza

Enfermera adscrita al Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Adulto INPer



Las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS) representan un problema de salud pública con un impacto significativo en el ámbito social y económico. La OMS define a las IAAS como “aquellas infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta.” Las instituciones y el personal de salud son responsables de implementar medidas necesarias para reducir su incidencia ya que las IAAS como eventos adversos y multifactoriales son prevenibles.

La infección del torrente sanguíneo (BSI) son una causa importante de morbilidad y mortalidad, entre las más recurrentes están las relacionadas con los catéteres venosos centrales (CLABSI) cuyo mayor uso sucede en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los catéteres venosos centrales (CVC) son dispositivos necesarios implementados en la terapéutica médica para permitir el acceso seguro al torrente sanguíneo como una vía de administración de líquidos y medicamentos, toma de muestras o con fines diagnósticos. Sin embargo, su característica de ser dispositivos invasivos representa un riesgo multifactorial que incluyen considerar los fluidos y medicamentos administrados, la condición de salud del paciente, las características del catéter en cuanto al material de fabricación y lúmenes, el apósito que cubre el sitio de inserción, la técnica de estabilización y el manejo adecuado por parte del personal de salud. En esta última característica, los cuidados del profesional de Enfermería son fundamentales en el óptimo funcionamiento y mantenimiento del dispositivo para reducir los riesgos de su implementación en los pacientes.

En este sentido, la estandarización de cuidados de Enfermería son un esfuerzo para mantener la calidad del proceso y la reducción de riesgos en el uso de CVC. Específicamente, en el INPer se trabaja en el proyecto de creación de la Clínica de Accesos Vasculares, dentro de sus principales objetivos está el brindar la capacitación al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCIA) para la estandarización en el mantenimiento de dispositivos de accesos vasculares con la intención de lograr mediante esta intervención un proceso de calidad en terapia de infusión a partir del reforzamiento de la higiene de manos, valoración de la vena, identificación del tipo de terapia, asepsia y preparación del sitio de inserción del catéter, técnica de inserción, mantenimiento, farmacoterapia y toma de muestras.

En la UCIA el grupo de Enfermería está conformado por 22 profesionales que brindan atención a pacientes con diagnóstico médico principalmente de hemorragia obstétrica, Preclamsia y en quienes es frecuente la indicación de terapia de infusión intravenosa mediante CVC.

De enero a noviembre de este año se tiene registro de la instalación de 47 dispositivos de acceso vascular central, de los cuales, en el primer semestre del 2022, se reportó que en el 12% de los casos se presentó la oclusión de alguno de los lúmenes, dicha situación identifica un área de oportunidad en el apego a la técnica correcta para el manejo y mantenimiento del dispositivo.

Comprender el procedimiento de preparación, instalación, mantenimiento y retiro de los CVC como una intervención multidisciplinaria implica la comunicación entre el personal de Enfermería y el personal médico rotante para considerar medidas de seguridad en el procedimiento y algunas recomendaciones que optimicen el cuidado del manejo de los dispositivos, por ejemplo el evitar el uso



de la doble sutura para la fijación y procurar el confort de la paciente durante la inserción y el tiempo que permanezca con el catéter instalado.

Mediante la actualización, reforzamiento y estandarización de la información entre el personal de Enfermería de la UCIA, la capacitación busca garantizar la seguridad de las pacientes que precisen de este tipo de dispositivo vascular, con la intención de que mediante un mismo lenguaje y una práctica homogénea entre el personal de salud se logre un procedimiento capaz de disminuir las complicaciones relacionadas con su uso y permita al personal de Enfermería brindar cuidados eficaces en la instalación, mantenimiento y retiro de los CVC. ■

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS INFECCIÓN EN PLACENTA: UNA OBSERVACIÓN AL MICROAMBIENTE HOSPEDERO-PATÓGENO

Fonseca-Pérez Mónica Selena*^{1,2}, Valdespino-Vázquez María Yolotzín³, León-Juárez Moisés^{1,2}, Del-Castillo-Hernández Belén Betsaida³ Rivera-Gutiérrez Sandra¹, Helguera-Repetto Addy Cecilia*²

¹ Departamento de Microbiología, Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México.

² Departamento de Inmunobiología, INPer, Ciudad de México, México.

³ Departamento de Anatomía Patológica, INPer, Ciudad de México, México

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Es considerada uno de los principales problemas de salud a nivel mundial y la segunda causa de muerte por un solo agente infeccioso. En el año 2021 se estimó que 10.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.4 millones de personas fallecieron alrededor del mundo por dicha causa ⁽¹⁾.

La presentación clínica más común de la tuberculosis es la llamada tuberculosis pulmonar; sin embargo, *M. tuberculosis* puede infectar otros tejidos del cuerpo humano, ocasionando diferentes cuadros clínicos como: tuberculosis meníngea, tuberculosis peritoneal, tuberculosis intestinal, tuberculosis genital y tuberculosis congénita. También las personas infectadas pueden cursar con una infección latente en la que no hay presencia de ningún síntoma clínico; no obstante, la enfermedad puede reactivarse, en caso de haber un desbalance en el sistema inmune, y generar una tuberculosis activa ⁽²⁾.

La tuberculosis congénita se asocia, no solo a casos de tuberculosis activa, sino también a casos de reactivación de una tuberculosis latente durante el embarazo. La incidencia de la tuberculosis congénita es desconocida, ya que sus síntomas en los recién nacidos son poco característicos; se han reportado cuadros clínicos de neumonía, hepatomegalia, esplenomegalia, fiebre, dificultad respiratoria y sepsis ⁽³⁾.

Se proponen tres posibles vías de transmisión para la tuberculosis congénita: la vía transplacentaria, que podría producir lesiones hepáticas en el neonato y diseminarse a través del sistema sanguíneo; la vía de aspiración o inhalación de líquido amniótico, que desencadena problemas con sintomatología gastrointestinal y/o pulmonar y la vía de infección por canal de parto y contacto con el tracto genital materno ⁽⁴⁾.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Cain Castañeda-Martínez, F., & Valdespino-Padilla, MG (s/f). Prevalencia de infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel de atención en México. Gob.mx. Recuperado en noviembre de 2022, de http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/98/235
2. DOF - Diario Oficial de la Federación. (s/f). Gob.mx. Recuperado en noviembre de 2022, de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012
3. Farina, J., Cornistein, W., Balasini, C., Chuluyan, J., & Blanco, M. (s/f). Infecciones asociadas a catéteres venosos centrales. Actualización y recomendaciones intersociedades. Medicinabuenosaires.com. Recuperado en noviembre de 2022, de <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/30694189.pdf>
4. Ocronos, R. (2021). Cuidados de Enfermería en el mantenimiento del catéter venoso central (CVC). Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/mantenimiento-cateter-venoso-central/>
5. Pineau, M. (2021, 14 de diciembre). Herramientas para luchar contra las infecciones relacionadas con los catéteres PICC. Campus Vygon. <https://campusvygon.com/herramientas-luchar-infecciones-cateteres-picc/>
6. Recomendaciones sobre mejores prácticas en el manejo de los catéteres venosos periféricos cortos subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud dirección general de calidad y educación en salud. (s/f). Gob. mx. Recuperado en noviembre de 2022, de http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/recomendaciones_manejo_cateteres.pdf

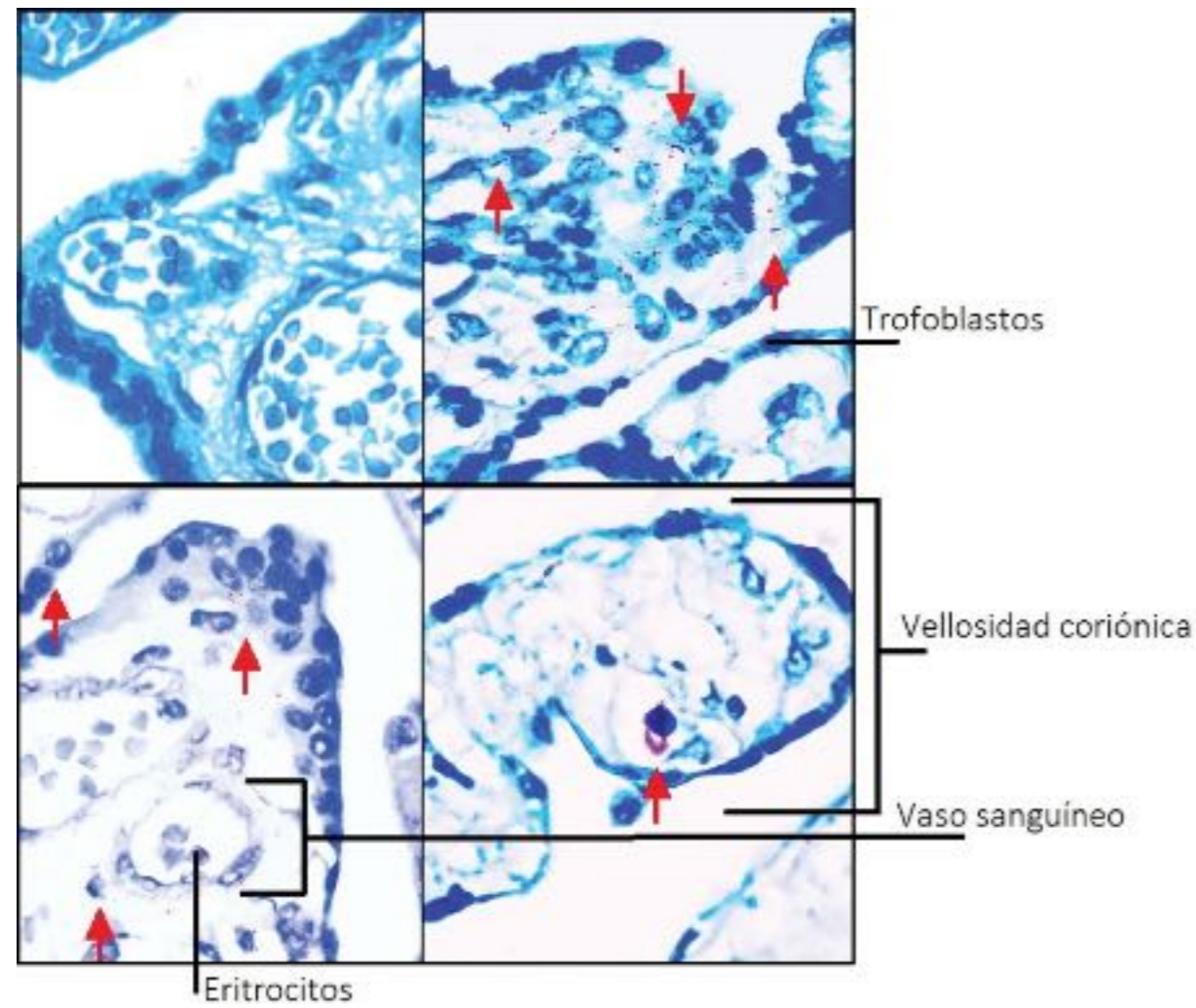


Figura 1. Microscopía óptica de la tinción de Kinyoun del tejido placentario a las 72h post infección con *M. tuberculosis*. Observación a un aumento de 100x en un microscopio Axio Lab.A1 de ZEISS. De color azul oscuro se observan las células que conforman las vellosidades coriónicas de la placenta, de color azul más claro se observa la matriz extracelular compuesta principalmente de colágeno. De color rosa y encerradas en círculos rojos se observa a *Mycobacterium tuberculosis* a) Control sin infección b) infección con la fase de crecimiento activo logarítmica b) infección con la fase reactivada de latencia NRP1 y d) Infección con la fase de latencia NRP2.

El laboratorio de Inmunobioquímica en el Instituto tiene como uno de sus objetivos de investigación describir la interacción de *M. tuberculosis* con la placenta, para determinar la susceptibilidad a la infección de este tejido y la diseminación de este patógeno. Actualmente, se desarrolla el proyecto de "Interacción de *Mycobacterium tuberculosis* con la interfase materno-fetal: descifrando el origen del desenlace adverso del embarazo" registrado con clave: 2017-2-75 y con clave: A1-S-24972 ante CONACyT.

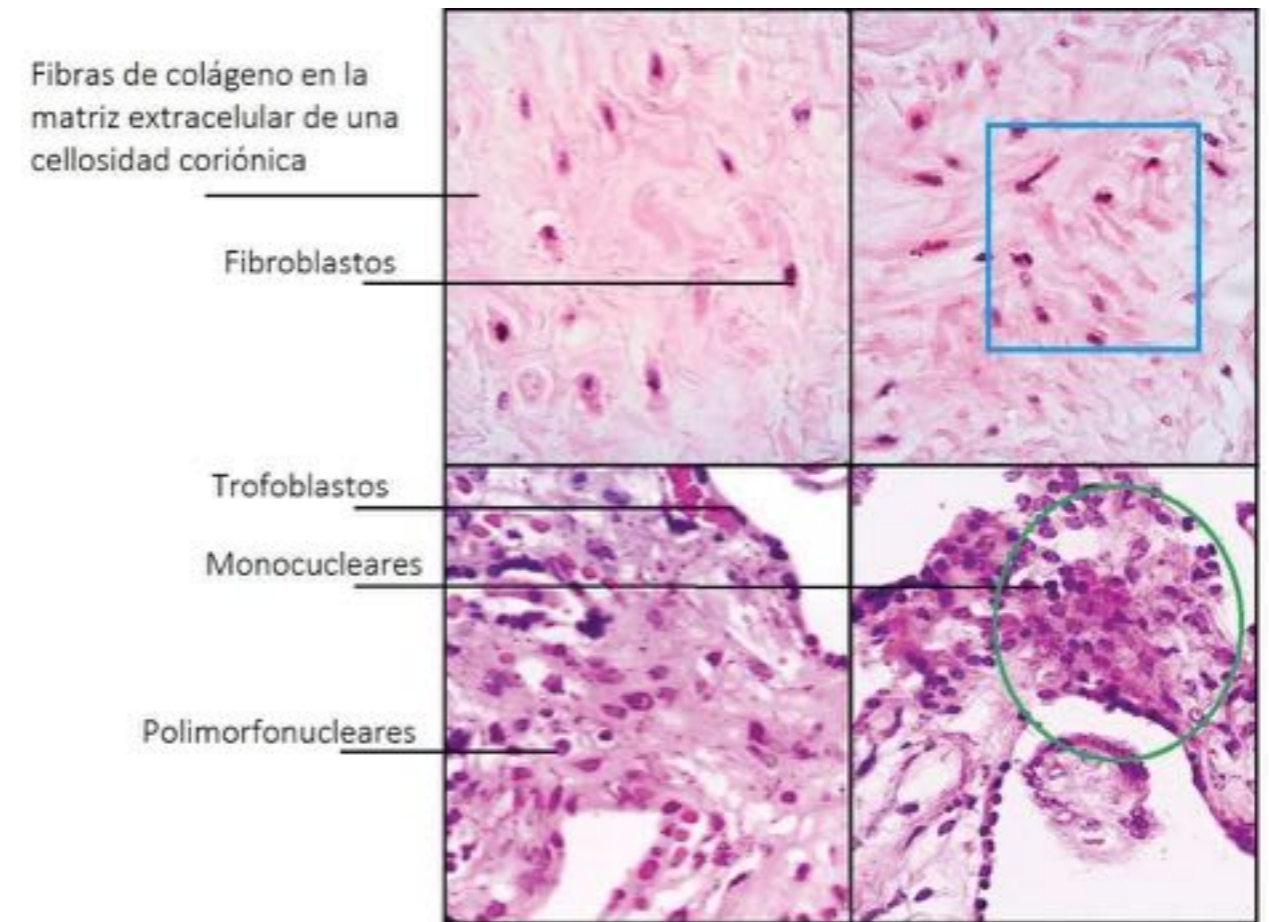


Fig. 2 Microscopía óptica de la tinción de hematoxilina-eosina del tejido placentario a las 72h post infección con *M. tuberculosis*. Observación a un aumento de 100x en un microscopio Axio Lab.A1 de ZEISS. De color morado se observan los núcleos celulares, de color rosa la matriz extracelular, dentro del recuadro azul se observa la degradación del tejido y el cambio morfológico generado por la infección y en círculos verdes se observa la infiltración de células de la respuesta inmune a) Control sin infección b) infección con la fase de crecimiento activo logarítmica b) infección con la fase reactivada de latencia NRP1 y d) Infección con la fase de latencia NRP2.

Para el desarrollo de este proyecto se ha realizado un modelo de infección con *M. tuberculosis* en explantes placentarios, derivados de placentas de mujeres sanas con edad de 18 a 35 años, con un embarazo a término y resolución mediante cesárea.

El objetivo fue simular el inicio de la infección congénita desencadenada de una tuberculosis activa, así como de la reactivación de una tuberculosis latente, por lo que se utilizó la cepa *M. tuberculosis* H37Rv, y se desarrolló un modelo *in vitro* de latencia, el modelo de persistencia no replicativa (NRP) descrito por Wayne y Hayes ⁽⁵⁾.

Mediante una cinética de infección se evaluaron 4 tiempos (4h, 24h, 48h y 72h), y de manera inicial determinar la presencia de la bacteria en el tejido placentario así como, la integridad del tejido. Las infecciones se realizaron con 3 condiciones bacterianas diferentes: una fase logarítmica temprana y dos fases de latencia *in vitro* (latencia temprana NRP1 y latencia tardía NRP2).

Para evaluar la localización de las bacterias en los explantes de placenta se realizó una tinción de Kinyoun, la cual nos permite visualizar a *M. tuberculosis* en color rosa (Identificadas en la Fig. 1 con flechas rojas), contrastando el tejido y las células que lo componen de color azul. Se observó que a las 72h hay una mayor cantidad de bacterias en las infecciones realizadas con la fase logarítmica, en comparación a las infecciones con las fases de latencia; sin embargo, las tres fases fueron capaces de infectar y multiplicarse a lo largo de la cinética. (Fig. 1)

Al evaluar la integridad del tejido (tinción de Hematoxilina-Eosina; Fig. 2) se aprecia que a las 72h el control sin infección tiene una morfología normal (Fig. 2A), donde las fibras colágenas se encuentran sin degradación, no se observan focos de inflamación en comparación con las imágenes de los tejidos infectados (Fig. 2B a 2D) donde se observa desde degradación del tejido colágeno (Identificado con un recuadro azul), hasta focos de inflamación (Identificados en círculos verdes) y cambios morfológicos, generados por una posible respuesta pro inflamatoria de la placenta y por los mecanismos de virulencia de *M. tuberculosis*.

Seguimos evaluando la interacción de *M. tuberculosis* en diferentes modelos de infección para describir los posibles mecanismos de patogenicidad que utiliza el bacilo para lograr su transmisión in utero, así como el tipo de respuesta inmune generada por el tejido ante esta la infección. El uso de nuestras 3 fases de estudio nos dará información respecto a las diferencias durante la infección dependiendo de si esta ocurre a partir de una reactivación del estado de latencia. ■

► BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. (2021). Global tuberculosis report.
2. OMS. (2018). Latent tuberculosis infection.
3. Peddireddy, V., Doddam, S. N., & Ahmed, N. (2017). Mycobacterial dormancy systems and host responses in tuberculosis <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00084>
4. Yeh, J. J., Lin, S. C., & Lin, W. C. (2019). Congenital tuberculosis in a neonate: A case report and literature review. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00255>
5. Wayne, L. G., & Hayes, L. G. (1996). An in vitro model for sequential study of shutdown of *Mycobacterium tuberculosis* through two stages of nonreplicating persistence. *Infection and Immunity*, 64(6), 2062–2069. <https://doi.org/10.1128/iai.64.6.2062-2069.1996>

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA Y DE LENGUAJE EN EL INPer.

LTS Claudia López Martínez, LTS Alma Leticia Dávalos Servín, Mtra. Gabriela Sofía González González

La Organización Panamericana de la Salud, refiere que las personas con discapacidad son: “aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás” ⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud para el año 2020, más de 1,000 millones de personas en todo el mundo tenían algún tipo de discapacidad, lo que representa cerca del 15% de la población mundial. En México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2020, hay 6,179,890 personas con algún tipo de discapacidad, lo que representa el 4.9 % de la población total del país. (INEGI 2020).⁽²⁾





De esta población con discapacidad, aproximadamente 2.3 millones de personas padecen discapacidad auditiva, de las cuales más de la mitad son mayores de 60 años; poco más del 34% tienen entre 30 y 59 años, cerca del 2% son niñas y niños. (SSA 2021).⁽³⁾

La discapacidad auditiva, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral a las Personas con Discapacidad NOM-015-SSA3-2017, es la restricción en la función de percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él.⁽⁴⁾

En el caso particular de la hipoacusia, sus causas son variadas, estas van desde la herencia genética, los problemas durante el embarazo, los problemas al nacimiento, hasta las enfermedades crónicas. La comunidad con discapacidad auditiva, constantemente enfrenta discriminación, segregación o agresiones lo que les impide contar con un desarrollo igualitario ante el resto de la población.

Actualmente, existen importantes avances en la Legislación Nacional, orientados a incluir a esta población, entre las que se pueden enumerar la Constitución

Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, la Norma Oficial Mexicana para la Atención Integral a las Personas con Discapacidad NOM-015-SSA3-2017, que en su contenido se encuentra manifiesta tanto la importancia de la inclusión de esta comunidad como el de hacer valer sus Derechos Humanos.

La principal brecha que enfrentan las personas con discapacidad auditiva, es la comunicación, limitando y obstaculizando el desarrollo integral tanto en el aspecto educativo, social, profesional como humano. En este sentido, la oportunidad de ser incluidos socialmente se ve limitada de ahí la necesidad de establecer una forma de comunicación específica. La Constitución Política de la Ciudad de México reconoce a la *Lengua de Señas Mexicana* (LSM) como una lengua oficial y reconoce el derecho de sus hablantes a recibir educación en esta lengua (Art. 8, Apartado B, numeral 7), esto representa un gran avance no sólo para quienes la utilizan, sino también para quienes pueden reconocer en ella la diversidad cultural de los habitantes de la ciudad.⁽⁵⁾

En México, se desconoce la cifra exacta de personas que utilizan la LSM, sin embargo, es importante desarrollar para las personas sordas, competencias en la comunicación que les permita adquirir habilidades lingüísticas para transmitir y recibir un mensaje de manera comprensible y claro.

Actualmente, se está trabajando en la renovación de métodos, en estrategias de intervención para las personas con discapacidad auditiva con la finalidad de facilitar la adquisición de nuevas capacidades comunicativas que favorezcan el desenvolvimiento de la persona en su entorno, haciendo posible la comunicación con los demás y el acceso con las fuentes de información y cultura. Para ello, la era de la tecnología, está portando grandes avances para la integración de las personas con discapacidad en su entorno. En definitiva podemos decir que las nuevas tecnologías pretenden la integración de las personas con discapacidad auditiva así como la eliminación de las barreras de comunicación tanto de los sordos como de los oyentes.

Cuando se habla de nuevas tecnologías, se consideran los teléfonos de texto, fax, Internet y otros avances técnicos. Sin embargo, es importante mencionar, que las ayudas técnicas, son solamente eso, ayudas, y por sí solas no resuelven las dificultades de quienes no pueden oír, aunado a que se requiere una mayor sensibilidad social, la cual vendrá dada por la mayor información de lo que significa la discapacidad auditiva y sus consecuencias. Este cambio progresivo en la actitud de los oyentes hacia los sordos facilitará la comunicación entre unos

y otros e instará a los poderes públicos a proveer recursos para conseguir medios y medidas tendentes a mitigar las barreras de comunicación. Algo tiene que cambiar en el conjunto de la sociedad si queremos que la integración social de las personas con sordera vaya mejorando.

Para responder a este reto, el profesional en Trabajo Social posee una gama de conocimientos, herramientas y estrategias de intervención que permite trabajar con las comunidades de alta vulnerabilidad, como lo es la población con diagnóstico de hipoacusia, un grupo altamente vulnerable y en el que se tienden a instalar barreras comunicacionales entre la institución y el paciente.

En el INPer, se reciben pacientes con diversos diagnósticos de salud que complican no solo su proceso de salud-enfermedad, sino su atención en los servicios médicos. El trabajador social, al ser el primer contacto con la población usuaria en el instituto, tiene la posibilidad de detectar a las solicitantes con problemas auditivos. Las herramientas con las que cuenta el profesional le permiten favorecer el derecho a la igualdad de oportunidades y a la atención a la salud, garantizando de esta manera a la población usuaria con discapacidad auditiva, su acceso al derecho a la salud y a los derechos y responsabilidades que adquieren como pacientes.

La participación del trabajador social que funge como intérprete de LSM representa un vínculo importante entre la paciente no oyente o familia con la institución, pues su acción no comienza posterior al diagnóstico médico, sino desde el momento en el que se detecta que la paciente habla LSM. Esto permite el contacto con las personas usuarias, recibéndole con una mirada acogedora y de cordialidad al presentarse, proporcionando además un acompañamiento con calidad, mismos que se brindan desde la solicitud de atención, al momento del ingreso hospitalario, la primera consulta médica y el seguimiento. Todo ello, permite brindar el acompañamiento y la interpretación adecuada para que el equipo interdisciplinario logre establecer una comunicación asertiva al brindar el informe médico, abriendo con ello, el espacio para la resolución de dudas con la finalidad de que las pacientes y sus familiares cuenten con información completa y comprensible sobre el proceso de salud-enfermedad, la cual incluye la derivación a otras instituciones externas, en caso de ser necesario. ■



“El que siente pasión por la lengua de señas, la convierte en poesía en sus manos” (Seguro Social de Panamá 2022)

► BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud En: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20son,de%20condiciones%20con%20los%20dem%C3%A1s.> consultado 29 de septiembre de 2022
1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática En: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx> consultado el 30 de septiembre de 2022
1. Instituto Nacional de Rehabilitación. Con discapacidad auditiva, 2.3 millones de personas: En: <https://www.gob.mx/salud/prensa/530-con-discapacidad-auditiva-2-3-millones-de-personas-instituto-nacional-de-rehabilitacion?idiom=es#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20aproximadamente%202.3%20millones,ciento%20son%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os.> Consultado el 29 de septiembre de 2022
1. Norma oficial Mexicana para la Atención Integral a las Personas con Discapacidad NOM-015-SSA3-2017 En: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012#gsc.tab=0 Consultado el 29 de octubre de 2022
1. Necesario garantizar los derechos de las personas sordas a través del fortalecimiento de la Lengua de Señas Mexicana en el sistema educativo. Comisión de los Derechos Humanos de la Ciudad de México. Boletín 167/2020 28 de noviembre de 2020. En: <https://cdhcm.org.mx/2020/11/necesario-garantizar-los-derechos-de-las-personas-sordas-a-traves-del-fortalecimiento-de-la-lengua-de-senas-mexicana-en-el-sistema-educativo/>

LICENCIAS CON GOCE DE SUELDO

Lic. Nayely Estela Ramos García, José Mauro Campos Almazán,
Mtra. María Antonia Aguilar Cortés
Departamento de Relaciones Laborales

Una licencia laboral es la autorización de la dependencia laboral para que el/la trabajador(a) de base se ausente de su área de trabajo por un tiempo determinado ante circunstancias particulares.

En el INPer, dentro del rubro de Licencias laborales se encuentran cuatro tipos:

1. Licencia Pre jubilatoria
2. Licencia por Examen Profesional
3. Licencia con Goce de Sueldo
4. Licencia por Matrimonio

La licencia con goce de sueldo es la prestación concedida al personal de base del Instituto la cual consiste en ausentarse de sus labores, en días naturales, gozando de su sueldo. Esta licencia se podrá autorizar al interesado, cuando este justifique circunstancias especiales, sometiéndose a juicio del Instituto y con mediación del SUTINPer según sea el caso y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 43, fracción VIII inciso E) de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado.

La licencia con goce de sueldo se autoriza bajo las siguientes circunstancias:

- a) Por circunstancias especiales que manifieste el/la trabajador(a) presentando la documentación que lo justifique
- b) En casos de fuerza mayor donde el/la trabajador(a) se responsabiliza para realizar el trámite correspondiente de la Licencia con Goce de Sueldo días posteriores al suceso
- c) En caso de contar con el tiempo previsto de algún incidente, el/la trabajador(a) deberá realizar el trámite con cinco días de anticipación

Pasos para llevar a cabo el trámite:

- 1.- Entrega de la solicitud mediante el formato (5120-48B) "Solicitud de Licencia con goce de sueldo y/o Permiso de Paternidad" (Intranet: Información General -- Formatos -- Relaciones Laborales--5120-48B Permiso de Paternidad y/o Licencia c/Goce de Sueldo) debidamente llenado, firmado por el/La Jefe(a) Inmediato(a), Subdirector(a) o Director(a) del área, y en el caso del personal de enfermería por la Subdirección de Enfermería y la Dirección Médica.
- 2.- Contener los documentos soportes en original (para cotejo) y copia legible que justifiquen la solicitud de la Licencia con Goce de Sueldo.
- 3.- En caso de haber solicitado una licencia con goce de sueldo previa, no haber agotado los días que le correspondan, de acuerdo a su antigüedad, en el año calendario vigente.
- 4.- Dictaminar con base en las Condiciones Generales de Trabajo y la revisión del Expediente de el/ la trabajador(a), si procede su solicitud, mediante la validación de los siguientes datos: Fundamento legal, antigüedad, número de días que le corresponde así como la autorización de la licencia en cuestión.

Con base al artículo 114 de las Condiciones Generales del Trabajo de conceder cuando ocurran circunstancias especiales que justifiquen, a su Instituto escuchando en su caso la opinión del Sindicato:

1. Hasta por 15 días naturales al año, a quienes tengan de uno a cinco años de antigüedad
2. Hasta por 16 días naturales al año, a quienes tengan de cinco a diez años de antigüedad
3. Hasta por 17 días naturales al año, a quienes tengan de diez a quince años de antigüedad
4. Hasta por 18 días naturales al año, a quienes tengan de quince a veinte años de antigüedad
5. Hasta por 19 días naturales al año, a quienes tengan de veinte a veinticinco años de antigüedad
6. Hasta por 20n días naturales al año, a quienes tengan más de veinticinco años de antigüedad
7. El trabajador deberá presentar los comprobantes respectivos que acrediten circunstancias especiales que originaron su autorización
8. En ningún caso se concederán en periodos inmediatos a vacaciones

Si desean mayor información pueden comunicarse con la Lic. Nayely Estela Ramos García a la extensión 130, de lunes a viernes, en un horario de 8:00 a 15:00 horas. ■

► BIBLIOGRAFÍA

1. Condiciones Generales de trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. (Vigentes).
2. Manual de procedimientos del Departamento de Relaciones Laborales.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL
DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES



**SOLICITUD DE PERMISO DE PATERNIDAD
Y/O LICENCIA CON GOCE DE SUELDO**

Ciudad de México, a _____ de _____ de 20____

SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL
PRESENTE

SOLICITO ME SEA AUTORIZADO:

PERMISO DE PATERNIDAD

LICENCIA CON GOCE DE SUELDO

PRÓRROGA DE LICENCIA CON GOCE DE SUELDO

Por ausentarme de mis labores _____ día(s), del _____ al _____ de 20____

Para: _____

Nombre: _____ Plaza: _____ Credencial: _____

Adscripción: _____ Fecha de ingreso: _____

Función: _____ Nombramiento: _____

Días de descanso: _____

OBSERVACIONES

El permiso de paternidad se solicitará preferentemente con 5 (cinco) días de anticipación, a fin de no afectar el funcionamiento de su servicio, a excepción de aquellos casos por su carácter de urgencia se requiera ingresar el trámite de manera inmediata (en los casos de fuerza mayor, el trabajador se responsabilizará para realizar el trámite correspondiente del "Permiso de Paternidad" 5 (cinco) días posteriores al suceso).

Las licencias con goce de sueldo podrán concederse cuando ocurran circunstancias especiales que las justifiquen a juicio del Instituto, presentando la documentación soporte que lo acredite.

SOLICITÓ

AUTORIZÓ

Vo.Bc.

FIRMA DEL EMPLEADO/A

JEFE/A DE DEPARTAMENTO

SUBDIRECTOR/A DE ÁREA

NOTA: - Para el trámite de este formato será obligatorio el visto bueno de la Subdirección correspondiente.
- Se reserva la autorización hasta la validación de los registros en control de asistencia.

5120-488



Radiología Digital



Servicio de Rayos X Digital a domicilio

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.

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

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

LLAME PARA AGENDAR SU CITA.



55 7349 7102

xraymedmovil@xraydigital.com.mx

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.

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