



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Centro Médico Nacional "La Raza"**

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3.

"DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ"

**NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN
EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. ESTUDIO PILOTO.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. CRISTIAN JAIR MORENO CAMPOS

ASESOR:

DRA. MARIA NALLELY MORENO URIBE

NUMERO DE REGISTRO CLIES: R-2019-3504-011

CIUDAD DE MÉXICO

2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A Dios por darme la vida y por bendecirme al permitir lograr una especialidad.

A mi familia que con su apoyo incondicional he podido obtener un desarrollo personal y profesional que sin él no hubiera podido conformar.

A mis amigos más cercanos que me han llenado de alegrías, comprensión y fraternidad, fungiendo un papel importante en mi vida.

A mis profesores, que siempre me instruyeron para mejorar el aprendizaje, siendo guías y modelos a seguir.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre que siempre ha mantenido la unión familiar y ha velado por mi en todo momento.

A la Dra. Nallely Moreno y al Dr. Alberto Chaparro por permitirme conformar el último y más significativo año de mi especialidad, donde pude consolidar mi formación y conocer mas del panorama del VIH en México. Gracias por su tiempo, dedicación, consejos y enseñanzas.



HOJA DE FIRMAS

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz
Director de Educación e Investigación en Salud.

Dra. Veronica Quintana Romero
Jefe de la División de Educación en Salud.

Dr. Juan Antonio Garcia Bello
Jefe de la División de Investigación en Salud.

Dra. María Nallely Moreno Uribe
Tutora de Tesis.

DATOS DE IDENTIFICACION

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Dra. María Nallely Moreno Uribe

Médico adscrito al servicio de Perinatología. Matrícula 98368188

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 "Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" Centro Médico Nacional "La Raza". Calzada Vallejo 266 y 270, Col. La Raza, Azcapotzalco, Cd. de México. Teléfono: 55 23 80 57 56 extensión: 23819

Correo electrónico: moreno.uribe.nallely@gmail.com

ALUMNO

Dr. Cristian Jair Moreno Campos

Residente de 4° grado de la especialidad en Ginecología y Obstetricia. Matrícula 98168185.

Hospital de Ginecología y obstetricia No. 3 "Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" Centro Médico Nacional "La Raza". Calzada Vallejo 266 y 270, Col. La Raza, Azcapotzalco, Cd. de México. Teléfono: 55 11 55 38 23 extensión 23819

Correo electrónico: crifistifiayan@hotmail.com

INSTITUCIÓN PARTICIPANTE:

Hospital de Ginecología y obstetricia No. 3 "Dr. Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS.

DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES:

Ginecología y Obstetricia

ÍNDICE

I. RESUMEN	06
II. ABSTRACT	08
III. INTRODUCCION.....	10
IV. JUSTIFICACIÓN	19
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
VI. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
VII. OBJETIVOS	21
VIII. HIPÓTESIS	21
IX. MATERIAL Y MÉTODOS	22
X. CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
XI. RESULTADOS	31
XII. DISCUSIÓN	38
XIII. CONCLUSIONES	41
XIV. BIBLIOGRAFÍA	42
XV. ANEXOS	45

26/2/2019

SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3504** con número de registro **17 CI 09 002 136** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 009 2018072**.
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 3, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

FECHA **Martes, 26 de febrero de 2019.**

DRA. MARIA NALLELY MORENO URIBE
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. ESTUDIO PILOTO.

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2019-3504-011

ATENTAMENTE


ROSA MARÍA ARCE HERRERA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3504

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

RESUMEN

Título: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN RESIDENTES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA RESPECTO A LA ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. ESTUDIO PILOTO.

Dr. Cristian Jair Moreno Campos, Dra. María Nallely Moreno Uribe.

Introducción: La infección por VIH representa un problema de salud pública. El médico ginecobstetra debe tener la capacidad de solucionar situaciones clínicas, en la que se ponga en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción en pacientes con VIH en el tercer trimestre del embarazo con la finalidad de evitar la transmisión vertical, dichos conocimientos deben ser sujetos a evaluación.

Objetivos: El objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento de los médicos residentes de 2do, 3er y 4to grado de la especialidad de Gineco obstetricia en un hospital de 3er nivel de atención del IMSS, mediante la aplicación de una encuesta y un instrumento de evaluación validado sobre infección por VIH durante el tercer trimestre del embarazo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en 65 médicos residentes de 2°, 3er y 4° grado del hospital de tercer nivel perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, en el que se identificaron niveles de conocimiento. Se realizaron pruebas de estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se expresaron según su distribución como mediana y rangos intercuantiles.

Resultados: El nivel de conocimiento respecto a infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo fue malo en la evaluación general, en todos los grados de residentes evaluados de la especialidad de Gineco obstetricia (5.0 RIQ 4-7)

Conclusiones: El nivel de conocimiento requerido por los residentes de Ginecología y Obstetricia respecto a la atención de pacientes con infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo no es suficiente, por lo que, se requiere, **entre otras cosas**, modificar las estrategias educativas en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM).

Palabras clave: Infección por VIH en el embarazo, Nivel de conocimiento, médicos residentes.

ABSTRACT

Introduction: HIV infection represents a public health problem. The gynecologist should have the ability to solve the problems of clinical situations, in which the criteria for deciding the best alternative of interpretation and action in patients with HIV in the third trimester of pregnancy are put in the workplace. In order to avoid vertical transmission, this knowledge should be subject to an evaluation.

Objectives: The objective of this research was to determine the level of knowledge of physicians of 2nd, 3rd and 4th grade of the obstetrics gynecology specialty in a hospital of 3rd level of care of the IMSS, through the application of a survey and an instrument of validated evaluation on HIV infection during the third trimester of pregnancy.

Methods: An observational, prospective, cross-sectional and descriptive study was conducted in 65 physicians residing in 2nd, 3rd and 4th grade in the tertiary level hospital in the Social Institute, Mexico City, in which the levels of knowledge Descriptive statistics, frequencies and percentages for the qualitative variables were carried out. The quantitative variables are expressed according to their distribution as median and interquartile ranges.

Results: The level of knowledge in relation to HIV infection in the third trimester of pregnancy was bad in the general evaluation, in all the grades of residents evaluated in the obstetrics and gynecology specialty (5.0 RIQ 4-7)

Conclusions: The level of knowledge required by residents of Gynecology and Obstetrics regarding the care of patients with HIV infection in the third trimester is not enough, therefore, it has to modify the educational strategies in the Single Plan of Medical Specializations (PUEM).

Key words: HIV infection in pregnancy, Level of knowledge, resident doctors.

INTRODUCCION

La educación médica en general tiene como objetivo fundamental incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud.

Los programas académicos de especialidad en ginecología y obstetricia siguen la línea tradicional en la corriente pasivo-receptiva de la educación y desvinculación teoría - práctica, donde el papel protagónico está en el profesor, a pesar de contar con horas prácticas. La visión educativa del profesor es determinada durante su propia experiencia como alumno y por la visión educativa que impere en el ámbito de su formación docente. ¹

La educación ha sido vista como un elemento estratégico en el cambio de estatus social. ² Para ello, los principales protagonistas en hacer efectivo este papel son los profesores, quienes deberán capacitarse para perfeccionar la forma en la que enseñan, debiendo conocer profundamente las leyes del aprendizaje. El proceso de aprendizaje ha sido explicado por diferentes teorías psicológicas, entre las que destacan la disciplina mental, el conductismo, el cognoscitismo y el constructivismo. ²

En estas teorías los esfuerzos se dirigen a la enseñanza y no al aprendizaje. El profesor desarrolla la capacidad de transmitir la información y el alumno, la de retenerla o aprenderla cuando el conocimiento se vuelve significativo, dándole así sentido y utilidad práctica, pero sin analizarlo ni enjuiciarlo, de tal forma que ese conocimiento se equipara a la información y, por lo tanto, todo es cuestión de consumirlo. ³ En consecuencia, la evaluación es un medio de control y de acreditación que se orienta a lo memorístico. A este enfoque de concebir el aprendizaje se le considera pasivo, en donde los médicos especialistas en formación sólo esperan que otros opinen, critiquen, tomen iniciativa y decisiones, favoreciendo la apatía. ⁴

Desde la propuesta epistemológica de la participación, en oposición a las otras visiones educativas, el papel central y protagónico pertenece al alumno e importa cómo llega a elaborar su conocimiento; el papel del profesor es crear el ambiente propicio para la crítica y la confrontación de ideas, debe ser el detonante del proceso, la relación educador-educando es horizontal y el flujo de conocimiento es bidireccional. ⁵

Al concepto de aprendizaje (enfoque psicológico) se opone el de elaboración del conocimiento (enfoque epistemológico) a través del desarrollo de las aptitudes propias de la elaboración del conocimiento: la lectura crítica de textos teóricos y de investigación, la discusión y el debate, las actividades de investigación científica y la realización de ensayos, la autocrítica y la crítica de la experiencia.⁴

La evaluación bajo esta visión se orienta a estimar los alcances de las estrategias educativas por medio de instrumentos que evalúan el nivel de conocimiento en los alumnos.

6

Esta tendencia ha planteado que la mejor forma de evaluar el quehacer del médico es observar, constatar y registrar minuciosamente su proceder, es decir, su desempeño.³

Pero evaluarlo plantea la limitante de conocer cuáles son las razones de su proceder, o si sus decisiones son el resultado de ponderar juiciosamente alternativas para optar por la más pertinente o qué tanta claridad tiene sobre las posibles consecuencias indeseables de sus acciones.⁷

Levison et al, desarrollaron el cuestionario Texas para evaluar en 2 mediciones a un grupo de 10 hospitales, en relación al nivel de conocimientos en el personal de salud, enfocado a la atención de la paciente VIH durante la gestación y la realización de pruebas rápidas VIH. La encuesta contiene 17-items, los primeros 14 considerados para la evaluación versan sobre los siguientes temas: Generalidades sobre el VIH (2 preguntas), conocimiento sobre pruebas diagnósticas para VIH (3 preguntas), el tratamiento del VIH durante el embarazo y parto (5 preguntas), Legislación sobre las pruebas de VIH (2 preguntas) y la disponibilidad de pruebas rápidas (2 preguntas); los últimos 3 ítems tienen fines estadísticos, que no son considerados para evaluar el nivel de conocimiento.

En sus resultados refieren que existió bajo conocimiento de referencia (50%correcto) en las áreas de prevalencia del VIH, el uso de pruebas rápidas en la prevención de la transmisión perinatal del VIH y tratamiento. En 9 de los 14 ítems, los participantes demostraron un 35% de incremento en las respuestas correctas de la prueba previa a la prueba posterior de 3 meses. El conocimiento de referencia entre los

proveedores de atención de salud obstétrica sobre cómo diagnosticar y tratar a las mujeres embarazadas recién diagnosticadas fue bajo.⁹

Los instrumentos, como herramientas utilizadas para recolectar información nos ayudan a la medición, la cual constituye una actividad presente en la práctica docente, ésta a su vez, nos aproxima al monitoreo y evaluación del proceso educativo.¹⁰

Los instrumentos para medir el nivel de conocimiento tipo verdadero, falso, no sé, potencialmente permiten explorar con mayor profundidad, ya que el médico especialista en formación necesita recurrir a su experiencia para decidir sus respuestas, enjuiciando y proponiendo alternativas, además con dichos instrumentos se alcanza mayor índice de discriminación y se disminuyen las respuestas al azar.¹¹

La estandarización es un paso importante en el diseño y la evaluación de pruebas psicológicas y otros instrumentos de evaluación, pero no es el último paso. Antes de que una prueba pueda utilizarse con cierta seguridad, debe obtenerse información acerca de su confiabilidad y validez por lo que a sus propósitos específicos concierne.¹²

Tanto la validez como la confiabilidad se conjugan para coadyuvar al evaluador a ser objetivo en el proceso de describir la realidad derivada de un aprendizaje específico.¹³

Se habla de validez de una prueba al grado en que mide el atributo o característica para la cual fue elaborada; así una prueba es válida si realmente mide lo que se supone debe medir.¹⁰

La validación del formulario TEXAS se obtuvo mediante la revisión de la Junta de Revisión Institucional de Medicina y la aprobación del "Colegio de Medicina de Baylor", así mismo la misma encuesta se utilizó para el estudio base y ambas post-pruebas, eliminando así amenazas de validez secundarias en la realización del protocolo original.⁹

En México, los programas de formación de médicos especialistas en ginecología y obstétrica tienen una relevancia especial para el logro de las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud, porque además de cumplir con los objetivos formativos, los especialistas en ginecología y obstetricia egresados que han aprobado la totalidad de créditos de su plan de estudios ofrecen servicios de salud a la población.¹⁴

En 1924, siendo Director del Hospital General el Dr. Genaro Escalona, se crearon las Unidades Médico-Quirúrgicas Especializadas que dieron nacimiento a numerosas especialidades, estos servicios se convirtieron en centros de enseñanza e instrucción para los médicos graduados. ¹⁴

En 1939 se nombró Director del Hospital General de México al Dr. Aquilino Villanueva Arreola, quien instituyó en 1941, por primera vez en nuestro país las residencias hospitalarias, contó con el apoyo del Dr. Gustavo Baz Prada, entonces Secretario de Asistencia Pública; se adaptaron habitaciones provisionales, para dar cabida a los 23 médicos residentes, los cuales debían permanecer en servicio durante 24 horas del día, mientras que el personal médico de base laboraba dos, cuatro, seis u ocho horas; la atención de los pacientes recaía, después de este lapso en los médicos residentes, es este el primer programa de residencias médicas. Cuyo objetivo plasmaba que ser médico especialista, además de requerir una aptitud y un coeficiente intelectual para llevar a cabo todas estas tareas, requiere sobre todo de personas con actitud y coeficiente emocional adecuado para servir a sus semejantes y antes que a nadie, a los pacientes que necesitan de comprensión y apoyo para recuperar la salud, en las distintas áreas. ¹

La especialidad de ginecología es actualmente impartida en 22 sedes con un total de 649 lugares para los seleccionados. Se entiende por sede a la unidad médica receptora de residentes en la que el médico puede cursar la totalidad de la especialidad por contar con la infraestructura y la productividad que propicien su incremento de conocimientos, desarrollo de destrezas y aptitudes profesionales propias de la Medicina. En la Ciudad de México la unidad sede del Instituto Mexicano del seguro social es la UMAE HGO N° 3 "Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez". Unidad la cual se encuentra en seguimiento y evaluación por la UNAM mediante el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). El cual constituye el plan de estudio vigente propuesto por la Facultad de Medicina como modelo pedagógico para la formación profesional de alta calidad que integre a su trabajo cotidiano de atención médica las actividades heurística y educativa de los futuros médicos especialistas.

Fue aprobado en 1994 por el H. Consejo Universitario y su actualización a través del tiempo ha sido permanente.⁵

En el Instituto Mexicano Del Seguro Social el programa de especialidades medicas, la supervisión de las actividades desarrolladas en la residencia compete a la misma institución educativa (UNAM) y se integra por dos componentes fundamentales uno académico y el otro asistencial cuyo objetivo principal es la vinculación de la clínica con la práctica de la salud pública, con el fin de proporcionar al futuro médico especialista el escenario que favorezca no solo la adquisición de conocimientos previos sino el desarrollo de aptitudes y competencias para un ejercicio médico integral y de calidad.¹⁷

Es por esto, que, en el tercer nivel de atención, la experiencia clínica es la fuente primordial para el refinamiento constante, estableciendo un vínculo estrecho entre la práctica y la teoría.¹¹

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su consecuencia final el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una epidemia que se relaciona con la sexualidad, la pobreza, la inequidad y la vulnerabilidad del ser humano. Las mujeres son más vulnerables a la infección por el VIH debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales. La desigualdad y la inequidad en las relaciones sociales, afectivas y sexuales ponen a las mujeres en situación de alto riesgo. (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP) Los primeros reportes sobre la infección por el VIH se identificaron en población adulta en el año de 1981; en la actualidad según la ONUSIDA se estima en 33 millones el número de personas que viven con VIH, muchas de ellas infectadas hace años y sin acceso a tratamiento. De manera global, se calcula que el 50% de las personas mayores de 15 años que viven con VIH pertenecen al género femenino y que anualmente nacen 1 millón de niños con exposición a este virus.¹⁴

En México la prevalencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo-1 (VIH-1) es de 0.1 a 0.5%, hay 178,591 casos de SIDA notificados desde 1983 hasta el 13 de noviembre del 2015; las mujeres con VIH son el 17.6% (31,772). En la distribución por grupos etarios, la mayor frecuencia de las mujeres se encuentra en edad reproductiva, entre 15 a 44 años, con un total de 23,641 casos (74.4%). 1,775 casos son menores de 15

años de edad, la mayoría adquirieron la infección por vía perinatal. (SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA).¹⁶

En lo que respecta al 1er trimestre del año 2017 se notificaron 675 casos de mujeres de 15 – 24 años con infección por VIH, con una incidencia total de 1.5 casos.¹⁸

Es imprescindible que las mujeres embarazadas y aquellas que planifiquen un embarazo conozcan su condición serológica para identificar si son portadoras del VIH; por lo tanto, es obligatorio ofrecer a toda embarazada la información adecuada y realizar la serología para el VIH en el primer trimestre (idealmente antes del embarazo) y repetir en el tercer trimestre con el fin de detectar las seroconversiones producidas durante la gestación. Este punto es esencial para disminuir la transmisión vertical del VIH. (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP)¹⁸

En México, el reporte del primer caso de transmisión vertical de infección por VIH se registró en 1989, con incremento progresivo, inicialmente bajo, solo 23 casos reportados de 1989 a 1993 en ocho Estados. En los siguientes cuatro años (1994 a 1998) se duplicó la cifra con un total de 40 casos en 17 Estados; de 1999 a 2003, esta cifra se quintuplicó, con distribución en casi todos los Estados de la República Mexicana, con excepción de Zacatecas, Morelos y Tlaxcala. De 2004 al 2008, el número de casos incrementó de manera dramática a 339 casos en 27 estados, y de 2009 a septiembre del 2013, se reportaron 243 casos confirmados en 26 Estados. De 1987 a septiembre de 2013, se han registrado en el país 967 casos de VIH por transmisión vertical hasta este año.

Se puede deducir que el número de casos de transmisión vertical del VIH tiene relación directamente proporcional con el número de casos totales de VIH/SIDA en el país y por lo tanto que los Estados más afectados por la transmisión vertical corresponden a aquéllos con mayor número de casos de VIH/SIDA.

Como resultado de la iniciativa del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para evitar casos nuevos de VIH en niños, México, como país miembro, se ha sumado a los objetivos del "Plan global para la eliminación de nuevas infecciones por VIH en niños" que fijó para el 2015 reducir en un 90% de nuevas infecciones en este grupo poblacional, así como la disminución en un 50% de las muertes maternas

relacionadas con SIDA. Así mismo, con la alineación de la estrategia 2.3.3 y del objetivo 2.3 del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 para mejorar la atención de la salud en la población en situación de vulnerabilidad, en este caso de embarazadas así como de sus hijos, es indispensable comprender los posibles escenarios y rutas de acceso que las embarazadas siguen una vez que ocurre el contacto con los servicios de salud a fin de identificar las áreas potenciales de oportunidad o de "oportunidades perdidas" en las que es posible incidir desde una perspectiva del sistema de salud mexicano. La patogénesis de la infección por el VIH -1 y los principios virológicos e inmunológicos que rigen el tratamiento antirretroviral (ARV), funcionan igualmente para las embarazadas con infección por el VIH que, para el adulto portador del VIH, sin embargo, algunos aspectos farmacológicos, inmunológicos y teratogénicos hacen particular el manejo de la gestante. El riesgo de transmisión perinatal del VIH en ausencia de cualquier tipo de intervención varía del 15% al 40%.¹⁷

La patogénesis de la transmisión vertical del VIH es multifactorial, está mediada por las microtransfusiones sanguíneas que se producen durante las contracciones uterinas, cuando existe corioamnioitis, o por el ascenso del virus a través de las secreciones vaginales después de la ruptura de las membranas y su absorción por el tracto digestivo del feto. (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP)

A partir de 1994 con los resultados del estudio ACTG O76, realizado con el fin de evitar la transmisión perinatal del VIH-1, se inició la era de la profilaxis en embarazadas, al haber demostrado que la administración de zidovudina durante embarazo, el trabajo de parto y en el recién nacido hasta las seis semanas de vida, reduce el riesgo de transmisión perinatal del VIH en alrededor del 70%. (Connor, 1994).

Otros estudios de enero de 1990 a junio de 2000, han mostrado disminución drástica en la transmisión perinatal con tratamiento ARV altamente activo: 1.2% (IC 95%, 0-2.5%) en 250 mujeres en comparación con 20% (IC 95%, 16.1%-23.9%) en 396 mujeres que no recibieron tratamiento ARV prenatal; 10.4% (IC 95%, 8.2%-12.6%) en 710 mujeres que recibieron monoterapia con zidovudina durante la gestación; 3.8% (IC 95%, 1.1%- 6.5%) en 186 mujeres que recibieron terapia ARV doble.¹⁹ En Europa, existe un incremento de la

infección por el VIH en población femenina, sobre todo por transmisión heterosexual en comparación con lo que sucede en la población masculina. Existen aspectos específicos de género que obligan a realizar modificaciones en el tratamiento ARV; las características de la mujer en las distintas etapas de su vida obligan a integrar una atención multidisciplinaria con el propósito de que, además de evitar la transmisión perinatal, durante la etapa reproductiva se evite el desarrollo de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), las alteraciones asociadas a la menopausia son agravadas por la infección por el VIH y su tratamiento (SPNS, GeSIDA/SEGO, SEIP) ¹⁹

Para limitar la transmisión perinatal del VIH, es importante integrar un programa de prevención y control que incluya: 1) la vigilancia epidemiológica en embarazadas, 2) el diagnóstico precoz, 3) el tratamiento antirretroviral y su adherencia, así como 4) la profilaxis intraparto cuando se requiere, 5) la profilaxis en el recién nacido, y 6) el seguimiento del binomio madre-hijo involucrados. Todo ello es posible mediante la utilización eficiente y racional de los recursos que permitan la contención de la enfermedad.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) anualmente hay más de 500,000 recién nacidos vivos, de los cuales, entre el 0.01% y el 0.1% pueden sufrir la exposición perinatal al VIH, teniendo en cuenta la prevalencia de esta infección en mujeres en edad fértil. ¹⁹

Aunque el riesgo de transmisión perinatal en mujeres con carga viral indetectable parece ser extremadamente bajo, se ha identificado la transmisión en mujeres con carga viral no-detectable o con niveles muy bajos debido a que, además de la carga viral plasmática, existen otros factores que intervienen en la transmisión: niveles bajos de RNA del VIH en secreciones genitales de mujeres con carga viral sérica indetectable, coinfecciones del tracto genital; penetración variable de los diferentes ARV en el tracto genital. Si existe exposición al VIH a través del tracto genital durante el nacimiento, existe riesgo de transmisión perinatal del VIH. Por lo tanto, todas las mujeres con infección por el VIH deben recibir consejería y tratamiento ARV independientemente de sus niveles de carga viral. El seguimiento durante el embarazo deberá incluir carga viral hasta lograr niveles de indetectabilidad antes del nacimiento (alrededor de la semana 36 a 37). Los

niveles de zidovudina (ZDV) sistémica e intracelular incrementan desde el inicio de su administración intravenosa y se estabilizan después de 3 horas de infusión; los niveles de ZDV en sangre del cordón umbilical correlacionan con los niveles maternos y la duración de la infusión. Si se efectúa cesárea por otras indicaciones y la carga viral materna es menor a 400 copias/ml cerca del momento del nacimiento no se requerirá la administración de zidovudina intravenosa.

El desarrollo de nuevos fármacos sin un seguimiento a largo plazo sobre su eficacia y eficiencia en las embarazadas y el feto, aunado al uso de combinaciones que incrementan el riesgo de interacciones y efectos secundarios, incrementan la posibilidad de provocar resistencia cruzada y falla terapéutica. El objetivo primordial en una embarazada con infección por el VIH, es prevenir la transmisión vertical, por lo que es fundamental iniciar lo antes posible el tratamiento antirretroviral (ARV) en todas ellas, independientemente de su número de linfocitos CD4. Además, es imprescindible que tanto las embarazadas como aquellas que planifiquen un embarazo conozcan su posible condición de infección por el VIH.

JUSTIFICACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
"Centro Médico Nacional La Raza"



La Especialidad Médica en México debe cumplir un doble compromiso, académico y asistencia, donde en acción conjunta los sectores de salud y educación logren este binomio.

Dentro de la enseñanza del médico residente de ginecología y obstetricia, no se ha medido el nivel de conocimientos a pesar de que se cuenta con instrumentos que miden con la visión participativa ni con el enfoque clínico actual.

Bajo este enfoque, para reproducir la realidad clínica de médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstétrica de la UMAE HGO 3 se realizó una encuesta y aplicación de un cuestionario validado para evaluar su nivel de conocimientos, utilizando indicadores que exploran capacidades para la resolución de problemas, situando al alumno en la condición de recurrir a su experiencia para ello.

El instrumento utilizado para medir el nivel de conocimientos en los médicos indaga en el criterio del alumno para el manejo de un paciente específico, y tiene más alcances que los tradicionales.

Las estadísticas mundiales muestran los cambios en la epidemiología con una feminización de la epidemia, actualmente más del 50% de los casos a nivel global corresponden a mujeres. Los registros publicados en México muestran una tendencia que se encamina a lo descrito a nivel global, con una relación de casos hombre:mujer 4:1, prevalencia en mujeres del 18%, predominantemente en el grupo etario de 15 a 44 años, el predominio de pacientes está en edad reproductiva por lo que es esperado un incremento en el número de casos de embarazo y VIH requiriendo tener médicos gineco-obstetras con el conocimiento y la competencia para la atención de mujeres con VIH embarazadas.

El objetivo de este estudio piloto consistió en aplicar un instrumento para evaluar el nivel de conocimiento en infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo de los médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia, en la Ciudad de México en un centro de alta especialidad. De esta manera se podrán obtener mejores resultados en ajuste de los programas y en consecuencia en la atención médica hacia las pacientes en base a una atención integral, crítica y analítica, producto de una estrategia de aprendizaje activo-participativa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación de los médicos residentes en nuestro país se ha hecho de manera estereotipada, orientada a la memoria, muchas veces centrada en preguntas inconexas con la práctica clínica. Así, la experiencia de aprendizaje suele ser pasiva, sin propiciar la reflexión, el cuestionamiento ni la indagación,

La evaluación del nivel de conocimientos como eje de análisis, recrea la diversidad de problemas de salud que aquejan a los pacientes y permite valorar los alcances de las decisiones del médico bajo circunstancias variadas, permitiendo la toma de decisiones clínicas con criterio.

Es así como surgió la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de conocimiento en residentes de ginecología y obstetricia respecto a la atención de la infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

OBJETIVO GENERAL

Medir el nivel de conocimiento de los médicos residentes de 2do, 3er y 4to grado de la especialidad de Gineco obstetricia en un hospital de 3er nivel de atención del IMSS, mediante la aplicación de una encuesta y un instrumento de evaluación validado (INSTRUMENTO TEXAS) sobre infección por VIH durante el tercer trimestre del embarazo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Explorar los resultados globales de los indicadores del instrumento en la totalidad de residentes y en cada grado académico en los tres niveles de residentes, de la unidad médica de alta especialidad donde se imparte la especialidad de ginecología y obstétrica en la Ciudad de México afiliada al IMSS.

Una vez establecido el nivel de conocimientos de los médicos residentes, se tendrán las bases para poder determinar estrategias educativas que favorezcan el aprendizaje de los médicos en formación respecto a la infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo.

HIPÓTESIS.

Hipótesis de trabajo: El nivel de conocimientos en médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia en tercer nivel de atención, evaluado a través de la aplicación de un instrumento validado sobre infección de VIH en el tercer trimestre del embarazo, se encuentra en nivel inadecuado o menor.

Hipótesis nula: El nivel de conocimientos en médicos residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia en tercer nivel de atención, evaluado a través de la aplicación de un instrumento validado sobre infección de VIH en el tercer trimestre del embarazo, se encuentra en nivel adecuado o mayor.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS

1. LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

El estudio piloto se realizó en una unidad de tercer nivel de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuyo programa de especialidad médica es evaluado por la UNAM. Esta sede es la **UMAE HGO 3** “Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez” CMN “La Raza”

La unidad otorga servicios de tercer nivel de atención donde los pacientes acuden bajo cita programada y de manera espontánea.

2. DISEÑO.

2.1 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en el periodo comprendido de diciembre 2018 a marzo 2019

2.2 GRUPO DE ESTUDIO.

La población estudiada es conformada por médicos residentes de Ginecología y Obstetricia de 2°, 3er y 4° grado del hospital de tercer nivel perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Médicos residentes de 2°, 3er y 4° grado de la especialidad de ginecología y obstetricia, adscritos al HGO 3 CMN La Raza
- Todos los médicos residentes de ginecología y obstetricia adscritos al HGO 3 CMN La Raza, independientemente de sexo y edad, y que aceptaron participar en el estudio y contestar las preguntas de la encuesta y del instrumento de evaluación.

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Quienes no aceptaron participar en el estudio

C) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Aquellos encuestados que contestaron menos de 90 % de los enunciados del instrumento aplicado.

2.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

- El muestreo fue censal. Consistió en seleccionar al total de médicos residentes de ginecología y obstetricia, los de 2do, 3er y 4to grado de la UMAE HGO 3 "Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" CMN "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

2.5 VARIABLES

Variables de interés

- Edad
- Genero
- Antecedente de cursos de capacitación en VIH
- Grado académico en la residencia
- Nivel de conocimientos respecto a la infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable/ Escala de medición	Unidades de medición o posibles valores
Edad	Situación fisiológica que determina el número de años de vida que ocurren en un ser vivo	Tiempo de vida hasta el momento en que contesta la encuesta, cuyo dato registrara en el espacio correspondiente	Cuantitativa Discreta	Años
Genero	Característica De Los Médicos en cuanto a la clasificación fisiológica del sexo	Característica de los Médicos en cuanto a la clasificación fisiológica del sexo	Cualitativa, Dicotómica	Masculino Femenino
Antecedente de cursos de capacitación en VIH	Cursos que permiten la adquisición de destrezas, valores y conocimientos sobre un tema específico.	Referir haber recibido durante su formación, no incluido en el programa de la residencia, cursos de capacitación sobre atención de mujeres embarazadas con VIH.	Cualitativa, Dicotómica	Si No
Grado académico en la residencia	Se refiere al ciclo lectivo dado de acuerdo a la especialidad marcado por el Programa Único de Especialidades Médicas en México.	Ciclo lectivo en el que se encuentra el participante de acuerdo al PUEM al momento de aplicar la encuesta en el centro participante.	Ordinal	2° Año 3er Año 4° Año
Nivel de conocimientos respecto a la infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo	Identificación en pacientes con infección de VIH en el tercer trimestre del embarazo, integrada por la capacidad para interpretar, evaluar y proponer la mejor conducta, según la evidencia disponible.	Identificación en pacientes con infección de VIH en el tercer trimestre del embarazo, integrada por la capacidad para interpretar, evaluar y proponer la mejor conducta, según la evidencia mediante la escala de Texas.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 13-14 puntos Nivel de conocimiento adecuado • 11-12 puntos Nivel de conocimiento moderado • 7-10 puntos Nivel de conocimiento inadecuado • 6 o < puntos Nivel de conocimiento malo

2.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN:

Se aplicó una encuesta (Ver anexo) donde se incluyeron las variables descritas edad, género, estado civil, antecedente de asistencia a curso de capacitación de atención a mujeres con VIH, ciclo lectivo actual en la residencia de especialidad de Ginecoobstetricia, y el instrumento de evaluación (encuesta TEXAS) cuyo anexo del artículo original contiene 17-items, los primeros 14 considerados para la evaluación versan sobre los siguientes temas: Generalidades sobre el VIH (2 preguntas), conocimiento sobre pruebas diagnósticas para VIH (3 preguntas), el tratamiento del VIH durante el embarazo y parto (5 preguntas), Legislación sobre las pruebas de VIH (2 preguntas) y la disponibilidad de pruebas rápidas (2 preguntas); los últimos 3 ítem tienen fines estadísticos, que no son considerados para evaluar el nivel de conocimiento.

Debido a que los participantes son una población bien definida de médicos residentes de ginecoobstetricia, y los últimos 3 ítem de la encuesta no tienen valor en la evaluación, se eliminaron en el instrumento de recolección y no son considerados en los datos a obtener, se dejó en el instrumento aplicado solo los primeros 14 ítem por las razones previamente descritas.

El estudio y la validación del formulario se obtuvo mediante la revisión de la Junta de Revisión Institucional de Medicina y la aprobación del "Colegio de Medicina de Baylor", así mismo la misma encuesta se utilizó para el estudio base y ambas post-pruebas, eliminando así amenazas de validez secundarias en la realización del protocolo original.

Se evaluaron las respuestas correctas y se calificaron con un punto y en las respuestas no sé, no se sumaron ni restaron puntos.

La principal variable de estudio es el nivel de conocimiento del médico residente de 2 °, 3er y 4 ° grado de ginecología y obstetricia para la identificación en pacientes con infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo, integrado por la capacidad para interpretar, evaluar y proponer la mejor conducta, según la evidencia disponible. En este estudio, el nivel de conocimiento se representa por medio de los siguientes indicadores:

- 13-14 puntos Nivel de conocimiento adecuado
- 11-12 puntos Nivel de conocimiento moderado
- 7-10 puntos Nivel de conocimiento inadecuado
- 6 o < puntos Nivel de conocimiento malo

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

Se incluyeron los médicos residentes de 2do, 3er y 4to grado de la especialidad de ginecología y obstetricia, adscritos en la sede UMAE HGO 3 "Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" CMN "La Raza"

Una vez obtenido el registro por el comité de investigación se procedió a solicitar por parte de los investigadores la participación a los residentes para iniciar actividades de aplicación del instrumento y efectuar la investigación.

Con el apoyo de un integrante del comité de investigación se dio lectura al consentimiento informado verbalmente, de acuerdo con lo autorizado por el comité de ética.

Posteriormente, el mismo integrante del comité de investigación, aplicó los cuestionarios, el cual incluye el instrumento de evaluación (encuesta TEXAS) que contiene 14-ítems, para mantener el anonimato en los instrumentos aplicados.

Una vez contestados los cuestionarios, fueron entregados al investigador **siempre de manera anónima** y se evaluaron las respuestas correctas y se calificarán con un punto, y con las respuestas no sé, no se sumaron ni restaron puntos. En este estudio, el nivel de conocimiento se representa por medio de los siguientes indicadores:

- 13-14 puntos Nivel de conocimiento adecuado
- 11-12 puntos Nivel de conocimiento moderado
- 7-10 puntos Nivel de conocimiento inadecuado
- 6 o < puntos Nivel de conocimiento malo

A cada encuesta se le asignó un folio, se revisaron y calificaron manualmente uno por uno los cuestionarios, la información se vació en una hoja de cálculo de Excel. Una vez completada la información se procesó en el programa informático SPSS v 20 para su análisis y obtención de gráficas, y para obtener valores de frecuencias y proporciones, además de análisis bivariado, mediante tablas comparativas.

ASPECTOS ÉTICOS:

1. El presente estudio tiene apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.
2. De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el riesgo de esta investigación está considerado como investigación sin riesgo y se realizó en población vulnerable compuesta por médicos residentes de ginecología y obstetricia.
3. Los procedimientos de este estudio se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevo a cabo en plena conformidad con los principios de la "Declaración de Helsinki" y sus enmiendas.
4. Dado que se trata de un estudio prospectivo con aplicación de instrumento de recolección la confidencialidad de los participantes se resguarda de manera estricta.
5. El consentimiento informado se le dio lectura y se solicitó de manera verbal en apego a lo autorizado por el Comité Local de Ética del HGO 3 previo a la aplicación del instrumento de recolección, a través del integrante del comité de investigación que aplicó también las encuestas.
6. En todo momento se preserva la confidencialidad de la información de los participantes; las bases de datos ni las hojas de colección contienen información que pudiera ayudar a identificarlos, dicha información se conservada en resguardo por el investigador principal.

-
7. Los médicos no obtendrán algún beneficio, sin embargo, se espera que los resultados nos permitan conocer mejor el nivel de conocimientos en relación a la patología, dado que se trata de un estudio sin riesgo en el que sólo se van a revisar registros del instrumento de recolección con resguardo de la confidencialidad, el balance riesgo-beneficio es adecuado.
 8. La muestra estuvo conformada por todos los médicos de 2do, 3er y 4to grado que cumplieron los criterios de selección y que aceptaron de manera voluntaria participar.
 9. Forma de otorgar los beneficios: no aplica.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se realizó estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Las variables cuantitativas serán expresadas según su distribución como media y desviación estándar si son de distribución normal; y como mediana y rangos intercuartiles si son de libre distribución.

RESULTADOS

El presente estudio se realizó en el periodo de diciembre 2018 a marzo 2019. El instrumento para la medición del nivel de conocimiento respecto a VIH fue el instrumento de evaluación validado en el artículo de Levison et al (encuesta TEXAS) que contiene 14-ítems; Se recabaron un total de 65 cuestionarios completados.

La población total estuvo integrada por 65 médicos residentes. Distribuidos en 22 hombres que representan el 33.8% y 39 mujeres que representan el 63.9%.

En los médicos residentes 100% se encuentran en el grupo de edad de 27 a 30 años (28 (RIQ 27-29), con predominio del sexo femenino el 63.9%, con respecto al sexo masculino que fue del 33.80%. Con relación el año académico se encuestaron a 22 médicos residentes de 2do año (48%). Se encuestaron 25 médicos residentes de 3er año (38.5%). Y 12 (18.5%) médicos residentes de 4to año encuestando a. Tabla 1

TABLA 1. Características generales de los 65 Médicos Residentes de la UMAE HGO 3 "Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" CMN "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, que realizaron la encuesta.

Características	N (%)
Participantes	65 (100%)
Hombres	22 (33.8%)
mujeres	39 (63.9%)
Edad	28 (RIQ 27-29%)
Grado de residencia	
Segundo	28 (48%)
Tercero	25 (38.5%)
Cuarto	12 (18.5%)
Curso previo de HIV	
Si	6 (9.2%)
No	59 (90.8%)

De los participantes encuestados únicamente 6 respondieron afirmativo a haber obtenido capacitación previa respecto a VIH y embarazo lo cual representa el 9.2% de los participantes.

GRAFICO 1. Porcentaje de Médicos Residentes de la UMAE HGO 3 "Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" CMN "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, que han tomado cursos previos de VIH en el embarazo.



El criterio para evaluar está basado en los parámetros de calificación planteados como indicadores. El análisis del promedio total de todos los médicos residentes encuestados muestra que obtuvieron calificaciones 5.0 (RIQ 4-7). Lo cual ubica en la escala de indicadores como nivel de conocimiento malo.

El análisis del total de todos los médicos encuestados muestra que obtuvieron los siguientes resultados: El nivel de conocimiento obtenido es de 5.0 (RIQ 4-7) (malo)

TABLA 2

TABLA 2. Puntajes total y por grado en Médicos Residentes de la UMAE HGO 3 "Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" CMN "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México

Puntaje	N (%)	Media (Rangos min- máx.)
Puntaje total	65 (100%)	5.0 (4-7)

Levison et al. Instrumento TEXAS

En la distribución de las calificaciones finales con relación a cada pregunta podemos observar que la pregunta con mayor número de respuestas erróneas es la pregunta número 1, 3 y 8. Las cuales abordan el tópico de diagnóstico, tratamiento y terapéutica para las pacientes con VIH. Siendo la pregunta 8, que aborda terapéutica, la pregunta con mayor respuestas incorrectas al solo ser contestada de manera correcta por 3.6% de los participantes. Lo cual denota el impacto de cada pregunta sobre la práctica clínica y las deficiencias que se tiene en cada tópico evaluado. TABLA 2.5

TABLA 2.5. Frecuencia y porcentaje de preguntas contestadas por Médicos Residentes de la UMAE HGO 3 "Víctor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" CMN "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México

Preguntas	n*	Correcta	%
P1	36	6	16.7
P2	55	11	20
P3	61	12	19.7
P4	58	28	48.3
P5	54	22	40.7
P6	56	48	85.7
P7	59	38	64.4
P8	28	1	3.6
P9	23	10	43.5
P10	60	15	25
P11	58	44	75.9
P12	48	38	79.9
P13	51	36	70.6
P14	60	27	33

*= Residentes que contestaron la pregunta

DISCUSIÓN.

Hemos obtenido resultados de un estudio que surgió de la necesidad de evaluar la en nivel de conocimiento para la atención de pacientes con VIH en el tercer trimestre de embarazo en una unidad de tercer nivel. A través de un instrumento de evaluación validado y confiable (instrumento Texas).

La evaluación a través de dichos cuestionarios que explore el nivel de recuerdo de la información que un profesional posee sobre un asunto en particular, no refleja el nivel de su desempeño en la práctica cotidiana. Sin embargo, y con sus limitaciones, el estudio ofrece un panorama que requiere ser atendido, pues su importancia se centra en que las residencias médicas son el conjunto de actividades de servicio que debe cumplir un médico residente en un periodo de adiestramiento. ¹⁰⁾

No se encontraron bibliografías que refirieran el nivel de conocimiento en este tema en médicos residentes, así que hacemos énfasis en el estudio de y Levison et al. Realizado en Texas. EUA, ellos desarrollaron el cuestionario Texas para evaluar en 2 mediciones a un grupo de 10 hospitales, en relación al nivel de conocimientos en el personal de salud, enfocado a la atención de la paciente VIH durante la gestación y la realización de pruebas rápidas VIH.

La encuesta contiene 17-items, los primeros 14 considerados para la evaluación versan sobre los siguientes temas: Generalidades sobre el VIH (2 preguntas), conocimiento sobre pruebas diagnósticas para VIH (3 preguntas), el tratamiento del VIH durante el embarazo y parto (5 preguntas), Legislación sobre las pruebas de VIH (2 preguntas) y la disponibilidad de pruebas rápidas (2 preguntas); los últimos 3 ítems tienen fines estadísticos, que no son considerados para evaluar el nivel de conocimiento ^{09.}

En sus resultados refieren que existió bajo conocimiento de referencia (50%correcto) en las áreas de prevalencia del VIH, concluyendo que el conocimiento de referencia entre los proveedores de atención de salud obstétrica sobre cómo diagnosticar y tratar a las mujeres embarazadas recién diagnosticadas fue bajo.

En comparación con nuestro estudio, los resultados obtenidos se puede indicar que la población en estudio posee, en términos cualitativos, un nivel de conocimiento malo sobre VIH en el embarazo con la diferencia, y el área de oportunidad, que el presente estudio es realizado en médicos en formación y no en especialistas egresados.

El hecho de tener resultados malos en el nivel de conocimiento, aun cuando la muestra no es probabilística ni representa a la totalidad de los residentes que realizan estudios de posgrado en las sedes hospitalarias del país, permite especular en dos sentidos de interpretación: el desconocimiento del tema aplicable al ejercicio clínico de la medicina y al nivel de competencia profesional en la integración la atención de la paciente embarazada portadora de VIH.

Lo anteriormente mencionado puede ser debido a la falta de actualización de sus conocimientos en este tema, que el programa único de especialidades médicas carece de profundidad en el mismo o falta de interés al tomar éstos cursos a pesar de laborar en un área donde se trata con pacientes portadoras de VIH embarazadas.

De acuerdo con esto, consideramos que no se puede dejar toda la responsabilidad a las universidades o a la institución hospitalaria formadora para lograr un mejor aprendizaje, esto depende de un binomio unidad de aprendizaje-alumno donde haya mayor compromiso conjunto para un mejor aprendizaje significativo, aplicando estrategias educativas consistentes una reforma en los programas educativos para la mejor formación.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento requerido por los residentes de Ginecología y Obstetricia respecto a la atención de pacientes con infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo no es suficiente, por lo que, se requieren modificar las estrategias educativas en el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. López-Bárcena J, González de Cossío-Ortiz M, Velasco-Martínez M. Servicio social de medicina en México. Factibilidad del cumplimiento académico en el área rural. Rev Fac Med 2004; 47(5): 181 – 186.
2. Chávez V, Aguilar E. Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar. Rev Med IMSS 2000; 240 (6): 477 - 481.
3. Aguirre-Velázquez RM et al. Aptitud clínica en psiquiatría de los residentes de medicina física y rehabilitación. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (4): 405-412.
4. Rivera IDB. Evaluación de la aptitud clínica en médicos residentes de medicina física y rehabilitación. Rev Med IMSS 2001; 39 (5): 403-7.
5. Cabrera-Pivaral E, Rivera-Clara E, Balderas-Peña L, Cabrera-Centeno M, Reynoso C. Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes Gestacional. Ginecol Obstet Mex 2008; 76(2): 97-106
6. Pantoja-Palmeros M, Barrera-Monita J, Insfrán-Sánchez M. Instrumento para evaluar aptitud clínica en anestesiología. Rev Med IMSS 2003; 41 (1): 15-22.
7. Uribe-Ravell J, Aguilar-Mejía E, Viniestra-Velázquez L. Aptitudes clínicas ante emergencias médico-dentales. Comparación de estrategias educativas. Rev Med IMSS 2006; 44 (Supl 3): 51-57.
8. Sahagún-Pille I, Uribe-Ravell J, Romero H. La aptitud clínica en residentes de cirugía maxilofacial ante traumatismos orales y maxilofaciales. Rev Hosp Jua Mex 2009; 76(3): 122-132.

-
9. Levison J, Williams L, Moore A, McFarlane J, Davila J. Educating Health Professionals in Obstetrics and Gynecology Regarding Rapid Human Immunodeficiency Virus (HIV) Testing in Labor and Delivery: A Local Initiative Matern. Child Health J 2012; 16:1748–1753.
 10. García AJ, Ramos G, Díaz de León MA, Olvera A. Instrumentos de evaluación. Rev Mex Anesthesiol. 2007; 30 (3): 158-164.
 11. Soler E, Sabido C, Sainz L, Mendoza H, Gil I, González R. Confiabilidad de un instrumento para evaluar la aptitud clínica en residentes de anestesiología. Arch Med Fam 2005; 7(1): 14-17.
 12. Lewis R. A. Test psicológicos y evaluación. 11ma ed. México: Pearson Educación; 2003: 52 – 58.
 13. García S. La Validez y la confiabilidad en la evaluación del aprendizaje desde la perspectiva hermenéutica. Rev Pediatr 2002; 23(67): 297 - 318.
 14. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009 [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. [Consultado el 30 marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx>.
 15. Código de Núremberg y Reglamento de la Ley de Salud en material de Investigación para la salud. [Consultado el 30 marzo de 2018]. Disponible <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

-
16. Cooper ER, Charurat M, Mofeson L, Hanson C, Pitt J, Diaz C, et al. Combination Antiretroviral Strategies for the Treatment of Pregnant HIV-1-Infected Women and Prevention of Perinatal HIV-1 Transmission. JAIDS 2002; 29: 484-494.

 17. Guía de práctica clínica: Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 03/11/2016. [Consultado el 30 marzo de 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/246_GPC_BinomiomadreehijoVIH/GER_BinomioMadreHijo.pdf.

 18. Dirección General de Epidemiología/SS SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Información preliminar al 30 de septiembre de 2016. Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. [Consultado el 5 de abril 2018]. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2016_1.pdf.

 19. Cooper ER, Charurat M, Mofeson L, Hanson C, Pitt J, Diaz C, et al. Combination Antiretroviral Strategies for the Treatment of Pregnant HIV-1-Infected Women and Prevention of Perinatal HIV-1 Transmission. JAIDS 2002; 29: 484-494.

ANEXOS:

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	Nivel de conocimiento en residentes de Ginecología y Obstetricia respecto a la atención de la infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo. Estudio piloto.
Lugar y fecha:	Ciudad de México, noviembre 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se le ha invitado a que participe en un estudio, ya que es un médico residente de la especialidad de Gineco Obstetricia inscrito en una Unidad de Tercer nivel de atención Usted debe leer este documento que se llama consentimiento informado y explica el estudio. Por favor haga todas las preguntas que sean necesarias para que pueda así decidir si desea participar o no en este estudio. Sabemos que la infección por VIH, constituye actualmente una enfermedad de alta prevalencia. Como ginecólogos, estamos en constante contacto con estas pacientes y consideramos que la adquisición de conocimientos sobre este tema es importante. Se le está invitando a responder el siguiente cuestionario anónimo, para evaluar los conocimientos sobre el VIH y embarazo.
Procedimientos:	Se aplicara de forma anónima la encuesta e instrumento de evaluación a médicos residentes de Gineco Obstetricia del Hospital de Gineco Obstetricia 3 "La Raza", para evaluar las características puntuales referentes a el nivel de conocimiento en relación a la atención de la infección por VIH en el tercer trimestre de embarazo.
Posibles riesgos y molestias:	De acuerdo a la Ley de Salud, la implementación de un cuestionario, se considera una maniobra sin riesgo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No hay beneficio directo para el participante
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información sobre resultados será totalmente confidencial y anónima
Participación o retiro:	Usted puede anular su consentimiento en todo momento, así mismo la tiene la opción de no contestar las preguntas que le sean incomodas. De igual forma puede decidir NO participar
Privacidad y confidencialidad:	<p>CONFIDENCIALIDAD</p> <p>La información que se obtenga de su participación en el estudio se mantendrá en forma confidencial y su identidad no será revelada. Los resultados del estudio, pueden ser publicados con propósitos científicos sin que su identidad sea revelada.</p> <p>CONSENTIMIENTO</p> <p>He leído o me han leído esta forma de consentimiento informado, la cual describe el propósito y naturaleza de este estudio. He tenido tiempo para revisar esta información y se me han brindado oportunidad para hacer preguntas. He recibido respuestas que satisfacen plenamente mis preguntas. Entiendo que mi participación en este estudio es completamente voluntaria.</p>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Se conocerá el nivel de conocimientos para conformar ajustes en los programas académicos en la especialidad de Gineco Obstetricia. Como participante no obtendra algun beneficio directamente
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. María Nallely Moreno Uribe Teléfono 57245900 extensión 23819
Colaboradores:	Dr. Cristian Jair Moreno Campos Teléfono 57245900 extensión 23819
<p>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx y/o al Comité de Ética en Investigación en Salud de UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 "Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez", CMN La Raza. Calle Seris s/n, col La Raza. Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México. Y a la Dirección de Educación e Investigación en Salud. Tel 55836408</p>	

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Protocolo de estudio: Nivel de conocimiento en residentes de ginecología y obstetricia respecto a la atención de la infección por VIH en el tercer trimestre del embarazo. Estudio piloto.

Folio _____

Estimado participante, por favor conteste el siguiente cuestionario.

Grado que cursa de residencia en Ginecología y Obstetricia: 2° () 3° () 4° ()

Edad _____ años Género: Masculino () Femenino ()

Ha tenido cursos de capacitación sobre atención a mujeres embarazadas con VIH extra a su formación en la residencia de especialidad en Ginecología y Obstetricia: Si () No ()

CUESTIONARIO TEXAS:

POR FAVOR RESPONDA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN.

1. ¿Cuál es la prevalencia aproximada del VIH en mujeres embarazadas en México?
 - a. 1-2 / 100
 - b. 1-2 / 1,000
 - c. 1-2 / 10,000
 - d. 1-2 / 100,000
 - e. No sé

2. ¿Qué porcentaje de recién nacidos adquieren infección vertical de mujeres con estado de VIH sin tratamiento antirretroviral?
 - a. 5%
 - b. 10%
 - c. 20%
 - d. 40%
 - e. No sé

3. Si una persona tiene VIH, ¿qué prueba tiene más posibilidades de ser positivo?
 - a. Prueba de laboratorio estándar (ELISA)

-
- b. Prueba rápida de VIH
 - c. No sé
 4. Si una persona no tiene VIH, ¿qué prueba tiene más posibilidades de ser negativa?
 - a. Prueba de laboratorio estándar (ELISA)
 - b. Prueba rápida de VIH
 - c. No sé
 5. El uso de la prueba de rápida de VIH ayudaría a prevenir la transmisión perinatal en pacientes con estado de VIH no documentado.
 - a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. Neutral
 - d. En desacuerdo
 - e. Muy en desacuerdo
 - f. No sé
 6. ¿Cuán efectivo es el tratamiento antirretroviral (TARAA) administrado durante el embarazo y el parto a la madre y al bebé después del nacimiento para reducir la transmisión vertical del VIH?
 - a. Muy efectivo
 - b. Algo efectivo
 - c. No efectivo
 - d. No sé
 7. ¿Qué tan efectivo es iniciar zidovudina durante el trabajo de parto en una madre no tratada previamente y luego tratar a su bebé para reducir la transmisión del VIH de la madre al bebé?
 - a. Muy efectivo
 - b. Algo efectivo
 - c. No efectivo
 - d. No sé
 8. ¿Cuál es la dosis recomendada de zidovudina IV en trabajo de parto?
 - a. Dosis de carga de 4 mg / kg en bolo, luego 2 mg / kg / h
 - b. Dosis de carga de 2 mg / kg durante 1 h, luego 1 mg / kg / h
 - c. Dosis de carga de 4 mg / kg durante 1 h, luego 2 mg / kg / h
 - d. Dosis de carga de 2 mg / kg en bolo, luego 1 mg / kg / h
 - e. No sé
 9. Las alternativas a la zidovudina IV en trabajo de parto son:
 - a. Nevirapina oral dosis única de 200 mg
 - b. Zidovudina IV más nevirapina oral
-

-
- c. Ambos
 - d. No sé
10. En México, la ley establece que las pruebas de VIH deben realizarse durante el embarazo
- a. En la visita inicial de obstetricia
 - b. Al ingreso al trabajo de parto y al parto
 - c. Ambos
 - d. No sé
11. La ley en México recomienda que las pruebas de VIH se ofrezcan de la siguiente manera:
- a. Opcional (se debe ofrecer al paciente la opción de participar y seleccionar la prueba del VIH)
 - b. Exclusión voluntaria (se debe informar al paciente que se realizarán pruebas de detección de VIH de rutina a menos que ella decida no hacerse la prueba)
 - c. Pruebas obligatorias
 - d. No sé
12. ¿Tiene pruebas rápidas de VIH disponibles en su hospital?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sé
13. Si las pruebas rápidas de VIH están disponibles en su centro ¿qué tan probable es que ordene / sugiera una prueba rápida de VIH a un paciente sin atención prenatal?
- a. Muy probable
 - b. Algo probable
 - c. Neutral
 - d. Algo poco probable
 - e. Muy poco probable
 - f. No sé
14. ¿Qué tan seguro está de que proporcionaría terapia basada en las pautas recomendadas para pacientes VIH + en trabajo de parto?
- a. Muy confiado
 - b. Un poco confiado
 - c. Con desconfianza
 - d. No sé

**Criterio evaluativo: indicadores del nivel de conocimiento, Para la encuesta TEXAS
(Levison et al)**

13-14 puntos

Nivel de conocimiento adecuado

11-12 puntos

Nivel de conocimiento moderado

7-10 puntos

Nivel de conocimiento inadecuado

6 o < puntos

Nivel de conocimiento malo