



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. Hospital De Especialidades Básicas La Noria. Octubre – Diciembre 2017”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

ROJAS BRICEÑO. LIZ JINETH

ASESORAS:

Dra. PERALTA IPARRAGUIRRE, ANA VILMA

Dra. YUPARI AZABACHE, IRMA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TRUJILLO - PERÚ

2018

PAGINA DE JURADOS

PRESIDENTE

DRA. SUSANA EDITA PAREDES DÍAZ

SECRETARIO

DRA. IRMA YUPARI AZABACHE

VOCAL

DRA. ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE

DEDICATORIA

A mis padres: Andrés Rojas Jara y Marcela Briceño Layza; siempre supieron guiarme, motivarme y acompañarme en todo el transcurso de mi carrera profesional, siendo los grandes ejemplos de mi vida.

A mi hermana Edith Karina Rojas Briceño, por bríndame siempre sus consejos, su apoyo incondicional, motivándome para seguir adelante sin desmayar frente a los problemas que se me presentaban sin desfallecer.

A mi hija Kaylee Nicolle, quien fue mi mayor motivación, la causante de mi anhelo de salir adelante y culminar mi carrera profesional, agradezco a Dios por darme tan hermosa compañía y motivación.

Rojas Briceño, Liz Jineth

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios, por brindarme salud y protegerme siempre en todo el camino de mis estudios, acompañándome y enseñándome a encarar las adversidades que se me presentaban en la vida.

A mis padres, por el apoyo incondicional en todo momento, por los valores que me inculcaron y por haberme dado educación a lo largo de mi vida y sobre todo por la comprensión y cariño que siempre me han brindado.

A mis Asesoras de Tesis Dras. Ana Vilma Peralta Iparraguirre e Irma Yupari Azabache, por haberme brindado su enseñanza y su conocimiento, sobre todo por dedicarme un poco de su tiempo en la ejecución de mi tesis.

Agradecer a la Universidad César Vallejo y todos los docentes quienes fueron los que me brindaron sus conocimientos para culminar mi carrera profesional.

Rojas Briceño, Liz Jineth

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Liz Jineth Rojas Briceño con DNI 48000156 estudiante de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulad “Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. Hospital de Especialidades Básicas La Noria. Octubre – Diciembre 2017”, son:

1. De mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, Agosto del 2018

Liz Jineth Rojas Briceño

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Presento ante Ustedes la Tesis titulada “Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. Hospital de Especialidades Básicas La Noria. Octubre – Diciembre 2017”, con la finalidad de Identificar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en gestantes atendidas en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria durante el periodo octubre – diciembre 2017, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Licenciada en Obstetricia.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación

Liz Jineth Rojas Briceño

INDICE

PÁGINAS PRELIMINARES

Página del Jurado	(ii)
Dedicatoria	(iii)
Agradecimiento	(iv)
Declaratoria de autenticidad	(v)
Presentación	(vi)
Índice	(vii)

RESUMEN	(viii)
----------------	--------

ABSTRACT	(ix)
-----------------	------

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática	(10)
1.2 Trabajos Previos	(11)
1.3 Teorías Relacionadas al tema	(12)
1.4 Formulación al Problema	(13)
1.5 Justificación del estudio	(14)
1.6 Hipótesis	(15)
1.7 Objetivo	(16)

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación	(17)
2.2 Variables de operacionalización	(18)
2.3 Población y muestra	(19)
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	(20)
2.5 Métodos de análisis de datos	(21)
2.6 Aspectos éticos	(22)

III. RESULTADOS	(23)
------------------------	------

IV. DISCUSIÓN	(24)
----------------------	------

V. CONCLUSIONES	(25)
------------------------	------

VI. RECOMENDACIONES	(26)
----------------------------	------

VII. REFERENCIAS	(27)
-------------------------	------

ANEXOS	(28)
---------------	------

- Instrumentos
- Validación de los instrumentos
- Matriz de consistencia

RESUMEN

Se realizó un estudio analítico de tipo no experimental transversal correlacional, con el fin de determinar si existe relación entre el conocimiento sobre el VIH y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en mujeres gestantes del primer trimestre, para lo cual se aplicó una encuesta a la población que estuvo compuesta por 25 mujeres gestantes, Hospital Especialidades Básicas La Noria. Octubre – Diciembre 2017. Empleándose para el análisis y el procesamiento de todos los datos, una calificación y codificación previa para luego poder ser ingresados a la computadora con el apoyo del procesador estadístico SPSS Versión 20. Una vez procesado los datos se elaboraron tablas de una y de doble entrada según las variables a ser evaluadas mediante el coeficiente de contingencia, para determinar la relación entre las variables. Se obtuvo como resultados que el 4% de las gestantes del primer trimestre, tuvieron un nivel de conocimiento bueno, el 76% un nivel de conocimiento regular y solo el 20% un nivel de conocimiento malo. Frente a la actitud 72% tuvieron una actitud favorable y solo el 28% una actitud desfavorable. Llegándose a la conclusión de que si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH ($p=0.014$).

Palabras claves: Conocimiento, actitud, en gestantes, sobre el VIH.

ABSTRACT

An analytical study of a correlational non-experimental cross-sectional type was carried out, in order to determine if there is a relationship between knowledge about HIV and attitude towards taking the rapid HIV test in pregnant women in the first trimester, for which applied a survey to the population that was composed of 25 pregnant women, La Noria Basic Specialties Hospital. October - December 2017. Using for the analysis and processing of all data, a qualification and previous coding to be able to be entered into the computer with the support of the statistical processor SPSS Version 20. Once the data was processed, tables of one and double entry were prepared according to the variables to be evaluated by the contingency coefficient, to determine the relationship between the variables. It was obtained as results that 4% of the pregnant women of the first trimester, had a good level of knowledge, 76% a level of regular knowledge and only 20% a level of bad knowledge. In contrast to the attitude, 72% had a favorable attitude and only 28% had an unfavorable attitude. It was concluded that there is a relationship between the level of knowledge about HIV in pregnancy and the attitude towards taking the rapid HIV test ($p = 0.014$).

Keywords: Knowledge, attitude, in pregnant women, about HIV.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA.

El virus de Inmunodeficiencia humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una epidemiología actual compleja y dinámica. El número de nuevas infecciones por VIH sigue disminuyendo de manera global, sin embargo el progreso ha sido marcadamente desigual por regiones y por poblaciones clave. A nivel mundial, el número de personas (adultos y niños) que se infectaron por el VIH en el año 2012 (2,3 millones) fue un 33 % menor que en el 2001, y las nuevas infecciones en niños han sido un 52 % más bajas que en el 2001.¹

La transmisión vertical del VIH, se produce en un 35% de los casos durante el embarazo y aproximadamente en un 65% durante el parto, por exposición del recién nacido a sangre materna, secreciones cervicovaginales o líquido amniótico. La lactancia materna agrega un riesgo adicional de 14% hasta 29%. La transmisión madre-hijo ha disminuido como vía de exposición, llegando en el período 2008-2012 a 0,6%, del total de casos reportados por VIH/SIDA en Chile. El diagnóstico de VIH en la embarazada y la aplicación del protocolo completo para la prevención de transmisión vertical, permiten reducir la tasa de transmisión de entre 13 a 48% hasta menos de 2%.²

En el año 2009, 370.000 (230.000-510.000) niños fueron infectados por el VIH a través de la transmisión madre-hijo (TMH). Estas infecciones ocurrieron durante el embarazo, durante el trabajo de parto y alumbramiento o durante la lactancia materna. Hasta diciembre de 2012, más de 900 000 mujeres embarazadas que vivían con el VIH a escala mundial habían recibido profilaxis o tratamiento antirretrovirales. La cobertura de los programas antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno infantil (excluido el esquema de dosis única de nevirapina, que ha sido menos eficaz) aumentó de 57 % (51 %-64 %) en 2011 62% (57 %-70 %) en 2012.³⁻⁴

Según Miranda E, Romero S, Briceño R, Santos D.⁵ uno de los principales problemas del Perú es la “transmisión vertical del VIH. El problema aumenta cuando las gestantes por diferentes causas no acuden a los servicios de salud, por lo que el personal de salud se ve en la obligación de realizar labores de visitas domiciliarias. En la actualidad, el Ministerio de salud (MINSA) usa pruebas rápidas para atender el diagnóstico en estas zonas rurales, es decir solo detectan anticuerpos contra el VIH”.

Existen pruebas de anticuerpos rápidas que dan resultados de inmediato. Un análisis de sangre rápido puede detectar tanto anticuerpos como antígenos contra el VIH, lo cual permite que se detecte una infección por VIH más temprano que en el pasado. Pero los resultados positivos de una prueba rápida pueden tener que confirmarse por la prueba ELISA o la de inmunotransferencia, por lo tanto el uso del test rápido en las gestantes garantiza la posibilidad de comenzar con el AZT, dar el tratamiento al niño e inhibir la lactancia, pero esto no permite reducir la posibilidad de transmisión del VIH al recién nacido a valores semejantes a los que se esperarían si la mujer embarazada hubiera realizado tratamiento durante el embarazo.⁶⁻⁷

1.2 TRABAJOS PREVIOS

Guerra ME, et al.⁸ (Venezuela, 2009), realizaron una encuesta individual, previo consentimiento asistido de las evaluadas, y se observaron que las 58 embarazadas VIH (+) estudiadas tuvieron un promedio de edad de 14,9 años, casi en su totalidad menores de 36 años (89,7%), se revisó que no existía un adecuado conocimiento sobre la definición de VIH/SIDA, más del 74% no lo conoce; sin embargo, el 86% identificó que el SIDA no se cura y el 69% reconoció que el SIDA se controla, los errores más frecuentes en el conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH/SIDA que presentan las embarazadas VIH (+), El 31,4% no identificaron la transmisión a través del embarazo madre-hijo, y el 22,4 % la transmisión durante el parto o la lactancia materna y Observándose, un alto porcentaje de embarazadas que creen que besar o abrazar a una persona que vive con VIH, compartir utensilios o el uso común de baño puede causar la infección o el contagio del VIH/SIDA (entre 24% y 40%), por lo tanto, casi la totalidad de las estudiadas identifica las

relaciones sexuales desprotegidas como una vía de transmisión del VIH-SIDA (96,5 %).

Etukuama EA, Thacher TD, Sagay AS.⁹ (Nigeria, 2011), llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal en mujeres embarazadas que asistieron a la clínica prenatal en un Hospital rural misionero en Nigeria del Norte, entre junio y octubre de 2005, los datos fueron recogidos mediante un cuestionario estructurado; el pesquaje y confirmación del virus de la inmunodeficiencia humana fueron realizados para las mujeres embarazadas; el estudio se realizó a 350 mujeres embarazadas con una edad promedio 26.8 ± 6.4 años; la infección por VIH no estuvo asociada con el hábito de fumar entre las mujeres, la ingestión de alcohol por las mujeres o sus compañeros, las transfusiones de sangre previas, una historia de infecciones de transmisión sexual; la infección por VIH estuvo independientemente asociada con sospechas de relaciones sexuales extramaritales por parte de sus compañeros 3.8, 95%, educación post primaria 2.4, 95%, parejas sexuales múltiples 2.4, 95% y el hábito de fumar cigarrillos por parte del compañero 3.0, 95%, en conclusión las parejas múltiples y el sexo extramarital siguen siendo un estorbo para la lucha contra la infección por VIH.

Santana D, Alves dos J, Araújo L, Valdanha N.¹⁰ (Brasil, 2013), realizó una investigación retrospectiva en todas las mujeres embarazadas con VIH/SIDA que recibieron asistencia prenatal y que realizaron el parto en una maternidad de referencia terciaria de la ciudad de Fortaleza-Piura, durante el período de 2005 a 2009; la investigación tuvo como muestra de 168 historias clínicas de mujeres con VIH y sus recién nacidos, los datos se obtuvieron entre los meses de marzo y septiembre de 2010 y fueron analizados con el programa SPSS (Statistical Product and Service Solutions) 10.0; demostrando que las embarazadas conocían el diagnóstico en forma previa al embarazo tuvieron una rápida atención que permitió una terapia antirretroviral eficaz y un mayor número de controles ($p < 0,05$). Se administró terapia antirretroviral al 97,6% de las embarazadas, triple esquema al 88,7%; AZT intraparto al 95,2% y AZT oral en jarabe al 100% de los recién nacidos, predominó la cesárea (92,8%) asociada al AZT intraparto al ser cotejada

con el parto vaginal ($p < 0,001$) y finalmente la cesárea proporcionó mayor administración de AZT intraparto.

López J.¹¹ (Perú, 2013) Se realizó una investigación de tipo cuantitativa y descriptivo, se planteó con una muestra de 21 gestantes adolescentes, a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimiento sobre Infecciones de Transmisión Sexual –VIH/SIDA y características sociodemográficas, aplicando la técnica de la encuesta; obteniéndose los siguientes resultados: el 42,9% de los participantes no conoce sobre Infecciones de Transmisión Sexual –VIH/SIDA, en relación a las características sociodemográficas y prácticas sexuales se ha demostrado, que la edad predominante de las gestantes adolescentes encuestados es de 18 años (66,6%); según el sexo el 100% son mujeres debido a que son gestantes; en lo concerniente al estado civil el 71,4% son convivientes y solo el 9,5% casados(as), además que profesan la religión católica el 100,0%, respecto a la ocupación el 85,7% no estudian ni trabaja, referente a si tienen o no enamorado(a) el 19,1% respondió que sí; y el 100% si han tenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio más frecuente a los 17 años (66,7%), y finalmente el 100% de gestantes adolescentes se consideran heterosexuales, por lo tanto se concluyó que la muestra en estudio no conoce sobre Infecciones de Transmisión Sexual –VIH/SIDA.

Reyes M.¹² (Perú, 2014) Realizó un estudio analítico transversal. El año 2007, se entrevistó a gestantes y personal de salud en establecimientos del MINSA a nivel nacional donde se realizó una regresión logística binomial, para determinar los factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH, se entrevistó a 349 gestantes el año 2007, la proporción de gestantes que fue tamizada para VIH en establecimientos del MINSA fue de 84%, el análisis multivariado determinó que los factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH fueron la falta de acceso o tener menos de 5 visitas de atención prenatal (APN) (OR=2,7; IC95% 1,3-5,6; $p=0,009$), no brindar información a la gestante sobre la prueba de VIH (OR=7,5 IC95% 3,7-15,4; $p < 0,001$) y la no disponibilidad de la prueba rápida para VIH durante la atención de la gestante en el establecimiento (OR=3,1; IC95% 1,4-6,6; $p=0,004$) en conclusión, los factores asociados a la no realización del tamizaje dependen básicamente de los servicios de salud, por lo que es

necesario revisar las estrategias de captación de gestantes para la APN, los procesos de consejería y oferta de la prueba de VIH en los servicios de salud.

Sulca S.¹³(Perú, 2014) Realizó un estudio de tipo observacional cuantitativo de diseño descriptivo correlacional de corte transversal, realizado a 198 gestantes adolescentes, donde aplicó un cuestionario de conocimientos sobre las ITS y un instrumento (Escala de Lickert) de actitud, la confiabilidad en ambos alcanzó un coeficiente de 0.736 y un coeficiente de 0.843 en la escala de Alfa de Cronbach respectivamente los resultados del 100% (198) de gestantes adolescentes, el 18.7 % (37) oscila entre 14 a 16 años y el 81.3 % (161) entre 17 a 19 años; el estado civil, el 52.0 % (103) son solteras, y el 48.0% (95) son convivientes; el grado de instrucción, el 26.8 % (53) tiene secundaria incompleta, el 71.2 % tiene secundaria completa y el 2 % (4) tiene superior incompleto; predominó el conocimiento medio sobre las ITS con un 64.1 % (127), seguido del conocimiento bajo con un 24.2 % (48) y el conocimiento alto con 11.6 % (23), el 22,2% (44) tuvo una actitud de rechazo hacia las conductas sexuales de riesgo, el 63,1% (125) una actitud de indiferencia y solo el 14,6% (29) expresaron una actitud de Aceptación y para el estudio correlacional se usó la prueba estadística del Chi cuadrado de Pearson obteniendo un $p=0.00$ estableciendo así una relación estadísticamente significativa en conclusión el mayor porcentaje de gestantes adolescentes tienen conocimiento medio acerca de las ITS y actitudes de indiferencia hacia las conductas sexuales de riesgo, mediante la prueba estadística de Ji cuadrado existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud.

Por su parte en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).¹⁴ (Perú, 2015), se entrevistó a mujeres y se les preguntó si habían oído hablar de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y del SIDA, del total de mujeres entrevistadas en la encuesta 2014, el 96,9% conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA lo que implica una mejora de 2,7 puntos porcentuales, en relación con el año 2009 (94,2%), en el año 2014, el 5,6% de mujeres entrevistadas manifestó que desconocía alguna de las dos formas consideradas de importancia programática para evitar el VIH (menor número de parejas sexuales o uso del condón) y en el año

2009, este porcentaje fue 5,7%. Son muy preocupantes los datos obtenidos respecto a la transmisión vertical (madre a hija o hijo) del VIH. Al respecto, se constató un importante incremento en el porcentaje de mujeres que desconoce que el virus no se puede transmitir en esta condición, significando un incremento de 6,9 puntos porcentuales respecto al año 2009 que fue 12,1%. Por otra parte, entre las mujeres que identifican las formas de transmisión del VIH de madre a hija o hijo, un 68,8% mencionó que puede ocurrir durante el embarazo o parto y un 36,4% con la lactancia, habiendo disminuido el grupo que no sabe el mecanismo de transmisión (de 9,6% en el año 2009 a 3,1% en el 2014).

Figuroa G, Uriostegui L, Delgado E.¹⁵ (México, 2014) realizaron un estudio descriptivo transversal con el muestreo no probabilístico que incluyó a mujeres embarazadas de cualquier edad que llegó a control de la natalidad en la unidad de medicina familiar 171 del Instituto Mexicano del Seguro Social; donde revisaron de los registros médicos que se aplicaron como una herramienta para recopilar información sobre la prueba rápida de VIH; una muestra de 85 pacientes se calculó y se realizó un análisis estadístico descriptivo, y los resultados de 85 registros de pacientes fueron revisados en el control de embarazo y se realizaron pruebas rápidas para la detección de anticuerpos contra el VIH se realizó en 79 pacientes (93%). En nueve (10%) de los pacientes que se sometieron a la prueba, el resultado no se informó en su archivo. En seis pacientes (7%) de la muestra total no se ha solicitado o realizó la prueba rápida. El resultado de todas las pruebas rápidas de VIH reportados fue negativo en conclusiones, existe un aumento en la cobertura de las pruebas rápidas de VIH en mujeres embarazadas; Sin embargo, no se informa, no solicita la prueba siguen siendo problemas comunes en la detección precoz de la infección por VIH en mujeres embarazadas.

Mejia C.¹⁶ (Perú, 2017) realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo utilizando una encuesta directa en 200 gestantes adolescentes atendidas en el servicio ginecología del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de Puente Piedra entre enero y junio del 2016, se procesó en la base de datos en Excel y se analizó en el SPSS versión 23 con un alfa de crombach es 0.6 05 el cual se evidencio el bajo nivel de conocimiento con un 46,0; con un 32.5% nivel medio; y con un 21.5%

nivel alto, de las gestantes adolescentes del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz de puente piedra, no tiene conocimientos sobre ETS, con relación al grado de instrucción, se determinó que no guarda relación estadística significativa, el estado civil predominante fue casada o conviviente (56%), mayoritariamente solo refirieron una pareja sexual (93.5%) y la mayoría de encuestadas eran primigesta (96%), y con relación a la edad de las encuestadas se encontró que no existe una edad predominante estadísticamente significativa en nuestra población de estudio y la mayoría de nuestras encuestadas (73.5%) no uso ningún método anticonceptivo, mientras que el 60% de las encuestadas inicio su actividad sexual por curiosidad o presión grupal, estos datos nos corrobora el hecho que la mayoría de adolescentes son influenciables e inician su vida sexual sin la debida información, convirtiéndose en población de riesgo para embarazos no deseados, contagio de ETS y complicaciones de estas enfermedades.

1.3 TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna o más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes, asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.¹⁷

La transmisión vertical de la infección por el VIH entre madre e hijo puede producirse a tres niveles: Transmisión Intrauterina; El VIH puede atravesar la placenta, lo cual ha sido demostrado por la presencia del mismo en placentas de abortos del primer y segundo trimestre, así como en el líquido amniótico. La

infección sucedida intraútero puede detectarse precozmente tras el nacimiento y generalmente desencadena una rápida progresión de la enfermedad. Transmisión Perinatal; El recién nacido es capaz de infectarse al final de la gestación y en el parto. El mecanismo de esta infección parece ser a través de las secreciones vaginales o sangre de la madre infectada por vía ascendente, que se favorece muy eficazmente por las contracciones uterinas preparto, la cesárea electiva antes de que se inicie el trabajo del parto, reduce el riesgo de transmisión; la transmisión Postnatal se dice que el VIH, al igual que otros virus, es capaz de excretarse a través de la leche materna, en países desarrollados se desaconseja la lactancia materna a las madres infectadas por el VIH, con lo que prácticamente desaparece esta vía de infección.¹⁸

Durante el embarazo, los anticuerpos (parte del sistema inmunitario que combate los gérmenes) de la madre se transmiten a su bebé. De modo que todos los bebés nacidos de mujeres con VIH tendrán, al principio, un resultado positivo en las pruebas para detectar anticuerpos contra el VIH. Esto no significa que el bebé tenga la infección. Los bebés conservan los anticuerpos de su madre hasta que pueden fabricar los suyos. Esto sucede entre los 6 y 18 meses. Si el bebé no tiene la infección, perderá los anticuerpos de su madre y comenzará a tener resultados negativos en las pruebas para detectar el VIH en algún momento entre los 6 y los 18 meses.¹⁹

Ser VIH positiva crea más riesgo de sufrir complicaciones como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y nacimiento de un bebé sin vida, aunque estos resultados son más comunes en los países en desarrollo. El riesgo de complicaciones es más alto para las mujeres con casos más avanzados, cuyos sistemas inmunológicos están comprometidos, Sin embargo, puedes reducir el riesgo de tu bebé a menos de un 1 por ciento si obtienes un tratamiento adecuado durante tu embarazo. Esto incluye vigilar tu carga viral, tomar los medicamentos apropiados, evitar ciertos procedimientos de embarazo, tener una cesárea si tu carga viral es demasiado alta y no amamantar.²⁰

Durante el embarazo; la finalidad de los medicamentos contra el VIH es reducir la concentración del virus en el cuerpo a un nivel indetectable (llamado carga viral indetectable) durante el embarazo. Al reducir esa concentración, disminuyen la posibilidad de que una mujer seropositiva le transmita el virus al bebé durante el embarazo y el parto. Los medicamentos contra el VIH también pasan de una mujer embarazada al bebé a través de la placenta (órgano que se forma dentro del útero durante el embarazo). Este traslado de esos medicamentos evita la transmisión materno - infantil del virus, particularmente en el período cercano al parto cuando el bebé está más expuesto a ese en la sangre y otros humores corporales de la madre.²¹

Los medicamentos contra el VIH se usan en los siguientes casos para reducir el riesgo de transmisión materno - infantil del virus: Durante el embarazo, las mujeres embarazadas seropositivas reciben un régimen (una asociación) de por lo menos tres medicamentos diferentes contra el VIH. Durante el trabajo de parto y el parto, las mujeres embarazadas seropositivas reciben azidotimidina intravenosa y siguen tomando los medicamentos de su régimen por vía oral. Después del nacimiento, los bebés de madres seropositivas reciben azidotimidina en líquido por 6 semanas.²²

No hay una combinación de drogas que se use para todas las mujeres embarazadas, pero la zidovudina (que también se conoce como Zidovudina o Azidotimidina) será probablemente una de ellas. El zidovudina se ha estudiado y es conocido por disminuir el índice de transmisión. No solamente disminuye tu carga viral, sino que cruza la placenta y ofrece también protección directa a tu bebe también. El uso de quimioprofilaxis con Zidovudina, Azidotimidina (AZT), solo o en combinación, solo o en combinación con otros antirretrovirales, deberá ser discutido y ofrecido a toda mujer infectada embarazada para reducir el riesgo de transmisión perinatal del VIH, se demostró que una dosis única de nevirapina administrada a las madres al comienzo del trabajo de parto y a los bebés dentro de las 72 horas de vida es más eficaz que un régimen de zidovudina durante y después del parto. Sin embargo, cuando se administra nevirapina a madres que están recibiendo tratamiento antirretroviral estándar, no observa ninguna ventaja adicional (Brocklehursts, 2002).²³

Los medicamentos que se usan para tratar la infección del VIH pueden causar efectos secundarios. Algunos efectos secundarios comunes son náuseas, diarrea, dolores de cabeza y dolores musculares. Otros efectos secundarios menos comunes son anemia, daño al hígado y problemas en los huesos, como osteoporosis. Aunque ocurre con poca frecuencia, los medicamentos que se usan para tratar el VIH pueden afectar al desarrollo del feto, la probabilidad de contagiar al bebé con el virus aumenta considerablemente si no toma los medicamentos. Todos los bebés que nacen de madres con el VIH también reciben medicamentos líquidos después de que nacen para reducir aún más la probabilidad de contraer esta infección. La primera dosis se administra dentro de las primeras 6–12 horas del parto y continúa durante 6 semanas. Se hace otra prueba de VIH cuando el bebé tiene 12–18 meses de nacido. El efecto secundario más común de este tratamiento es anemia. Es importante tomarse los medicamentos regularmente de la forma recetada, si no se hace el virus podría volverse resistente al tratamiento y si esto sucede los medicamentos dejarán de funcionar.²⁴

A nivel mundial la tamización se ofrece de dos maneras: con opción de aceptar y con opción de rechazar. En los lugares donde existe la opción de aceptar, se puede ofrecer la prueba de detección del VIH a las gestantes y quienes la acepten necesitarán firmar un formulario de consentimiento para someterse a la misma. En los lugares donde existe la opción de rechazar, la prueba se incluye automáticamente como parte de la atención prenatal ordinario. De la misma forma, el grado de aceptación es diferente de acuerdo con el tipo de estrategia utilizada para ofrecer la prueba, las tasas de aceptación y cobertura varían entre 25 y 83 %, a comparación con la opción de rechazar como tamización universal y parte de los programas de atención pre natal y sin necesidad de firma de consentimiento informado, se obtuvieron tasas de cobertura entre 85 y 98%.²⁵

Antes de hacerse una prueba rápida debe haber consejería dado al impacto emocional que esta prueba puede ocasionar y tener claras las opciones que pueden ofrecerse a toda persona con un resultado positivo y es que debido a la fuerte carga estigmatizadora puede generarse negación, depresión, angustia, ansiedad e incluso

deseo de suicidio. En toda embarazada sin excepción, debe ofertarse la prueba rápida o la ELISA para VIH (tamizaje) en el primer trimestre del embarazo o durante el primer control prenatal. También a las mujeres que presenten condiciones de riesgo o que no hayan aceptado el tamizaje en controles prenatales previos, así como a aquellas mujeres que se presenta en trabajo de parto y que no tienen una prueba de tamizaje para VIH durante el embarazo, se debe ofrecer asesoría y la prueba rápida de tamizaje para VIH.²⁶

La participación de cada persona usuaria en la realización de la prueba de detección del VIH debe ser voluntaria. En ningún caso se aplicará una prueba rápida, si no se ha obtenido el consentimiento informado por escrito y si no se percibe que la participación de la persona usuaria es totalmente voluntaria, el personal que realiza la prueba debe respetar el derecho de la persona usuaria a rechazar la prueba rápida. Se recomienda no realizar la prueba de detección del VIH a una persona que se encuentra bajo el efecto de cualquier droga o alcohol, que le impidan tomar una decisión consciente e informada.²⁷

La prueba de detección del VIH se recomienda para todas las mujeres embarazadas en el primer trimestre del embarazo para un inicio oportuno de la prevención de la Transmisión materno infantil (TMI) del VIH y un tratamiento oportuno. Una gestante que sabe al comienzo del embarazo que es VIH positiva tiene más tiempo para tomar decisiones importantes. Ella tendrá más tiempo para decidir cuál es una forma eficaz de proteger su salud y de prevenir la transmisión materno infantil del VIH y también puede tomar medidas para evitar la transmisión de ese virus a su pareja sexual.²²

Se debe realizar una prueba rápida de detección del VIH en toda gestante que acudan a la consulta por haber comenzado el parto y en las que se desconozcan el resultado o no se haya realizado la prueba durante el embarazo. El resultado del test rápido está disponible en alrededor de una hora, lo que permite una rápida actuación durante el parto (TARV, tratamiento antirretroviral profiláctico) y el posparto (inhibición de la lactancia materna y tratamiento del nacido). El resultado

se confirmara después con una determinación de ELISA y Western – blot. Si no se realiza la prueba intraparto se debe realizar en el posparto, evitando comunicar el diagnóstico en el caso de positividad a la pareja o a su familia para preservar su derecho a la confidencialidad.²⁸

El resultado “reactivo” en este contexto de urgencia, considera a la paciente potencialmente positiva y se aplica el protocolo establecido de prevención de la transmisión vertical. La mujer gestante debe ser informada de su situación indicando que se aplicará un protocolo preventivo mientras se espera el resultado de confirmación. La muestra reactiva para VIH debe ser sometida a un nuevo examen en el mismo laboratorio, en duplicado, utilizando el mismo test de tamizaje. En el momento del parto las mujeres que llegan sin serología conocida para VIH al parto se deben revisar en laboratorio si ésta ha sido tomada. Si no se dispone del resultado, se debe realizar un tamizaje para VIH urgente, previa entrega de información y firma del consentimiento informado o denegación del examen. La cesárea electiva a las 38 semanas de gestación, antes de una eventual rotura de membranas o del inicio del trabajo de parto espontáneo, reduce sustancialmente el riesgo de transmisión del VIH, Por lo anterior, la vía del parto (vaginal o cesáreo) debe ser evaluada considerando los criterios que permitan disminuir los riesgos tanto para el feto como la madre. Se debe informar a la mujer gestante sobre su situación particular, de tal manera de favorecer la aceptación de la vía de parto indicada por el médico.^{2, 28}

Las llamadas "pruebas rápidas" para la detección de anticuerpos constituyen instrumentos auxiliares en la detección de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida, mediante diferentes reactivos aplicados en saliva, suero, sangre, plasma u orina, técnicamente, las pruebas rápidas son iguales a las pruebas tradicionales (de ELISA), son sensibles y pueden aplicarse en lugares y bajo condiciones diferentes; pero tienen la ventaja de que son más fáciles de realizar ya que no requieren de laboratorio y el resultado está disponible en unos minutos y sin embargo, es importante señalar que sus resultados deben siempre de confirmarse mediante un estudio de Western Blot para poder establecer un diagnóstico positivo de infección por el VIH.²⁹

Un diagnóstico temprano permite acceder a un tratamiento oportuno, así como los servicios de prevención y atención integral, ello contribuye a llevar una mejor calidad de vida, porque conociendo el diagnóstico puede tomar medidas de prevención, evitando que la enfermedad siga extendiéndose, porque si la mujer está embarazada, y tiene resultado positivo al VIH, podrá recibir tratamiento y reducir la posibilidad de transmitir la enfermedad a tu hijo.³⁰

Para la realización del procedimiento de la prueba rápida de VIH, lo primero que se debe tener en cuenta, que el personal debe estar capacitado y se debe incluir “consejería, que es información y acompañamiento emocional y para que el resultado de una prueba de diagnóstico al VIH sea confiable deben transcurrir tres meses desde la última práctica de riesgo. La prueba rápida no requiere de un laboratorio, solamente un equipo fácil de trasladar. Por lo tanto se puede realizar casi en cualquier parte, como clínicas, centros de salud, en los Centros ambulatorios para la atención del sida y otras infecciones de transmisión sexual”.²⁹

El procedimiento de la prueba rápida de VIH, es tomando un poco de fluido de las encías o una gota de sangre de uno de tus dedos, colocándolos en un dispositivo para su análisis y obtención del resultado, se conoce el resultado en unos minutos en lugar de esperar días, es voluntarias, anónimas y confidencial como todas las pruebas de VIH; en las pruebas de laboratorio los resultados tardan días y se hacen extrayendo sangre de una vena de un brazo, así son las pruebas de confirmación en caso de positiva la prueba rápida que se realiza en el consultorio. Los resultados que puede dar la prueba son: negativo, que significa que la persona no tiene el VIH en su organismo y para continuar así debe ejercer su sexualidad con responsabilidad, evitando las prácticas de uso del condón y ser positivo implica que hay la posibilidad de que tengas el VIH, por lo que la paciente debe realizarte una prueba confirmatoria, también se debe tener en cuenta, para que la prueba sea confiable deben transcurrir tres meses desde la última práctica de riesgo.²⁹

Las pruebas confirmatorias (inmunofluorescencia indirecta (IFI), inmunoblot con antígenos recombinantes (LIA), inmunoelectrotransferencia o western blot (WB)

para VIH) se informan como positivas o negativas o indeterminadas según sea el caso, en el caso de resultar reactiva la prueba para VIH el manejo debe ser realizado en el mismo establecimiento por el profesional responsable de la atención (Infectólogo, Ginecólogo -Obstetra, Médico/a General, Obstetra u otro profesional de la salud, de acuerdo a niveles de atención), según flujograma de atención a la gestante y puérpera VIH o probable VIH. En caso de parejas serodiscordantes, con gestantes seronegativas se le tomará la prueba de ELISA para VIH cada 3 meses, se deberá de realizar el seguimiento a dicha gestante resaltando la consejería. La pareja, seropositiva deberá recibir tratamiento antirretroviral, independientemente de los criterios de inicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad y se debe asegurar el uso de preservativos, no se inicia tratamiento antirretroviral en gestantes seronegativas.³¹

El resultado de las pruebas de tamizaje VIH y sífilis, deberán estar registrados en la historia clínica y en el carné perinatal de la paciente. Los resultados reactivos, además se anotarán en el Formato o registro de atención y seguimiento de pacientes. El registro del tamizaje para VIH y Sífilis de todas las gestantes, puérperas y niños es obligatorio, siendo responsabilidad de quien realiza la actividad según el nivel de atención. Para efectos de la administración de la terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión madre-niño del VIH, se considerará a aquellas gestantes que cumplan con las siguientes condiciones; gestante con Prueba de tamizaje reactiva, o gestante con prueba confirmatoria positiva.³¹

La cesárea electiva es la vía obligatoria de parto en la gestante con VIH o probable VIH, los profesionales de la salud a cargo de la paciente confirmarán cuidadosamente la edad gestacional, para prevenir la prematuridad iatrogénica, la evaluación debe hacerse utilizando los parámetros clínicos obstétricos establecidos en la Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (fecha de la última menstruación, altura de fondo uterino y ecografía realizada de preferencia en el primer trimestre de gestación). Estos criterios ayudarán para programar el día de la cesárea, el mismo que será realizada a partir de la semana 38 o con un estimado de peso fetal mayor a 2,500 gramos antes del inicio del trabajo

de parto, y con membranas amnióticas íntegras, los servicios de salud, según su capacidad resolutoria, deben establecer la referencia oportuna de la gestante con VIH o probable VIH, al establecimiento de salud de mayor nivel de complejidad, para la realización de la cesárea electiva, o de emergencia, de ser el caso, previa coordinación.³¹

Excepcionalmente la vía vaginal está indicada, cuando se presente una de las siguientes condiciones, la dilatación > de 4 cm, o Membranas amnióticas rotas; están contraindicados todos los procedimientos invasivos (tales como, amniotomía, uso de fórceps o vacuum, tomas de muestras vaginales, otros), así como evitar en lo posible las episiotomías, y los tactos vaginales repetidos, evitar que la gestante con VIH o probable VIH permanezca con las membranas amnióticas rotas por más de cuatro horas en un trabajo de parto prolongado, estando indicado el uso de oxitócicos para inducir el trabajo de parto, para la profilaxis antirretroviral en el parto vaginal inminente, la atención del parto vaginal por el profesional de salud capacitado será con la gestante en posición horizontal, para evitar posible contaminación de la niña o niño, con secreciones o fluidos maternos.³¹

Se cita a la puérpera y al recién nacido a los siete días luego del parto para seguimiento de la supresión de lactancia materna, control de puerperio y adherencia de la profilaxis del recién nacido, en caso no acuda a las citas programadas, coordinar la visita domiciliaria y seguimiento comunitario con Servicio Social y Consejeras Educadores de Pares (CEP), toda madre con VIH, debe recibir consejería referente a la importancia del cuidado del recién nacido, la suspensión de la lactancia materna, el tipo de alimentación de su hija o hijo (uso de fórmulas lácteas).³¹

1.4 FORMULACIÓN AL PROBLEMA.

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en gestantes atendidas en el Hospital Especialidades Básicas La Noria durante el periodo octubre – diciembre 2017?

1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

La siguiente investigación cobra importancia a pesar de que en los últimos años han aumentado el nivel de conocimientos sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de contar con estrategias eficaces de prevención, la epidemia a nivel mundial continúa siendo sumamente dinámica y en aumento. Hasta el momento no se cuenta con un tratamiento curativo, ni con una vacuna eficaz, motivo por el cual se ha convertido en un reto para los servicios de salud de todo el mundo.³²

En consecuencia “uno de los principales problemas en las zonas rurales de Perú es la transmisión vertical del VIH, se dice que el problema aumenta cuando las gestantes por diferentes causas no acuden a los servicios de salud, por lo que el personal de salud se ve en la obligación de realizar labores de visitas domiciliarias. En la actualidad, el Ministerio de salud (MINSA) usa pruebas rápidas inmunocromatográficas de tercera generación para atender el diagnóstico en estas zonas rurales, es decir solo detectan anticuerpos contra el VIH. Últimamente, han aparecido pruebas rápidas inmunocromatográficas comerciales de cuarta generación, es decir, que detectan simultáneamente antígeno p24 y anticuerpos de VIH, acortando de esta manera el periodo de ventana, ya que la presencia de antígeno p24 nos indicará una infección temprana del VIH”.^{5, 33}

De tal manera que en la actualidad el diagnóstico de la infección por VIH se realiza por métodos basados en la detección de anticuerpos en suero o plasma humano, en nuestro país la Dirección Nacional de SIDA y ETS (DSyETS) distribuye a las jurisdicciones reactivos basados en las siguientes técnicas para la detección inicial o el tamizaje: ELISA de 4º generación (que incluye la detección del antígeno p24), aglutinación de partículas y tests rápidos, antes de dar los resultados reactivos o dudosos obtenidos por serología de tamizaje deben ser confirmados por un procedimiento de alta especificidad, como la técnica de Western Blot (WB) que la provee la DSyETS o el inmunoensayo en línea (LIA).⁷

La siguiente investigación, es importante ya que surge la necesidad de concientizar y prevenir riesgos tanto como para la gestante y su recién nacido, ya que la infección del VIH trae consecuencias para gestante y el recién nacido y el no aceptar realizarse la prueba rápida de VIH por motivos de poca o escasa información acerca de la importancia que tiene el realizarse la prueba de VIH y el tratamiento oportuno con retrovirales para prevenir consecuencias a futuro, por lo tanto esta investigación se realizó el Hospital de Especialidades Básicas La Noria donde toda gestante en su primer control se le realiza la prueba de VIH y esta tiene derecho de aceptar o negarse a realizar dicha prueba, esta investigación nos ayudó a identificar mediante encuestas el nivel de conocimiento que tiene cada gestante que acude al servicio de obstetricia en su primer control de embarazo y si actitud frente a la prueba rápida de VIH, se observó que el nivel de conocimiento de esta población fue regular ya que tuvieron una actitud favorable aceptando a realizarse la prueba de VIH.

1.6 HIPÓTESIS.

ALTERNA (H_1).

Si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en gestantes atendidas en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria durante el periodo octubre – diciembre 2017.

NULA (H_0).

No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en gestantes atendidas en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria durante el periodo octubre – diciembre 2017.

1.7 OBJETIVO

GENERAL

Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en gestantes atendidas en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria durante el periodo octubre – diciembre 2017.

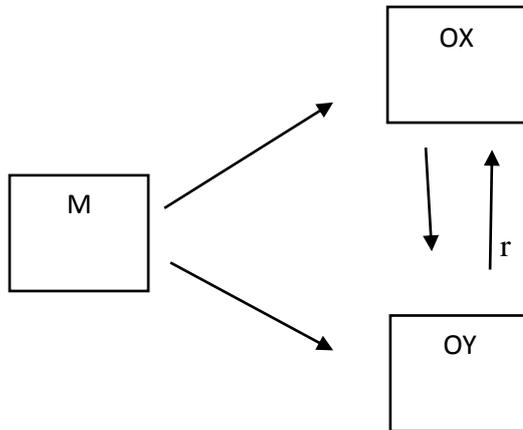
ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo.
- Identificar la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH durante el embarazo.

II. MÉTODO

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Investigación no experimental, Transeccional correlacional causal, fue representado por el siguiente gráfico.



Dónde:

M = Gestantes.

OX = Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo.

OY = Actitud frente a la toma de la prueba rápido de VIH durante el embarazo.

R = Relación entre las variables.

2.2. VARIABLES Y OPERALIZACION

Independiente:

- Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo.

Dependiente:

- Actitud frente a la toma de la prueba rápido de VIH durante el embarazo.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOS	ESCALA DE MEDICIÓN
Nivel de	Grado en que se sitúa respecto a una escala	Se evaluará a la gestante mediante un cuestionario	• Bueno	Ordinal

<p>conocimiento sobre el VIH en el embarazo.</p>	<p>sobre la información almacenada mediante la experiencia o aprendizaje que tenga sobre el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en el embarazo.³⁴⁻³⁵</p>	<p>de 20 preguntas para medir su nivel de conocimiento.</p> <p>Considerando 1 punto por respuesta correcta y 0 puntos por respuesta errada. Así es como se considerará: Nivel de conocimiento Bueno (16 – 20 pts.), Regular (11 – 15 pts.) y Malo (0 – 10 pts.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regular • Malo 	
<p>Actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH durante el embarazo.</p>	<p>Manera en que la gestante está dispuesta a comportarse u obrar con respecto, la toma de la prueba rápida del VIH.³⁶</p>	<p>La actitud de la gestante frente a la toma de prueba rápida de VIH se medirá mediante 10 preguntas con alternativas según la escala de Likert, considerando: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo.</p> <p>Teniendo en cuenta que cada pregunta vale 1 punto, se considerará: Actitud Desfavorable: 10 – 34 pts. Y Actitud Favorable: 35 – 50 pts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorable • Desfavorable 	<p>Nominal</p>

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas gestantes, que implican el 100% de las atendidas en el primer trimestre de embarazo en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Especialidades Básicas La Noria – durante el periodo de Octubre – Diciembre 2017 y que cumplieron con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Gestantes del primer trimestre de embarazo que acudan para su atención prenatal en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Especialidades Básicas La Noria - durante el periodo de Octubre – Diciembre 2017.
- Gestantes que no tengan ningún tipo de problema para poder participar en la presente investigación.

Criterios de exclusión

- Gestante que se hayan realizado anteriormente la prueba rápida de VIH.
- Gestantes con VIH.
- Gestante con alguna alteración mental que le impida responder el cuestionario o firma el consentimiento para la realización de la prueba del VIH.
- Gestante que se niega a firmar el consentimiento informado.

El tamaño de la población fue verificado en los respectivos libros de atención; habiéndose obtenido este dato de un periodo similar.

MUESTRA

Debido al tamaño de la población se trabajó con el 100% de ésta; convirtiéndose en población muestral.

MUESTREO

No es necesario hacer un muestreo por que se trabajó con toda la población; considerándose como unidad de análisis cada una de las gestantes que cumplan los criterios de selección.

2.4. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La técnica de recolección de datos fue a través de una encuesta.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario dividido en dos partes (Anexo 1); la primera parte evaluó el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo a través de 20 preguntas objetivas, considerando cada respuesta correcta con un punto para finalmente determinar el nivel de conocimiento bueno (16 a 20 puntos), regular (11 a 15 puntos) y malo (0 a 10 puntos); la segunda parte evaluó la actitud de la gestante hacia la toma de la prueba rápida de VIH a través de 10 preguntas, evaluadas en Escala de Likert y considerando como actitud favorable (35 a 50 puntos) y desfavorable (10 a 34 puntos) (Anexo 2).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del instrumento de recolección de datos se ha dado a través de juicio de expertos, contando con la participación de tres profesionales destacados en la materia en estudio (Anexo 4, 5 y 6), quienes propusieron observaciones para mejorar el instrumento; posteriormente se verificó la confiabilidad con una relación con una validez muy alta (Anexo 7).

Los instrumentos se validaron con la técnica del coeficiente de proporción de rangos obteniendo que existe una validez y concordancia muy alta (0.815), sin embargo se han levantado las observaciones hechas por los jurados. Así mismo se aplicó una muestra piloto a 20 gestantes obteniendo que la mayoría que son el 70% se encuentran en nivel alto de conocimiento y el 85% en un nivel de actitud favorable. (Anexo 8)

Los datos fueron obtenidos siguiendo los siguientes procedimientos:

- Presentar el presente proyecto de investigación para su respectiva aprobación.
- Solicitar la autorización de ejecución de la presente investigación en el Hospital Distrital Santa Isabel para la autorización de su ejecución.

- Identificar las gestantes de unidad de análisis a quien se le explica los objetivos de la investigación y se les pide firmar el consentimiento informado (Anexo 3).
- Una vez obtenido todos los datos se procede a tabularlos en tablas simples y de doble entrada para su respectivo análisis estadístico

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis y el procesamiento de todos los datos se realizó a través de una calificación y codificación previa para luego poder ser ingresados a la computadora con el apoyo del procesador estadístico SPSS Versión 20. Una vez procesado los datos se elaboraron tablas de una y de doble entrada según las variables a ser evaluadas.

Se utilizó la prueba de contingencia, medidas que tienen como base la χ^2 , se trata de medidas que intentan corregir el valor estadístico de χ^2 debido a que con frecuencia reporta valores muy altos; es una medida de asociación o dependencia, intenta medir el grado de relación, asociación o dependencia que existe en datos en una tabla de contingencia para hacerlo tomar un valor entre 0 y 1 con ello se minimiza el efecto del tamaño de la muestra en la cuantificación del grado de asociación.

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{n + \chi^2}}$$

Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba del coeficiente de contingencia; Registrándose como:

- 0 – 0.19 = Muy bajo
- 0.20 – 0.30 = Bajo
- 0.40 – 0.69 = Moderado
- 0.70 – 0.89 = Alto
- 0.90 – 0.99 = Muy alta

2.6. ASPECTOS ÉTICOS.

Esta investigación se rigió bajo las normas éticas donde se debe incluir el consentimiento informado según la declaración de Helsinki, si la investigación lo amerita; y cumplir con los criterios que son referidos en el reglamento de Ensayos Clínicos del Perú (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).

Así mismo, se tendrán en cuenta las pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional de la OMS, si el proyecto lo amerita.

No utilizar el nombre de los pacientes, sus iniciales, ni los códigos hospitalarios, especialmente en el material ilustrativo.

Cuando se realice experimentos con animales, mencionar si se cumplieron las normas de la institución, las de un concejo nacional de investigación o cualquier ley nacional acerca del cuidado y el uso de animales de laboratorio. Deberá contar con la aprobación del Comité de ética de la facultad.

III.RESULTADOS

TABLA 1: Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria durante el periodo Octubre – Diciembre 2017.

CONOCIMIENTO	Cantidad	Porcentaje
Malo	5	20.0%
Regular	19	76.0%
Bueno	1	4.0%
Total	25	100.0%

Fuente: Encuesta aplicado a las gestantes.

TABLA 2: Actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH durante el embarazo en gestantes atendidas en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria durante el periodo Octubre – Diciembre 2017.

ACTITUD	Cantidad	Porcentaje
Desfavorable	7	28.0%
Favorable	18	72.0%
Total	25	100.0%

Fuente: Encuesta aplicado a las gestantes.

TABLA 3: Relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en gestantes atendidas en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria durante el periodo Octubre – Diciembre 2017.

CONOCIMIENTO	ACTITUD				Total	%	Coef. Contingencia	Signifi. (p)
	Desfavorable	%	Favorable	%				
Malo	4	16.0%	1	4.0%	5	20.0%	0.504	0.014
Regular	3	12.0%	16	64.0%	19	76.0%		
Bueno	0	0.0%	1	4.0%	1	4.0%		
Total	7	28.0%	18	72.0%	25	100.0%		

Fuente: Encuesta aplicado a las gestantes.

Nota: De acuerdo al coeficiente de contingencia indica el grado de asociación moderado.

IV.DISCUSION

El presente estudio se realizó en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria en el periodo octubre – diciembre del 2017 para determinar el nivel de conocimiento del VIH en mujeres embarazadas y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH.

En la **Tabla 1**, se determinó el grado de nivel de conocimiento en el momento del llenado de la encuesta con respecto al VIH en el embarazo, encontrándose que la gran mayoría de las gestantes tienen un nivel de conocimiento mayoritariamente regular un 76%, bueno tan solo un 4% y malo un 20%; resultados que no coinciden con Guerra ME, et al.⁸ (Venezuela, 2009), en sus estudio denominado “conocimiento sobre la definición de VIH/SIDA”, se encuestó a 58 embarazadas, en el cual se revisó que no existía un adecuado conocimiento sobre la definición de VIH/SIDA, más del 74% no lo conoce.

Al igual, Sulca S.¹³ (Perú, 2014) determinó en su estudio denominado realizado a 198 gestantes adolescentes donde se aplicó un cuestionario sobre conocimientos sobre las ITS en el cual predominó el conocimiento medio sobre las ITS con un 64.1 % (127), seguido del conocimiento bajo con un 24.2 % (48) y el conocimiento alto con 11.6 % (23) en conclusión el mayor porcentaje de gestantes adolescentes tienen conocimiento medio acerca de las ITS.

Asimismo, en un estudio realizado por Mejía C.¹⁶ (Perú, 2017) donde se aplicó una encuesta directa a 200 gestantes adolescentes, el cual se evidencio el bajo nivel de conocimiento con un 46,0; con un 32.5% nivel medio; y con un 21.5% nivel alto.

Vemos hoy en día que la realización de campañas informativa sobre VIH a la población en general, se ha incrementado en gran magnitud la orientación y consejería a las gestantes y a la población en general en los establecimientos de salud, por parte de personal de salud capacitados, viéndose reflejado en dichos resultados, lo cual fue positivo ya que de esta manera, las gestantes se seguirán educando con la información confiable y segura, se evitara muchas muertes de mujeres con esta infección conjuntamente se evitara también recién nacidos infectados.

En la Tabla 2, se determinó la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH durante el embarazo en gestantes, encontrándose una actitud favorable que equivale el 72% y tan solo un 28% desfavorable, resultados que sí coinciden con investigación de Reyes M.¹² (Perú, 2014) donde se entrevistó a 349 gestantes y la proporción de gestantes que fue tamizada para VIH en establecimientos de salud MINSA fue del 84% en conclusión, la no realización del tamizaje dependen básicamente de los servicios de salud, por lo que es necesario revisar las estrategias de captación de gestantes para la APN, los procesos de consejería y oferta de la prueba de VIH en los servicios de salud

Hoy en día para los proveedores de salud, las gestantes son importantes ya que no solo el VIH las afectaría ellas sino también a sus recién nacidos que podrían nacer con este virus y menos probabilidades de vida, por eso toman en cuenta la realización de la prueba previamente dándose una orientación y consejería hacia la prueba rápida de VIH, tomando la mejor decisión y teniendo una buena actitud las embarazadas y sometándose a la realización de esta prueba.

En la Tabla 3 Relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH en gestantes, encontrándose que si existe una relación estadística altamente significativa entre ambas variables (coef.de contingencia = 0.504), lo cual indica un grado de asociación moderado, con los resultados obtenidos donde el nivel de conocimiento regular es de 74% que equivale a 19 gestantes y actitud favorable con un 72% que equivale a 18 gestantes de las gestantes, por lo tanto un nivel de conocimiento malo es de 20% que equivale a 5 gestantes y una actitud desfavorable es de un 16% que equivale a 4 gestantes.

Se obtuvo una relación entre el nivel de y la actitud por lo tanto es cierto que las gestantes muestran un nivel de regular que es casi la mayoría, y tiene relación con una actitud favorable frente a la prueba rápida de VIH para poder saber su diagnóstico y así poder tomar las medidas adecuadas realizándose otras pruebas de confirmación y así también poder tomar el tratamiento oportuno en caso de ser positivo y en caso de ser negativo poder estar informadas teniendo una mejor compromiso, responsabilidad y cuidados con su salud y la de su bebe.

Cabe resaltar que toda gestante que acuda a un establecimiento de salud, se le debe brindar una orientación y consejería adecuada en la primera atención prenatal para que así puedan tomar mejores decisiones sin mostrar temor o una actitud desfavorable hacia la prueba de VIH que se le realiza firmando un consentimiento informado hacia esta prueba, teniendo en cuenta que estas tiene derecho de rechazar, así como de aceptar la prueba.

V. CONCLUSIONES

- EL 76% de las gestantes tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre los el VIH en el embarazo, el 4% un nivel de conocimiento bueno, mientras que solo el 20% un nivel malo.
- El 72% de las gestantes, tuvieron una actitud favorable frente a la toma de la prueba rápida de VIH, mientras que el 28% representan una actitud desfavorable.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento de VIH en gestante con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. (Coeficiente de contingencia moderado = 0.504)

VI. RECOMENDACIONES

- Realización de **talleres educativos** sobre el tema del VIH para brindar mejor información a la población de gestantes conjuntamente de su pareja, de tal manera que se creen momentos de reflexión, información y sensibilización y así mismo que ambos obtengan una buena información.
- Promover campañas de salud con la finalidad de motivar a la población de gestantes a realizarse la prueba rápida de VIH, mediante folletos, trípticos, imágenes motivadoras y carteles; de modo que se pueda obtener mejor actitud hacia la toma de esta prueba.

VII.REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. DGE- Minsa Perú.819, Lima: Dirección General de Epidemiología-Ministerio del Perú, 2013 [28 de sep 2013], Disponible en: http://www.dge.gob.pe/Boletin_sem/2013/SE39/se39-00.pdf
2. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis: Programa Nacional de Prevención y Control de la infección por VIH/SIDA e ITS División de Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública Ministerio de Salud. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mayo 06]; 30(3): 259-302. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182013000300004
3. ONUSIDA 2013. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida,2013.Disponible en:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf.
4. Rodríguez J. Evaluación y manejo de la exposición perinatal al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Rev. bol. ped. [Serie en Internet]. 2011 [citado 27 de Mar 2016] ; 50(3): 216-219. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752011000300011
5. Miranda E, Romero S, Briceño R, Santos D. Evaluación de tres marcas comerciales de pruebas rápidas para la detección de VIH. Rev. Perú. med. [Serie en internet]. 2015[citado 27 de Mar 2016]; 32(2): 404-405 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000200036&script=sci_arttext

6. CIGNA, EE.UU: Global Health Service Company;2016 [Revisado 6 jul 2015]
Disponible en: <http://www.cigna.com/healthwellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/pruebas-de-vih-abl4059>
7. Vulcano Silvia, kaynar Vanesa, Levite Valeria. Prevención dela transmisión vertical de: Sífilis, hepatitis B y VIH.Argentina: msal.C2013. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000113cnt-2013-05_guia-prevencion-transmision-vertical-2013.pdf
8. Guerra ME, Rodríguez AI, Rodríguez S, Tovar V, Carvajal A, Ferreira A, Blanco L, León JR . Conocimientos sobre VIH/sida en un grupo de embarazadas VIH(+). Acta odontol. [Serie en Internet]. 2009 Mar [citado 09 Mar 2016] ; 47(1): 164-169. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100020&lng=es.
9. Etukumana EA, Thacher TD, Sagay AS. factores de riesgo del VIH entre las mujeres embarazadas en un hospital rural de Nigeria. West Indian med. j. [Revista en la Internet]. 2010 Jul [Citado 2016 Abr 06]; 59 (4): 424-433. Disponible en: http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442010000400015&lng=es.
10. Santana D, Alves dos J, Araújo L, Valdanha N. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. Salud colectiva [Serie en Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Mar 27]; 9(3): 363-371. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000300007&lng=es.
11. López J. Conocimientos sobre Its - VIH/SIDA en gestantes adolescentes del establecimiento de salud I-3 Nueva Esperanza - Piura 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Piura: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2013.

Disponible en:
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2015/08/02/050430/20150706100924.pdf>

12. Reyes VM. Factores asociados a la no realización del tamizaje para VIH durante la gestación en gestantes atendidas en Establecimientos del Ministerio de Salud [Tesis Maestría], Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.
13. Sulca SS. Relación entre el nivel de conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la actitud hacia conductas sexuales de riesgo en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia], Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES Perú: Encuesta Demográfica y Salud Familiar Perú 2014. Abril 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
15. Figueroa G, Uriostegui L, Delgado E. Detección de VIH mediante la prueba rápida a mujeres embarazadas en la Unidad de Medicina Familiar 171. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014 Nov [citado 06 abril 2016] 54(1):52-7.
16. Mejía GC. Nivel de conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual en gestantes adolescentes del Hospital Carlos Lanfranco de la Hoz de Puente Piedra [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano], Lima- Perú. Universidad Privada San Juan Bautista.
17. OMS. Organización Mundial de la Salud; 2016; Disponible en http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

18. Pietrani M. Maternidad En Mujeres VIH Positivo [Tesis Licenciatura de Psicología] Universidad Abierta Interamericana; 2010. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC099617.pdf>
19. FamilyDoctor.org. Florida: Información de salud para toda tu familia;2014[Actualizado abril 2014; citado 28 mar 2016] Disponible en: <http://es.familydoctor.org/familydoctor/es/diseases-conditions/hiv-and-aids/treatment/pregnancy-and-hiv.html>
20. Babycenter. VIH y SIDA durante el embarazo.2016 [Citado 28 mar 2016] Disponible en: <http://espanol.babycenter.com/a2800058/vih-y-sida-durante-el-embarazo>
21. INFOSIDA.Ofrece información sobre tratamiento, prevención e investigación del VIH/SIDA.2015 [Actualizado 9 enero 2015; citado 28 mar 2016]Disponible en:<https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/24/72/uso-de-medicamentos-contr-el-vih-durante-el-embarazo>
22. INFOSIDA. Ofrece información sobre tratamiento, prevención e investigación del VIH/SIDA, hojas informativas;2012 [Actualizado mar 2012; revisado 28 de mar 2016]Disponible en: https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/elvihyelembarazo_fs_sp.pdf
23. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C.Obstetricia. 6ed.Buenos Aires; 2009
24. ACOG. Washington. American Congress of Obstetricians and Gynecologists;2012 [citado 28 mar 2016]Disponible en: <http://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/El-VIH-y-el-embarazo>
25. VIH Y EMBARAZO: CONSEJERIA Y TAMIZACION.[página en internet].Bogotá. MedFamPUJ;[Actualizado el 24 de agosto 2012 y citado el 24 de agosto 2012] Disponible en:

<https://preventiva.wordpress.com/2012/08/24/vih-y-embarazo-consejeria-y-tamizacion/>

26. Melchor Cortez M, Prevalencia de VIH en Pacientes Embarazadas Usando Prueba Rápida.[Tesis Doctoral], Poza Rica de Hidalgo, Veracruz, México. Enero 2014.
27. Aguilar O, Rodríguez S; Guía para la realización de pruebas rápidas de detección del VIH con consejería. [ISBN], 2013. <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/05/pruebasrapidas.pdf>
28. Gonzales J, Lailia M, Fabre E, Gonzales E.Obstetricia.6ed.España,Barcelona: Elsevier;2013
29. CENISIDA. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida; 2016[citado 28 mar 2016] Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/pruebasrapidas.html>
30. MINSA. Ministerio de Salud;2011[Citado 28 de mar 2016]Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/vih/pruebas.asp>
31. NTS N°1 OS - MINSA/DGSP - V. 01Norma Técnica de Salud para la prevención de la transmisión Madre – Niño del VIH y la Sífilis. 2014 [citado 06 abril 2016] Disponible en: <http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2014/Agosto/19/RM-619-2014-MINSA.pdf>
32. DGE.México: Dirección general de epidemiología , Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA; 2012[citado 28 mar 2016]Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf

- 33.** Ulloa M, Romero E, Briceno S, Espinoza, Anaya D. evaluación de tres marcas comerciales de pruebas rápidas para la detección de VIH. salud pública [serie en internet]. 2015 Jun [citado 28 mar 20216]:32(2) 404-405 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000200036&script=sci_arttext
- 34.** Wordreference.com Definición de nivel, [citado 26 de mar 2016]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/nivel>
- 35.** www.rae.es. Definición de Conocimiento, [citado 28 mar 2016]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>
- 36.** Es. Thefreedictionary.com. Definición de Actitud, [citado 28 mar 2016] Disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/actitud>

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE OBSTETRICIA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH EN EL EMBARAZO Y SU RELACION CON LA ACTITUD
FRENTE A LA TOMA DE LA PRUEBA RAPIDA DE VIH. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL – EL
PORVENIR. OCTUBRE – DICIEMBRE 2016

FECHA:

INSTRUCCIÓN:

Lea detenidamente las siguientes interrogantes y marque con un círculo la respuesta que usted crea que es la correcta. Las respuestas serán confidenciales.

I. NIVEL DE CONOCIMIENTO:

1. ¿Qué es el VIH?
 - a. Es un virus de inmunodeficiencia humana el cual destruye las defensas del organismo.
 - b. Es una inflamación en las vías urinarias
 - c. Es una infección causada por un parásito
 - d. Todas
 - e. Ninguna de las Anteriores

2. ¿Cómo se transmite el VIH?
 - a. Mediante besos y abrazos
 - b. Por compartir objetos (platos, cucharas, vasos y ropa)
 - c. Mediante relaciones sexuales, Transfusión sanguínea y lactancia materna.
 - d. Picadura de un mosquito
 - e. Ninguna de las anteriores

3. ¿El VIH tiene cura?
 - a. Si
 - b. No

4. ¿Tienen las mujeres más posibilidades que los hombres de adquirir el VIH?
 - a. Si
 - b. No

5. ¿Crees que utilizando algún método anticonceptivo se está protegida contra el VIH?
- Si
 - No
6. ¿Qué es Transmisión Vertical del VIH?
- Transmisión mediante relaciones sexuales
 - Compartir comida con otra persona
 - La transmisión de madres a sus bebés durante el embarazo, parto o lactancia
 - Transmisión mediante alguna picadura de un insecto
 - Ninguna de las anteriores
7. ¿Durante el embarazo se empeora la infección por VIH?
- Si
 - No
8. ¿Cómo contagia la madre de VIH al bebé?
- Mediante Abrazos y besos a los recién nacidos
 - Dando biberón y cambiándole su pañal
 - Mediante el embarazo, parto y lactancia materna
 - Todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores
9. ¿Se puede reducir las probabilidades de transmisión del VIH de madre a hijo?
- Si
 - No
10. ¿Qué factores aumentan las probabilidades de transmisión del VIH de madre a hijo (TMH)?
- Las mujeres con grandes cantidades de virus en sus organismos y con sistemas inmunes debilitados.
 - Las mujeres que no usan Sulfato Ferroso y calcio
 - Las mujeres que no tiene ninguna ecografía
 - Ninguna de las anteriores
 - Todas las anteriores.
11. ¿Crees que tomando medicamentos para el VIH reduces el riesgo de contagiar al bebé?
- Si
 - No
12. ¿En qué momento del embarazo crees que se deba tomar el medicamento durante el embarazo reducen los riesgos de contagio al bebé?
- Desde el primero momento que los resultados den positivo

- b. En el último mes del embarazo
 - c. En el parto
 - d. Cuando nace el bebé
 - e. Ninguna de las anteriores
13. ¿La cesárea evita la transmisión del VIH al bebé?
- a. Si
 - b. No
14. ¿Dar lactancia materna reduce la posibilidad que el recién nacido se contagie con VIH?
- a. Si
 - b. No
15. ¿Teniendo un embarazo precoz controlado reduce el riesgo de transmisión vertical de madre - hijo?
- a. Si
 - b. No
16. ¿El parto vaginal aumenta el riesgo de contagio del VIH al bebé?
- a. Si
 - b. No
17. ¿Las pruebas rápidas de VIH son test que van a detectar?
- a. Anticuerpos del virus VIH
 - b. Anticuerpos que genera el organismo frente al VIH
 - c. Son test que detectan proteínas del VIH
 - d. Ninguna de las anteriores
 - e. Todas las anteriores
18. ¿Cuánto demoran los resultados de la prueba rápida de VIH?
- a. Una hora
 - b. Un mes
 - c. Un minuto
 - d. 5 minutos
 - e. Ninguna de las anteriores
19. ¿Solo se necesita una gota de sangre de uno de los dedos para realizarse la prueba rápida de VIH?
- a. Si
 - b. No

20. ¿Es importante realizar la prueba rápida de VIH para saber el diagnóstico a todas las gestantes en su primer control prenatal?

- a. Si
- b. No

II. ACTITUD HACIA LA PRUEBA RAPIDA DE VIH

INSTRUCCIÓN:

A continuación encontraras una serie de preguntas con 5 opciones de respuesta, con las cuales puedes estar en desacuerdo o no. Coloca un aspa (x) debajo de la columna:

	A Totalmente en desacuerdo	B En desacuerdo	C Ni de acuerdo ni en desacuerdo	D De acuerdo	E Totalmente de acuerdo
1. Se realizaría usted la prueba de VIH durante su atención prenatal					
2. Se realizaría usted la prueba rápida de VIH cuantas veces sea posible					
3. Usted cree que es importante saber los resultados de la prueba rápida de VIH					
4. Usted cree que es importante firmar el consentimiento para que le realicen la prueba rápida de VIH					
5. Cree usted que si sale positivo la prueba rápida de VIH deberá confirmar con otra prueba de VIH					
6. Se realizaría la prueba rápida de VIH sin el consentimiento de su esposo					
7. Usted cree que solo los hombres deben realizarse la prueba rápida de VIH					
8. Crees usted que la prueba rápida de VIH te va ayudar a tomar un tratamiento oportuno					
9. Usted se sentiría tranquila con un resultado negativo en caso que sospechara o se tomaría otra prueba de VIH para confirmar					
10. Usted cree que es importante la orientación y consejería antes de realizarse la prueba de VIH					

ANEXO 02

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA ACTITUD
FRENTE A LA TOMA DE LA PRUEBA RAPIDA DE VIH. HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL – EL
PORVENIR. OCTUBRE – DICIEMBRE 2016

VALORACION DE CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS
PUNTUACIÓN DE ACUERDO AL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL VIH EN EL EMBARAZO

	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA INCORRECTA
PUNTAJES	1 punto	0 puntos

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PUNTAJES
BUENO	16 – 20 puntos
REGULAR	11 - 15 puntos
MALO	0 – 10 puntos

PUNTUACIÓN DE ACUERDO A LA ACTITUD DE LA PRUEBA RAPIDA DE VIH EN EL EMBARAZO

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
PUNTAJES	5	4	3	2	1

ACTITUD	PUNTAJES
FAVORABLE	35 - 50 puntos
DESFAVORABLE	10 - 34 puntos

ANEXO 03

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: Habiendo recibido información con claridad y veracidad del presente documento hago constar que acepto colaborar libre y voluntariamente con el trabajo de investigación titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH EN EL EMBARAZO Y SU RELACIÓN CON LA ACTITUD FRENTE A LA TOMA DE LA PRUEBA RAPIDA DE VIH. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BASICAS LA NORIA. OCTUBRE – DICIEMBRE 2017 que me ha sido explicado por la autora LIZ JINETH ROJAS BRICEÑO y donde se me ha asegurado que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo mi salud, así como mi bienestar. Además de haberseme aclarado que no haré ningún gasto, ni tampoco obtendré ningún beneficio económico, por lo tanto firmo este documento como aceptando de mi consentimiento.

Nombre:.....

DNI:.....

Firma:.....

Fecha:..... /...../.....

ANEXO 04



FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. Hospital Distrital Santa Isabel – El Porvenir. Octubre – diciembre 2016

DATOS DE EVALUADOR

APELLIDOS Y NOMBRES: FLORES ELORREAGA CLAUDIA
 NRO. DE COLEGIATURA: 24805
 PROFESIÓN: obstetricia
 CENTRO LABORAL: HEBLN
 CARGO QUE DESEMPEÑA: obstetrica
 ÀREA: obstetricia

ITEM Y/O PREGUNTAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ESCALA EVALUATIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo.	Determinar el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo	X			
Actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH	Determinar la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH durante el embarazo	X			

Escala evaluativa:

- A. Totalmente de acuerdo (3) / 2
- B. De acuerdo 2
- C. Desacuerdo 1


 Claudia Flores Elorreaga
 OBSTETRICIA
 COP. 24805
 Firma del evaluador
 DNI: 18139916

ANEXO 05



FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. Hospital Distrital Santa Isabel – El Porvenir. Octubre – diciembre 2016

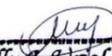
DATOS DE EVALUADOR

APELLIDOS Y NOMBRES: URIOL SIFUENTES NELLY JANNET #
 NRO. DE COLEGIATURA: 20571
 PROFESIÓN: OBSTETRA
 CENTRO LABORAL: HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BÁSICAS LA NORIA
 CARGO QUE DESEMPEÑA: OBSTETRA ASISTENCIA
 ÀREA:

ITEM Y/O PREGUNTAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ESCALA EVALUATIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo.	Determinar el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo	X			Presen 15 repite las preguntas.
Actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH	Determinar la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH durante el embarazo	X			- Pregunte 8 repite las preguntas.

Escala evaluativa:

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Desacuerdo


Nelly J. Uriol Sifuentes
 COP. 20571
 OBSTETRA

Firma del evaluador
 DNI: 1816655

ANEXO 6



FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FORMATO PARA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo y su relación con la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH. Hospital Distrital Santa Isabel – El Porvenir. Octubre – diciembre 2016

DATOS DE EVALUADOR

APELLIDOS Y NOMBRES: Vela Vargas Polan del Poed.
 NRO. DE COLEGIATURA: 24064.
 PROFESIÓN: Obstetra
 CENTRO LABORAL: Hosp. d. B. Le Noue.
 CARGO QUE DESEMPEÑA: Asistente
 ÀREA: Materno

ITEM Y/O PREGUNTAS	OBJETIVO ESPECÍFICO	ESCALA EVALUATIVA			OBSERVACIONES
		A	B	C	
Nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo.	Determinar el nivel de conocimiento sobre el VIH en el embarazo		p		
Actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH	Determinar la actitud frente a la toma de la prueba rápida de VIH durante el embarazo		p		puede o no considerar la pregunta n° 4

Escala evaluativa:

- A. Totalmente de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. Desacuerdo


 Pilar Vela Vargas
 Lic. Obstetra
 C.O.P. 10000

Firma del evaluador
DNI: 40365794.

ANEXO 6

Tabulación según escala evaluativa de los jueces

Dimensiones	Ítems- Preguntas	evaluadores		
		1º	2º	3º
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Del 1 al 20	3	3	2
ACTITUD	Del 1 al 10	3	3	2

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	EVALUADORES				Σr_i	Promedio r_i	Proporcion de Rangos de cada item	Pe
		1	2	3					
I	NIVEL DE CONOCIMIENTO	3	3	2		8	2,66666667	0,89	0,037
II	ACTITUD	3	3	2		8	2,667	0,89	0,037
	TOTALES	6	6	4			5,333	1,78	0,074

- Validez y concordancia de los expertos es muy alta.

CPR 0,889

CPRc 0,815

J= 3(Número de expertos)

K: 3

INTERPRETACION		
Mayor que	Menor igual que	Validez y concordancia
0	0,4	Baja
0,4	0,6	Moderada
0,6	0,8	Alta
0,8	1	Muy Alta

ANEXO 7

PRUEBA PILOTO

- **Tabla 1: Nivel de conocimiento**

Nivel de conocimiento	Cantidad	%
Bueno	14	70%
Regular	4	20%
Malo	2	10%
Total	N=20	100%

- **Tabla 2: Nivel de actitud**

Actitud	Cantidad	%
Favorable	17	85%
Desfavorable	3	15%
Total	N=20	100%

CONSTANCIA

El Responsable de Docencia e Investigación de Especialidades Básicas La Noria hace constar que:

El alumna LIZ JINETH ROJAS BRICEÑO estudiante de OBSTETRICIA, ha presentado una solicitud para ejecutar un trabajo de investigación en este Hospital Titulado: "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH EN EL EMBARAZO Y SU RELACION CON LA ACTITUD FRENTE A LA TOMA DE LA PRUEBA RÁPIDA DE VI, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BÁSICAS LA NORIA", OCTUBRE- DICIEMBRE 2017, el cual lo realizará durante el presente año. Se autoriza a la ejecución de dicho proyecto.

Se expide la presente a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

Trujillo, 17 de octubre del 2017



DR. ERNESTO DIAZ REYES
RESPONSABLE DE DOCENCIA E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BÁSICAS LA NORIA