

**Universidad Particular de Iquitos
(U.P.I.)**

**Facultad de Obstetricia
Carrera Profesional de Obstetricia**

TITULO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD PREVENTIVA
SOBRE LA MALARIA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL APOYO IQUITOS DE
Enero-Agosto 2001**

TESIS

Para Optar el Título Profesional de:

OBSTETRIZ

Presentado por

Bach. Obst. Pilar Saavedra Pérez

ASESOR

Obst. Natalik Espinoza Ramírez

Iquitos-Perú

2001

BIBLIOTECA-UPI

JURADO CALIFICADOR

PRESIDENTE

MIEMBRO

MIEMBRO

ASESOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACTA DE EXAMEN DE SUSTENTACION DE TESIS

En Iquitos a los siete días del Mes de Enero del 2002, a horas 4.30 p.m., el Jurado evaluador designado por la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) de la UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS, integrado por los señores Miembros que ha continuación se indica:

- Dr. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA : Presidente
- Dr. RENZO LOPEZ LIÑAN : Miembro
- Obst. PILAR PINEDO IGLESIAS : Miembro

Se constituyeron en el Local Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5. San Juan de la Universidad Particular de Iquitos, para Evaluar el EXAMEN DE SUSTENTACION DE TESIS, titulado : "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APTITUD PREVENTIVA SOBRE LA MALARIA EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO IQUITOS, DURANTE EL PERIODO ENERO- AGOSTO 2001", perteneciente a la Bachiller en Obstetricia PILAR SAAVEDRA PEREZ, para optar el Título Profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA, que otorga la Universidad Particular de Iquitos de acuerdo a Ley y Reglamento Interno.

Después de haber evaluado y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas SATISFACTORIAMENTE

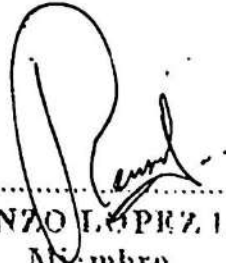
El Jurado después de la deliberación correspondiente en privado llegó a la siguiente conclusiones:


1. El examen de Grado fue APROBADO por UNANIMIDAD

2. Observaciones: NINGUNA.

Siendo las 17.45 se dio por terminado la Evaluación de Grado.


.....
Dr. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA
Presidente


.....
Dr. RENZO LOPEZ LIÑAN
Miembro


.....
Obst. PILAR PINEDO IGLESIAS
Miembro

DEDICATORIA

**A mis queridos padres Artidoro y María
Alejandrina, quienes me educaron y
enseñaron el camino del bien, dándome
lo esencial para mi formación profesional.**

**A mis hermanos: Lizzeth, Nancy,
Kelly, Nerith, Silvia y Teddy
con quienes compartí mis mejores
momentos.**

**A Nelson, quien me dio mucho Amor,
comprensión, confianza y
apoyo incondicional.**

PILAR

RECONOCIMIENTO

- A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, que incentivaron en mi deseo de superarme cada día; en especial a la Obst. Gabriela Palomino Alvarado por su apoyo incondicional en aras de mi formación académica.
- Al Director del Hospital Apoyo Iquitos, Dr. Augusto Sotomayor Menéndez quien desplegó el apoyo necesario para la realización del presente trabajo.
- A los médicos, obstetrices y personal asistencial del Servicio Materno Infantil del Hospital Apoyo Iquitos por su apoyo durante mi internado.
- A los Dres. Ricardo Chávez Chacaltana, Renzo Lopez Liñan, y a la Obstetriz Pilar Pinedo Iglesias , quienes me asesoraron con gran ímpetu durante el desarrollo de mi Tesis.
- A la Lic. Enf. Eliana Margarita Díaz Seminario quien me apoyó para el permiso necesario en la ejecución de mi encuesta.
- A mi amiga Raquel Usseglio Sánchez que siempre estuvo apoyándome moralmente

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	03
Reconocimiento	04
Resumen	06
I. Introducción	07
II. Objetivos	09
III. Marco Teórico	10
IV. Material y métodos	21
V. Resultados	24
VI. Discusión	42
VII. Conclusiones	47
VIII. Recomendaciones	50
IX. Referencias Bibliográficas	51
Anexos	56

RESUMEN

El presente estudio de investigación es Epidemiológico – descriptivo de corte transversal, fue realizado en el Hospital Apoyo Iquitos a través de encuestas dirigidas con el fin de determinar el nivel de conocimientos y actitud preventiva sobre la malaria en las gestantes. La muestra estuvo conformada por 343 pacientes que fueron atendidas en los consultorios de Control pre-natal.

Luego del análisis estadístico correspondiente, se encontró que solo el 16.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento y el 27.7% una adecuada actitud preventiva. Las medidas preventivas reconocidas fueron eliminación : de los charcos (90.4%), basura (91.0%), depósitos inservibles (84.5%), maleza dentro (86.9%) y fuera de la casa (86.6%), mosquitero (85.4%) y repelente (54.2%).

Las medidas erróneas encontradas fueron : consumo de agua hervida (76.7%), no comer en la calle (43.1%), separar los utensilios del enfermo (52.5%), uso de condón (56.0%), abstenerse a tener relaciones sexuales (41.4%); y vacunación (88.6%).

La procedencia (rural) se relacionó significativamente con el nivel de conocimiento y la ocupación (profesora) con la actitud preventiva. El 21.1% de las gestantes con nivel adecuado de conocimiento presentaron actitud preventiva adecuada, mientras que el 27.7% de las que tuvieron un inadecuado nivel de conocimiento tuvieron una actitud preventiva adecuada.

Recomendamos fortalecer las campañas educativas en la población sobre la enfermedad y las medidas preventivas contra la malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores; así como fomentar la educación para la salud desde el nivel inicial de los colegios estatales y no estatales con el propósito de promover estilos de vida saludable.

I. INTRODUCCION

La Malaria es un problema de salud pública reemergente a nivel mundial y latinoamericano; en nuestro país desde 1990, se identificó en la región de Loreto la introducción de la Malaria falciparum a zonas donde nunca antes se presentaron como la Cuenca del río Nanay, incluso la cuenca del Amazonas, ello probablemente por la migración del paciente enfermo y del zancudo, que permitió que en 1994 en la región amazónica, el número de casos de malaria incrementara en forma significativa especialmente los casos de malaria por Plasmodium falciparum, hasta afectar zonas urbanomarginales de la ciudad de Iquitos.

En 1996 se registraron 110,996 casos de malaria con diagnóstico confirmado. En 1997 se reportaron 158,132 casos de malaria, de los cuales 121,268, fueron gota gruesa positiva y de ellos 54,290 fueron por Plasmodium falciparum ⁽¹⁾; estos casos se debieron en gran parte a la introducción del Anopheles darlingi que es un vector muy eficiente en la transmisión de la malaria; en estos casos reportados hubo presencia de gestantes con Malaria.

La malaria es una enfermedad transmisible, prevenible y curable, y se reconocen múltiples factores en su origen y comportamiento (económico-social, ambiental), por lo que su manejo tiene carácter multidisciplinario. El Programa de Malaria del MINSA logra desde 1997 consolidar las bases para las acciones de control de la Malaria; entre ellas esta el componente educacional, atención y diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y control vectorial ⁽²⁾; el esfuerzo en

conjunto realizado en la región de Loreto, produjo una disminución en 1998 de casi 40,000 casos con respecto a 1997 ⁽¹⁾.

A pesar de la magnitud del problema en 1997, Pérez y col. encontraron en su estudio en el Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy EsSALUD) un alto porcentaje de conocimientos inadecuados respecto a los tipos de malaria, tratamiento por vivax y falciparum y causa de la enfermedad ⁽³⁾, similares resultados fueron reportados por Ferreira y col., en su estudio en el AAHH Anita Cabrera de la ciudad de Iquitos ⁽⁴⁾.

No se ha encontrado estudios que midan el nivel de conocimientos en las gestantes, ni su actitud preventiva hacia la Malaria.

Durante los últimos años se ha observado una preocupación constante del sector salud en la capacitación a sus servidores respecto al adecuado reconocimiento, manejo clínico-terapéutico y el control vectorial integrado de la malaria, con la finalidad de controlar el vector y de un manejo adecuado de la enfermedad; pero, no se ha observado una difusión básica y masiva de la enfermedad y de las medidas preventivas a la comunidad.

La finalidad del presente estudio es mostrar el nivel de conocimiento y la actitud preventiva sobre la malaria de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos y su relación con ciertas características de ellas, con el propósito de aportar información para un reforzamiento en la actitud respecto a las medidas preventivas de la malaria en la población de la ciudad de Iquitos, a través del

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos y la actitud preventiva sobre la malaria en las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos. de Enero – Agosto 2001

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre la malaria en las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.
- Determinar la actitud preventiva sobre la malaria en las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.
- Determinar la relación existente entre las características demográficas de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos con el Nivel de conocimiento y la Actitud preventiva a la Malaria.
- Determinar la relación entre el Nivel de conocimiento y la Actitud preventiva a la Malaria en la gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.

III. MARCO TEORICO

En el ámbito mundial, nacional y regional la Malaria es uno de los principales problemas sanitarios de morbimortalidad asociado a una reducción de la productividad económica ^(5,6).

La Organización Mundial de la Salud afirma que un 40% de la población mundial de 100 países están en grave riesgo de sufrir la malaria, mientras que un 13% de la población mundial ya se encuentra infectada. Se ha calculado que durante un año tal vez se produzcan 110 millones de casos clínicos, estimándose en un millón las defunciones que ocurren en el mismo tiempo, tal situación en el mundo está lejos de mejorar ^(6,7).

Los países de la región han redefinido sus áreas maláricas en base a distintos niveles de riesgo de exposición a la transmisión, tomando en cuenta que las condiciones para la transmisión de la malaria dependen de factores relacionados con el movimiento poblacional, la estabilidad social, la adopción de actitudes y comportamientos preventivos y protectivos referentes al contacto hombre/vector y el acceso inmediato al tratamiento adecuado de la enfermedad ⁽⁸⁾.

La complejidad de la Malaria ha hecho que la enfermedad aún no ha sido controlada a plenitud, afrontando dificultades como la resistencia a las líneas terapéuticas antimaláricas, fenómenos migratorios que condicionan transmisión de malaria en zonas donde previamente no circulaba el parásito, oportunidades perdidas de información, educación y comunicación ^(9,10).

En 1989, solo los casos de malaria por *Plasmodium falciparum* eran únicamente reportados en el río Putumayo y Alto Napo, se evaluaron 190 personas febriles de diversas comunidades del río Putumayo y Alto Napo encontrando que el 65% eran *Plasmodium falciparum* y el 36% *Plasmodium vivax*; mientras que en el Alto Napo la frecuencia fue de 56% para *P. falciparum* y el 44% para *vivax*; a diferencia de otras regiones del Perú ^(11,12).

A lo largo del tiempo se han sucedido una serie de brotes epidémicos de malaria en distintos puntos de la región Loreto ⁽¹³⁾, probablemente debido a que los mismos pobladores de las zonas conocidas endémicas actuaron como portadores semi-inmunes de los parásitos palúdicos desde el reservorio hasta los lugares afectados por los brotes ⁽¹⁴⁾, desde 1991 la región ha venido asistiendo a una diseminación progresiva de Malaria, en especial por *Plasmodium falciparum*.

El sistema de vigilancia Epidemiológica de la Región Loreto registró un crecimiento en progresión geométrica entre 1994 y 1996, así en 1994 se notificaron 17,209 casos de Malaria, en 1995 reportaron 45,807 casos que representa más del doble de 1994, y en 1996 102,200; en ese mismo año se ha reportado que más de 150,000 personas han recibido tratamiento para Malaria, los causales para que toda la región Loreto este afectada es la migración de personas infectadas, personas enfermas, migración y presencia del vector infestado ^(1,7,15).

En la zona de Trompeteros - Región Loreto (1996) se reportaron 4302 casos de malaria, de los cuales el 58.2% fueron casos confirmados, mostrando una inversión en la relación de casos de vivax/falciparum; la población más afectada fue la población económicamente activa ⁽¹⁶⁾.

La cuenca del río Nanay comprende el área rural de tres distritos: Alto Nanay, Iquitos y Punchana, en el alto Nanay, se presenta la tasa más alta de ataque de la Región, incluyendo malaria vivax y falciparum. Es el área que tiene la mayor distribución del *Anopheles darlingi* (vector más eficaz de la malaria de las Américas), identificada en el Perú. Asimismo incluye en el caso de Iquitos el único caso de presencia de patrón de malaria urbana reconocida en el país ⁽¹⁷⁾; esta área es endémica en malaria falciparum desde 1995. Esta cuenca, ha sido el área "gallito" para las áreas periurbanas y urbanas de Iquitos, con una gran movilidad de la población - en especial a la ciudad de Iquitos - (unos 200 a 400 personas al día) ⁽⁸⁾.

La promoción y protección de la salud de un pueblo es esencial para el desarrollo económico y social sostenible; a la vez contribuye a mejorar la calidad de vida. En general, los programas de malaria no han logrado un avance significativo en los últimos años, debido entre otros problemas a la resistencia de los mismos pacientes para recibir un tratamiento adecuado y completo ^(13,18,19,20,21,22); también, debido a factores sociales, económicos, culturales y de comportamiento que han afectado sus actividades y resultados ⁽²³⁾.

La malaria es una enfermedad infecciosa, parasitaria producida por

caracterizado por paroxismos febriles, anemia y esplenomegalia. Las especies vivax y falciparum son las que más se conocen en nuestro medio, siendo la segunda la más importante por su mayor virulencia ²⁴; se han reportado casos de malaria transfusional ⁽²⁵⁾.

La infección se inicia con la inoculación de los parásitos en la sangre periférica humana por la hembra anophelina, luego invaden el hígado, y desde ahí se diseminan por todos los glóbulos rojos, hemolizándolos y multiplicándose sucesivamente produciendo una anemia rápida y grave.

Dentro del hígado, una forma infectante del parásito denominado hipnozoíto, permanece latente dentro de las células hepáticas en forma de esporozoitos inactivos, esperando tiempo después el momento de reactivarse para constituir la malaria recidivante ⁽²⁴⁾.

Después de un período de incubación de 12 a 17 días en malaria vivax, aparecen los síntomas cuando la parasitemia es evidente, ocasionando en el paciente el paroxismo palúdico que comprende escalofríos, fiebre y sudoración, que se acompaña también de cefalea, náuseas, vómitos, astenia, diarrea y mialgias.

* La tríada clásica (fiebre, escalofríos y sudoración profusa) se presentó solo en el 25.8%, el 30% consultó con otras molestias como malestar general, fatiga, cefalea, hiporexia, insomnio, etc. ; pero el 2.5% negó haber tenido fiebre ⁽²⁶⁾.

AVILA⁽²⁷⁾ al estudiar 17 casos de malaria en el Hospital Víctor ramos Guardia – Huaraz; encuentra que el 100% presenta fiebre, escalofríos y malestar general, y el 65% dolor abdominal, hepatomegalia e ictericia.

En dos estudios realizados en 1997 en el Hospital Regional de Loreto, se evaluaron 1285 pacientes con *Plasmodium vivax* y 1193 pacientes con *Plasmodium falciparum* en el programa de malaria de ese Hospital, encontraron que los síntomas más frecuentes son fiebre, cefalea, escalofríos y malestar general ^(28,29).

LEON⁽³⁰⁾ encontró 21 casos de malaria en una tropa de la 1ª división de Fuerzas Especiales que realizaron operaciones en una zona endémica de malaria, refiere que el 52.38% de los casos presentaron fiebre con escalofríos, el 38.1% con cefalea, fiebre y escalofríos, solo fiebre el 4.76%.

AMPUDIA⁽¹⁴⁾ (enero-diciembre 1995), evaluó 207 casos de malaria hospitalizadas en el Hospital Apoyo Iquitos, encontrando que la fiebre (100%), escalofríos (89.9%), y cefalea (83.6%) fueron los síntomas más frecuentes en dichos pacientes.

QUINO⁽³¹⁾ encuentra en su estudio de 242 casos de malaria grave complicada en el Hospital Apoyo Iquitos, que el signo más frecuente fue la fiebre (99.1%), seguido de cefalea (96.1%), escalofríos (93.5%), hiporexia (73.6%), vómitos y náuseas (66.3%;66.2%), palidez (43.7%), hepatomegalia (50.5%), deshidratación (45.7%), dolor abdominal (38.3%), taquicardia (35.4%), taquipnea (26.4%), esplenomegalia (20%).

NAUPAY⁽³²⁾, en su estudio afirma que en zonas endémicas de la región de Loreto, la malaria se ha vuelto asintomático y atípica; evaluó 335 gotas gruesas de gestantes sin sintomatología, encontrando que el 20.6% fueron positivas; de estas, el 45.8% a *Plasmodium vivax* y el 54.2% a *Plasmodium falciparum*.

CORDOVA⁽³³⁾ (marzo-agosto 1995), realizó un estudio descriptivo retrospectivo con asociación simple, para determinar los factores asociados a la adquisición de malaria. Estudió 790 casos de malaria, el sexo masculino se asocio a *Plasmodium falciparum* ($p=0.002$) y a los casos importados ($p=0.000$), el sexo femenino se asocia a *Plasmodium vivax* y a los casos autóctonos, el trabajo rural se asocia a *Plasmodium falciparum*.

El diagnóstico presuntivo se realiza en cualquier paciente febril que procede de una región endémica y el definitivo mediante la demostración de los parásitos en muestras de sangre (gota gruesa); las pruebas serológicas sólo se usan para propósitos epidemiológicos.

La base del tratamiento para la Malaria *vivax* es la Cloroquina, para el *falciparum* es la asociación de Quinina con Clindamicina o Quinina con Tetraciclina, existen zonas en la que existe eficacia con la terapia de segunda línea: Fansidar (Sulfadoxina + Pirimetamina). La Primaquina se recomienda para el tratamiento antirecidivante de las infecciones por Malaria *vivax* y como gametocida en Malaria *falciparum*^{1,7}, actualmente en el Hospital Apoyo Iquitos se está realizando el estudio de eficacia de la Mefloquina + Artemisina en la terapia de *P. falciparum*³⁴.

BIBLIOTECA UPI

GOMEZ ⁽⁴³⁾ encuestó a 48 estudiantes de enfermería técnica del Instituto Superior Tecnológico de Cascas – La Libertad; el nivel de información de los estudiantes con relación a las medidas preventivas de malaria fue de 56.2% regular y 29.2% deficiente; la edad tuvo una relación directa más no el sexo y el nivel de ciclo; el nivel de conocimiento en su mayoría fue regular.

SOTOMAYOR ⁽⁴⁴⁾ entre los meses de enero a marzo de 1996 realizó en la ciudad de Pucallpa una encuesta estratificada a 400 individuos, en relación a las enfermedades metaxénicas, encontró que el 73.2% piensa que las enfermedades metaxénicas como la malaria, dengue, leishmaniasis son propias de las zonas tropicales y por lo tanto están expuestas a ellas; el 46.5% considera que son enfermedades que se adquieren por consumir alimentos contaminados y solo el 26.8% considera que son transmitidas por picadura de insecto; la mayoría de los pobladores de Pucallpa no tienen un nivel adecuado respecto a enfermedades metaxénicas a pesar de los esfuerzos desplegados por las instituciones prestadoras de salud.

CABANILLAS ⁽⁴⁵⁾ en su estudio en la localidad de Llangat - Cajamarca, entrevistó a 46 habitantes entre los 11 a 80 años, el nivel de conocimiento de malaria falciparum es del 82.6% de aprobación; pero el nivel de conocimiento sobre malaria falciparum es del 50%, el 73.9% refieren que la malaria se transmite por una picadura de zancudo. El 78.3% de los encuestados reconoce la necesidad de tomar una gota gruesa para su diagnóstico.

FERREIRA⁽⁴⁾ en el mes de junio de 1997 encuestó a 137 habitantes mayores de 15 años del Asentamiento Humano Anita Cabrera – Iquitos, sobre el conocimiento de Malaria, el 32.1% no sabe quién causa la malaria, el 67.9% identifica al zancudo como el agente transmisor, el 68% reconoce a la fiebre y/o cefalea como síntoma principal, el 9.5% desconoce síntomas o signo alguno, el 33.6% reconoce a las convulsiones como malaria grave complicada pero el 55.9% desconoce signo de gravedad, el 5.8% usa mosquitero como factor precautivo, el 80% desconoce medida preventiva.

PEREZ⁽³⁾ (1998) evaluó a 251 asegurados con malaria, la edad promedio de los pacientes fue de 33.7 años (12-71), el 68.1% fueron de sexo masculino. Alrededor del 74% de los casos tenían nivel de escolaridad alto (Secundaria completa y superior con 41.8% y 12% respectivamente). Observó un nivel de conocimientos y prácticas preventivas sobre malaria en niveles inadecuados, con predominio de las prácticas preventivas (60.6% y 75.7% respectivamente).

Los aspectos que mostraron mayores niveles de conocimiento inadecuados fueron: conocimiento al tratamiento de malaria por falciparum (92.8%), seguido del agente causal de la malaria (87.3%), medidas de prevención (63.3%), conocimiento al tratamiento de la malaria vivax (59%) y los tipos de malaria (57%). Por otro lado, los mayores niveles de conocimiento adecuado fueron en los siguientes aspectos: signos y síntomas (96.8%), horario de picadura de zancudos (88%), identificación de criaderos (87.3%), diagnóstico a través de gota gruesa y análisis de sangre (83.3%) y reconocen cómo es la transmisión de la enfermedad (80.1%).

Los adolescentes tienen 6 veces más niveles de conocimientos inadecuados con relación a los niveles adecuados, los casos que residen en la zona urbanomarginal tienen más niveles de conocimiento inadecuados que los que residen en la zona urbana.

Los que no recibieron información mostraron 14 veces más niveles inadecuados, los de educación de nivel primario y secundaria incompleta, presentan más frecuentemente conocimientos inadecuados.

Los pacientes con episodios anteriores de malaria tienen un mejor nivel de conocimientos.

Se observó que en el grupo que tenían prácticas adecuadas había predominio de conocimientos adecuados con 14.7%, mientras en quienes tenían prácticas inadecuadas predominaron los conocimientos adecuados con 51.0%.

TÉRMINOS OPERACIONALES

1. VARIABLES DEPENDIENTES:

CONOCIMIENTOS SOBRE MALARIA :

Es la referencia básica relacionada a causa, transmisión, tipos de Malaria, síntomas, tratamiento, prevención, diagnóstico y áreas de riesgos, la gestante puede tener un nivel de conocimiento adecuado o inadecuado.

Conocimiento Adecuado: Aquellas gestantes que contestaron correctamente 10 ($\geq 70\%$) de las 14 preguntas de la encuesta.

Conocimiento Inadecuado: Aquellas gestantes que contestaron menos de 10 ($< 70\%$) de las 14 preguntas de la encuesta.

ACTITUD PREVENTIVA DE LA MALARIA: Es la decisión que adopta la gestante del Hospital Apoyo Iquitos para controlar al vector y la transmisión de la malaria, la paciente puede tener una actitud adecuada o inadecuado.

- o **Actitud Adecuada:** Aquellas gestante que obtuvieron un puntaje de 34 – 48 puntos.
- o **Actitud Inadecuada:** Aquellas gestante que tuvieron un puntaje menor de 34 puntos.

2. VARIABLES INDEPENDIENTES: Características del paciente.

EDAD:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio

PROCEDENCIA :

Es el lugar donde se sitúa el domicilio en donde vive el paciente, ubicado en zona rural, urbana o urbano marginal.

NIVEL DE EDUCACION :

Es el nivel estudios alcanzados por la gestante la cual tendrá la siguiente operacionalización:

Ninguno: No tiene educación (analfabeto).

Bajo: No lograron culminar sus estudios escolares (primaria incompleta, primaria completa o secundaria incompleta).

Alto: Lograron terminar sus estudios escolares y/o continuaron estudios superiores (secundaria completa, estudios universitarios o tecnológicos).

OCUPACION:

Actividad económicamente activa que realiza la gestante.

ANTECEDENTE DE MALARIA:

Si padeció de Malaria en los últimos 10 años.

NUMERO DE EPISODIOS DE MALARIA

Número de veces en que la gestante encuestada estuvo con diagnóstico de Malaria.

ANTECEDENTE DE MALARIA EN LA GESTACION:

Si durante alguna de sus gestaciones fue diagnosticada de Malaria.

INFORMACIÓN SOBRE MALARIA

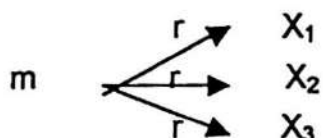
Conjunto de datos que recibió la gestante sobre la enfermedad de malaria, a través de los medios de comunicación o información escrita del MINSA.

CHARLA EDUCATIVA SOBRE MALARIA

Conjunto de datos que recibió la gestante en forma oral por el MINSA.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio de investigación es Epidemiológico – Descriptivo de corte transversal. Se utilizó el diseño de correlación:



Donde:

m = muestra de estudio

X_1, X_2, X_3 = Información solicitada

r = relación de variables

El tamaño muestral estuvo constituido por todas las gestantes que recibieron atención en Control Pre-natal del Hospital Apoyo Iquitos, entre los meses de Enero a Agosto del 2001, que fueron 343 pacientes, obtenidas mediante un muestreo sistemático.

Los criterios de inclusión de la unidad de estudio fueron : gestante, que acceda a una atención de Control Pre Natal, y que desee participar en el estudio.

El único criterio de exclusión fue la negación por parte de la gestante a contestar la encuesta; o que tenga impedimento físico o mental que no le permita responder las preguntas.

Para obtener la unidad de estudio, se enumeró a las gestantes que estaban esperando su turno en Control Pre Natal; el total se dividió entre 5 donde se obtuvo el intervalo numérico que sirvió de base para la selección de la muestra de ese día y número de encuestas, este procedimiento se hizo diariamente, hasta completar el tamaño muestral.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

El instrumento que se utilizó para el presente estudio fue una encuesta con preguntas cerradas dicotómicas (Anexo N° 1).

Instrumento

Se utilizó un formato encuesta constituido por 3 secciones. (Anexo 1)

A : Datos Generales con Preguntas cerradas.

B : Nivel de Conocimiento. Preguntas cerradas

Elaborado por la autora para dicha finalidad; comprendiendo los siguientes porcentajes:

1. **Adecuado:** Cuando se obtiene un puntaje de 10 – 14

2. **Inadecuado:** Cuando se obtiene un puntaje < de 10

C : Actitud preventiva. Preguntas cerradas.

El cual fue elaborado por la autora para fines de estudio siguiendo el modelo de la Escala de LIKERT para la medición de la actitud preventiva, los cuales 08 son afirmaciones positivas y 08 son afirmaciones negativas. Cada ITEM presenta tres opciones para marcar: Si, No, No sé.

- Para cada ITEM se considerará la siguiente puntuación establecida

Afirmaciones Positivas (+)		Afirmaciones Negativas (-)	
SI	: 3	SI	: 1
NO SÉ	: 2	NO SÉ	: 2
NO	: 1	NO	: 3

Agruparemos dichos resultados en dos categorías sumatorias:

- ACTITUD:
 - a. adecuada : 34 - 48
 - b. Inadecuada : < 34

Para la validación del instrumento se realizó una prueba piloto con el 10% del resultado de la muestra (34 Gestantes), los mismos que no forman parte de la muestra en estudio.

Para la Tabulación y Análisis de Datos se utilizó el paquete estadístico Epi- Info versión 6.02. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Chi cuadrado; se emplea cuadros y gráficos para visualizar los resultados.

V. RESULTADOS

a) Características de las gestantes atendida en el Hospital Apoyo Iquitos

Se encuestaron 343 gestantes, con una edad promedio de 23.1 años de edad, el 55.4% fueron de 20 a 34 años y el 37.0% fueron entre los 14 a 19 años de edad (Tabla N° 1).

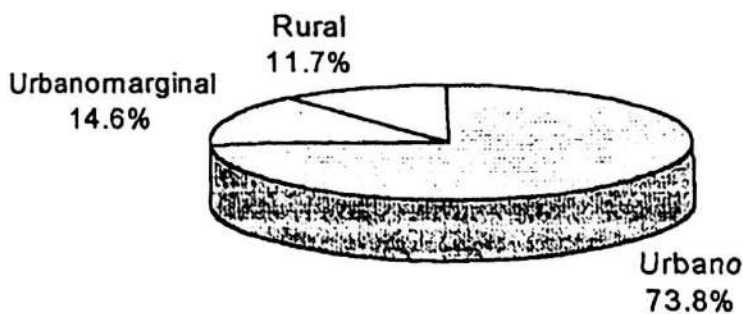
Tabla N° 1

Distribución por Edad de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Edad	N°	%
14 a 19 años	127	37.0%
20 a 34 años	190	55.4%
35 a más años	26	7.6%
Total	343	100.0%

El 73.8% de las gestantes encuestadas procedían de la zona urbana de la ciudad, el 14.6 de zona urbano marginal y el 11.7% de la zona rural (Gráfica N° 1).

Gráfica N° 1
Distribución según Procedencia de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos



El 50.7% de las gestante encuestadas tenían un nivel bajo educación y el 48.4% nivel alto (Tabla N° 2).

Tabla N° 2

Distribución por Nivel de Educación de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Nivel de educación	N°	%
Analfabeto	3	0.9%
Bajo	174	50.7%
Alto	166	48.4%
Total	343	100.0%

El 59.8% de las gestantes encuestadas son ama de casa, el 22.2% estudiantes, el 5.0% empleadas y el 2.0% profesoras, solo el 4.7% no tiene trabajo (Tabla N° 3).

Tabla N° 3

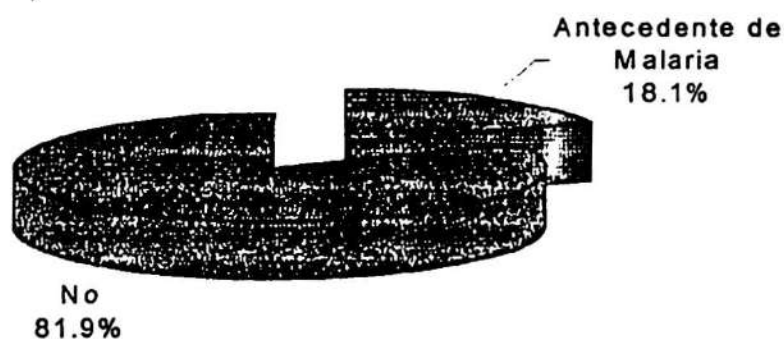
Distribución por Ocupación de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Ocupación	N°	%
Profesora	7	2.0%
Trabajadora de salud	2	0.6%
Empleada	17	5.0%
Ama de casa	205	59.8%
Estudiante	76	22.2%
Sin trabajo	16	4.7%
Otro	20	5.8%
Total	343	100.0%

El 18.1% de las gestantes encuestadas refieren haber tenido malaria

(Gráfica N° 2).

Gráfica N° 2
Antecedente de Malaria en Gestantes encuestadas
en el Hospital Apoyo Iquitos



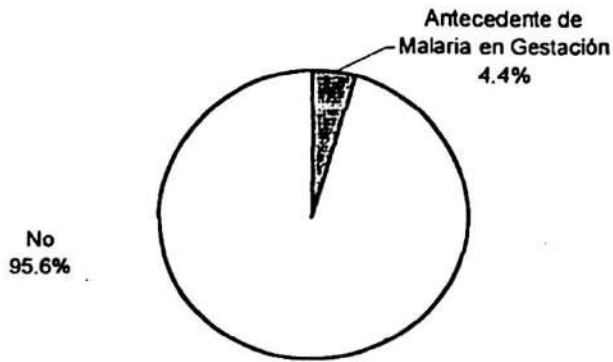
El 3.2% de las gestantes encuestadas presentaron más de 2 episodios de malaria y el 14.9% entre 1 y 2 episodios de malaria (Tabla N° 4)

Tabla N° 4
Episodios de Malaria en las Gestantes encuestadas en el
Hospital Apoyo Iquitos

Episodios de Malaria	N°	%
Ninguno	281	81.9%
1 a 2	51	14.9%
más de 2	11	3.2%
Total	343	100.0%

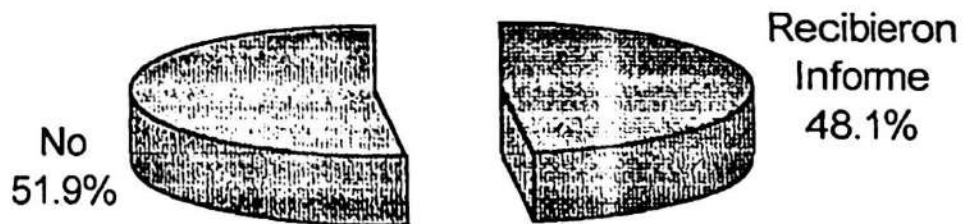
El 4.4% de las gestantes encuestadas refieren haber padecido de malaria en la gestación (Gráfica N° 3).

Gráfica N° 3
Antecedente de Malaria en Gestación en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos



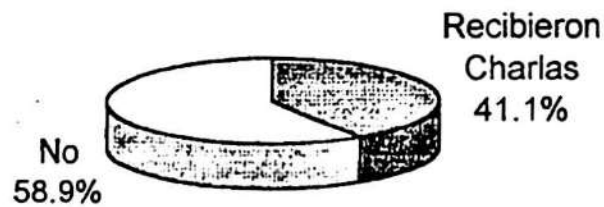
El 48.1% de las gestantes encuestadas refieren haber recibido informe sobre la Malaria (Gráfica N° 4).

Gráfica N° 4
Información sobre Malaria recibidas por las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos



El 41.1% de las gestantes encuestadas refieren haber recibido Charlas sobre la Malaria (Gráfica N° 5).

Gráfica N° 5
Charlas sobre Malaria recibidas por las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos



b) Nivel de conocimiento y actitud preventiva sobre la malaria en las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.

El 81% de las gestantes encuestadas considera que la malaria es mortal, y son más de un tipo (73.5%); el 4.7% sabe que la malaria es producida por un parásito mientras que el 78.1% cree que es causada por el zancudo, el 60.8% identifica al zancudo como agente transmisor; los síntomas más identificados fueron fiebre (58.4%) y escalofríos (49.9%) (Tabla N° 5).

Tabla N° 5

Respuestas sobre Conocimiento de Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

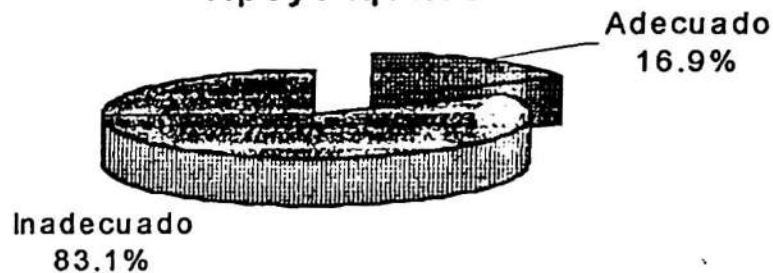
Pregunta	N°	%	Pregunta	N°	%
La malaria es una enfermedad mortal			La medicina contra la malaria no afecta al feto		
Si	278	81.0%	Verdad	262	76.4%
No	65	19.0%	Falso	81	23.6%
Existe un solo tipo de Malaria			La Malaria no afecta al feto		
Si	91	26.5%	Verdad	276	80.5%
No	252	73.5%	Falso	67	19.5%
La malaria es causada por			La madre con malaria puede tener un recién nacido con malaria		
Zancudo	268	78.1%	Si	202	58.9%
Parásito	16	4.7%	No	141	41.1%
Agua	33	9.6%	La mortalidad aumenta cuando la madre es gestante		
Comida	9	2.6%	Si	261	76.1%
Virus	17	5.0%	No	82	23.9%
La Malaria se contagia:			La vacuna previene la malaria		
Comida	11	3.2%	Si	232	67.6%
toma de agua no hervida	49	14.3%	No	111	32.4%
Por contacto con el enfermo	17	5.0%	Solo con la fumigación se previene la Malaria		
Por picadura de zancudo	207	60.3%	Si	216	63.0%
Por toma de agua de río	59	17.2%	No	127	37.0%
Los síntomas de la Malaria son:			Solo los que viven en los ríos tienen Malaria		
Fiebre	173	50.4%	Si	46	13.4%
Escalofríos	171	49.9%	No	297	86.6%
Dolor de cabeza	84	24.5%	Los zancudos de la Malaria pican todo el día		
Diarreas	26	7.6%	Si	170	49.6%
Ojos amarillos	6	1.7%	No	173	50.4%
El diagnóstico de Malaria se hace mediante:					
Examen de sangre	123	35.9%			
Gota gruesa	193	56.3%			
Examen de orina	21	6.1%			
Cultivo	6	1.7%			

El 56.3% saben que se debe hacer la gota gruesa para diagnosticar malaria, el 41.1% considera que la enfermedad afecta al feto y el 23.6% considera que las medicinas contra la malaria afecta al feto. El 76.1% de las gestantes encuestadas considera que la mortalidad de la malaria aumenta si uno esta gestando (Tabla N° 5).

El 32.4% considera que no hay vacunación efectiva, el 63.0% considera que solo la fumigación basta para prevenir la malaria, el 56.6% considera que la malaria no solo afecta a los que viven en los ríos, el 50.4% de las gestantes considera que el zancudo tiene un horario de picadura.

De las 343 gestantes encuestadas sobre la malaria en el Hospital Apoyo Iquitos, solo el 16.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento (Gráfica N° 6).

Gráfica N° 6
Nivel de Conocimiento de las Gestantes encuestadas sobre Malaria en el Hospital Apoyo Iquitos



Ante la posibilidad de que la gestante estuviera viviendo en una zona con casos de malaria, en el 90.4% eliminan los charcos, la basura (91.0%), los depósitos inservibles (84.5%), eliminan la maleza dentro (86.9%) y en los alrededores de la casa (86.6%), el 85.4% usaría mosquitero y el 54.2% repelente, mientras que el 93.8% fumigaría su casa (Tabla N° 6).

El 89.9% de las gestantes encuestadas considera que si hay un caso de malaria en su casa debe haber un depistaje en la familia.

Se encontraron otras medidas preventivas que no son de la malaria, como el consumo de agua hervida (76.7%), no comer en la calle (43.1%), separar los utensilios del enfermo (52.5%), uso de condón (56.0%), y abstenerse a tener relaciones sexuales (41.4%); el 88.6% considera vacunarse contra la malaria (Tabla N° 6).

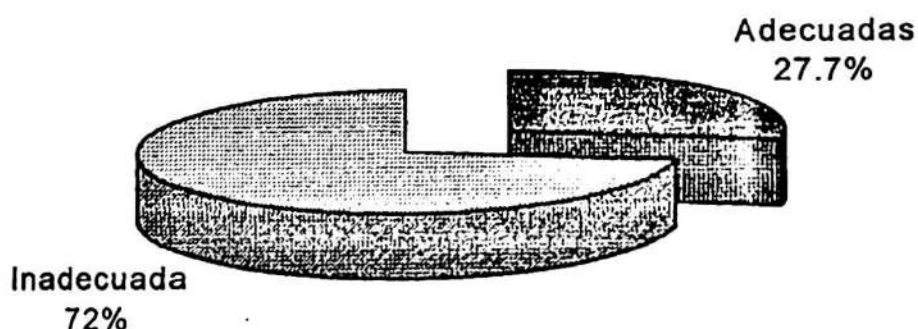
Tabla N° 6

Respuestas sobre Actitudes preventivas contra la Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Haría	Si	%	No	%	No sabe	%
Solo consume agua hervida	263	76.7%	67	19.5%	13	3.8%
Recoge la basura de su huerta y de su calle	312	91.0%	29	8.5%	2	0.6%
Usa mosquitero	293	85.4%	49	14.3%	1	0.3%
Elimina los charcos de agua alrededor de su casa	310	90.4%	26	7.6%	7	2.0%
Elimina la maleza de su huerta	298	86.9%	29	8.5%	16	4.7%
No come en la calle	148	43.1%	184	53.6%	11	3.2%
Usa repelentes	186	54.2%	143	41.7%	14	4.1%
Recoge los depósitos inservibles	290	84.5%	44	12.8%	9	2.6%
Toma cloroquina	184	53.6%	119	34.7%	40	11.7%
Haría un despistaje de malaria a toda su familia	298	86.9%	27	7.9%	17	5.0%
Fumigaría toda la casa	322	93.9%	11	3.2%	10	2.9%
Eliminaría la maleza y arbustos alrededor de su casa	297	86.6%	29	8.5%	17	5.0%
Si aparece un caso de malaria en su casa, separa sus utensilios para evitar el contagio	180	52.5%	142	41.4%	21	6.1%
Se abstiene a tener relaciones sexuales	142	41.4%	169	49.3%	32	9.3%

De las 343 gestantes encuestadas sobre las medidas preventivas contra la malaria en el Hospital Apoyo Iquitos, solo el 27.7% tienen una adecuada actitud preventiva (Gráfica N° 7).

Gráfica N° 7
Actitud Preventiva sobre la Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos



c) Relación entre las características de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos y el Nivel de conocimiento de Malaria.

El 19.2% de las gestantes ≥ 35 años de edad presentaron un nivel adecuado de conocimientos sobre malaria, seguidos de las de 14 a 19 años (17.3%), no hubo relación significativa ($p = 0.921$) (Tabla N° 7).

Tabla N° 7

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Edad de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Edad	Nivel de Conocimiento				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
14 a 19 años	22	17.3%	105	82.7%	127
20 a 34 años	31	16.3%	159	83.7%	190
35 a más años	5	19.2%	21	80.8%	26
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$X^2=0.16, \text{gl}=2, p=0.921$

El 30.0% de las gestantes que proceden de la zona rural tienen un nivel adecuado de conocimientos, seguidos de las que proceden de la zona urbano marginal (22.0%) y de la zona urbana (13.8%), existe un relación significativa entre procedencia y nivel de conocimiento ($p = 0.02$) (Tabla N° 8).

Tabla N° 8

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Procedencia de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Procedencia	Nivel de Conocimiento				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
Urbano	35	13.8%	218	86.2%	253
Urbanomarginal	11	22.0%	39	78.0%	50
Rural	12	30.0%	28	70.0%	40
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$\chi^2=7.50, gl=2, p=0.023$

El 17.2% de las gestantes con nivel de educación bajo tienen un nivel adecuado de conocimiento sobre la malaria, el 16.9% en las de nivel alto, mientras las que no tienen nivel de estudios el 100% tienen un nivel inadecuado de conocimientos, no se encontró relación entre nivel de estudio y nivel de conocimiento (Tabla N° 9)

Tabla N° 9

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Nivel de estudios de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Nivel de estudios	Nivel de Conocimiento				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
Ninguno	0	0.0%	3	100.0%	3
Bajo	30	17.2%	144	82.8%	174
Alto	28	16.9%	138	83.1%	166
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$\chi^2=0.62, gl=2, p=0.731$

El 88.2% de las empleadas y el 85.7% de las profesoras tienen un nivel adecuado de conocimiento sobre la malaria, las ama de casas tienen el mayor nivel inadecuado de conocimiento (83.4%), seguidos de las estudiantes (82.9%), no se encontró relación entre ocupación y nivel de conocimiento ($p = 0.909$) (Tabla N° 10).

Tabla N° 10

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Ocupación de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Ocupación	Nivel de Conocimiento				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
Profesora	6	85.71%	1	14.29%	7
Trabajadora de salud	1	50.00%	1	50.00%	2
Empleada	13	76.47%	4	23.53%	17
Ama de casa	24	11.71%	181	88.29%	205
Estudiante	11	14.47%	65	85.53%	76
Sin trabajo	2	12.50%	14	87.50%	16
Otro	1	5.00%	19	95.00%	20
Total	58	16.91%	285	83.09%	343

$X^2=2.11$, $gl=6$, $p=0.909$

Las gestantes que no tenían antecedentes de malaria tuvieron un mejor nivel de conocimiento (18.1%) que aquellas que tuvieron antecedente de malaria (11.3%), no hubo relación significativa ($p = 0.128$).

Tabla N° 11

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Antecedente de Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Antecedente de Malaria	Nivel de Conocimiento				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
Si	7	11.3%	55	88.7%	62
No	51	18.1%	230	81.9%	281
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$X^2=2.31$, $gl=1$, $p=0.128$

No se encontró relación entre el número de episodios de malaria y el nivel de conocimiento ($p = 0.156$) (Tabla N° 12).

Tabla N° 12

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Número de Episodios de Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Episodios de Malaria	Nivel de Conocimiento				
	Adecuado	%	Inadecuado	%	Total
Ninguno	52	18.5%	229	81.5%	281
1 a 2	6	11.8%	45	88.2%	51
más de 2	0	0.0%	11	100.0%	11
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$X^2=3.71, gl=2, p=0.156$

El 17.4% de las gestantes sin antecedente de malaria en la gestación presentaron un nivel adecuado de conocimiento mientras que solo en el 6.7% de las gestantes que tuvieron como antecedente de malaria en la gestación (Tabla N° 13).

Tabla N° 13

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Malaria en Gestación en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Malaria en Gestación	Nivel de Conocimiento				
	Adecuado	%	Inadecuado	%	Total
Si	1	6.7%	14	93.3%	15
No	57	17.4%	271	82.6%	328
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$X^2=1.17, gl=1, p=0.279$

El 17.6% de las gestantes que recibieron informe y el 16.3% de las que no recibieron información presentaron un nivel adecuado de conocimiento sobre malaria, no hubo relación significativa ($p = 0.751$) (Tabla N° 14).

Tabla N° 14

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria e Informe en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Informe	Nivel de Conocimiento				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
Si	29	17.6%	136	82.4%	165
No	29	16.3%	149	83.7%	178
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$X^2=0.10$, $gl=1$, $p=0.751$

El 17.7% de las gestantes que recibieron charla educativa sobre malaria y el 16.3% de las que no recibieron charlas presentaron un nivel adecuado de conocimiento sobre malaria , no hubo relación significativa ($p = 0.734$) (Tabla N° 15).

Tabla N° 15

Relación entre el Nivel de Conocimiento sobre Malaria y Charla educativa sobre Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Charla	Nivel de Conocimiento				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
Si	25	17.7%	116	82.3%	141
No	33	16.3%	169	83.7%	202
Total	58	16.9%	285	83.1%	343

$X^2=0.11$, $gl=1$, $p=0.734$

d) Relación entre las características de las gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos y la Actitud preventiva a la Malaria.

El 30.8% de las gestantes ≥ 35 años de edad presentaron una actitud preventiva adecuada contra la malaria, seguidos de las de 20 a 34 años (28.4%), y de las de 14 a 19 años (26.0%), no hubo relación significativa ($p = 0.835$) (Tabla N° 16).

Tabla N° 16
Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Edad de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Edad	Actitud preventiva				Total
	Adecuada	%	Inadecuada	%	
14 a 19 años	33	26.0%	94	74.0%	127
20 a 34 años	54	28.4%	136	71.6%	190
35 a más años	8	30.8%	18	69.2%	26
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=0.36$, $gl=2$, $p=0.835$

El 37.5% de las gestantes que proceden de la zona rural tienen una actitud preventiva adecuada contra la malaria, seguidos de las que proceden de la zona urbana (26.9%) y de la zona urbanomarginal (24.0%), no se encontró relación significativa entre procedencia y actitud preventiva ($p = 0.309$) (Tabla N° 17).

Tabla N° 17
Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Procedencia de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Procedencia	Actitud preventiva				Total
	Adecuada	%	Inadecuada	%	
Urbano	68	26.9%	185	73.1%	253
Urbanomarginal	12	24.0%	38	76.0%	50
Rural	15	37.5%	25	62.5%	40
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=2.35$, $gl=2$, $p=0.309$

El 66.7% de las gestantes con ningún nivel educativo tuvieron una actitud preventiva adecuada contra la malaria que las de los niveles bajo (29.3%) y alto (253.3%), no se encontró relación entre nivel de estudio y actitud preventiva (0.225) (Tabla N° 18).

Tabla N° 18

Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Nivel de estudios de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Nivel de estudios	Actitud preventiva				Total
	Adecuada	%	Inadecuada	%	
Ninguno	2	66.7%	1	33.3%	3
Bajo	51	29.3%	123	70.7%	174
Alto	42	25.3%	124	74.7%	166
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=2.98$, $gl=2$, $p=0.225$

El 71.4% de las profesoras tienen una actitud preventiva adecuada contra la malaria, seguidas de las ama de casas (29.8%), las dos gestantes que son trabajadoras de salud tuvieron una actitud preventiva inadecuada contra la malaria (100%), el 78.9% de las estudiantes presentaron una actitud preventiva inadecuada (Tabla N° 19).

Tabla N° 19

Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Ocupación de las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Ocupación	Actitud Preventiva				Total
	Adecuada	%	Inadecuada	%	
Profesora	5	71.4%	2	28.6%	7
Trabajadora de salud	0	0.0%	2	100.0%	2
Empleada	4	23.5%	13	76.5%	17
Ama de casa	61	29.8%	144	70.2%	205
Estudiante	16	21.1%	60	78.9%	76
Sin trabajo	1	6.3%	15	93.8%	16
Otro	8	40.0%	12	60.0%	20
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=14.89$, $gl=6$, $p=0.02$

El 36.4% de las gestantes con antecedente de malaria presentaron una actitud preventiva contra la malaria, y en el 25.6% en aquellas que no tuvieron antecedente de malaria, no se encontró relación significativa ($p = 0.07$) entre el antecedente de malaria y la actitud preventiva (Tabla N° 20).

Tabla N° 20

Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Antecedente de Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Antecedente de Malaria	Actitud Preventiva				
	Adecuada	%	Inadecuada	%	Total
Si	24	36.4%	42	63.6%	66
No	71	25.6%	206	74.4%	277
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=3.07$, $gl=1$, $p=0.07$

El 37.3% de las gestantes que tuvieron entre 1 y 2 episodios de malaria, y el 36.4% de las gestantes que presentaron más de 2 episodios de malaria tuvieron una actitud preventiva adecuada contra la malaria. No se encontró relación significativa ($p = 0.187$) (Tabla N° 21).

Tabla N° 21

Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Número de Episodios de Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Episodios de Malaria	Actitud Preventiva				
	Adecuada	%	Inadecuada	%	Total
Ninguno	72	25.6%	209	74.4%	281
1 a 2	19	37.3%	32	62.7%	51
Más de 2	4	36.4%	7	63.6%	11
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=3.34$, $gl=2$, $p=0.187$

El 27.7% de las gestantes sin antecedente de malaria en la gestación presentaron una actitud preventiva adecuada, y en las gestantes que tuvieron antecedente de malaria en la gestación fue del 26.7% (Tabla N° 22).

Tabla N° 22

Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Malaria en gestación en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Malaria en Gestación	Actitud Preventiva				Total
	Adecuada	%	Inadecuada	%	
Si	4	26.7%	11	73.3%	15
No	91	27.7%	237	72.3%	328
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=0.01$, $gl=1$, $p=0.927$

El 28.5% de las gestantes que recibieron informe y el 27.0% de las que no recibieron información presentaron una actitud preventiva adecuada contra malaria, no hubo relación significativa ($p = 0.753$) (Tabla N° 23).

Tabla N° 23

Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Informe en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Informe	Actitud Preventiva				Total
	Adecuada	%	Inadecuada	%	
Si	47	28.5%	118	71.5%	165
No	48	27.0%	130	73.0%	178
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=0.10$, $gl=1$, $p=0.753$

El 31.2% de las gestantes que recibieron charla educativa sobre malaria y el 25.2% de las que no recibieron charlas presentaron una adecuada actitud preventiva contra la malaria, no hubo relación significativa ($p = 0.225$) (Tabla N° 24).

Tabla N° 24

Relación entre la Actitud preventiva contra la Malaria y Charla educativa en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Charla	Actitud Preventiva				Total
	Adecuado	%	Inadecuado	%	
Si	44	31.2%	97	68.8%	141
No	51	25.2%	151	74.8%	202
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=1.47$, $gl=1$, $p=0.225$

e) **Relación entre el Nivel de conocimiento y la Actitud preventiva a la Malaria en la gestantes atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos.**

El 21.1% de las gestantes con nivel adecuado de conocimiento presentaron actitud preventiva adecuada, mientras que el 27.7% de las que tuvieron un inadecuado nivel de conocimiento tuvieron una actitud preventiva adecuada, no hubo relación significativa ($p = 0.205$) (Tabla N° 25).

Tabla N° 25

Relación entre el Nivel de Conocimiento y la Actitud preventiva contra la Malaria en las Gestantes encuestadas en el Hospital Apoyo Iquitos

Conocimiento	Actitud preventiva				Total
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%	
Adecuado	20	21.1%	75	78.9%	95
Inadecuado	75	26.3%	210	73.7%	285
Total	95	27.7%	248	72.3%	343

$X^2=1.61, gl=1, p=0.205$

VI. DISCUSIÓN

Para mejorar la salud en la comunidad hay dos condiciones indispensables: la participación de la comunidad y la lucha contra las causas profundas de los problemas de la salud.

La primera se logra si existe una buena información, educación y comunicación entre el nivel de decisión y la comunidad; una comunidad desinformada es una comunidad no participativa.

Los programas de control y prevención de enfermedades prevalentes deben enfocarse a no solo un mejoramiento del conocimiento si no a promover y/o reforzar comportamientos y actitudes preventivas en la población de riesgo, su impacto estaría demostrado con la disminución de la prevalencia de la enfermedad.

Es propósito del estudio de medir el nivel de conocimiento y la actitud preventiva como medida del impacto educacional del Programa de Malaria, ya que desde 1994 se observó un aumento del área endémica y que en el presente año se han identificados casos autóctonos a menos de 10 minutos de la ciudad.

La ausencia de estudios similares limita la comparación de los resultados.

Dentro de las características de las gestantes es importante notar que el 37% de ellas son adolescentes y el 7.6 % \geq de 35 años, ambos son consideradas grupo de alto riesgo.

El 18.1% ya había presentado malaria y en un 4.4% en una de sus gestaciones; además el 48.1% habían recibido información y en el 41.1% charlas educativas.

Tenemos una población de gestantes encuestadas que por información recibida (a través de informes y/o charlas) y/o por la experiencia de la enfermedad y contacto con el sistema de salud, esperábamos un buen nivel de conocimiento y actitudes preventivas, esto no fue así; ya que solo el 16.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento y el 27.7% una adecuada actitud preventiva.

Este resultado está mostrando dos probables factores, el primero es el componente educativo del programa de malaria y el segundo a la persona que es educada, en relación a la persona; la variación que existe entre individuos capacitados se debe a que cada persona interpreta la información u orientación que recibe según sus propias experiencias y valores, hay déficit en la percepción de la necesidad y por otro lado no se está percibiendo a las prácticas preventivas desde el punto de vista de su propia seguridad lo suficientemente fuerte como para motivarlo. Existe otro factor que podría estar influenciando la educación del individuo, son las inadecuadas opiniones, reacciones del entorno familiar y comunitario, las creencias, tradiciones culturales que minimizan la percepción del cambio del estilo de vida.

Dejando de lado la categorización de la variables, la población encuestada reconocen que la malaria es mortal (81.0%), más si uno esta embarazada (76.1%), afecta al feto (41.1%) y transmitida por zancudo (60.8%), siendo dos elementos importantes para establecer cambio de actitud, uno el miedo de morir y afección al feto; y segundo el reconocimiento a quien hay que eliminar.

Esto último se demuestra en el reconocimiento de las medidas preventivas contra el zancudo, eliminación de los charcos (90.4%), basura (91.0%), depósitos inservibles (84.5%), maleza dentro (86.9%) y fuera de la casa (86.6%), mosquitero (85.4%) y repelente (54.2%).

Esta actitud preventiva contra el vector puede estar influenciada por el problema del Dengue, con brotes epidémicos en 1990 y 1995; y que en nuestra ciudad se comporta como un problema endémico; el Ministerio de Salud, Municipio y Gobierno local han dado énfasis, en la lucha antivectorial con sus programas de recojo de depósitos de inservibles y fumigaciones espaciales dentro y fuera de la ciudad.

Lo que influye a que la población de gestantes encuestadas no muestren en el resultado una mejor actitud preventiva, es a que en la encuesta se colocaron medidas preventivas de otras enfermedades transmisibles, con la finalidad de mostrar si la gestante tiene la identificación y priorización de estas medidas; es por ello que erróneamente la gestante adjudico el consumo de agua

Hervida (76.7%), el no comer en la calle (43.1%), el de separar los utensilios del enfermo (52.5%), el uso de condón (56.0%), el abstenerse a tener relaciones sexuales (41.4%); y el de vacunación (88.6%) como medidas preventivas contra la malaria.

La procedencia (rural) se relacionó significativamente con el nivel de conocimiento; esta relación puede ser debido a que desde hace más de 6 años el problema de la malaria tiene su mayor magnitud y mortalidad en la zona rural, solo en el último año esta afectando a los asentamiento humanos de la ciudad.

La ocupación (profesora) se relacionó significativamente con la actitud preventiva, probablemente por su mayor relación con el sistema de Salud Escolar, y su ubicación del Colegio donde labora (rivera del río).

Se observó que la edad (≥ 35 años), la procedencia (rural), información y charlas educativas presentaron un mejor nivel de conocimiento y una mejor actitud preventiva contra la malaria.

El hecho de que los adolescentes muestren menores porcentajes de niveles de conocimiento y actitud preventiva adecuada contra la malaria, puede deberse a que no hay una adecuada educación para la salud en los colegios de la ciudad y a que los jóvenes minimizan la importancia de la prevención y toman ciertos riesgo explicables por su edad.

En los últimos años se ha fortalecido las campañas informativas en los medios de comunicación y el Ministerio de Salud sobre el Dengue (enfermedad que afecta a la ciudad) más que a la malaria; es por ello de que la información y/o charlas educativas no se observa su impacto sobre el nivel de conocimiento y actitud preventiva.

VII. CONCLUSIONES

1. Se encuestaron 343 gestantes, el 55.4% fueron de 20 a 34 años y el 37.0% entre los 14 a 19 años.
2. El 73.8% procedían de la zona urbana, el 50.7% eran de un nivel bajo educación, el 59.8% son ama de casa.
3. El 19.2% refieren haber tenido malaria, el 3.2% presentaron más de 2 episodios de malaria y el 4.4% han padecido de malaria en la gestación.
4. El 48.1% recibieron información y el 41.1% Charlas sobre la Malaria.
5. El 81% saben que la malaria es mortal, más de un tipo (73.5%); producida por parásito (4.7%), transmitida por zancudo (60.8%), los síntomas más identificados fueron fiebre (58.4%) y escalofríos (49.9%).
6. Gota gruesa como diagnóstico (56.3%), afecta al feto (41.1%) al igual que los antimalaricos (23.6%) y si estas embarazada aumenta la mortalidad (76.1%).
7. Entre las medidas preventivas, señalan vacunación (67.6%) y fumigación (630%).
8. El 56.6% considera que la malaria afecta a la ciudad, y el 50.4% considera que el zancudo tiene un horario de picadura.
9. Las medidas preventivas reconocidas fueron eliminación : de los charcos (90.4%), basura (91.0%), depósitos inservibles (84.5%), maleza dentro (86.9%) y fuera de la casa (86.6%), mosquitero (85.4%) y repelente (54.2%).
10. Las medidas erróneas encontradas fueron : consumo de agua hervida (76.7%), no comer en la calle (43.1%), separar los utensilios del enfermo (52.5%), uso de condón (56.0%), abstenerse a tener relaciones sexuales (41.4%); y vacunación (88.6%).

11. Solo el 16.9% tienen un adecuado nivel de conocimiento y el 27.7% una adecuada actitud preventiva.
12. El 19.2% y el 30.8% de las gestantes \geq 35 años de edad presentaron respectivamente un nivel de conocimientos y actitudes preventivas adecuados sobre la malaria
13. El 30.0% y el 37.5% de las gestantes que proceden de la zona rural tienen un nivel de conocimientos y actitud preventivas adecuados sobre la malaria.
14. El 17.2% y el 29.3% de las gestantes con nivel de educación bajo tienen un nivel de conocimientos y actitud preventiva adecuados sobre la malaria.
15. El 66.7% de las gestantes con ningún nivel educativo tuvieron una actitud preventiva adecuada contra la malaria.
16. El 85.7% y el 71.4% de las profesoras tienen un nivel de conocimiento y actitud preventiva adecuadas contra la malaria.
17. El 82.9% y el 78.9% de las estudiantes presentaron un nivel de conocimientos y actitudes preventivas inadecuadas contra la malaria.
18. El 11.3% y el 36.4% de las gestantes con antecedente de malaria presentaron respectivamente un nivel de conocimiento y una actitud preventiva adecuadas contra la malaria.
19. El 36.4% de las gestantes que presentaron más de 2 episodios de malaria tuvieron una actitud preventiva adecuada contra la malaria, pero el 100% tuvo nivel inadecuado de conocimiento.
20. El 6.7% y el 26.7% de las gestantes que tuvieron como antecedente de malaria en la gestación presentaron respectivamente un nivel de conocimiento y actitud preventivas adecuadas contra la malaria.

21. El 17.4% y el 27.7% de las gestantes sin antecedente de malaria en la gestación presentaron respectivamente un nivel de conocimiento y actitud preventiva adecuadas.
22. El 17.6% y el 28.5% de las gestantes que recibieron información presentaron un nivel de conocimiento y una actitud preventiva adecuados contra malaria.
23. El 17.7% y el 31.2% de las gestantes que recibieron charla educativa sobre malaria presentaron respectivamente un nivel de conocimiento y actitud preventiva adecuada contra la malaria.
24. La procedencia (rural) se relaciono significativamente con el nivel de conocimiento.
25. La ocupación (profesora) se relaciono significativamente con la actitud preventiva.
26. El 21.1% de las gestantes con nivel adecuado de conocimiento presentaron actitud preventiva adecuada, mientras que el 27.7% de las que tuvieron un inadecuado nivel de conocimiento tuvieron una actitud preventiva adecuada.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. MINSA. Curso de Capacitación en malaria Grave complicada, Manejo operativo del programa y Evaluación de Control vectorial Integrado durante 1998. Iquitos. Marzo 1999.
2. MINISTERIO DE SALUD. Programa de control de enfermedades transmisibles, control de la malaria y otras enfermedades metaxénicas: Doctrina, normas y procedimientos para el control de la malaria en el Perú. Junio 1994.
3. PEREZ OCHOA C. Conocimientos sobre malaria y practicas preventivas de los pacientes ambulatorios tratados en el programa de malaria del Hospital Iquitos del IPSS. Tesis para optar titulo de Médico y Cirujano. Facultad de Medicina Humana. UNAP. 1998.
4. FERREIRA B, JORDAN W.; DE LA PUENTE C.; ELGEGREN J.: Actitudes y conocimientos sobre la Malaria en la población del Asentamiento Humano Anita Cabrera.. Libro de Resúmenes de trabajos libres. V Congreso Peruano de enfermedades Infecciosas y Tropicales. SPEIT. Vol 6 N° 2. Pág: 66. May-Ago. 1997.
5. Organización Mundial de la Salud. Quimioterapia práctica de Paludismo. Serie de Informes Técnicos N1 805. 1990.
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención y lucha contra las enfermedades. Paludismo. Actividades de la OMS. Informes bienal del Director General. 1990-1991. 1992.
7. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO. Supervisión y Evaluación externa de las Actividades de Control

- de la Malaria realizadas durante el año de 1996. Informe Técnico del Comité de Lucha Contra la Malaria. 1997.
8. ASPAJO DAVILA, A.: Eficacia Terapéutica de Sulfadoxina Pirimetamina y Primaquina en la malaria no complicada por *Plasmodium falciparum* en pacientes de la cuenca del río Nanay. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos, Perú. 1996.
 9. HACKETT, L.W.: Malaria in Europe. Londres. Oxford University Press. Pag. 274. 1937.
 10. CALAMPA C., DIAZ E. Producción Científica en la Región Loreto. Areas transmisibles. 1997-2000. MINSA.
 11. COLAN E., LA TORRE R., FERRELI R., RIOS R., BUCK R.. Focos endémicos de *plasmodium falciparum* en la Amazonía Peruana. V Congreso Panamericano de Infectología. Lima. 1991.II-26.
 12. COLAN, E., QUINTANA, J., FERRELI, R., SAN ROMAN, E.,RIOS, R.: Malaria por *Plasmodium falciparum* en la Amazonía Peruana. Revista de Farmacología y Terapéutica, 1993;3(1):11-16.
 13. PANDURO M., COLAN E., WITZIG R. QUINTANA J., CHAVEZ R.. Estudio in vitro e in vivo de la respuesta del *P. falciparum* a cloroquina, sulfadoxina/pirimetamina, quinina, mefloquina, en la zona periurbana y rural de Iquitos. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):64.
 14. AMPUDIA E., VILLACORTA E., CHAVEZ R.. Características clínicas epidemiológicas de los pacientes hospitalizados con Malaria en el Hospital Apoyo Iquitos. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):65.

15. CHAVEZ, R.: Reportes del Servicio de Epidemiología del Hospital Iquitos del IPSS. Mayo de 1997.
16. VALENCIA VW., TRUJILLO PL., LOPEZ AL., NAKAMATSU K..Malaria en Trompeteros (Región Loreto). Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):60.
17. MINISTERIO DE SALUD. DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO. Programa de control de enfermedades transmisibles, control de la malaria y OEM: Plan de acción de emergencia para el control de la malaria en la cuenca del río Nanay. Mayo 1996.
18. Organización Panamericana de la Salud. Malaria en las Américas. Publicación científica N1 405. OPS. OMS. México 1,981.
19. LEINIKE TM., LUCAS CM., CALAMPA CS., ARAMBURU JS, NAUPAY RR., MAGIL AJ. In vivo resistance to pyrimethamine/sulfadoxine for the treatment of *P.falciparum* malaria in Peru. In Producción Científica en la Región Loreto. Areas transmisibles. 1997-2000. MINSA. 2000:1.
20. BENZAQUEN J. ARAMBURU J., CHAVEZ R.. Estudio comparativo de sensibilidad del tratamiento de la malaria por *P.falciparum* a la cloroquina-primaquina vs Sulfadoxina/pirimetamina-primaquina. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):65.
21. CHAVEZ C., ARAMBURU J., CHAVEZ R.. Eficacia terapéutica de cloroquina/primaquina en el tratamiento de pacientes con Malaria no complicada por *P. falciparum* procedentes del río Nanay. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):65.
22. GUTIERREZ J., VASQUEZ P., GONZALES S., HUAMAN G. Malaria grave complicada tratada con Artemeter; reporte de un Caso clínico. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):64.

23. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 13va. Edic. Washington D.C. 1,983.
24. GUTIERREZ T. James. Enfermedades infecciosas y tropicales para el médico general. Curso N1 02. Audit. del Colegio Médico del Perú. 1,993.
25. CUELLAR L., CARRACEDO C.; SANTILLANA S., SILVA M.. Malaria postransfusional por p. falciparum cloroquinorresistentes en paciente con Linfoma maligno: Presentación de un casos. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):58.
26. LEGUA P., URTEAGA M.. Características Clínicas de laboratorio de Malaria leve por plasmodium falciparum en Yurimaguas – Loreto. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):61
27. AVILA F., LOPEZ D., VILLANUEVA J.. Malaria en Huaraz : Reporte de 17 casos. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):58.
28. DE LA PUENTE C., BARDALES F., FERREIRA B., JORDAN W.. Malaria por plasmodium vivax en el Hospital Regional de Loreto. Enero a Junio de 1997. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):62.
29. LEON C. HUERTA R., AGUIRRE R.. Casos importados de Malaria en la 1ª División de Fuerzas Especiales. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):60.
30. QUINO A. DURAND S., VILLA O.. Malaria Grave y Complicada por Plasmodium falciparum. Estudio Clínico descriptivo de 242 casos. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):58.
31. NAUPAY R., BLOCK K., CALAMPA C., MEZA G., MAGIL A.. Estudio preliminar en mujeres gestantes en la ciudad de Iquitos. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):59.

32. CORDOVA J., ARAMBURU J., CHAVEZ R., MAGALLANES J.. Factores asociados a la adquisición de malaria en pacientes atendidos en el hospital Apoyo Iquitos. Marzo a Agosto de 1995.
33. RAMAL C. Informe verbal. 2000.
34. GOMEZ M., SÁNCHEZ E., SANCHEZ K.. Malaria: Nivel de información y Medidas preventivas en un Instituto Superior. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):60.
35. SOTOMAYOR D., BENDAÑO A., ACOSTA M., ZELADA A.. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades metaxénicas en Pucallpa. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):62.
36. CABANILLAS O., DIAZ J., MORENO J., ZELADA M.. Nivel de conocimiento sobre Malaria falciparum en la localidad de Llanguat. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades metaxénicas en Pucallpa. Soc. Per. Enf. Inf. y Trop. Libro de resúmenes. 1997; 6(2):64.
37. GONZALES G. Metodología de la Investigación en reproducción humana. UPCH. Lima. 1994: 195-205.

ANEXOS

7. Las medicinas contra la malaria no afecta al feto: 1. Verdad 2. Falso
8. La Malaria no afecta al feto: 1. Verdad 2. Falso
9. La Madre con Malaria puede tener un recién nacido con malaria:
1. SI 2. NO
10. La mortalidad de la malaria aumenta cuando está gestando: 1. SI 2. NO
11. La vacuna previene la Malaria: 1. SI 2. NO
12. Solo con la fumigación se previene la Malaria: 1. SI 2. NO
13. Solo los que viven en los ríos tienen Malaria: 1. SI 2. NO
14. Los zancudos de la malaria pican todo el día: 1. SI 2. NO

III.- Medidas preventivas sobre la malaria

Marque con un aspa (X) en las columnas que considere usted (sí, no o no se)

Si se comprueba que alrededor de su casa hay casos de malaria que medidas haría usted para que no le de malaria :

Haría	Sí	No	No sé
1. Solo consume agua hervida			
2. Recoge la basura de su huerta y de su calle			
3. Usa mosquitero			
4. Elimina los charcos de agua alrededor de su casa			
5. Elimina la maleza de su huerta			
6. No come en la calle			
7. Usa repelentes			
8. Usaría condón			
9. Se vacunaría			
10. Recoge los depósitos inservibles			
11. Toma Cloroquina			
12. Haría un despistaje de malaria a toda su familia			
13. Fumigaría toda la casa			
14. Eliminaría la maleza y arbustos alrededor de su casa			
15. Si aparece un caso de malaria en su casa, separa sus utensilios para evitar el contagio			
16. Se abstiene a tener relaciones sexuales			