



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DIRECCIÓN DE POSTGRADO**  
**PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**

**CONOCIMIENTO, PERCEPCION Y ACTITUD EN LAS EMBARAZADAS  
QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ADMISIÓN OBSTETRICIA  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

Trabajo Especial de Grado presentado para optar al título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

**AUTOR: CESAR AUGUSTO NAVAS GUTIERREZ**

**VALENCIA, ABRIL 2021**



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### CONOCIMIENTO, PERCEPCION Y ACTITUD EN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ADMISIÓN OBSTETRICIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID - 19

Presentado para optar al grado de **Especialista en Obstetricia y Ginecología** por el (la) aspirante:

**NAVAS G., CESAR A.**  
C.I. V – 17173255

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): José Landaeta C.I. 7119668, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: 28/05/2021

**Prof. José Landaeta (Pdte)**

C.I.

Fecha

7.119.668  
28-05-2021

**Prof. Marilú Morles**

C.I.

Fecha

TG:46-21

13236209  
28/05/2021



**Prof. Arelis Henríquez**

C.I.

Fecha

7066474  
28.05-2021



### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

Los Miembros de la Comisión Coordinadora de la Especialización en: OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA hacen constar que han leído el Proyecto de Grado, presentado por el(la) ciudadano(a) CESAR AUGUSTO NAVAS GUTIERREZ, cédula de identidad N°17.173.255, para optar al título de ESPECIALISTA EN: OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, cuyo título es: "CONOCIMIENTO, PERCEPCION Y ACTITUD EN LAS EMBARAZADAS QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ADMISION OBSTETRICIA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID – 19", y que el mismo está APROBADO ya que reúne los requisitos de factibilidad, originalidad e interés que plantea la línea de investigación: "INFECCION Y EMBARAZO", establecida por esta Especialidad. Igualmente, el mencionado Proyecto está enmarcado dentro de la normativa para la elaboración y presentación de los trabajos de grado para esta Especialización. El profesor(a): JOSE EDUARDO LANDAETA ECHARRY C.I.7.119.668, aceptó la tutoría de éste trabajo.

En Valencia, a los 06 días del mes de Julio del año 2020.

Comisión Coordinadora

*[Handwritten signature]*

Prof. \_\_\_\_\_

**Dr. José Eduardo Landaeta E.**  
 GinecoObstetra, Endocrinología y Reproducción  
 Ginecólogo Infantil  
 MPPS: 47698 - CMC: 5200  
 RIF: V-7119668-9

Nombre: JOSE E. Landaeta  
 C.I. 7.119.668.

Prof. \_\_\_\_\_

Nombre:

C.I.



*[Handwritten signature]*

Prof. \_\_\_\_\_

Nombre: Paulina Torres

C.I. 13236259

**Sello**

**Dra. Marilu Morales**  
 Gineco - Obstetra  
 C.I. 13236259 - MPPS 61198 - CM 7505



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE**



**CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN Y ACTITUD EN LAS EMBARAZADAS  
QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ADMISIÓN OBSTETRICIA  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

Trabajo Especial de Grado presentado para optar al título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

**AUTOR: CESAR AUGUSTO NAVAS GUTIERREZ  
TUTOR CLÍNICO: JOSE EDUARDO LANDAETA ECHARRY**

**VALENCIA, ABRIL 2021**



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE

CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN Y ACTITUD EN LAS EMBARAZADAS  
QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ADMISIÓN OBSTETRICIA  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Autor: Cesar A. Navas G.  
Tutor Clínico: José E. Landaeta E.

### RESUMEN

La pandemia por la enfermedad covid-19, causada por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2) y su presentación en el transcurso del embarazo conlleva un gran desafío a los sistemas de salud de América Latina en medicina Materno fetal. **Objetivo General:** Analizar el conocimiento, la percepción y la actitud en las embarazadas que acuden a un servicio de admisión obstetricia durante la pandemia por COVID – 19. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional – descriptivo, de nivel correlacional. El diseño fue de campo, transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada por 82 pacientes embarazadas que acudieron al área de admisión. La recolección de datos se realizará bajo la técnica de la encuesta y como instrumento se aplicó una ficha y cuestionario de 20 preguntas con respuesta tipo escala para medir los dominios conocimiento, percepción y actitud. **Resultados:** Se registró una edad promedio de 24,87 años  $\pm$  0,78, con una mediana de 24 años. Del dominio/dimensión conocimiento se registró una puntuación promedio de 25,26 pts  $\pm$  0,36, con una mediana de 25 pts. Predominaron aquellas embarazadas con conocimiento sobre el COVID-19 clasificado como regular (64,63%). Del dominio/dimensión percepción se registró una puntuación promedio de 14,38 pts  $\pm$  0,30, con una mediana de 14 pts. Predominaron aquellas embarazadas con una percepción negativa de la infección por el COVID-19 (63,41%). Del dominio/dimensión actitud se registró una puntuación promedio de 21,45 pts  $\pm$  0,31, con una mediana de 22 pts. Predominaron aquellas embarazadas con una actitud hacia la infección por el COVID-19 de tipo favorable (97,56%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de conocimiento y el trimestre de gestación ( $P < 0,05$ ). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la percepción acerca del COVID19 y las variables estudiadas ( $P > 0,05$ ). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la actitud y los grupos de edad ( $P < 0,05$ ); **Conclusiones:** Existe cierto desconocimiento acerca del COVID-19 y su repercusión en las embarazadas, situación que acarrea cierta negatividad en cuanto a la percepción con respecto al embarazo sin embargo las embarazadas no dejan de tomar las medidas de protección que le permitan llevar a buen término la gestación.

**Palabras claves:** COVID 19, Embarazo, Conocimiento, Percepción y Actitud.

**Línea de Investigación:** Infección y Embarazo.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE

CONOCIMIENTO, PERCEPCIÓN Y ACTITUD EN LAS EMBARAZADAS  
QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ADMISIÓN OBSTETRICIA  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

AUTOR: CESAR AUGUSTO NAVAS GUTIERREZ  
TUTOR CLÍNICO: JOSE EDUARDO LANDAETA ECHARRY

#### ABSTRACT

The pandemic due to the covid-19 disease, caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2) and its presentation during pregnancy poses a great challenge to the health systems of Latin America in Maternal-Fetal Medicine. General Objective: Analyze the knowledge, perception and attitude of pregnant women who attend an obstetric admission service during the COVID-19 pandemic. Methodology: An observational - descriptive study was carried out at a level correlational. The design was field, cross-sectional and prospective. The sample consisted of 82 pregnant patients who came to the admission area. The data collection will be carried out using the survey technique and as an instrument a card and questionnaire of 20 questions with a scale-type response was applied to measure the knowledge, perception and attitude domains. Results: A mean age of 24.87 years  $\pm$  0.78 was recorded, with a median of 24 years. From the knowledge domain / dimension, an average score of 25.26 points  $\pm$  0.36 was registered, with a median of 25 points. Those pregnant women with knowledge about COVID-19 classified as regular predominated (64.63%). From the perception domain / dimension, an average score of 14.38 points  $\pm$  0.30 was registered, with a median of 14 points. Those pregnant women with a negative perception of COVID-19 infection predominated (63.41%). From the attitude domain / dimension, an average score of 21.45 points  $\pm$  0.31 was registered, with a median of 22 points. Those pregnant women with a favorable attitude towards COVID-19 infection predominated (97.56%). A statistically significant association was found between the type of knowledge and the gestation trimester ( $P < 0.05$ ). No statistically significant association was found between the perception of COVID19 and the variables studied ( $P > 0.05$ ). A statistically significant association was found between attitude and age groups ( $P < 0.05$ ); Conclusions: There is some ignorance about COVID-19 and its impact on pregnant women, a situation that leads to some negativity in terms of the perception of pregnancy, however, pregnant women do not stop taking the protection measures that allow them to carry it to fruition gestation.

**Keywords:** COVID 19, Pregnancy, Knowledge, Perception and Attitude.

**Research Line:** Infection and Pregnancy

## AGRADECIMIENTO

A Dios y a la virgen, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente, durante todo este proceso de tres años de esfuerzos y desvelos, de aprendizaje, en fin, momentos difíciles y gratificantes, en el cual su amor y protección me acompañó en todo momento. Gracias dios por bendecirme cada día de mi vida.

Quiero agradecerle a mi esposa Marielba, que tus palabras motivadoras me ayudaron en todo momento y me sirvieron de luz para encontrar el camino cuando los momentos difíciles me hacían decaer, Gracias para mis dos hijos Zaid y Sharon que son mi principal motivo de seguir adelante en todas mis metas.

A las dos personas más maravillosas que conozco, mis PADRES primero por darme la vida, y forjar el ser humano que soy hoy en día, por ayudarme a crecer, por su apoyo incondicional, por acompañarme en este largo período de tres años, por el tiempo que me dedicaron y por todo el esfuerzo que hicieron para que yo no desistiera y llegara a esta meta maravillosa de lograr ser especialista en Ginecología y Obstetricia.

A mis dos Hermanas queridas, por su apoyo y aporte en algún momento que necesité. Gracias por ser también un ejemplo de lucha y tenacidad para mí.

Mis más sinceros agradecimientos a mi tutor de proyecto Dr. José Landaeta, quien con su conocimiento y su guía fue una pieza importante para que pudiera desarrollar una clave de hechos que fueron imprescindibles para cada etapa de desarrollo del trabajo, por su amistad, cariño, comprensión donde hoy lo considero un excelente profesor dedicado a su trabajo .

Mi más sincera gratitud a todos mis profesores, especialmente: Dr. Rogelio Paraqueimo, Dra. Ana Fraga, quienes fueron una pieza fundamental en mi formación académica y asistencial sin ustedes hoy no sería el especialista que creo ser y a todas aquellas personas que estuvieron presentes en la realización de esta meta, de este sueño que es tan importante para mí, agradecer todas sus ayudas, sus palabras motivadoras, sus conocimientos, sus consejos y su dedicación.

¡Muchas gracias por todo!

## INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	v
INTRODUCCION.....	01
MATERIALES Y METODOS.....	08
RESULTADOS .....	10
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSION.....	18
RECOMENDACIONES.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	20
ANEXOS .....	22



## INTRODUCCIÓN

Según la OMS (organización mundial de la salud) se llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Que se produce cuando surge un nuevo virus gripal que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él <sup>(1)</sup>. Estas han sido parte de la historia de la humanidad durante siglos, y una de las primeras de la historia se remonta a 1580. Desde entonces, al menos cuatro pandemias de influenza ocurrieron en el siglo XIX y tres en el siglo XX, según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EE.UU. (CDC, por sus siglas en inglés) <sup>(2)</sup>.

Se han identificado siete coronavirus que pueden infectar a los seres humanos. Dentro del género alfa-coronavirus, anteriormente conocidos como coronavirus del grupo 1 (CoV-1), los integrantes más representativos en humanos son: 229E y el NL63. El género beta-coronavirus, grupo 2 (CoV-2) incluye varios subgrupos, destacando OC43 y HKU1, el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV), el coronavirus del síndrome respiratorio del Oriente Medio (MERS-CoV) y, el más recientemente identificado, el coronavirus 2, del síndrome respiratorio agudo severo (SARSCoV-2), que es un tipo de coronavirus causante de la enfermedad llamada covid-19, inicialmente identificado como 2019-nCoV (2019-novelcoronavirus) <sup>(7)</sup>.

Generalmente los coronavirus se replican primordialmente en las células epiteliales del tracto respiratorio inferior y en menor medida en las células de las vías respiratorias superiores; es por eso que la transmisión ocurre principalmente de pacientes con enfermedad reconocida y no de pacientes con signos leves e inespecíficos, es decir, que se cree que la propagación ocurre solo después de que se presentan signos de enfermedad del tracto respiratorio inferior. De ahí que, los pacientes con infección por 2019-nCoV detectados en estado severo o fatal tienen una mayor probabilidad de transmitir este virus, ya que eliminan una mayor cantidad de partículas infectivas en comparación con los pacientes que presentan la infección de forma leve o asintomática <sup>(7)</sup>.

Clínicamente, parece que la enfermedad afecta más a varones (50 % - 60 %), con enfermedades de base y, al inicio de la epidemia, que estuvieron expuestos al mercado de animales de Huanan (Wuhan). El periodo de incubación se sitúa alrededor de 5 días (intervalo: 4-7 días) con un máximo de 12-13 días. Los síntomas más habituales son fiebre, tos, disnea y mialgias o fatiga. Alrededor de un 20 % de los pacientes presentan complicaciones graves, siendo las más frecuentes la neumonía y el síndrome de dificultad respiratoria del adulto. El 80 % de los casos complicados son pacientes mayores de 60 años (8).

Se especula que la poca susceptibilidad de las mujeres a las infecciones virales puede deberse a la protección del cromosoma X «extra». Por su parte, los niños comprenden una población peculiar, por lo que la transmisión del virus a través de sus madres con infección sospechada o confirmada ocurre fácilmente. Sin embargo, se ha observado una severidad menor y una mortalidad extremadamente baja. (3)

La serie más larga de embarazadas afectadas por el SARS-CoV fue descrita en Hong Kong en 2003, fueron estudiadas 12 pacientes infectadas con una mortalidad que alcanzó el 25 %, en ningún caso se demostró transmisión madre-feto, el porcentaje de necesidad de ventilación mecánica superó al de las no embarazadas, el 40 % versus el 13 % en adultos (8). Se han descrito 13 casos durante el embarazo de los cuales 2 fueron asintomáticos, 7 ameritaron ingreso a una unidad de cuidados intensivos y 3 murieron (23 %), se presentó 1 caso de muerte fetal intrauterina y, al igual que en la epidemia SARS-CoV, produjo mayor frecuencia de prematuridad y no se demostró transmisión madre-feto (9, 10).

Se han publicado tres series de casos de mujeres embarazadas, para un total de 31 embarazos afectados por la covid-19 (39). El informe de la OMS de China proporciona información limitada sobre 147 embarazos en estudios que describen las características durante el embarazo de enfermedades causadas por otros coronavirus (SARS y MERS), en el contexto de la información limitada sobre la covid-19 durante el embarazo (11).

Según informes preliminares, se estableció que las mujeres embarazadas no son más gravemente afectadas que la población general y se necesita comparar con mujeres no embarazadas, de edad similar y no compararlas con el total de la población afectada. La posibilidad de transmisión intrauterina o perinatal también es desconocida, la mayoría de la población embarazada se infectó en el tercer trimestre, por lo que no se conocen los efectos del virus en etapas tempranas del embarazo (11).

Las consecuencias del Covid-19 en mujeres embarazadas son inciertas. No obstante, y ante la falta de evidencia científica, The Lancet ha publicado un protocolo de gestión para los profesionales sanitarios. Las consecuencias de la infección con SARS-CoV-2 para los embarazos son inciertas.

De este modo, desde The Lancet se recomienda que cualquier mujer embarazada que haya viajado a un país afectado por el Covid-19 o que haya tenido contacto cercano con un infectado debe hacerse la prueba de amplificación de ácido nucleico del SARS-CoV-2 (virus que provoca el Covid-19). Esta prueba deberá realizarse aunque la mujer embarazada esté asintomática.

Las mujeres embarazadas que estén asintomáticas deben controlarse a sí mismas en el hogar para detectar las características clínicas del Covid-19 durante al menos 14 días. Estas pacientes, explican, “deben controlarse con ultrasonidos de crecimiento fetal bimensuales y evaluaciones Doppler debido al riesgo potencial de restricción del crecimiento intrauterino”. Por otro lado, las mujeres embarazadas con neumonía por Covid-19 deben ser tratadas “por un equipo multidisciplinar en un centro de atención médica”.

La Escuela Icahn de Medicina de Mount Sinai, lleva adelante un estudio para determinar la seroprevalencia del SARS-CoV-2 en mujeres embarazadas, es decir, el porcentaje estimado de mujeres embarazadas que han sido infectadas por el SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19. Al utilizar datos de los registros de salud electrónicos, el estudio también examina las asociaciones entre la infección por SARS-CoV-2 y los resultados adversos de embarazo. Los investigadores determinarán en qué medida la infección por SARS-CoV-2 afecta a las mujeres embarazadas en comunidades marginadas de la ciudad de Nueva York y analizará el rol del estrés materno.

En relación a la lactancia materna, los datos son limitados, pero en estudios comparativos con las epidemias anteriores y SARS-CoV-2 no se determinó transmisión a través de la leche materna (12). En vista de la poca información acerca de la relación del virus con el embarazo es necesario inquirir en las embarazadas para ampliarla y hacer nuevos descubrimientos relacionados al tema.

Actualmente aparece la pandemia derivada de la enfermedad por coronavirus iniciada en 2019 (COVID-19), ocasionada por el virus coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2). Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. En los humanos, se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19 (3).

Se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, en la República Popular China, al reportarse casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía desconocida. La mayoría de individuos afectados tenían vinculación con trabajadores del Mercado Mayorista de Mariscos del Sur de China de Wuhan. La OMS la reconoció como una pandemia global el 11 de marzo de 2020 (4).

Más de 6,8 millones de casos de la enfermedad en más de 213 países y territorios en el mundo (los cinco países con mayor número de infectados son Estados Unidos, Brasil, Rusia, Reino Unido e India), con más de 399 000 muertes (los cinco países con mayor cantidad de fallecidos son Estados Unidos, Reino Unido, Brasil, Italia y Francia) y más de 3 millones de casos de personas recuperadas (los cinco países con mayor número de personas recuperadas son Estados Unidos, Brasil, Rusia, Alemania e Italia) (4).

América Latina registró su primer caso confirmado en febrero, cuando un hombre de 61 años dio positivo en Sao Paulo, Brasil, después de regresar de un viaje a Italia. Durante semanas, las cosas parecían estar bajo control. Los casos en la región crecieron marginalmente. La primera muerte no se registraría hasta el 7 de marzo en Argentina. Hay aproximadamente 920.000 casos confirmados de coronavirus y unas 50.000 muertes en los 33 países de la región, pero esos números aumentan rápidamente <sup>(5)</sup>.

Los primeros casos de la pandemia de enfermedad por coronavirus en Venezuela fueron reportados el 13 de marzo de 2020, siendo el 21 de marzo dada a conocer la primera muerte. Hasta el 8 de junio de 2020, se habían confirmado 1964 casos activos, 430 pacientes recuperados y 22 fallecidos, para un total de 2377 casos confirmados <sup>(6)</sup>.

La Universidad Central de Venezuela en respuesta a la pandemia covid-19, profesionales de la salud de diversas especialidades, se han agrupado en una red, utilizando la plataforma digital WhatsApp. La red se ha denominado: “Red Covid-19 y Gestación”, creada por iniciativa de médicos venezolanos y actualmente con profesionales de la salud de diferentes países y continentes, encargados e interesados en la atención del cuidado de las gestantes. La misma está integrada por profesionales de diferentes especialidades médicas de reconocida trayectoria, incluidos especialistas de la Federación Latinoamericana de Medicina Perinatal (FLAMP). Los objetivos de la red son discutir tópicos relacionados con la pandemia covid-19, facilitar el acceso a la información científica y promover la investigación, especialmente en el área de la gestante y el recién nacido con covid-19.

Para el control prenatal durante la pandemia por COVID 19 la unidad de Perinatología de la Universidad de Carabobo propone que las pacientes deben ser divididas en tres grupos (Revista Salus, Carlos Garcias Curda): Embarazadas de bajo riesgo (COVID-19 negativo): las cuales deberán seguir y acatar todas las disposiciones en materia de aislamiento social y medidas de prevención. Deben acceder a control prenatal por teleconsultas para recibir asesoría nutricional, orientación respecto a la realización de paraclínicos pertinentes según edad gestacional y revisión de los mismos, educación en la prevención de infección por COVID-19, así como el reconocimiento de signos de alarma (tos, fiebre, dificultad para

respirar, cefalea, epigastralgia, disminución de movimientos fetales, actividad uterina, pérdida de líquido, sangrado genital y síntomas urinarios) y realizar de manera presencial ultrasonido de primer trimestre entre las 11 y las 13 semanas más 6 días y ultrasonido de segundo trimestre entre las 20 y 24 semanas.

Embarazadas de alto riesgo (COVID-19 negativo): quienes tienen morbilidad perinatal aumentada (malformaciones fetales, restricción de crecimiento intrauterino, diabetes, embarazo gemelar, hipertensión gestacional) deben mantener continuidad en la atención prenatal según la patología de base, que a juicio del médico tenga probabilidad a corto plazo de hacer complicaciones graves.

Embarazadas con infección por COVID-19: deben tener un manejo individual en unidades de aislamiento. En los casos sospechosos de infección por COVID-19 en pacientes embarazadas (síntomas de infección respiratoria aguda y antecedente epidemiológico) se debe mantener en área hospitalaria de sospecha clínica y determinar la presencia del virus a través de Pruebas de amplificación de ácido nucleico (NAAT) como la Reacción en cadena de Polimerasa de transcripción inversa en tiempo real (rRT-PCR) tomando muestra del tracto respiratorio superior (exudado nasofaríngeo y/o orofaríngeo) en pacientes con síntomas leves o del tracto respiratorio inferior (lavado broncoalveolar, esputo y/o aspirado endotraqueal) en pacientes con enfermedad respiratoria severa, , además de muestra de sangre, orina y heces para descartar la excreción del virus por vías alternativas a la respiratoria. Si el cuadro clínico no amerita hospitalización y se puede garantizar el aislamiento domiciliario la paciente puede permanecer aislada en su domicilio, incluso mientras se espera el resultado de la prueba.

Si se confirma el diagnóstico de infección por COVID-19, sin evidencia de criterios de severidad (dificultad respiratoria grave, saturación de oxígeno aire ambiente menor de 95%, deshidratación grave, alteración del estado de conciencia, radiología con infiltrado u otras imágenes que sugieran neumonía) se debe mantener en aislamiento domiciliario por al menos 14 días, monitoreo telefónico cada 48 horas y realizar pruebas de bienestar fetal, evaluar crecimiento fetal y líquido amniótico de manera ambulatoria. Si la paciente

presenta criterios de severidad se debe hospitalizar en área de aislamiento con monitorización continua, evaluando gasometría arterial, perfil hepático y renal, pruebas de imagenología que incluyen rayos X, tomografía de tórax y ultrasonido pulmonar, además de vigilancia fetal a través del control del bienestar fetal en función de los criterios obstétricos y de la edad gestacional. Los equipos y materiales para utilizar deberán ser desechables o de uso exclusivo de la gestante. Si no puede ser así, se desinfectarán después de cada uso. La habitación de aislamiento debe tener una cama, monitor fetal, oxigenoterapia, carro de medicación con material para atención de parto, analgesia epidural, reanimación neonatal y de adulto. Durante la hospitalización se debe evitar la sobrecarga de fluidos, se indicará antibioticoterapia empírica si se sospecha de coinfección bacteriana, monitorización de la dinámica uterina y ventilación mecánica en caso de deterioro de la función respiratoria.

Todo lo antes citado permitió desarrollar la presente investigación, a la cual se le planteo como objetivo general: Analizar el conocimiento, la percepción y la actitud en las embarazadas que acuden a un servicio de admisión obstetricia durante la pandemia por COVID – 19. Para lo cual se establecieron los siguientes objetivos específicos: Caracterizar a las embarazadas participantes de la muestra a partir de la edad, la escolaridad, trimestre de gestación y estrato socioeconómico. Describir el conocimiento, la percepción y la actitud de las embarazadas estudiadas con respecto al COVID-19. Relacionar el conocimiento, la percepción y la actitud evidenciados por las embarazadas según la edad, la escolaridad, el trimestre de gestación y el estrato socioeconómico.

Esta investigación genero elementos que coadyuvan a ampliar la información y la toma de decisiones en la atención futura, así como brinda nuevas herramientas en el quehacer científico, al igual que colabora en su prevención epidemiológica. Académicamente brinda un elemento de innovación y referencia, que permite a futuras investigaciones profundizar y desarrollar tópicos relacionados al tema. Cabe destacar que esta investigación se rigió bajo los principios que están establecidos en el Código de Ética para la Vida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo observacional – descriptivo con un diseño de campo, transeccional - transversal y prospectivo, de nivel correlacional.

La población fue infinita o indeterminada representada por la totalidad de embarazadas atendidas en el área de admisión del servicio de obstetricia del Hospital” Dr. Ángel Larralde”. Estado Carabobo durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2020. La muestra por su parte, fue de tipo no probabilística deliberada o por conveniencia, conformada por 82 pacientes que asistieron al área antes especificada en el periodo precisado.

Una vez obtenida la permisología necesaria por parte del comité de investigación y bioética de la institución de salud caso de estudio, se procedió a la recolección de la información para lo cual se utilizó la técnica de la encuesta estructurada (interrogatorio) y como instrumento de recolección de los datos se diseñó un cuestionario auto administrado contentivo de preguntas cerradas con respuestas tipo escala, todas enfocadas en el COVID-19 y otros aspectos relacionados con la influencia sobre la gestación; para la creación de las interrogantes acerca del tema se consideró lo establecido por la OMS hasta la fecha con acceso y libre divulgación en internet.

Específicamente el cuestionario constó de 2 partes, una primera a modo de ficha patronímica con información clave sobre la paciente como la edad, el nivel educativo, la paridad, el trimestre de gestación al momento del llenado del instrumento y el estrato socioeconómico, para lo cual se utilizó el método de estratificación de Graffar modificado por Méndez-Castellano. El cuestionario fue estructurado a partir de 20 preguntas (**Ver Anexo B**); cada una con 5 opciones de respuesta tipo Likert y agrupadas en tres grandes dominios: conocimiento (preguntas 1-8); percepción (preguntas: 9 al 14) y aptitud (preguntas: 15 al 20). Cabe señalar que el instrumento fue aplicado a las embarazadas garantizándoles previamente la confidencialidad y el anonimato.



El instrumento fue sometido previamente a validación interna por parte de expertos del servicio de obstetricia y salud pública de la Universidad de Carabobo; utilizando para tal fin un modelo tipo Delphi modificado, con la finalidad de determinar la correspondencia entre los ítems y los indicadores a medir, además mejorar la claridad, redacción y pertinencia de las preguntas elaboradas. Posterior a la validación, se realizó una prueba piloto con embarazadas que no formaron parte de la muestra final, confirmando así la factibilidad y aplicabilidad del instrumento evaluado.

Para la codificación de las respuestas emitidas se tomó en cuenta una puntuación de 1 a 5 puntos en forma decreciente, evaluadas según la intención de respuesta mediante un patrón de corrección (**Ver Anexo C**) posteriormente se realizaron las sumatorias respectivas por cada dominio, clasificándose cada uno de los mismos según los siguientes criterios. En cuanto al Conocimiento: Malo (de 1 a 13 pts) Regular (de 14 a 26 pts) y Bueno (de 27 a 40 pts). Para la Percepción, se clasificó en Negativa (de 1 a 15 pts) y Positiva de (16 a 30 pts) y en cuanto a la Actitud, se clasificó en Desfavorable (de 1 a 15 pts) y Favorable (de 16 a 30 pts).

Una vez recopilados los datos se procedió al análisis de los mismos, para lo cual se sistematizaron los datos en una tabla maestra en Microsoft®Excel, para posteriormente presentarlos y analizarlos mediante las técnicas estadísticas descriptivas en tablas de distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas) conforme a los objetivos específicos propuestos. A las variables cuantitativas como la edad y los puntajes originales por dominio, se les calculó media aritmética  $\pm$  error típico, mediana, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación, comparando la edad según las categorías de los dominios a partir de la prueba de hipótesis para diferencia entre medias (t student).

Para relacionar los resultados de los dominios con respecto a algunas de las variables cualitativas de las embarazadas se empleó el análisis no paramétrico de Chi cuadrado ( $X^2$ ) de Pearson. Todo se realizó a partir del procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre) adoptándose como nivel de significancia estadística P valores menores a 0,05 ( $P < 0,05$ ).

## RESULTADOS

De las 82 embarazadas incluidas en el estudio se registró una edad promedio de 24,87 años  $\pm$  0,78, con una mediana de 24 años, una edad mínima de 14 años, una edad máxima de 41 años y un coeficiente de variación de 29% (serie homogénea entre sus datos). Predominando aquellas embarazadas con 20 y 35 años con un 67,07% (55 casos).

**TABLA N° 1**

**CARACTERIZACIÓN DE LAS EMBARAZADAS PARTICIPANTES DE LA MUESTRA. ÁREA DE ADMISIÓN DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL” DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERIODO JULIO Y DICIEMBRE DE 2020**

<b>Edad (años)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
≤ 19	22	26,83
20 – 35	55	67,07
>35	5	6,10
$\bar{X} \pm Es$	24,87 años $\pm$ 0,78	
<b>Escolaridad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Educ. Media	26	31,71
Bachiller	36	43,90
TSU	5	6,10
Universitaria	15	18,29
<b>Trimestre de gestación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
I	23	28,05
II	32	39,02
III	27	32,93
<b>Estrato socioeconómico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
II	7	8,54
III	43	52,44
IV	14	17,07
V	18	21,95
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento Aplicado por el Investigador (Navas; 2020)

En cuanto a la escolaridad fueron más frecuentes las bachilleres con un 43,90% (36 casos), seguidas de aquellas embarazadas con educación media (31,71%= 26 casos). En lo correspondiente al trimestre de gestación fueron más frecuentes aquellas en el segundo (39,02%= 32 casos), seguidas por aquellas en el tercer trimestre (32,93%= 27 casos). El estrato socioeconómico predominante fue el III (clase media) con un 52,44% (43 casos).

**TABLA N° 2**

**ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO, LA PERCEPCIÓN Y LA ACTITUD DE LAS EMBARAZADAS ESTUDIADAS CON RESPECTO AL COVID-19. ÁREA DE ADMISIÓN DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL” DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERIODO JULIO Y DICIEMBRE DE 2020.**

<b>Conocimiento</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Bueno	29	35,37
Regular	53	64,63
Malo	0	0
$\bar{X} \pm Es$	25,26 pts $\pm$ 0,36	
<b>Percepción</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Positiva	30	36,59
Negativa	52	63,41
$\bar{X} \pm Es$	14,38 pts $\pm$ 0,30	
<b>Actitud</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Favorable	80	97,56
Desfavorable	2	2,44
$\bar{X} \pm Es$	21,45 pts $\pm$ 0,31	
Total	82	100

Fuente: Instrumento Aplicado por el Investigador (Navas; 2020)

Del dominio/dimensión conocimiento (8 preguntas/máx. 40 pts) se registró una puntuación promedio de 25,26 pts  $\pm$  0,36, con una mediana de 25 pts, una puntuación mínima de 15 pts, una puntuación máxima de 32 puntos y un coeficiente de variación de 13% (serie homogénea entre sus datos). Predominaron aquellas embarazadas con conocimiento sobre el COVID-19 clasificado como regular con un 64,63% (53 casos), mientras que aquellas con conocimiento bueno representaron un 35,37% (29 casos).

Del dominio/dimensión percepción (6 preguntas/máx. 30 pts) se registró una puntuación promedio de 14,38 pts  $\pm$  0,30, con una mediana de 14 pts, una puntuación mínima de 9 pts, una puntuación máxima de 22 puntos y un coeficiente de variación de 19% (serie homogénea entre sus datos). Predominaron aquellas embarazadas con una percepción negativa de la infección por el COVID-19 con un 63,41% (52 casos), mientras que aquellas con una percepción positiva representaron un 36,59% (30 casos).

Del dominio/dimensión actitud (6 preguntas/máx. 30 pts) se registró una puntuación promedio de 21,45 pts  $\pm$  0,31, con una mediana de 22 pts, una puntuación mínima de 14 pts, una puntuación máxima de 27 puntos y un coeficiente de variación de 13% (serie homogénea entre sus datos). Predominaron aquellas embarazadas con una actitud hacia la infección por el COVID-19 de tipo favorable representando un 97,56% (80 casos).

**TABLA N° 3**

**RELACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE EL COVID-19 EVIDENCIADOS POR LAS EMBARAZADAS SEGÚN LA EDAD, LA ESCOLARIDAD, EL TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO. ÁREA DE ADMISIÓN DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL” DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERIODO JULIO Y DICIEMBRE DE 2020.**

Conocimiento de COVID-19	Bueno		Regular		Total	
<b>Edad (años)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
≤ 19	9	10,98	13	15,85	22	26,83
20 – 35	16	19,51	39	47,56	55	67,07
>35	4	4,88	1	1,22	5	6,10
$\bar{X} \pm Es$	25,52 +/- 3,21		24,53 +/- 1,74		t = 0,60; P= 0,5499	
<b>Escolaridad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Educ. Media	11	13,41	15	18,29	26	31,71
Bachiller	13	15,85	23	28,05	36	43,90
TSU	1	1,22	4	4,88	5	6,10
Universitaria	4	4,88	11	13,41	15	18,29
<b>Trimestre de gestación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
I	10	12,20	13	15,85	23	28,05
II	6	7,32	26	31,71	32	39,02
III	13	15,85	14	17,07	27	32,93
<b>Estrato socioeconómico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
II	2	2,44	5	6,10	7	8,54
III	16	19,51	27	32,93	43	52,44
IV	5	6,10	9	10,98	14	17,07
V	6	7,32	12	14,63	18	21,95
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>35,37</b>	<b>53</b>	<b>64,63</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento Aplicado por el Investigador (Navas; 2020)

De las embarazadas con conocimiento sobre el COVID-19 clasificado como bueno (n=29) se tiene que fueron más frecuentes aquellas con mayor edad (4/5) aunque el promedio de edad fue mayor entre las embarazadas con conocimiento clasificado como bueno, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ); bachilleres (13 casos); en el tercer trimestre de gestación (13 casos) y de estrato socioeconómico III (16 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de conocimiento y la edad ( $X^2=5,60$ ; 2 gl;  $P=0,0608 > 0,05$ ); tampoco según la escolaridad ( $X^2=1,57$ ; 3 gl;  $P=0,6662 > 0,05$ ); tampoco con el estrato socioeconómico ( $X^2=0,24$ ; 3 gl;  $P=0,9711 > 0,05$ ). Solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de conocimiento y el trimestre de gestación ( $X^2=6,46$ ; 2 gl;  $P=0,0396 < 0,05$ ).

En la tabla n° 4 se presentan la relación de la percepción según las características de la muestra. De las embarazadas con una percepción sobre el COVID-19 clasificada como positiva (n=30) se tiene que fueron más frecuentes aquellas con mayor edad (3/5), seguidas por aquellas con 20 y 35 años (20/55), aunque el promedio de edad fue mayor entre las embarazadas con percepción positiva, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ); de igual forma las embarazadas con percepción positiva eran mayormente bachilleres (13 casos); en el segundo (11 casos) y primer (10 casos) trimestre de gestación y de estrato socioeconómico III (14 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la percepción acerca del COVID-19 y la edad ( $X^2=1,40$ ; 2 gl;  $P=0,4970 > 0,05$ ); tampoco con la escolaridad ( $X^2=1,30$ ; 3 gl;  $P=0,7299 > 0,05$ ); tampoco con el trimestre de gestación ( $X^2=0,66$ ; 2 gl;  $P=0,7184 > 0,05$ ); ni con el estrato socioeconómico ( $X^2=1,90$ ; 3 gl;  $P=0,5945 > 0,05$ ).

**TABLA N° 4**

**RELACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SOBRE EL COVID-19 EVIDENCIADOS POR LAS EMBARAZADAS SEGÚN LA EDAD, LA ESCOLARIDAD, EL TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO. ÁREA DE ADMISIÓN DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL” DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERIODO JULIO Y DICIEMBRE DE 2020.**

Percepción sobre el COVID-19	Negativa		Positiva		Total	
	f	%	F	%	f	%
<b>Edad (años)</b>						
≤ 19	15	18,29	7	8,54	22	26,83
20 – 35	35	42,68	20	24,39	55	67,07
>35	2	2,44	3	3,66	5	6,10
$\bar{X} \pm Es$	24,35 +/- 1,94		25,8 +/- 2,758		t = 0,89; P= 0,3753	
<b>Escolaridad</b>	f	%	F	%	f	%
Educ. Media	17	20,73	9	10,98	26	31,71
Bachiller	23	28,05	13	15,85	36	43,90
TSU	2	2,44	3	3,66	5	6,10
Universitaria	10	12,20	5	6,10	15	18,29
<b>Trimestre de gestación</b>	f	%	F	%	f	%
I	13	15,85	10	12,20	23	28,05
II	21	25,61	11	13,41	32	39,02
III	18	21,95	9	10,98	27	32,93
<b>Estrato socioeconómico</b>	f	%	F	%	f	%
II	5	6,10	2	2,44	7	8,54
III	29	35,37	14	17,07	43	52,44
IV	9	10,98	5	6,10	14	17,07
V	9	10,98	9	10,98	18	21,95
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>63,41</b>	<b>30</b>	<b>36,59</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento Aplicado por el Investigador (Navas; 2020)

**TABLA N° 5**

**RELACIÓN DE LA ACTITUD ANTE EL COVID-19 EVIDENCIADOS POR LAS EMBARAZADAS SEGÚN LA EDAD, LA ESCOLARIDAD, EL TRIMESTRE DE GESTACIÓN Y EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO. ÁREA DE ADMISIÓN DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL” DR. ÁNGEL LARRALDE”. ESTADO CARABOBO. PERIODO JULIO Y DICIEMBRE DE 2020.**

Actitud ante el COVID-19	Desfavorable		Favorable		Total	
<b>Edad (años)</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
≤ 19	1	1,22	21	25,61	22	26,83
20 – 35	0	0	55	67,07	55	67,07
>35	1	1,22	4	4,88	5	6,10
$\bar{X} \pm Es$	27,5 +/- 1,08		24,81 +/- 1,57		t = -0,53; P= 0,6002	
<b>Escolaridad</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Educ. Media	2	2,44	24	29,27	26	31,71
Bachiller	0	0	36	43,90	36	43,90
TSU	0	0	5	6,10	5	6,10
Universitaria	0	0	15	18,29	15	18,29
<b>Trimestre de gestación</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
I	1	1,22	22	26,83	23	28,05
II	1	1,22	31	37,80	32	39,02
III	0	0	27	32,93	27	32,93
<b>Estrato socioeconómico</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
II	0	0	7	8,54	7	8,54
III	0	0	43	52,44	43	52,44
IV	1	1,22	13	15,85	14	17,07
V	1	1,22	17	20,73	18	21,95
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2,44</b>	<b>80</b>	<b>97,56</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

Fuente: Instrumento Aplicado por el Investigador (Navas; 2020)

De las embarazadas con actitud ante el COVID-19 clasificada como favorable (n=80) se tiene que fueron más frecuentes aquellas con 20 y 35 años (55/55) aunque el promedio de edad fue mayor entre las embarazadas con actitud desfavorable, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ); todas las escolaridades tuvieron una actitud favorable; todas aquellas en el tercer trimestre de gestación tuvieron una actitud favorable

(27 casos) y en cuanto estrato socioeconómico todas aquellas de estrato I (7 casos) y estrato III (43 casos) evidenciaron una actitud favorable.

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la actitud y los grupos de edad ( $X^2=8,27$ ; 2 gl;  $P=0,0160 < 0,05$ ); no siendo así con la escolaridad ( $X^2=4,42$ ; 3 gl;  $P=0,2200 > 0,05$ ); tampoco con el trimestre de gestación ( $X^2=1,09$ ; 2 gl;  $P=0,5797 > 0,05$ ); ni con el estrato socioeconómico ( $X^2=3,29$ ; 3 gl;  $P=0,3495 > 0,05$ ).



## DISCUSIÓN

De las 82 embarazadas incluidas en el estudio se registró una edad promedio de 24,87 años  $\pm$  0,78, con una mediana de 24 años, una edad mínima de 14 años, una edad máxima de 41 años y un coeficiente de variación de 29% (serie homogénea entre sus datos). Predominando aquellas embarazadas con 20 y 35 años con un 67,07% (55 casos).

En cuanto a la escolaridad fueron más frecuentes las bachilleres con un 43,90% (36 casos), seguidas de aquellas embarazadas con educación media (31,71%= 26 casos). En lo correspondiente al trimestre de gestación fueron más frecuentes aquellas en el segundo (39,02%= 32 casos), seguidas por aquellas en el tercer trimestre (32,93%= 27 casos). El estrato socioeconómico predominante fue el III (clase media) con un 52,44% (43 casos).

Del dominio/dimensión conocimiento (8 preguntas/máx. 40 pts) se registró una puntuación promedio de 25,26 pts  $\pm$  0,36, con una mediana de 25 pts, una puntuación mínima de 15 pts, una puntuación máxima de 32 puntos y un coeficiente de variación de 13% (serie homogénea entre sus datos). Predominaron aquellas embarazadas con conocimiento sobre el COVID-19 clasificado como regular con un 64,63% (53 casos), mientras que aquellas con conocimiento bueno representaron un 35,37% (29 casos).

Del dominio/dimensión percepción (6 preguntas/máx. 30 pts) se registró una puntuación promedio de 14,38 pts  $\pm$  0,30, con una mediana de 14 pts, una puntuación mínima de 9 pts, una puntuación máxima de 22 puntos y un coeficiente de variación de 19% (serie homogénea entre sus datos). Predominaron aquellas embarazadas con una percepción negativa de la infección por el COVID-19 con un 63,41% (52 casos), mientras que aquellas con una percepción positiva representaron un 36,59% (30 casos).

Del dominio/dimensión actitud (6 preguntas/máx. 30 pts) se registró una puntuación promedio de 21,45 pts  $\pm$  0,31, con una mediana de 22 pts, una puntuación mínima de 14 pts, una puntuación máxima de 27 puntos y un coeficiente de variación de 13% (serie homogénea entre sus datos). Predominaron aquellas embarazadas con una actitud hacia la infección por el COVID-19 de tipo favorable representando un 97,56% (80 casos).

De las embarazadas con conocimiento sobre el COVID-19 clasificado como bueno (n=29) se tiene que fueron más frecuentes aquellas con mayor edad (4/5) aunque el promedio de edad fue mayor entre las embarazadas con conocimiento clasificado como bueno, tal diferencia no fue estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ); bachilleres (13 casos); en el tercer trimestre de gestación (13 casos) y de estrato socioeconómico III (16 casos).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de conocimiento y la edad ( $X^2=5,60$ ; 2 gl;  $P=0,0608 > 0,05$ ); tampoco según la escolaridad ( $X^2=1,57$ ; 3 gl;  $P=0,6662 > 0,05$ ); tampoco con el estrato socioeconómico ( $X^2=0,24$ ; 3 gl;  $P=0,9711 > 0,05$ ). Solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de conocimiento y el trimestre de gestación ( $X^2=6,46$ ; 2 gl;  $P=0,0396 < 0,05$ ).

## CONCLUSIONES

La investigación desarrollada representa una temática novedosa en función del fomento de la Salud Pública, pues se fundamenta en el deseo de diagnosticar la situación en cuanto a la información o conocimiento que poseen las embarazadas atendidas en una institución de salud de carácter público sobre la infección por el virus del COVID-19 y las implicaciones que esta realidad tiene sobre ellas, verificando su experiencia particular en cuanto a la vulnerabilidad que puedan sentir y las prácticas de autoprotección y cuidado que tengan para sí mismas y su entorno en medio de esta pandemia. En nuestro estudio predominaron las embarazadas entre 2 y 35 años con un promedio de 24,87 años  $\pm$  0,78, de educación media y bachilleres pertenecientes a un estrato socioeconómico III y en el segundo trimestre de gestación. La puntuación obtenida en los diferentes dominios /dimensiones por parte de las embarazadas encuestadas nos permitió concluir que estas poseen un conocimiento regular (25,26 ptos  $\pm$  0,36), una percepción negativa (14,38 ptos  $\pm$  0,30) y una actitud favorable (21,45 ptos  $\pm$  0,3) acerca de la infección por COVID-19 y embarazo.

Finalmente se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de conocimiento y el trimestre de gestación ( $X^2= 6,46$ ; 2 gl;  $P= 0, 0396 <0, 05$ ); así como también entre la actitud y los grupos de edad ( $X^2 = 8,27$ ; 2 gl;  $P = 0, 0160 < 0,05$ ).

## RECOMENDACIONES

Debido a la asociación COVID-19 con las altas cifras de mortalidad, se considera a las embarazadas como grupo de especial riesgo por lo que se deben reforzar las acciones de prevención, reduciendo al máximo las posibilidades de que las mujeres embarazadas se infecten.

Se recomienda que las mujeres embarazadas o aquellas que están en planificación familiar eviten durante la pandemia ejecutar la planificación.

Extremar las medidas de precaución necesarias para evitar el contagio.

Las gestantes que se encuentren en cualquier trimestre de embarazo con síntomas sospechosos de COVID-19 acudir al área de emergencia del centro de salud más cercano para la toma de muestra y diagnóstico.

Control prenatal precoz y evaluación ecográfica rigurosa correspondiente a cada edad gestacional para aquellas gestantes con síntomas sospechosos o que hayan tenido el virus en el último semestre.

Las maternidades deben organizar en forma anticipada lo que será el manejo de embarazadas con COVID-19 o sospechosas de ello, tanto en el servicio de urgencia obstétrico, como en la zona de partos / partos, zona de recuperación, así como en las zonas de alto riesgo obstétrico hospitalizado y en Puerperio. Esta toma de decisiones debe ser consensuada entre los equipos de medicina interna/infectología, obstetricia, neonatología y otros que sean necesarios.

Para reducir el riesgo de transmisión del virus de la madre al recién nacido, se podría considerar la separación temporal de la madre confirmada o bajo sospecha, hasta que las medidas de prevención en ella hayan sido suspendidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Alerta y Respuesta Mundiales (GAR) Enfermedades cubiertas por el Grupo Alerta y Respuesta Mundiales Gripe pandémica (H1N1) 2009 Gripe pandémica (H1N1) 2009 preguntas frecuentes en: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/03/12/asi-se-desarrollo-la-ultima-pandemia-decretada-por-la-oms/>
- 2) Desarrollo de la última pandemia 2020 en: <https://www.duna.cl/noticias/2020/03/13/4-pandemias-mundiales-antes-del-coronavirus>
- 3) «MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION, DE LA PROMOTION DE LA FEMME ET DE L'INTEGRATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT». [www.sante.gouv.cg](http://www.sante.gouv.cg). Consultado el 2020-05-01.
- 4) <https://cnnespanol.cnn.com/2020/06/01/latinoamerica-el-nuevo-epicentro-de-covid-19-podria-ser-el-peor-hasta-ahora/>
- 5) <http://alianzasalud.org/la-pandemia-de-covid-19-en-venezuela-resumen-de-las-primeras-6-semanas/>
- 6) Song Z, Xu Y, Bao L, Zhang L, Yu P, Qu Y, *et al.* From SARS to MERS, thrusting coronaviruses into the spotlight. *Viruses*. 2019; 11:59.
- 7) Peterson MJ, White P. Case Study Series: Reporting incidence of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Int Dimens Ethics Educat Case Study Series* [Internet]. 2010 [consultado el 2 de febrero de 2020]; Appendix A: Chronology [15 páginas]. Disponible en: <https://scholarworks.umass.edu/edethicsinscience/6/>
- 8) Jeong SY, Sung SI, Sung JH, Ahn SY, Kang ES, Chang YS, *et al.* MERS-CoV infection in a pregnant woman in Korea. *J Korean Med Sci*. 2017; 32:1717-1720
- 9) Ng WF, Wong SF, Lam A, Mak YF, Yao H, Lee KC, *et al.* The placentas of patients with severe acute respiratory
- 10) World Health Organization [Internet]. Ginebra: Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Myth busters; 2020 [consultado 7 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>.
- 11) Rasmussen S, Jamieson D. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy. Responding to a rapidly evolving situation. *Obstet Gynecol*. 2020; doi: 10.1097.
- 12) Código de Ética para la Vida República Bolivariana de Venezuela. 2011 [http://www.locti.co.ve/inicio/repositorio/doc\\_details/50-codigo-de-etica-para-la-vida-republica-bolivariana-de-venezuela-.html](http://www.locti.co.ve/inicio/repositorio/doc_details/50-codigo-de-etica-para-la-vida-republica-bolivariana-de-venezuela-.html).
- 13) MSc. Dalgy Rodríguez González, I Dra. C. Julia Pérez Piñero, II Dr. C. Miguel Sarduy Nápoles. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia* 2014;40(2):218-232 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v40n2/gin09214.pdf>.
- 14) Vigil-De Gracia P, Luo C. Coronavirus infection (SARS-CoV-2) in pregnant women: Systematic review. *Authorea*. April 03, 2020. Preprint. DOI: <https://doi.org/10.22541/au.158592515.56139684> [ [Links](#) ].
- 15) Panahi L, Amiri M, Pouy S. Risks of novel coronavirus disease (COVID-19) in pregnancy; a narrative review. *Arch Acad Emerg Med*. 2020;8(1):e34. Published 2020 Mar 23. [ [Links](#) ]

- 16) Liu Y, Chen H, Tang K, Guo Y. Clinical manifestations and outcome of SARS-CoV-2 infection during pregnancy [published online ahead of print, 2020 Mar 4]. *J Infect.* 2020. doi:10.1016/j.jinf.2020.02.028 [ [Links](#) ]
- 17) Dashraath P, Jing Lin Jeslyn W, Mei Xian Karen L, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy [published online ahead of print, 2020 Mar 23]. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;S0002-9378(20)30343-4. doi:10.1016/j.ajog.2020.03.021 [ [Links](#) ]
- 18) Ferrazzi E, Frigerio L, Savasi V, Vergani P, Frefumo F, Barresi S, et al. Vaginal delivery in SARS-CoV-2 infected pregnant women in Northern Italy: a retrospective analysis [published online ahead of print, 2020 Apr 27]. *BJOG.* 2020;10.1111/1471-0528.16278. doi:10.1111/1471-0528.16278 [ [Links](#) ].
- 19) RCOG. Coronavirus (COVID-19) infección en el embarazo. *Royal College Obst Gynecol.* Marzo 28, 2020. [ [Links](#) ]
- 20) Chen S, Liao E, Cao D, Gao Y, Sun G, Shao Y. Clinical analysis of pregnant women with 2019 novel coronavirus pneumonia [published online ahead of print, 2020 Mar 28]. *J Med Virol.* 2020;10.1002/jmv.25789. doi:10.1002/jmv.25789 [ [Links](#) ]
- 21) Breslin N, Baptiste C, Gyamfi-Bannerman C, Miller R, Martinez R, Bernstein K, et al. COVID-19 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: Two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals [published online ahead of print, 2020 Apr 9]. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;100118. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100118 [ [Links](#) ]
- 22) Coronavirus. [www.WHO.int/es/health-topics/coronavirus](http://www.WHO.int/es/health-topics/coronavirus) [ [Links](#) ]
- 23) Coronavirus Disease (COVID-19) [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=15720:technical-documents-coronavirus-disease-covid-19&Itemid=4206&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15720:technical-documents-coronavirus-disease-covid-19&Itemid=4206&lang=es) [ [Links](#) ]
- 24) Yudin MH, Steele DM, Sgro MD, et al. Severe acute respiratory syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005; 105:124e7. [ [Links](#) ]
- 25) Wong SF, Chow KM, Leung TN, Ng WF, Ng TK, Shek CC, Ng PC, Lam PW, Ho LC, To WW, Lai ST, Yan WW Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Jul; 191(1):292-7. [ [Links](#) ]
- 26) Lauren J. Stockman, Sara A. Lowther, Karen Coy, Jenny Saw, and Umesh D. Parashar. SARS during Pregnancy, United States. *Letters. Emerging Infectious Diseases.* 2004; 10(9) [ [Links](#) ]
- 27) Wong SF, Chow KM, de Swiet M. Severe acute respiratory syndrome and pregnancy. *BJOG* 2003;110:641 e2. [ [Links](#) ]
- 28) Coronavirus Disease (COVID-19) <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19> [ [Links](#) ]

**ANEXO A**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_,  
titular de la cédula de identidad \_\_\_\_\_, mayor de edad y con  
residencia en: \_\_\_\_\_

Acepto participar libre y voluntariamente como sujeto de muestra en la investigación  
titulada:

**CONOCIMIENTO, PERCEPCION Y ACTITUD EN LAS EMBARAZADAS  
QUE ACUDEN A UN SERVICIO DE ADMISIÓN OBSTETRICIA  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID - 19**

Llevada a cabo por el Dr. Cesar Augusto Navas Gutiérrez; C.I: 17.173.255

Dejo claro que estoy consciente que los datos obtenidos en este estudio serán anónimos y  
utilizados con fines médicos y científicos.

Firmo Conforme: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Dr. Cesar A. Navas G: \_\_\_\_\_

Naguanagua, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2020

## ANEXO B

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

<b>DATOS DE LA PACIENTE</b>			
NOMBRE Y APELLIDO		N°. HISTORIA/CÉDULA	
FICHA N°		EDAD	
PARIDAD		TRIMESTRE DE EMBARAZO ACTUAL	
GRADO DE INSTRUCCIÓN		TRABAJO	
ESTADO CIVIL		CASA PROPIA	
N° DE PERSONAS QUE VIVEN EN CASA		DIRECCION	

**INSTRUCCIONES:** Estas preguntas son sobre EL COVID-19 y su relación con el embarazo. Las alternativas de respuesta son: Totalmente de acuerdo (TA), De acuerdo (DA), Indeciso (IN), En desacuerdo (ED) y Totalmente en desacuerdo (TD); seleccione una sola alternativa. Por favor responda de la forma más honesta posible. No deje preguntas sin contestar. Cualquier duda pregunte al especialista. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

	<b>Opciones</b>	<b>TA</b>	<b>DA</b>	<b>IN</b>	<b>ED</b>	<b>TD</b>
<b>1</b>	¿A menudo a recibe información acerca de la pandemia actual por COVID - 19?					
<b>2</b>	¿Recibe frecuentemente información sobre la infección sobre COVID – 19 por parte de los profesionales sanitarios (médicos, enfermera)?					
<b>3</b>	¿Considera usted que estar embarazada es una condición de riesgo para contraer la infección por COVID -19?					
<b>4</b>	¿El uso de mascarilla facial (cubre bocas) es un método de protección seguro para las embarazadas?					
<b>5</b>	¿Durante su embarazo si presenta síntomas como: fiebre, tos, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y dolor de cabeza es probable que se trate de COVID -19?					
<b>6</b>	¿Considera que sea necesaria la interrupción de su embarazo por cesárea para evitar una posible transmisión del virus (COVID -19) a través del parto vaginal?					
<b>7</b>	¿Si presentara síntomas de COVID-19 durante su embarazo; estaría de acuerdo en suspender la lactancia materna ante una posible transmisión del virus de madre a hijo?					
<b>8</b>	¿La infección por COVID-19 ocasiona síntomas graves en la embarazada afectada y su recién nacido?					
<b>9</b>	¿Se siente vulnerable e insegura ante la situación actual de pandemia por COVID-19?					
<b>10</b>	¿Considera necesario implementar una estrategia educativa dirigida a la mujer embarazada en el servicio de maternidad donde serás atendida acerca del COVID-19, estrategias de prevención, control prenatal y potenciales riesgos maternos fetales?					

## CONTINUACIÓN

<b>11</b>	¿Se ha sentido física y /o emocionalmente afectada por la situación actual de pandemia por COVID-19?					
<b>12</b>	¿Considera que la situación actual de pandemia por COVID -19 durante tu embarazo, ha afectado tus actividades cotidianas o rutinarias?					
<b>13</b>	¿Considera relevante durante la pandemia por COVID-19 que el profesional sanitario (médicos, enfermeras, camilleros/as, bionalista) presente el equipamiento adecuado para su protección al atender a las embarazadas?					
<b>14</b>	¿Considera usted que los hospitales son sitios seguros para atender su embarazo y partos en momentos de pandemia?					
<b>15</b>	¿Se preocupa por buscar información disponible sobre la infección por COVID -19 en redes sociales, internet, medios audiovisuales?					
<b>16</b>	¿A todas las embarazadas que llegan para ser atendidas en el hospital se les debe realizar el test para detectar COVID -19 independientemente que tenga o no síntomas sugestivos de infección viral ?					
<b>17</b>	¿Son las medidas de auto aislamiento y distanciamiento social efectivas para prevenir el contagio por COVID-19 en embarazadas?.					
<b>18</b>	¿Durante la pandemia usted acudió a consulta prenatal o se comunicó vía telefónica o por correo electrónico con su obstetra regularmente?					
<b>19</b>	¿Considera necesario acudir al centro de atención en salud si presentas síntomas sospechosos de infección por COVID-19?					
<b>20</b>	¿Una vez que usted y su recién nacido se encuentren en el hogar permitirá visitas de familiares y amigos ?					

**Gracias por su Colaboración.**



## ANEXO C

### PATRÓN DE CORRECCIÓN PARA LA CODIFICACIÓN DE LAS RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO

Pregunta	TA	DA	IN	ED	TD
1	5	4	3	2	1
2	5	4	3	2	1
3	1	2	3	4	5
4	5	4	3	2	1
5	5	4	3	2	1
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	5	4	3	2	1
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	5	4	3	2	1
14	5	4	3	2	1
15	5	4	3	2	1
16	1	2	3	4	5
17	5	4	3	2	1
18	5	4	3	2	1
19	5	4	3	2	1
20	1	2	3	4	5