

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA



**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD
HACIA LA HEPATITIS B EN LOS ESTUDIANTES DE
ESTOMATOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA**

**TESIS PARA OPTAR POR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO- DENTISTA**

PRESENTADO POR LA:

Bach. Cecilia Isabel FRANCIA APAZA

Lima - Perú

2018

TÍTULO DE LA TESIS:
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD
HACIA LA HEPATITIS B EN LOS ESTUDIANTES DE
ESTOMATOLOGÍA DE UNA UNIVERSIDAD PRIVADA

JURADO DE SUSTENTACIÓN

Mg. Doris Cecilia Castañeda Espinosa Presidente

Mg. Sara Morante Maturana Secretario

Mg. Peggy Sotomayor Woolcott Vocal

A Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida.

A mis padres José y Frida, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer a las adversidades.

A mi hermano José Alfredo por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso.

A toda mi familia, amigos del trabajo, de la universidad, por sus consejos y palabras de aliento, hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermano, por apoyarme moral y económicamente en la realización de esta investigación. Muchas gracias por todo el amor y comprensión que siempre me han dado durante mi carrera y la realización de esta tesis.

A cada uno de mis docentes y compañeros por influir en mi formación profesional, y hacer más amena la realización de esta investigación.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo por su asesoramiento y desinteresada colaboración y comprensión para elaborar la presente investigación.

A los alumnos de 9º y 10º ciclo que amable y desinteresadamente colaboraron en esta investigación.

A mis compañeros de trabajo que siempre estuvieron apoyándome y alentándome para que avanzara y terminara esta investigación

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Título	ii
Jurado de Sustentación	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Gráficos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Introducción	xii

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico	1
1.1.1 Conocimiento	1
1.1.2 Actitud	3
1.1.3 Hígado	8
1.2 Investigaciones	18
1.3 Marco Conceptual	33

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema	38
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	38
2.1.2 Definición del problema	42
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	43
2.2.1 Finalidad	43
2.2.2 Objetivo General y Específicos	43
2.2.3 Delimitación del estudio	44

2.2.4	Justificación e importancia del estudio	45
2.3	Variables e Indicadores	46
2.3.1	Variables	46
2.3.2	Indicadores	46
CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO		
3.1	Población y Muestra	48
3.1.1	Población	48
3.1.2	Muestra	48
3.2	Diseño a utilizar en el Estudio	49
3.3	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	49
3.3.1	Técnica de Recolección de Datos	49
3.3.2	Instrumento de Recolección de Datos	50
3.4	Procesamiento de Datos	52
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
4.1	Presentación de los Resultados	53
4.2	Discusión de los Resultados	62
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1	Conclusiones	70
5.2	Recomendaciones	71
BIBLIOGRAFÍA		73
ANEXOS		78

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según sexo	54
N° 02	Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II	55
N° 03	Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p)	56
N° 04	Nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género	56
N° 05	Actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género	57
N° 06	Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega	58
N° 07	Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p)	59
N° 08	Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega	60
N° 09	Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; mediante la prueba del Chi cuadrado (X ²) y el nivel de significancia (p)	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO		Pág.
N° 01	Distribución de participantes según sexo	54
N° 02	Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II	55
N° 03	Nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género	57
N° 04	Actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género	58
N° 05	Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega	59
N° 06	Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega	60

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las Actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018-II. El diseño metodológico empleado en el estudio fue descriptivo, el tipo de investigación transversal y prospectivo y el enfoque cuantitativo y cualitativo. Como instrumento se utilizaron dos cuestionarios, uno para determinar el nivel de conocimiento y otro para determinar la actitud que tienen los estudiantes hacia la Hepatitis B. Asimismo, el instrumento se aplicó a una muestra conformada por 83 estudiantes que cumplieron con los criterios de selección. Obteniéndose como resultado, que del total de la muestra que corresponde a 83 (100%) estudiantes, que en su mayoría, en un número de 32 (38.6% de la muestra) presentaron una actitud de aceptación y un conocimiento regular; asimismo en un número de 19 (22.9% de la muestra) presentaron una actitud de aceptación y un conocimiento malo; luego en un número de 17 (20.5% de la muestra) presentaron un conocimiento malo y una actitud de indiferencia y finalmente en un número de 15 (18.1% de la muestra) presentaron un conocimiento regular y una actitud de indiferencia. Se concluye que no existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018-II.

Palabras clave

Conocimiento, Actitud, Hepatitis B, Estudiantes

ABSTRACT

The present investigation has like objective To determine the relation between the level of knowledge and the Attitudes towards the Hepatitis B in the students of 9th and 10th cycle of the Faculty of Stomatology of the Inca Garcilaso de la Vega University, 2018-II. The methodological design used in the study was descriptive, the type of transversal and prospective research and the quantitative and qualitative approach. The instruments used to determine the level of knowledge of hepatitis B were also used for 83 students who met the selection criteria. Obtaining as a result, that of the total sample that corresponds to 83 (100%) students, that in its majority, in a number of 32 (38.6% of the sample) presents an attitude of acceptance and regular knowledge; also in a number of 19 (22.9% of the sample) presents an attitude of acceptance and bad knowledge; then in a number of 17 (20.5% of the sample) presentation of a bad knowledge and an attitude of indifference and finally in a number of 15 (18.1% of the sample) presentation of a regular knowledge and an attitude of indifference. It is concluded that there is no relationship between the level of knowledge and attitudes towards Hepatitis B in the stomatology students of the Inca Garcilaso de la Vega University, 2018-II.

Keywords

Knowledge, Attitude, Hepatitis B, Students

INTRODUCCIÓN

Según la OMS define la hepatitis B como una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica, se estima que hay 257 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B (definidas como positivas al antígeno superficial del virus de la hepatitis B). Desde 1982 se dispone de una vacuna contra la hepatitis B con una eficacia del 95% en la prevención de la infección.

En la actualidad todos los pacientes deben ser considerados como potenciales portadores de una enfermedad infecciosa, y la exposición a la sangre y otros fluidos potencialmente contaminados debe ser considerado un problema médico.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Además de conocer, ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B de los estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género?, ¿Cuál es la actitud hacia la Hepatitis B de los estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género?, ¿Cuál es la relación hay entre nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género?

El Primer Capítulo es el planteamiento del problema, de acuerdo al objetivo general se determinó si existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud

hacia la hepatitis B de los estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

En el Segundo Capítulo, marco teórico se propuso una fundamentación teórica, se concluyó, antecedentes nacionales e internacionales, bases teóricas, marco conceptual y se contrastó las variables obtenidas en la investigación.

En el Tercer Capítulo, la metodología que se aplicó; es no experimental, de tipo descriptivo, transversal, prospectivo con un enfoque cuantitativo y cualitativo de los estudiantes de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Se realizó la recolección de datos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se aplicó la técnica de un análisis secundario a través de dos cuestionarios y por lo tanto el instrumento que se utilizó fue la Ficha de Recolección de Datos.

En el Cuarto Capítulo, se pudo realizar la presentación y análisis de los resultados de las pruebas estadísticas como las inferencias que serán expresados mediante tablas y gráficos, elaboradas con el programa Windows Microsoft Excel versión 2010. Así mismo los datos recolectados fueron procesados con el Programa Estadístico SPSS versión 20.0.

En el Quinto Capítulo, se puede apreciar que de acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que se pudo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Conocimiento

A. Concepto

El conocimiento a lo largo del tiempo ha ido cambiando en cuanto a su definición, por ejemplo en un artículo se cita “Son muchas las definiciones que sobre conocimiento existen. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad, pero, de nuevo asalta la duda, ¿es posible realmente aprehender la realidad?, o simplemente accedemos, a constructos mentales de la realidad”.¹

El conocimiento no sólo han desplazado a los recursos naturales y energéticos, a la mano de obra o al capital, como recurso más importante en los sistemas productivos actuales, sino que también, y esto es lo trascendental, reducen considerablemente la necesidad de esas entradas.

Más aún, los conocimientos siempre provocaron ventajas competitivas que producen cambios, a veces muy profundos y duraderos en las sociedades

B. Tipos de Conocimiento

- **Conocimiento Empírico**

En el conocimiento empírico tiene lugar un análisis escrupuloso de los distintos ángulos del fenómeno estudiado. El investigador actúa sobre el fenómeno. Sin embargo, no tiene en cuenta aquellas transformaciones internas que tienen lugar en el propio fenómeno. Como resultado se describe el modo de intervención que ha logrado el efecto deseado. Este modo incluye lo que algunos autores denominan regularidad empírica.²

- **Conocimiento Científico**

La ciencia moderna y sus producciones, a pesar de lo que pareciera, es una empresa muy reciente y su objeto de estudio es la realidad empírica, tangible (Bunge, 2004). No obstante que el conocimiento científico es objetivo, sistemático, metódico, riguroso, fundamentado, explicativo, y hasta predictivo, hay diferentes formas de concebirlo, producirlo y de practicarlo, lo que a la vez lleva a tomar posturas consideradas no pocas veces como excluyentes entre sí, aunque todas ellas posean el reconocimiento de científico.³

1.1.2 Actitud

A. Concepto

Actualmente las actitudes son abordadas no solamente por la psicología, sino por otras disciplinas como la sociología, antropología cultural y la Educación. La actitud es un tema que despierta gran interés a los investigadores educacionales, porque a través de ésta se puede predecir el comportamiento y la conducta de agentes educativos, como docentes, representantes y alumnos. La actitud ha sido definida de muchas maneras. Sólo Gordon Allport, citado por Rodríguez (1990), "compiló más de 100 definiciones de actitud...". Thurstone (1928), pionero de la construcción de escalas de actitud, define la actitud como la predisposición de una persona a expresar sus sentimientos. En esta definición de Thurstone sólo está presente la parte afectiva de la actitud. Actualmente hay acuerdo que la actitud es la predisposición manifestada por una persona hacia otra persona u objeto, predisposición que puede ser a favor, en contra o simplemente no manifestar ninguna predisposición. Donde no hay acuerdo es sobre los componentes de la actitud. Hay autores que consideran la actitud compuesta por tres componentes: el cognoscitivo (creencias, percepciones e ideas acerca del objeto de actitud), el afectivo (sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto de actitud) y el conductual (intenciones conductuales o tendencia a la acción). Otros autores consideran que la actitud, al igual como lo consideró Thurstone, está compuesta solamente por lo afectivo. Stahlberg y Frey (1990) analizan la controversia sobre la estructura de la actitud.⁴

Podemos decir que las actitudes son muy relevantes para la comprensión de la conducta social humana por diversas razones, por lo cual, las actitudes son relevantes a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas asimilan y relacionan la información que reciben del mundo en torno a dimensiones evaluativas, las actitudes desempeñan una serie de funciones imprescindibles a la hora de buscar, procesar y responder, no sólo a la información sobre el entorno, sino también a la relacionada con uno mismo, las actitudes guardan una estrecha relación con nuestra conducta y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de las actitudes permitirá realizar predicciones más exactas sobre la conducta social humana y sobre sus cambios. Es decir, las actitudes influyen sobre la forma en que piensan y actúan las personas, las actitudes permiten conectar el contexto social en el que vivimos con la conducta individual o, dicho de otro modo, nuestras actitudes reflejan la interiorización de los valores, normas y preferencias que rigen en los grupos y organizaciones a los que pertenecemos. De hecho, distintos grupos sociales pueden ser distinguidos entre sí por las actitudes diferenciales que hacia determinadas cuestiones o asuntos comparten los individuos que los forman, cambios en las actitudes de las personas pueden cambiar el contexto .Si las actitudes de un gran número de personas cambian, posiblemente las normas sociales puedan cambiar también. Por ello, el estudio de cómo se adquieren y modifican las actitudes resulta esencial para comprender las bases de posibles cambios más amplios. Por último, la investigación sobre las actitudes permite conectar áreas de investigación tradicionalmente dispersas. Por ejemplo, el estudio del prejuicio hacia grupos minoritarios

puede enfocarse como el estudio de las actitudes, generalmente negativas, hacia estos grupos. De la misma forma, el estudio de la autoestima puede definirse como el estudio de las actitudes que mantenemos hacia nosotros mismos.⁵

B. Formación de la Actitud

Las personas poseen actitudes hacia la mayoría de estímulos que les rodean. Incluso para aquellos objetos para los cuales podemos no tener ningún conocimiento ni experiencia, enseguida podemos evaluarlos en la dimensión bueno - malo, o me gusta – no me gusta. Si bien, la formación de alguna de estas evaluaciones puede estar influida por aspectos genéticos, como parece ocurrir con ciertos estímulos muy concretos, tales como serpientes, arañas o determinados sonidos y sabores, y cuyo origen parece radicar en mecanismos relativamente innatos que han favorecido a la especie en épocas ancestrales, la mayoría de las actitudes tiene sus raíces en el aprendizaje y el desarrollo social.⁵

De esta forma, muchas actitudes se adquieren:

- Por condicionamiento instrumental, es decir, por medio de los premios y castigos que recibimos por nuestra conducta.
- Por modelado o imitación de otros.
- Por refuerzo vicario u observación de las consecuencias de la conducta de otros.

C. Medida de las Actitud

Son numerosos y diversos los procedimientos diseñados para medir actitudes, todos los cuales podrían clasificarse en dos grandes categorías, los procedimientos directos y los procedimientos indirectos. Los procedimientos directos consisten en preguntar directamente y explícitamente a las personas por las opiniones y evaluaciones que sustentan en relación a un determinado objeto de actitud. Los procedimientos indirectos tratan de conocer las evaluaciones de las personas sobre el objeto de actitud sin preguntar directamente por él.

Dentro de los procedimientos directos se pueden destacar los siguientes instrumentos de medida:

- El Diferencial Semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957).
- La Escala de intervalos aparentemente iguales (Thurstone, 1928).
- La Escala de Likert (Likert, 1932).
- La Escala de clasificación de un solo ítem (La Piere, 1934).

Como característicos de los procedimientos indirectos de medida actitudinal podemos destacar:

- Los registros fisiológicos (por ejemplo la electromiografía facial, el electroencefalograma y el registro de la activación de estructuras cerebrales).
- Las pruebas proyectivas, como el Test de Apercepción Temática (Proshansky, 1943).
- Los métodos de observación conductual (por ejemplo, Dovidio, y cols., 1997).

Las medidas de tiempos de reacción, como:

- El Test de Asociación Implícita (IAT, Greenwald, McGhee, y Schwartz, 1998).
- La Tarea de Evaluación Automática (Fazio, Jackson, Dunton, y Williams, 1995).

D. Escala de Likert

La escala Likert es utilizada frecuentemente para este tipo de mediciones porque se considera fácil de elaborar; además, permite lograr altos niveles de confiabilidad y requiere pocos ítems mientras que otras necesitan más para lograr los mismos resultados. En lo referente a estudios de este mismo tipo en Colombia, se encuentra el realizado en 1999 por la Directora del Programa de Enfermería de Manizales, quien buscó identificar los conocimientos y prácticas de las madres frente a las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, desarrolladas por los agentes de salud y en el manejo de la infección respiratoria aguda (IRA) en menores de cinco años, debido a que los índices de mortalidad reportados por estudios precedentes eran muy altos. En el ámbito internacional se han identificado algunas investigaciones sobre actitudes y conocimientos como las realizadas por Catherin A. (2012), en la que se evaluó las actitudes de las enfermeras frente al cuidado de la salud de los alcohólicos. Otra de ellas fue la realizada por Fiona Payne y otros, en la cual se dio a conocer el proceso metodológico para la medición de la actitud frente a la salud mental de las enfermeras que trabajaban en una institución de salud.⁶

1.1.3 Hígado

A. Concepto

El hígado es la más voluminosa de las vísceras y desempeña la doble función de secretar bilis y de elaborar glucógeno. El hígado está situado en la parte superior del abdomen, debajo del diafragma, encima del estómago y de la masa intestinal. Se mantiene en esta posición gracias a los siguientes medios de fijación: la vena cava inferior, a la cual está sólidamente unido por las venas suprahepáticas; el cordón fibroso, que con el nombre de ligamento redondo del hígado reemplaza en el adulto la vena umbilical del feto; repliegues peritoneales, que constituyen los ligamentos del hígado. El conjunto de estos medios de fijación permite al hígado, por lo demás, cambios de postura o movimientos fisiológicos o patológicos bastante extensos. El peso en el vivo aumenta por la cantidad de sangre contenida en el órgano (400 gramos aproximadamente) y varía según las condiciones en que se verifica la circulación hepática (influencia de la digestión, del embarazo y de las afecciones cardiovasculares). Su coloración es rojo parda. Visto de cerca, parece estar constituido por una serie de granulillos de diferente color en su centro y en su periferia (lobulillos hepáticos). Su consistencia es bastante dura; sin embargo, se amolda regularmente a los órganos vecinos y presenta una friabilidad muy notable.⁷

B. Enfermedades que afectan al Hígado

Las enfermedades difusas del hígado son entidades que comprometen globalmente el parénquima hepático; estas pueden ser agudas,

destacándose la hepatitis aguda de etiología viral (virus hepatotrópicos A, B, C, D, E y G), tóxicas o alcohólicas. Las hepatitis agudas suelen ser autolimitadas y en algunas ocasiones evolucionan hacia la cronicidad o terminan en una falla hepática fulminante. En relación con los procesos crónicos podemos identificar la hepatitis crónica de causa viral, autoinmune, por tóxicos o fármacos, y secundaria a enfermedades metabólicas; la cirrosis hepática y las morbilidades colestásicas pueden ser de origen intra o extrahepáticas.⁸

- Cirrosis: proceso difuso caracterizado por fibrosis y transformación de la estructura normal en nódulos estructuralmente anormales. La cirrosis es un estadio en la evolución de muchas enfermedades crónicas, incluyendo infecciones virales, alcoholismo, hemocromatosis, enfermedades autoinmunes, enfermedad de Wilson y colangitis esclerosante primaria. Desde una perspectiva clínico-patológica, la cirrosis no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico que sigue el curso de inflamación, daño celular, muerte celular, fibrosis y regeneración.
- Hígado graso (esteatosis hepática): se define como la acumulación de lípidos dentro de los hepatocitos. Constituye una de las alteraciones más frecuentes en los especímenes de hígado quirúrgicos o de autopsia. La grasa, fundamentalmente triglicéridos, se acumula en los hepatocitos del paciente en una gran variedad de situaciones entre las cuales se encuentran la diabetes mellitus, obesidad, malnutrición y tras la

exposición a esteroides o tóxicos como el etanol u otras toxinas químicas.

- Hemocromatosis secundaria (hemosiderosis): es una enfermedad que se caracteriza por el depósito en exceso de hierro en distintos órganos; se presenta en pacientes con anemia crónica y que han recibido transfusiones múltiples. Otras causas menos comunes son el déficit congénito de transferrina, cirrosis, ingesta excesiva de hierro (siderosis Bantú), porfiria cutánea tarda y como complicación de la derivación porto cava.
- La hepatitis es una lesión inflamatoria difusa del hígado producida por variados agentes etiológicos que clínicamente puede ser asintomática o cursar con grados variables de insuficiencia hepática. Bioquímicamente presenta en forma constante, elevación de aminotransferasas. Dentro de las diferentes causas se encuentran agentes infecciosos, trastornos metabólicos, y agentes físicos. Existen otros virus además de los hepatotrópicos convencionales, que pueden causar un síndrome de hepatitis aguda como manifestación clínica inicial; pueden ser de la familia herpes, el de la rubéola, sarampión, la fiebre amarilla y ébola, capaces de presentar formas de hepatitis primaria o secundaria. Existen siete tipos diferentes de virus hepatotrópicos capaces de producir hepatitis; se les designa como A, B, C, D, E, F, G, aunque hay evidencias de la existencia de más virus que pueden causar inflamación y necrosis del hígado. Todos los virus hepatotrópicos tienen la capacidad

de causar infección aguda del hígado pero sólo el B, C, y D, ocasionan formas crónicas de la enfermedad.⁹

El periodo de incubación es de 30 días, con un rango de 15 a 50 días, el cuadro clínico se caracteriza por insuficiencia hepática leve o moderada de menos de 6 meses de evolución, ocasionalmente la hepatitis aguda tiene una duración mayor sin que esto implique mal pronóstico o evolución hacia la cronicidad. Es una enfermedad que generalmente cursa en forma asintomática (un 10% es sintomática en la infancia y hasta 30 a 40% en el adulto), la mayoría de los casos no muestran ictericia, presentando sólo la fase prodrómica con astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso, dolor leve en el cuadrante superior derecho, un cuadro gastrointestinal (en la mitad de los niños infectados hay diarrea la cual es rara en los adultos).¹⁰

C. Hepatitis B

El virus de la hepatitis B pertenece a la familia de los hepadnavirus, llamados así por ser hepatotróficos, estar formados de un genoma de DNA y compartir estructura y estrategia replicativa. Es un virus esférico de 42nm, contiene una molécula de DNA circular con 3,200 bases de longitud. El virus tiene dos componentes, uno externo que expresa al antígeno de superficie (HBsAg) y otro interno que contiene al antígeno central (HBcAg). En la porción central se encuentra el DNA de doble cadena (HBVDNA) y la replicasa o polimerasa viral (DNAP o DNA polimerasa). El HBV-DNA tiene una cadena larga y otra corta.⁹

- Hepatitis B aguda: Desde el punto de vista clínico la hepatitis B aguda puede presentarse con un cuadro sintomático similar a cualquier otra forma de hepatitis viral aguda, con manifestaciones vagas; la exploración física hace sospechar la presencia de hepatitis, pero no determinar la etiología precisa.⁹
- La hepatitis crónica por virus B es asintomática en un 80% de los pacientes quienes sólo pueden manifestar astenia; en estadios avanzados se observa náusea, hiporexia, molestias abdominales, coluria o ictericia, o datos de insuficiencia hepática de grado variable. La hepatitis crónica es un problema clínico frecuente, debe distinguirse de otros tipos de enfermedad crónica o cirrosis hepática, y tampoco muestra un daño histopatológico característico.⁹

D. Epidemiología de la Hepatitis

La hepatitis B (HB) es una enfermedad del hígado que representa un problema de salud a escala mundial. La infección es causa común de enfermedad hepática crónica, cirrosis y muerte asociada a insuficiencia hepática. Se estima que dos billones de personas han sido infestados y de estos 350 millones presentan infección crónica, de los cuales el 25 % termina sufriendo graves daños hepáticos y al menos 620.000 mueren anualmente de enfermedad hepática relacionado con el VHB. Las regiones de alta prevalencia para infección por el VHB se ubican en África subsahariana, el sudeste de Asia y en América, la cuenca amazónica compartida por Brasil, Perú, Venezuela, Ecuador y Colombia.¹⁰

La disminución de la prevalencia de la hepatitis por VHB en los profesionales sanitarios en los últimos años es consecuencia de la adopción generalizada de medidas de control de la infección y de la introducción de la vacunación frente a este virus en el colectivo de los trabajadores sanitarios; ambas medidas han demostrado ser muy eficaces. El antígeno de superficie (HBsAg) es el componente de la vacuna e induce la producción de anticuerpos neutralizantes del VHB (anti-HBs). La vacunación es segura y altamente efectiva. Confiere protección a más del 90% de los individuos vacunados aunque la respuesta inmunológica a la vacuna es menor en ancianos, pacientes inmunocomprometidos y obesos. En el personal sanitario es aconsejable practicar una analítica a los dos meses de completar la vacunación para determinar la adecuación de la respuesta inmunológica. En estudios a largo plazo en individuos que respondieron positivamente a la vacunación se observó una disminución de los títulos protectores de anti-HBs por debajo de 10 UI/ L, que es el umbral considerado como óptimo, entre los 5 y los 11 años de la vacunación.¹¹

El virus de hepatitis B causa de 60 a 80% de cánceres de hígado en el mundo, que es una de las primeras causas de muerte por cáncer en hombres del este y sudeste de Asia, la Cuenca del Amazonas y África Subsahariana. De otro lado, el cáncer de hígado es la cuarta causa de muerte debida a cánceres en países en vías de desarrollo donde la prevalencia de HBV es mayor que en países desarrollados.¹²

A pesar de ser reconocida desde hace 40 años, la hepatitis B constituye actualmente un problema importante de salud pública. Aproximadamente dos billones de personas en el mundo tienen evidencia de infección previa con VHB, más de 350 millones son portadores crónicos del virus y aproximadamente existe un millón de muertes al año debidas a cirrosis y carcinoma hepatocelular. La transmisión es principalmente a través de contacto sexual, contacto de secreciones infectadas con mucosas, vía percutánea y transmisión vertical o perinatal. La forma mediante la cual los individuos se infectan varía acorde la edad, hábitos, co-morbilidad y endemia de la zona poblacional. Es así que la infección en áreas endémicas como en África, este de Europa, Asia central, China, sudeste asiático, islas del Pacífico y la Amazonía, ocurre en etapas tempranas de la vida, tal vez originada por transmisión vertical y en la infancia temprana, siendo alrededor de 70% de la población positiva para infección previa, con alto riesgo de cronicidad por hepatitis B.¹³

La infección causada por el VHB, la hepatitis B, es una enfermedad infecciosa del hígado, grave y frecuente, que afecta a millones de personas en todo el mundo. Actualmente existen más de 2.000 millones de personas que han sido infectadas con el VHB, de los cuales alrededor de 350 millones permanecen infectados crónicamente y se convierten en portadores del virus. Por otra parte, aproximadamente las tres cuartas partes de la población mundial viven en áreas donde hay una prevalencia muy alta de la infección por el VHB. Además, cada año hay alrededor de 4 millones de infecciones agudas por el VHB de las que el 25% dan lugar a

portadores crónicos de la infección y lo más dramático es que cada año un millón de personas en el mundo mueren por hepatitis crónica activa, cirrosis o hepatocarcinoma a causa del VHB¹⁴

E. Mecanismos de Transmisión de la Hepatitis B

La HB constituye un importante riesgo ocupacional para los trabajadores de la salud, el virus permanece infectante por largos periodos en superficies y es transmisible aun en ausencia de sangre visible, por lo que los trabajadores de la salud tienen un riesgo elevado de contraer la infección por vía parenteral, además de la transmisión de la infección viral a los pacientes, el riesgo de adquirir la infección por VHB tras exposición simple de sangre infectada por VHB se encuentra en el rango del 6 % al 30 %. Por lo tanto, los trabajadores sanitarios presentan un riesgo elevado de infección por el VHB debido a la exposición repetida.

Las tres principales formas de transmisión son: percutánea (uso de drogas intravenosas, exposición a sangre, líquidos corporales entre los trabajadores de la salud y transfusiones sanguíneas), sexual (heterosexual, homosexual) y madres infectadas (exposición a la sangre de la madre en el momento del parto). La transmisión entre hermanos y otros contactos interfamiliares puede ocurrir a través de lesiones de la piel como eccema, al compartir objetos contaminados con sangre como son cepillos de dientes, navajas de rasurar o piquetes.⁹

Las formas de transmisión de la Hepatitis B son por uso de agujas contaminadas, relaciones sexuales, contacto directo con sangre, de madre a niño o transfusiones con sangre contaminada.

F. Medidas Preventivas contra la Hepatitis

Las infecciones por el virus de la hepatitis B y C causan irritación e hinchazón del hígado. Se deben tomar medidas para prevenir el contagio o la propagación de estos virus, ya que estas infecciones pueden causar enfermedad hepática crónica.

- **Las vacunas**

Todos los niños deben recibir la vacuna contra la hepatitis B. Los bebés deben recibir una primera dosis de la vacuna contra la hepatitis B al nacer. Deben haber recibido las tres inyecciones en la serie entre los 6 y los 18 meses de edad. Los niños menores nacidos de madres que tienen hepatitis B aguda o han tenido la infección en el pasado deben recibir una vacuna especial de hepatitis B no más de 12 horas después del nacimiento. Los niños menores de 19 años a los que no les hayan aplicado la vacuna, deben recibir las dosis de "recuperación". Los adultos con alto riesgo de hepatitis B también deben vacunarse, incluso: Los trabajadores de la salud y aquellos que viven con alguien que tiene hepatitis B. Las personas con enfermedad renal terminal, enfermedad hepática crónica o infección por el VIH. Las personas con múltiples parejas sexuales y hombres homosexuales, personas que consumen drogas psicoactivas inyectables. No existe vacuna para la hepatitis C.

La inmunización contra el Virus de la Hepatitis B requiere de tres dosis, administradas por vía intramuscular en el deltoides en los niños y adultos y en el área anterolateral del tercio proximal de la pierna en neonatos (no se recomienda la aplicación a nivel glúteo por producir menor respuesta anti-HBs en los pacientes en quienes se emplea este sitio para administración del biológico). El esquema recomendado por el CDC para vacunación contra VHB en adultos es: 0-1-6, es decir, una dosis inicial, seguido por una segunda dosis al mes y una tercera dosis a los 6 meses de la dosis inicial. Las vacunas actualmente disponibles para adultos tienen una concentración de 20 µg en 1 ml y 10 µg en 1 ml para Engerix B® y Recombivax HB® respectivamente. Esta última tiene una presentación adicional de 40 µg en 1 ml para pacientes en diálisis.¹³

- **Estilo de vida**

Los virus de la hepatitis B y C se propagan a través del contacto con la sangre o con los fluidos corporales de una persona que tenga el virus. Los virus no se propagan por contacto casual, como tomar la mano, compartir utensilios para comer o vasos para beber, amamantar, besarse, abrazarse, toser o estornudar. Para evitar entrar en contacto con la sangre o con los fluidos corporales de otras personas:

- Evite compartir objetos personales, como cuchillas de afeitar o cepillos de dientes.
- NO comparta agujas para inyectarse drogas ni otros equipos de drogas (como pajillas para inhalar drogas).

- Limpie los derrames de sangre con una solución que contenga una parte de blanqueador casero por 9 partes de agua.
- Tenga cuidado al hacerse tatuajes y perforaciones en el cuerpo.
- El sexo seguro significa tomar medidas antes y durante el sexo que pueden evitar que usted quede infectado o que le transmite una infección a su pareja.

- **Otras medidas que usted puede tomar**

El análisis de toda la sangre donada ha reducido la probabilidad de contraer hepatitis B a raíz de una transfusión sanguínea. Se debe notificar a los trabajadores de salud del estado los casos de infección por hepatitis B de diagnóstico reciente para rastrear la exposición de la población al virus. La vacuna contra la hepatitis B o una inyección de inmunoglobulina para hepatitis B (IGHB) pueden ayudar a prevenir la infección si se administran en un período de 24 horas luego del contacto con el virus.¹⁴

1.2 Investigaciones

Zunino E. (2002). Chile. En esta investigación, determinaron que la hepatitis B es un problema de salud pública. Sin embargo, sus proyecciones son difíciles de cuantificar, ya que el acceso al diagnóstico etiológico se limita por lo general a la determinación del antígeno de superficie de hepatitis B (HbsAg) y tanto el cuadro clínico como el patrón de laboratorio inespecífico es similar al de hepatitis producida por otros virus. En Chile presentan un bajo nivel de endemia, es uno de los más bajos en Latinoamérica. Sin embargo, las cifras aumentan en algunos

grupos específicos: hasta 21% de marcadores positivos en personal de salud, especialmente en servicios de emergencia, en grupos de hombres que tienen sexo con hombres hasta 53%, en personas infectadas por VIH entre 9 y 30% y en niños poli transfundidos hasta 81%. Las estimaciones llegan a 2.000 millones de habitantes que se infectarán a lo largo de sus vidas, 350 millones de infectados crónicos, un millón por año fallecidos por cirrosis o cáncer hepático, 1 por cada 1.200 infectados fallecidos por hepatitis fulminante, 1 por cada 375 por cirrosis, 1 por cada 75 por cáncer hepático. Los portadores constituyen el reservorio que perpetúa la infección de generación en generación. Las estrategias de prevención dirigidas sólo a grupos de riesgo no han resultado exitosas en la experiencia mundial. Un 40 a 50% no identifica factor de riesgo, en cambio la vacunación precoz en la infancia, aplicada dentro de un programa de inmunización, ha logrado un control de la infección en todos los países en que se ha implementado. El resto de los países de Latinoamérica, muestran niveles heterogéneos de endemia y también diferentes programas, algunos aplicados, otros diseñados. Las metas de OMS y OPS no han sido alcanzadas por limitaciones de costo.¹⁵

Hincapié A. y Cols, (2003). Colombia. Realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal en 219 estudiantes del sexto al décimo semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Teniendo en cuenta que los profesionales de la salud son un grupo humano de alto riesgo para contraerla y que la institución como entidad formadora de recursos humanos en salud tiene un gran papel en el futuro desempeño de sus egresados, consideraron oportuno y pertinente hacer un estudio que diera cuenta del conocimiento y presencia del virus de hepatitis B —VHB— en los estudiantes y del riesgo biológico que éstos

corren en relación con su conducta profesional y social. El estudio permitió, de acuerdo con la metodología propuesta, identificar que: no hay estudiantes positivos para antígeno de superficie de VHB; la gran mayoría (84,4%) tienen anticuerpos positivos para VHB; los conocimientos sobre hepatitis B y bioseguridad son escasos, y un grupo representativo de ellos están expuestos a contraer la HB, de acuerdo con las conductas profesionales y sociales manifestadas. Este estudio permitió identificar avances positivos sobre el uso de barreras de protección con respecto a investigaciones realizadas en años anteriores.¹⁶

Mayca J. y Cols, (2004). Perú. Concluyeron que la hepatitis en el Perú ha seguido una ruta paralela a los primeros reportes de enfermedades hepáticas registrados en el siglo XIX, y recién en los inicios de la década de 1970 que empiezan los estudios serológicos para la identificación del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B, dedicados especialmente a los grupos de riesgo identificados en el país (personal militar, trabajadoras sexuales y personal de salud); a partir de allí se llevaron a cabo una serie de estudios en distintas regiones del país, que básicamente desearon obtener la prevalencia de esta enfermedad. Dichos estudios, lograron identificar zonas en el país, de distinta endemidad (considerándose al Perú, un país con endemidad intermedia para este virus). Sin embargo, debido a que estos estudios son aislados, y no han sido producto de un plan nacional sistematizado que permita conocer una prevalencia nacional en un tiempo determinado, no se ha logrado conocer la prevalencia en muchas zonas del país, teniendo sólo datos parciales, por distritos o provincias, muchos de ellos no actualizados, haciéndose necesario realizar estudios

multicéntricos de prevalencia a nivel nacional. En relación a los métodos utilizados en el diagnóstico, se ha avanzado a lo largo de los últimos años, los cuales podemos considerar como confiables en la actualidad, aunque no disponibles en todas las regiones del país. No todos los departamentos cuentan con un laboratorio y recursos apropiados para realizar un diagnóstico confiable y rápido, optando por el envío de las muestras a Lima, con los riesgos posibles de pérdida y demora en respuesta. Es necesario fortalecer e implementar los laboratorios regionales del país, capacitando a los recursos humanos en las técnicas de diagnóstico de los distintos tipos de hepatitis. Se observó la poca difusión de la información sobre la situación de la hepatitis B en el país, tanto a profesionales, a través publicaciones científicas, como a la población, mediante informativos. El Perú, está ubicado en una zona de endemidad intermedia, no es ajeno a esta realidad. El propósito de los investigadores fue presentar la evolución de las investigaciones sobre dicha enfermedad, se revisaron 60 referencias (1970-2002), no se observó una secuencia en las investigaciones sobre prevalencia, además se usaron distintos marcadores. Los resultados sobre la presencia del HBsAg variaron entre costa (0-4,8%), sierra (13,8-16%) y selva (3-17,1%), sin tener investigaciones globales. Sobre los estudios en grupos de riesgo, las guarniciones militares en zona de selva han reportado brotes e identificado al HbsAg hasta en 43,2% de su población. En trabajadoras sexuales, los estudios muestran prevalencia en los marcadores de 51,5 a 89,3%. En personal de salud, se reportó el HBsAg entre 0 y 7,8%, teniendo los servicios de banco de sangre, nefrología, odontología y gastroenterología, mayor número de casos. Las investigaciones sobre respuesta serológica a la aplicación de vacunas se iniciaron en 1987, en comunidades nativas selváticas; posteriormente se aplicó un programa piloto

apoyado por OPS/OMS en Abancay. Desde 1996, el MINSA estableció inmunizaciones a menores de un año en zonas de alta y mediana endemicidad, ampliando el 2003 la vacunación de este grupo a todo el país. Se concluye que a pesar de los avances en el control de la hepatitis B, se requiere una visión conjunta de todos los sectores involucrados para establecer acciones concretas y continuas tanto en análisis de costos, epidemiología y educación.¹⁷

Beltrán O. y Cols, (2005). Ecuador. Revisaron artículos, basados en las siguientes guías: el diagnóstico, la terapia actual para la hepatitis B crónica, la evidencia disponible y opiniones de expertos, llegando a las siguientes conclusiones: La infección por hepatitis B, junto a la Hepatitis C y la enfermedad hepática por alcohol, son las principales causas de cirrosis y hepatocarcinoma en el mundo con alta mortalidad. Recientemente, se han publicado las guías, para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con Hepatitis crónica por Virus B, de varias asociaciones científicas: La Asociación Americana para el estudio de las enfermedades hepáticas (AASLD), la Asociación Europea para el estudio del Hígado (EASL), la Asociación del Asia Pacífico para el estudio del hígado (APASL) y la Asociación Gastroenterológica Americana (AGA). Los pacientes con Hepatitis Crónica HBe Ag (+), inmunocompetentes, con aumento > 2 veces de ALT , deben recibir como terapia de primera elección el Interferón estándar o el interferón pegilado (mayor efectividad y mejor adherencia por dosis semanal). El Lamivudine y el adefovir deben usarse como medicamentos de segunda línea cuando no hay respuesta al IFN y hay evidencia de progresión histológica de la enfermedad. Si el paciente tiene una enfermedad hepática severa por los riesgos de empeoramiento de la función hepática al producirse la seroconversión con IFN,

debe considerarse como primera elección la lamivudina y el adefovir. En pacientes con hepatitis crónica HBe (+) Ag con aminotransferasas normales o casi normales (< 2 veces ALT), o DNA > 105 copias /ml, deben recibir tratamiento, si hay evidencia histológica de enfermedad hepática progresiva. Como medicamento de primera línea considerar la lamivudina y si hay evidencia de resistencia, cambiar a adefovir. El cambio hacia objetivos terapéuticos más realistas como la supresión sostenida viral y el posible papel en la toma de decisiones de los niveles de DNA-VHB, plantean como requerimiento fundamental en el manejo de los pacientes con hepatitis B crónica el conocer y monitorizar los niveles de DNA-VHB.¹⁸

Aguilera A y Cols, (2006) España. En este artículo, los investigadores presentaron una revisión de la bibliografía sobre la epidemiología y manifestaciones clínicas de las diferentes hepatitis virales. La hepatitis viral es una enfermedad infecciosa que afecta al hígado. Hasta el momento, han sido reconocidos y caracterizados minuciosamente en humanos cinco diferentes virus de la hepatitis: el virus de la hepatitis A (VHA), el virus de la hepatitis B (VHB), el virus de la hepatitis C (VHC), el virus de la hepatitis D (VHD) y el virus de la hepatitis E (VHE). Los virus de la hepatitis difieren ampliamente en sus formas de transmisión y características clínicas; ya que mientras todos pueden causar hepatitis aguda, sólo el VHB, el VHD y el VHC ocasionan hepatitis crónica.¹⁴

Sáenz SG (2007). Perú. La investigadora evaluó el grado de conocimiento y su relación con la actitud sobre medidas de bioseguridad de los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú, resultando

que el grado de conocimiento sobre medidas de bioseguridad en los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú fue regular en un 90% al igual que la actitud en un 62.5%. Se evaluó a 40 internos que respondieron un test para la evaluación del grado de conocimiento sobre 45 bioseguridad, este está dividido en 5 áreas: injurias percutáneas, métodos de barrera, esterilización y desinfección, Hepatitis B, VIH y Tuberculosis y desechos dentales, se evaluó la actitud de cada interno frente a las medidas de bioseguridad antes, durante y después de su trabajo clínico, se les observó de forma anónima y divididos en grupos de 5 personas al azar según los horarios que tenían en el servicio de Operatoria Dental, se les observó y se anotó su comportamiento en un test de actitud el cual consta de 13 ítems a ser evaluados según el cumplimiento o no de las normas de bioseguridad descritas. El test de actitud fue validado por Chávez (1999), Rivera (2002) y Martínez (2003) en sus respectivos trabajos de tesis, el cual fue modificado para aplicarlos en esta investigación. Tiene un puntaje total de 13 puntos, obteniéndose 1 punto sí es que cumplen la medida de bioseguridad correctamente y 0 puntos si no la cumplen. Se clasificó en bueno, regular y malo. Aquellos que obtuvieron un puntaje total de 6 o menos se considerarán como malo, de 7 a 9 regular, y de 10 a 13 bueno. Los datos fueron tabulados en tablas y se analizaron posteriormente.¹⁹

Valdespino J. y Cols. (2007) México. Los resultados de esta investigación fueron uno de los primeros en México, los investigadores se basaron en una muestra nacional probabilística de la población general. Para calcular la prevalencia de infección y estado de portador crónico de la hepatitis B en México.se analizó la frecuencia y distribución de estos marcadores en relación

con variables poblacionales y geográficas e identificar los factores de riesgo. Se estudiaron 12 014 sueros seleccionados de forma aleatoria para anti-VHBc y Ag VHBs de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Los sueros se recolectaron entre noviembre de 1999 y junio de 2000 a nivel nacional. Los resultados dieron cero prevalencias de anti-HBc y Ag VHBs fueron de 3.3% (IC95% 2.8-3.9) y 0.21% (0.11-0.37). Las RM ajustadas por edad para anti-VHBc son: 15.3 para sujetos de 50 a 59 años en comparación con adultos menores de 29 años; 2.6 para los habitantes del sur del país respecto de los del centro; 4.6 en peones en comparación con patronos; 2.1 en mujeres con antecedente de hijos nacidos muertos; 1.7 en adultos con inicio de relaciones sexuales antes de los 25 años. En conclusión, llegaron que el patrón epidemiológico de la hepatitis B en México es bajo según las cifras mundiales. Sin embargo, es preocupante que 1.7 millones de mexicanos han sufrido la infección por este virus y 107 000 padecen del estado de portador crónico. A la conclusión que llegaron fue que la prevalencia de la hepatitis B en México es el resultado de la transmisión natural del virus, pero también algunas de las intervenciones han tenido efecto sobre la transmisión de esta enfermedad. Infortunadamente, la vigilancia epidemiológica de las hepatitis virales en México no permite establecer diferencias etiológicas, por lo que no existen datos sobre morbilidad y mortalidad por el VHB.⁴ Se han descrito tres patrones epidemiológicos de la hepatitis B. El indicador utilizado es la frecuencia del antígeno de superficie del VHB. El patrón alto se reconoce con frecuencias mayores de 8%, el intermedio con cifras de 2 a 7% y el patrón bajo con una prevalencia menor de 2%. En este último patrón epidemiológico la mayor parte de las infecciones ocurre en adultos. Los informes mundiales ubican a México en el patrón de transmisión bajo.²⁰

Toro A. y Cols, (2011). Colombia. Los autores realizaron una revisión de la literatura sobre el virus de la Hepatitis B, es un agente viral común que infecta de forma crónica a 400 millones de personas en el mundo, las cuales tienen un riesgo permanente de desarrollar cirrosis y/o carcinoma hepatocelular. La historia natural de la infección por este virus es dinámica ya que los pacientes pueden fluctuar entre periodos con inflamación hepática y periodos con enfermedad inactiva. En la progresión de la enfermedad participan varios factores como el genotipo viral infectante, la edad al momento de la infección y el sexo masculino, entre otros. Las personas con alto riesgo de infección por el virus de la hepatitis B, deben de ser evaluadas serológicamente y de ser negativas para la infección crónica, y si esta se presenta, deberían ser seguidas de por vida con el fin de tratar el desarrollo de una posible cirrosis o en el peor de los casos de un carcinoma hepatocelular. Concluyeron que Colombia se considera un país de prevalencia intermedia, por lo tanto se debe optimizar las medidas de salud pública para la prevención de la infección por virus de la hepatitis B.²¹

Ghanaei RM y col (2013). EEUU. Realizaron un estudio para determinar el nivel y la actitud de los estudiantes de medicina en la universidad de Guilan hacia la hepatitis B, encontrando que existe correlación positiva entre la actitud de los estudiantes hacia la hepatitis B y el nivel de conocimiento medio; además que la educación sobre la naturaleza, los síntomas, la transmisión, la prevención y el tratamiento del VHB puede aumentar la voluntad de los trabajadores de la salud para atender a las personas infectadas. La encuesta tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y la actitud de los estudiantes de medicina en

la Universidad de Guilan hacia las infecciones por virus de hepatitis B y C. En una encuesta transversal, el conocimiento y la actitud de 424 estudiantes de ciencias médicas de enfermería, obstetricia, técnico de quirófano, laboratorio, anestesiología y radiología en la Universidad de Ciencias Médicas de Guilan hacia el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) las infecciones se investigaron utilizando un cuestionario estandarizado. El nivel medio (SD) de conocimiento de los estudiantes de medicina para el VHB y el VHC fue de 17 ± 5 de 28 y 10.58 ± 6.7 de 29 preguntas, respectivamente. Las mujeres, los estudiantes de enfermería, los estudiantes de cuarto año, los que trabajaron en el hospital y los que tenían antecedentes de lesiones por pinchazo con aguja (NSI) mostraron puntuaciones de conocimiento significativamente más altas hacia el VHB ($P < 0,05$). Los estudiantes casados, los estudiantes de anestesiología, los que estaban en su cuarto año de estudio y los que trabajaban en el hospital tenían puntuaciones de conocimiento promedio significativamente más altas hacia el VHC ($P < 0.05$). También la actitud de los estudiantes hacia el VHB y el VHC se correlacionó positivamente con su nivel de conocimiento medio ($r = 0.14$, $p = 0.004$), ($r = 0.18$, $p = 0.0001$). La educación sobre la naturaleza, los síntomas, la transmisión, la prevención y el tratamiento de las infecciones por el VHB y el VHC pueden aumentar la disposición de los trabajadores de la salud a cuidar a las personas infectadas.²²

Baseer y cols. (2013) Arabia Saudita. Los investigadores realizaron un estudio descriptivo transversal que evaluó los conocimientos y actitudes sobre las medidas de control de infecciones de los pacientes al asistir a una clínica de odontología de Arabia Saudita, Riyadh Colleges of Dentistry and Pharmacy. La

muestra del estudio final incluyó a 301 pacientes (147 varones y 154 mujeres). Casi en la totalidad de los pacientes están de acuerdo en que el dentista debe usar guantes, mascarillas y gafas mientras proporciona el tratamiento. Sin embargo, el 60,1% de los pacientes consideró que el VIH se puede propagar en las clínicas dentales y un 30% de los pacientes piensa lo mismo sobre la Hepatitis B. El 77,7% de los pacientes se negaría asistir a las clínicas si atendieran a pacientes con VIH y Hepatitis B, el 25,2% dijo que autoclave es el mejor método de esterilización. Se observó un resultado 23%, significativamente mayor en los conocimientos sobre control de la infección entre los visitantes dentales antiguos en comparación con los pacientes nuevos a la clínica dental.²³

Almutairi y cols. (2017) Arabia Saudita. Entre diciembre de 2014 y diciembre de 2015, se llevó a cabo una encuesta transversal en ciencias de la salud para personas mayores en la Facultad de Medicina, la Facultad de Odontología y la Sección de Laboratorios de Ciencias Médicas Aplicadas en la Universidad de Qassim, Al-Qassim, Arabia Saudita. Se distribuyó aleatoriamente un cuestionario validado entre los estudiantes masculinos y femeninos para evaluar el conocimiento de los estudiantes sobre la información general sobre la hepatitis B y C, así como sus actitudes hacia los pacientes con hepatitis B y hepatitis C y la enfermedad en general. Solo 180 participaron en esta encuesta. Los resultados fueron que un mayor conocimiento se correlacionó positivamente con una mayor creencia en brindar atención equitativa a los pacientes con hepatitis B / C y la ansiedad general sobre el manejo de dichos pacientes ($P < 0,004$). Las creencias superiores en equidad y ansiedad predijeron un mayor conocimiento cuando todo lo demás se mantuvo constante. De los 180 estudiantes que completaron el

cuestionario, 103 eran hombres (57.2%). Los estudiantes de la facultad de medicina fueron los menos representados (20.0%) en comparación con los estudiantes de odontología y ciencias de la salud, que representaron el 46.7% y el 33.3% de la muestra, respectivamente. En más de la mitad de los casos, los estudiantes acordaron que todos los pacientes deberían someterse a una prueba de VHB y VHC antes de recibir atención médica, la mayoría de los estudiantes de ciencias de la salud mayores obviamente estaban conscientes del posible riesgo laboral debido al VHB y el VHC. Concluyeron que el conocimiento general sobre la hepatitis viral B y C fue aceptable, y existe una relación positiva entre el conocimiento de los estudiantes y las actitudes hacia los pacientes con VHB y VHC; Los estudiantes con calificaciones más altas tienen mejores actitudes hacia los pacientes con VHB y VHC. Por lo tanto, las autoridades de salud y los encargados de formular políticas de atención de salud en la región deben cooperar con los administradores de las facultades de ciencias de la salud para establecer una educación y capacitación académica y clínica basada en la evidencia sobre cómo prevenir la transmisión de la hepatitis viral entre estos estudiantes y de los infectados a Los pacientes, además de capacitarlos sobre qué hacer cuando estén expuestos a cualquier factor de riesgo, incluidos los fluidos corporales infectados. Esto posiblemente mejoraría el conocimiento de los estudiantes sobre estas infecciones, mejorando así la actitud hacia los pacientes con hepatitis B y C, y posiblemente implementaría la adopción de comportamientos libres de riesgo entre estos estudiantes. También se deben hacer esfuerzos para establecer reglas que ordenen la vacunación contra el VHB.²⁴

Pisconte W. (2017) Perú. Este estudio tuvo como propósito determinar cuál fue el nivel de conocimiento y conductas preventivas sobre hepatitis B en los estudiantes de estomatología que iniciaban sus prácticas clínicas integrales de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016-II. La muestra estuvo conformada por un total de 86 alumnos de estomatología que iniciaban sus prácticas clínicas integrales. A los resultados que llegaron fue que el 60.5% de los estudiantes presentó bajo nivel de conocimiento y el 79.1% inadecuadas conductas sobre hepatitis B. La conducta preventiva sobre hepatitis B de los estudiantes de estomatología, forma similar, no hay variación de las conductas preventivas entre varones y mujeres ($p = 0.299$). De los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir que el 60.5% de los estudiantes de estomatología que iniciaron sus prácticas clínicas integrales de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 – II presentó bajo nivel de conocimiento sobre hepatitis B y el 79.1% de los estudiantes presentó inadecuadas conductas preventivas. El nivel de conocimiento sobre hepatitis B de los estudiantes de estomatología que iniciaron sus prácticas clínicas integrales de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 – II según los ciclos académicos no alcanzó significación estadística ($p = 0.203$) asimismo no hay diferencias de nivel de conocimiento entre mujeres y varones ($p = 0.274$). La conducta preventiva sobre hepatitis B de los estudiantes de estomatología que iniciaron sus prácticas clínicas de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 - II según los ciclos académicos no alcanzó significación estadística ($p = 0.504$) y de igual modo no se encontró variación de las conductas preventivas entre varones y mujeres ($p = 0.299$).²⁵

Alvarez L. y Cols, (2017). Perú. Los investigadores, realizaron un estudio a una población constituida por el universo de potenciales donantes que acudieron al Banco de Sangre del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) desde enero del 2010 a diciembre del 2012. Se recurrió al archivo del Banco de Sangre y se identificó a las personas con seropositividad para el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos frente al antígeno core del virus de la hepatitis B (Anti- HBcAg) y anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (Anti-HVC). Se consignaron los datos de la encuesta de PRONAHEBAS tomando como variables de interés para el estudio: edad, sexo, procedencia, ocupación y las preguntas consideradas como factores de riesgo para la infección de virus de la hepatitis B y C y se consignó la presencia de co-infecciones. Existen 2 billones de personas con hepatitis B en el mundo, estando la prevalencia de seropositividad para HBsAg en un rango entre 0,4 y 3,2% en Latinoamérica. En este continente se ha reportado una variación regional, siendo el Perú un país de prevalencia intermedia que varía de 1 a 2,2%. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se infectan 3 a 4 millones de personas con el virus de la hepatitis C. En América Latina existe un estimado de 0 a 2,63%. En el Perú no se conoce claramente, pero se estima 442 000 infectados a nivel nacional, además la Organización Panamericana de Salud (OPS) reporta un estimado de 0,9% en los bancos de sangre para el año 2007. Se incluyó 13 887 potenciales donantes del HNDAC entre enero 2010 y diciembre 2012, se identificaron 897 potenciales donantes positivos. La prevalencia de HBsAg fue 0,55%; Anti-HBcAg, 5,15%; y Anti-HVC, 1,25%, de ellos se encontró edad promedio de 37,4 años para los pacientes infectados por virus de hepatitis B y de 36,9 para los pacientes infectados por virus de hepatitis C, 31,2% fueron mujeres del total de

infectados. Llegaron a la conclusión que la prevalencia de serología positiva para virus de hepatitis B fue similar a reportes anteriores, por otro lado la serología positiva para virus de hepatitis C fue mayor a lo reportado en nuestro país.²⁶

Ramírez E. y Cols. (2018). Cuba. En esta revisión de la literatura, los autores nos dicen que en Cuba, en la década del 80, la Hepatitis B constituía un importante problema de salud por lo que se trabajó con el propósito de producir una vacuna para establecer un programa de vacunación masiva como lo preconizaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo de prevenir y controlar la enfermedad, esta decisión resultó un gran reto científico para el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de la Habana que logro elaborar un producto vacunal por métodos recombinantes. A partir de 1992 la vacuna paso a formar parte del programa Nacional de vacunación para todos los recién nacidos y posteriormente se amplió el programa de inmunización a diferentes grupos poblacionales y grupos de riesgo, como los trabajadores de la salud. Los autores recomendaron vacunar a todos los pacientes infectados con VIH sin contacto previo con VHB , si la respuesta a la vacunación no existe al finalizar el esquema se le debe ofrecer un esquema de revacunación. En pacientes con CD4 menores de 200 céls/mm³ recomendamos no vacunar hasta lograr un aumento en los niveles de CD4 por encima de esta cifra. No tenemos datos sobre efectividad de la vacunación para VHB en pacientes infectados con VIH en Latinoamérica, este aspecto constituye una línea de investigación de la que se puede obtener valiosa información en beneficio de nuestros pacientes.¹⁰

1.3 Marco Conceptual

- **Conocimiento**

El conocimiento es la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación a un contexto, teoría o a ambos. La capacidad para emitir un juicio implica dos cosas, la habilidad de un individuo para realizar distinciones, la situación de un individuo dentro de un dominio de acción generado y sostenido colectivamente. Por otra parte, nuestro intento de comprender y actuar sobre la realidad está representado y limitado por herramientas culturales, siendo el lenguaje una de las más importantes.²⁷

- **Actitud**

Desde su aparición en la Psicología social, a principios del siglo pasado, y hasta la actualidad, se han propuesto distintas definiciones de actitud, de mayor o menor complejidad. En la actualidad, la mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en definir las actitudes de la siguiente forma: Evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud. De una manera más concreta, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wegener, 1998). Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas o neutras y pueden variar en su extremo si dado grado de polarización.²⁸

- **Hepatitis**

Se define como hepatitis la lesión inflamatoria difusa del hígado producida por variados agentes etiológicos que clínicamente puede ser asintomática o cursar con grados variables de insuficiencia hepática. Bioquímicamente presenta en forma constante, elevación de aminotransferasas. Dentro de las diferentes causas se encuentran agentes infecciosos, trastornos metabólicos, y agentes físicos. Existen otros virus además de los hepatotrópicos convencionales, que pueden causar un síndrome de hepatitis aguda como manifestación clínica inicial; pueden ser de la familia herpes (EBV, CMV, HSV, VZV, y HHV6), el de la rubéola, sarampión, Coxsackie, la fiebre amarilla y ébola, capaces de presentar formas de hepatitis primaria o secundaria. El EBV es la causa más común de hepatitis aguda dentro de esta categoría. Existen siete tipos diferentes de virus hepatotrópicos capaces de producir hepatitis; se les designa como A, B, C, D, E, F, G, aunque hay evidencias de la existencia de más virus que pueden causar inflamación y necrosis del hígado. Todos los virus hepatotrópicos tienen la capacidad de causar infección aguda del hígado pero sólo el B, C, y D, ocasionan formas crónicas de la enfermedad.⁹

- **Hepatitis A**

Causada por un virus pequeño que mide 25 a 28 nm, que posee una simetría icosaédrica, pertenece a la familia de picornaviridae, contiene un genoma tipo RNA sin cubierta; el virión contiene tres polipéptidos los cuales forman la cápside (VP1, VP2, VP3) y probablemente existe un cuarto polipéptido más pequeño VP4. El virus puede inactivarse mediante ebullición durante un

minuto, en contacto con formaldehído y cloro o con radiación ultravioleta. Todas las cepas de este virus identificadas hasta la fecha son indiferenciables inmunológicamente y pertenecen a un solo serotipo; al contrario de otros virus de hepatitis, puede replicarse en cultivos tisulares, aunque con menor eficacia que otros picornavirus. Se cree que la respuesta antigénica está estimulada por el polipéptido, que es el que predomina en la superficie. La replicación viral ocurre exclusivamente en el citoplasma y quizá no se relaciona con efectos citopáticos in vivo.⁹

- **Hepatitis B**

La hepatitis B La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es la causa más importante de hepatitis aguda y crónica, de cirrosis hepática y de carcinoma hepatocelular. Se trata de un virus ADN amplia y universalmente distribuido. La infección por el virus de la hepatitis B determina la aparición en la sangre de diferentes sistemas antígeno–anticuerpo denominados marcadores serológicos de la hepatitis B. Aparecen secuencialmente y de manera ordenada y su estudio permite el diagnóstico de la enfermedad y la identificación del estado de la infección en un momento determinado.⁹

- **Hepatitis C**

Denominada anteriormente hepatitis no A-no B, es causada por el virus ARN lineal, que mide 32 nm, con envoltura lipídica, se inactiva con solventes lipídicos, calentamiento, tratamiento con formol, y exposición a luz ultravioleta; es monocatenario, de polaridad positiva, constituido por 9,400 nucleótidos, que posee una única estructura (gen) de lectura abierta que codifica una

lipoproteína viral de 3,000 aminoácidos, aproximadamente; se han identificado cinco genotipos distintos aunque todos ellos parecen ser similares desde el punto de vista antigénico, pertenece al tercer género dentro de la familia flaviviridae. El genoma del HCV se compone de una región no codificable adyacente a los genes que codifican las proteínas estructurales (core de la nucleocápside y envoltura viral). Los genes 5' no codificante y del core se conservan en todos los genotipos tienen un papel importante en la replicación, pero la síntesis de las proteínas de la envoltura es codificada por la región hipervariable, que varía entre los diferentes especímenes e incluso en el mismo virus. Esto permite al virus evadirse de los mecanismos inmunitarios del huésped dirigidos contra las proteínas de envoltura viral. El extremo 3' del genoma contiene los genes de las proteínas no estructurales (NS) 1 a 5. El grado de variabilidad no es homogéneo; dentro de todo el genoma generalmente se conservan el área 5', y las secuencias de aminoácidos de los productos codificados por los genes del núcleo, así como NS3 y NS4. Por el contrario las glucoproteínas de la envoltura codificada por los genes E1 y E2/ NS1 y las proteínas codificadas por los genes NS2 y NS5 muestran una gran variabilidad entre los distintos virus que se han aislado.⁹

- **Estudiantes**

El término estudiante en el nivel global es definido como “persona que recibe información” y además como “persona que asiste a un centro educativo y participa” estos conceptos distan mucho de aquel que describe una “persona con deseos y capacidad para adquirir y aplicar el conocimiento”. Para los alumnos de segundo semestre el estudiante es la “persona que recibe

información”; los de cuarto semestre coinciden con esta imagen en un 46%, aunque una parte importante de ellos opina que es la “persona que asiste a un centro educativo y participa”. Los alumnos de sexto semestre coinciden con el promedio general en un 45% y además manifiestan que el estudiante “participa”.²⁹

- **Universidad**

Como es sabido, el significado del término universidad alude a la institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades, colegios, institutos, departamentos, centros de investigación, escuelas profesionales, etcétera, y que otorga los grados académicos correspondientes (RAE, 2001). La palabra universidad deriva de la etimología latina universitas, -ātis, y éste del latín universitas magistrorum et scholarium, que sugiere una comunidad de profesores y académicos (Colish, 1997). A principios de la Edad Media las comunidades universitarias eran gremios medievales que ofrecían saber y educación por medio de los monasterios y catedrales como Bolonia, París, Salerno. Los príncipes y obispos eran los encargados de otorgarles sus derechos colectivos legales. Posteriormente, en los siglos XII y XIII la universita studiare (perteneciente al pueblo) formaba médicos y notarios, la universita magister (perteneciente a la iglesia) formaba en teología y primeras letras.³⁰

CAPÍTULO II: EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad del Problema

El personal de salud debe estar siempre capacitado y con el conocimiento actualizado, pues tanto profesionales como estudiantes de estomatología están expuestos a adquirir infecciones provenientes principalmente de la sangre y saliva de los pacientes, debido al manejo de material punzocortante, instrumentos rotatorios y al aerosol generado durante la atención. El riesgo biológico depende de factores como el volumen y la naturaleza del fluido, la patogenicidad del agente infeccioso, las condiciones clínicas del paciente y de la persona expuesta, y las medidas de protección. Actualmente todos los pacientes deben ser considerados como potenciales portadores de una enfermedad infecciosa, y la exposición a la sangre y otros fluidos

potencialmente contaminados debe ser considerado un problema médico. Con un conocimiento amplio de las diversas enfermedades infectocontagiosas seremos capaces de crear una actitud responsable frente a ellas, haciendo que sea un hábito adquirido para toda nuestra vida profesional. La hepatitis B es una infección causada por un virus, junto a la Hepatitis C y la enfermedad hepática por alcohol, son las principales causas de cirrosis y hepatocarcinoma en el mundo con alta mortalidad, este virus replica su DNA vía un RNA intermediario, una estrategia inusual que genera una población heterogénea de variantes genéticas durante el curso de la infección para evadir la respuesta inmune. Existen cuatro formas del virus, el virus tipo B es el más salvaje y los otros 3 virus son mutantes.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la hepatitis B es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica, se transmite por contacto con la sangre u otros líquidos corporales de una persona infectada. Se estima que hay 257 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B (definidas como positivas al antígeno superficial del virus de la hepatitis B). Desde 1982 se dispone de una vacuna contra la hepatitis B con una eficacia del 95% en la prevención de la infección. En 2015, la hepatitis B ocasionó 887 000 muertes, la gran mayoría debido a sus complicaciones (incluida la cirrosis y el carcinoma hepatocelular), representa un importante riesgo laboral para los profesionales de la salud. La máxima prevalencia de la hepatitis B se registra en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental y de África, en las que el 6,2% y el 6,1% de la población adulta, respectivamente, esta infectada. En las

regiones de la OMS del Mediterráneo Oriental, de Asia Sudoriental y de Europa se calcula que, un 3,3%, un 2,0% y un 1,6% de la población, respectivamente, padecen infección. En la región de la OMS de las Américas, el porcentaje de personas con hepatitis B es del 0,7.³¹

Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud), las hepatitis virales representan una elevada carga de enfermedad y mortalidad a nivel mundial. Se estima que el 57% de los casos de cirrosis hepática y el 78% de los casos de cáncer primario de hígado son debidos a infecciones por los virus de la hepatitis B o C. Reconociendo el importante problema de salud pública que representan las hepatitis, en 2010, la 63a Asamblea Mundial de la Salud designó el 28 de julio como el Día Mundial contra la Hepatitis y solicitó una respuesta integral en la lucha contra las hepatitis. Desde entonces, la OPS y la OMS se han movilizado para unir esfuerzos y establecer estrategias para combatir la hepatitis tanto a nivel global como regional.³²

Según el MINSA (Ministerio de Salud), busca la eliminación de la hepatitis B en el Perú través de la vacunación universal y dispone para ello de los recursos y presupuesto necesarios. En el 2014, el presupuesto para la lucha contra este mal ascendió a 17 millones de soles, el coordinador de ese entonces el Dr. Carlos Benites, dijo que la normatividad del sector dispone que en la vacunación contra esta enfermedad "se priorice en niños y adultos de poblaciones en riesgo y zonas endémicas". Durante el año 2013 se han inmunizado contra la hepatitis B a 472,499 recién nacidos (Cobertura de 82.27%). En el caso de mayores de 5 años se ha logrado inmunizar a 274,232

personas. En el Perú la hepatitis B tiene mayor prevalencia en los valles de la vertiente oriental de la Cordillera de los Andes y en la Cuenca Amazónica, específicamente en las regiones de Loreto, Cusco, Ayacucho y Apurímac, que son consideradas de endemidad intermedia.³³

Benítez destacó que en nuestro país, los casos por este mal se notifican obligatoriamente al MINSA, lo cual permite determinar las regiones de mayor endemidad y focalizar las acciones de prevención y control. La vacunación contra la hepatitis B previene las consecuencias crónicas de la infección; por ello es importante recibir las tres dosis de la vacuna para que la nueva generación esté protegida de una de las enfermedades más infecciosas, incluso de 50 a 100 veces más infecciosa que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)", destacó la directora de Prevención y Control de VIH, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis, del MINSA, Patricia Segura, en el 2017.³²

En la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, aun no se ha implementado un protocolo general de atención, por lo que este estudio nos permitirá saber que tanto saben los alumnos de últimos ciclos sobre esta enfermedad infectocontagiosa y cuál es su actitud al tratar pacientes con diagnóstico o sospecha de ser portador de la Hepatitis B.

Si no se realiza esta investigación no podríamos determinar si los alumnos de últimos ciclos están preparados para atender a este tipo de pacientes, sin que corran el riesgo de un contagio o propagar la enfermedad. Al realizar la investigación sabremos cual es el nivel de conocimiento que tiene los

estudiantes sobre la hepatitis B. Saber la epidemiología, infectología, tratamientos, prevención, etc. sobre las enfermedades hace que el alumno adquiera conductas o actitudes que exprese un estilo de vida, una rutina o un hábito en la atención de todo paciente.

2.1.2 Definición del Problema

2.1.2.1 Problema General

¿Existe relación entre el nivel de conocimiento y actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el año 2018- II?

2.1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B de los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género?
2. ¿Cuál es la actitud hacia la Hepatitis B de los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género?
3. ¿Cuál es la relación que hay entre nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según el sexo masculino?

4. ¿Cuál es la relación que hay entre nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según el sexo femenino?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

Esta investigación tiene como finalidad dar a conocer cuál es el nivel de conocimiento de los alumno de últimos ciclos de esta casa de estudios y que actitud toman al atender a un paciente con una enfermedad infectocontagiosa como es la hepatitis B y determinar si existe una relación entre el conocimiento y las actitudes frente a esta enfermedad infectocontagiosa.

2.2.2 Objetivo General y Específico

2.2.2.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II.

2.2.2.2 Objetivos Específicos

1. Determinar el nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género.

2. Determinar la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género.
3. Relacionar el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según el sexo masculino.
4. Relacionar el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según el sexo femenino.

2.2.3 Delimitación del estudio

- **Delimitación Temporal**

El estudio fue desarrollado durante el ciclo académico 2018 – II de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

- **Delimitación Espacial**

Los cuestionarios fueron desarrollados por alumnos de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, situada en el distrito de Pueblo Libre.

- **Delimitación Social**

Este estudio beneficia a la población porque se conocerá con qué nivel de conocimiento y actitud tienen los futuros odontólogos de esta Casa de Estudios, tienen ante la Hepatitis B y a la Universidad para determinar qué nivel tienen sus futuros egresados.

- **Delimitación Conceptual**

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la hepatitis B es una infección vírica del hígado que puede dar lugar tanto a un cuadro agudo como a una enfermedad crónica, se transmite por contacto con la sangre u otros líquidos corporales de una persona infectada.

2.2.4 Justificación e importancia del estudio

Este estudio sirve para conocer qué nivel de conocimiento y actitud tiene el estudiante y futuro profesional odontólogo frente a la hepatitis B, debe saber que tiene la obligación y responsabilidad de conocer, identificar, tratar y prevenir muchas enfermedades infectocontagiosas relacionadas con el ejercicio de su profesión.

Siendo la hepatitis B una enfermedad muy frecuente en nuestro país, con este estudio se lograra conocer, cuánto conocen los estudiantes de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, sobre el tema.

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio, sirve para continuar y/o mejorar los Planes de Estudio de la Facultad de Estomatología, brindando así un mejor servicio.

Y no solo para hacer una introspección acerca de las actitudes que tienen los alumnos sobre la atención de un paciente con diagnóstico o sospecha de ser portador de la Hepatitis B, sino también habrán pacientes mejor atendidos y se reducirá la probabilidad de contagio y/o propagación de esta enfermedad.

2.3 Variables e Indicadores

2.3.1 Variables

- **Variable Independiente**

Conocimiento de la hepatitis

- **Variable Dependiente**

Actitud hacia la Hepatitis

2.3.2 Indicadores

Los indicadores son las preguntas que se hacen en el cuestionario sobre las dimensiones que se plantean en el estudio.

- Conocimiento sobre la historia de la enfermedad de las preguntas del 1-4 del cuestionario "Conocimiento Sobre La Hepatitis B".
- Conocimientos sobre mecanismos de transmisión y serología del Virus de la Hepatitis B de las preguntas del 5-6 del cuestionario "Conocimiento Sobre La Hepatitis B".
- Conocimiento sobre la epidemiología del Virus de la Hepatitis B de las preguntas del 7-13 del cuestionario "Conocimiento Sobre La Hepatitis B".

- Conocimiento sobre las medidas preventivas para evitar la infección por Hepatitis B de las preguntas del 14-15 del cuestionario “Conocimiento Sobre La Hepatitis B”.
- Componente cognitivo del reactivo del 1 al 6 del Cuestionario Sobre La Actitud Hacia La Hepatitis B.
- Componente afectivo del reactivo del 7 al 12 del Cuestionario Sobre La Actitud Hacia La Hepatitis B.
- Componente conductual del reactivo del 13 al 18 del Cuestionario Sobre La Actitud Hacia La Hepatitis B.

CAPÍTULO III: MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra

3.1.1 Población

La población del estudio estuvo constituida por los estudiantes de 9° y 10° ciclo en un número de 100 de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega 2018 – II.

3.1.2 Muestra

La muestra es no aleatoria por conveniencia, ya que estuvo constituida por estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega 2018 – II, en un número de 83 estudiantes que cumplieron con los criterios de selección.

Criterio de Inclusión

- Ser alumno de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega 2018 – II
- Estar matriculado en el semestre académico 2018 - II

Criterio de Exclusión

- Alumnos que no asistan el día que se realice la encuesta
- Alumnos que no firmen el consentimiento informado

3.2 Diseño a Utilizar en el Estudio

3.2.1 Diseño

El diseño que se utilizó en el estudio fue Descriptivo, ya que se busca explicar las causas que originaron la situación analizada.

3.2.2 Tipo de Investigación

El tipo de investigación es Transversal, Prospectivo, Observacional, ya que se realizó mediante un cuestionario.

3.2.3 Enfoque

El enfoque es Cuantitativo y Cualitativo porque el estudio mostró la relación entre el nivel de conocimiento y actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Técnica de Recolección de Datos

Se presentó el Proyecto en la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Estomatología, a fin que autoricen su desarrollo, luego se procedió a solicitar

la autorización a la entidad respectiva para realizar la ejecución del estudio. A continuación se entrevistó a los alumnos que se encontraron en las instalaciones de la Universidad, explicándoles la finalidad del estudio y una vez absueltas las preguntas que realizaron, se les entregó el consentimiento informado para que mediante su firma autoricen su participación. Luego se le entregó los cuestionarios a los que han aceptado, indicándoles cómo van a contestar la encuesta. Después de aplicar los citados cuestionarios, se realizó el ordenamiento de los resultados y su respectiva numeración.

3.3.2 Instrumento de Recolección de Datos

Para la ejecución del Proyecto se utilizó dos cuestionarios llamados “Conocimiento Sobre La Hepatitis B” y “Cuestionario Sobre La Actitud Hacia La Hepatitis B”, los cuales se utilizaron en una Tesis realizada por el Bachiller Eddy Aguilar Pianto, para optar por el Título de Cirujano Dentista en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2016, por tal motivo no se realizó la validación del cuestionario en uso.

El cuestionario Sobre La Hepatitis B consta de tres partes:

- **Primera parte**

Se señala el título, objetivo, confidencialidad, importancia de la participación del alumno y agradecimiento.

- **Segunda parte**

Datos generales del encuestado.

- **Tercera parte**

Consta de 15 preguntas, 14 preguntas cerradas y con alternativas múltiple de respuesta y una pregunta dicotómica.

Se evaluó cada pregunta correctamente contestada y se le asignó el valor de uno (1) y la respuesta incorrecta se le asignó el valor cero (0), mediante una sumatoria simple de los valores obtenidos en la respuesta se clasificó mediante los siguientes rangos:

Bueno	11 - 15
Regular	6 - 10
Malo	0 - 5

Cuestionario Sobre La Actitud Hacia La Hepatitis B

La escala de Lickert tiene como objetivo identificar las actitudes que tiene los estudiantes hacia la enfermedad de Hepatitis B. Consta de una introducción donde se señala objetivos, sinceridad de respuesta, confidencialidad y agradecimiento por su participación. La escala consta de 18 proposiciones con alternativas múltiples acerca de las actitudes de los alumnos sobre la enfermedad causada por el virus de la Hepatitis B.

Para la medición de esta variable se le asignó un valor de 1 a 5 a las proposiciones:

Muy de acuerdo	5
De acuerdo	4
Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Muy en desacuerdo	1

El encuestado tendrá una puntuación total sumando los valores dados a cada ítem de la prueba: 60

Aceptación	67 – 90
Indiferencia	43 - 66
Rechazo	18 – 42

3.4 Procesamiento de Datos

Para la realización del análisis de los datos se utilizó una Laptop Marca Samsung con procesador Intel Core i3-2350 2.30Ghz y Memoria RAM de 4Gb, Sistema Operativo Windows 7 Ultimate, para elaborar la estadística descriptiva.

A continuación, la estadística inferencial con respecto a los resultados que se obtengan del cuestionario anónimo que se tomará a los alumnos de 9° y 10° ciclo, se presentarán organizadamente mediante tablas y gráficos, según las dimensiones que se plantean en el Proyecto.

Para el análisis estadístico se utilizó un procesador de texto Microsoft Excel 2010, además se utilizó el Programa Estadístico SPSS versión 20.0.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Presentación de Resultados

Luego de haber ejecutado el estudio y de obtener los resultados, se procedió a desarrollar el análisis de los datos adquiridos, se hizo con el apoyo del asesor de la tesis, el cual se presentara a continuación mediante tablas y gráficos.

Tabla N° 01
Distribución de participantes según sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	33	39.8%
Femenino	50	60.2%

En la Tabla N° 01 se aprecia que los participantes de sexo masculino representan el 39.8% (N°=33) y del sexo femenino el 60.2% (N°=50).

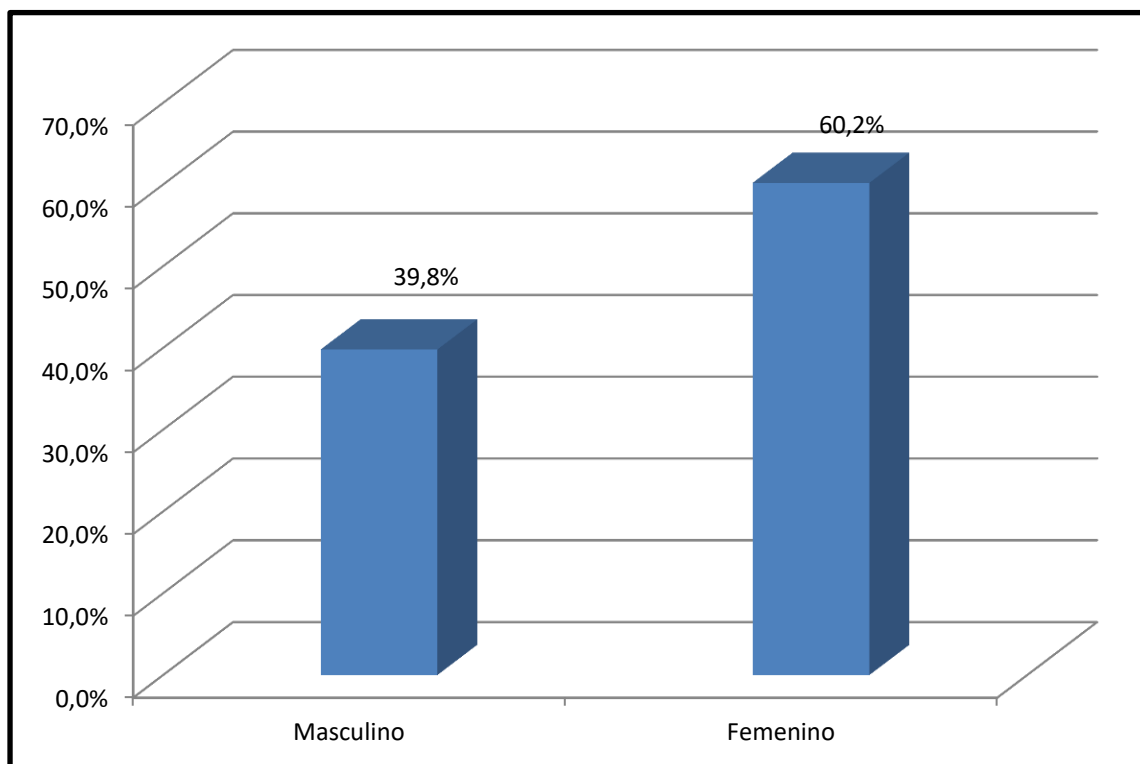


Gráfico N° 01
Distribución de participantes según sexo

Tabla N° 02

Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II

		Conocimiento	
Actitud		Malo	Regular
Indiferencia	Recuento	17	15
	% del total	20.5%	18.1%
Aceptación	Recuento	19	32
	% del total	22.9%	38.6%

En la Tabla N° 02 se observa que en mayoría se presentaron aquellos que tienen Actitud de Aceptación y un Conocimiento Regular en un 38.6% (N°=32), seguido de los que tuvieron Actitud de Aceptación y un Conocimiento Malo con un 22.9% (N°=19).

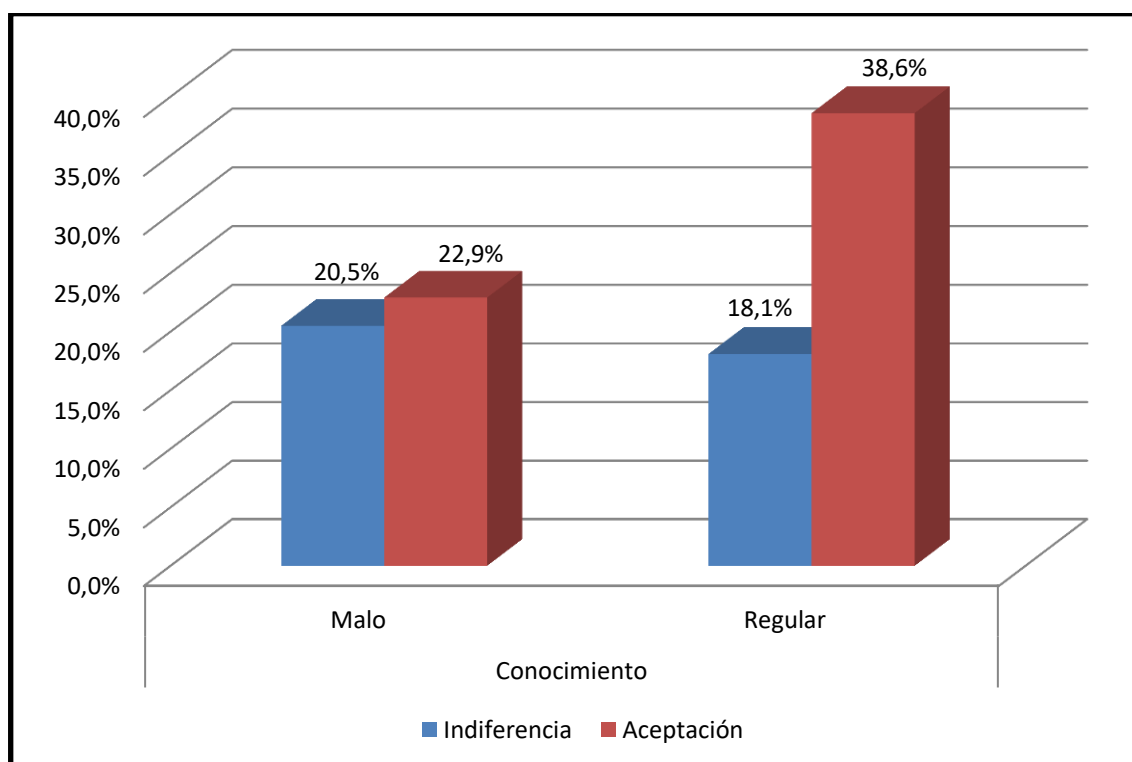


Gráfico N° 02

Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II

Tabla N° 03

Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	2.016	1	0.156

En la Tabla N° 03, en lo referente a la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B, se aprecia que el valor de X^2 es de 2.016 y el nivel de significancia es de $p > 0.05$.

Tabla N° 04

Nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género

	Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Malo	16	48.5%
	Regular	17	51.5%
Femenino	Malo	20	40%
	Regular	30	60%

En la Tabla N° 07 Se observa que en mayoría el nivel de Conocimiento en personas del sexo masculino es Regular en un 51.5% (N°=17), seguido de Conocimiento Malo en un 48.5% (N°=16); en el sexo femenino fue de Regular en un 60% (N°=30), seguido de Conocimiento Malo en un 40% (N°=20).

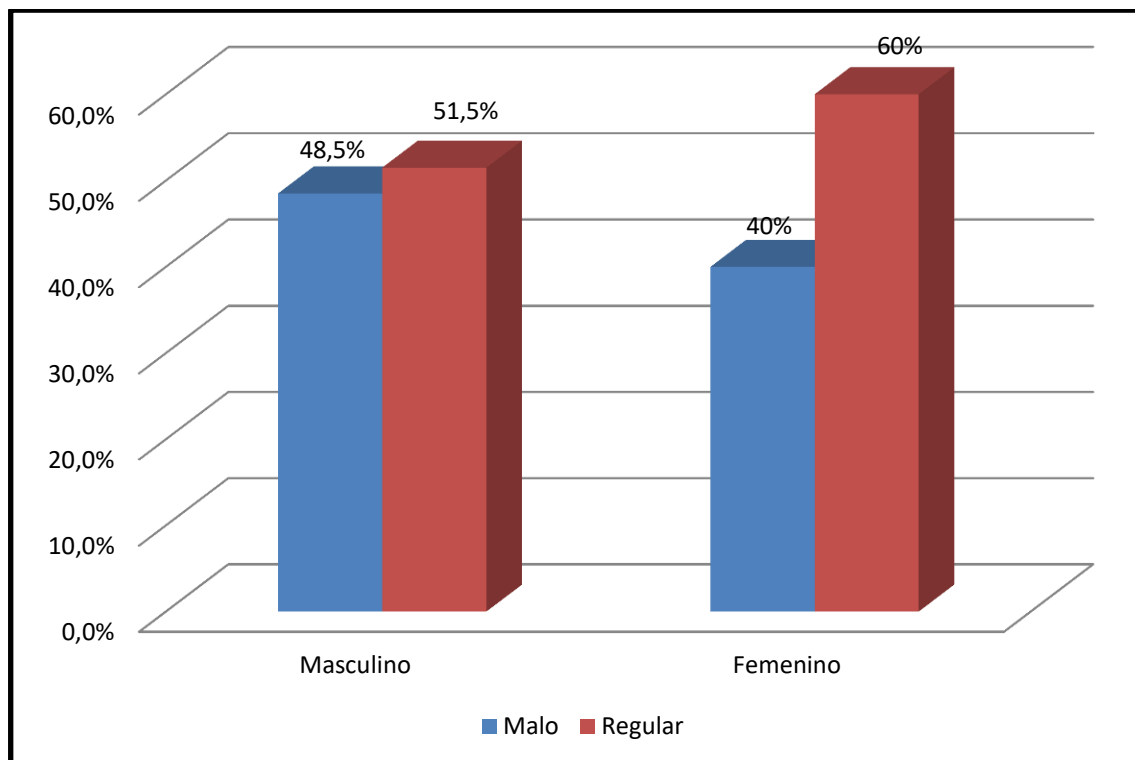


Gráfico N° 03

Nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género

Tabla N° 05

Actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género

	Actitud	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	Indiferencia	10	30.3%
	Aceptación	23	69.7%
Femenino	Indiferencia	22	44%
	Aceptación	28	56%

En la Tabla N° 05 se aprecia que en mayoría en el sexo masculino presentaron Aceptación en un 69.7% (N°=23) seguido de Indiferencia en un 30.3% (N°=10); en el sexo femenino presentaron Aceptación en un 56% (N°=28) seguido de Indiferencia en un 44% (N°=22).

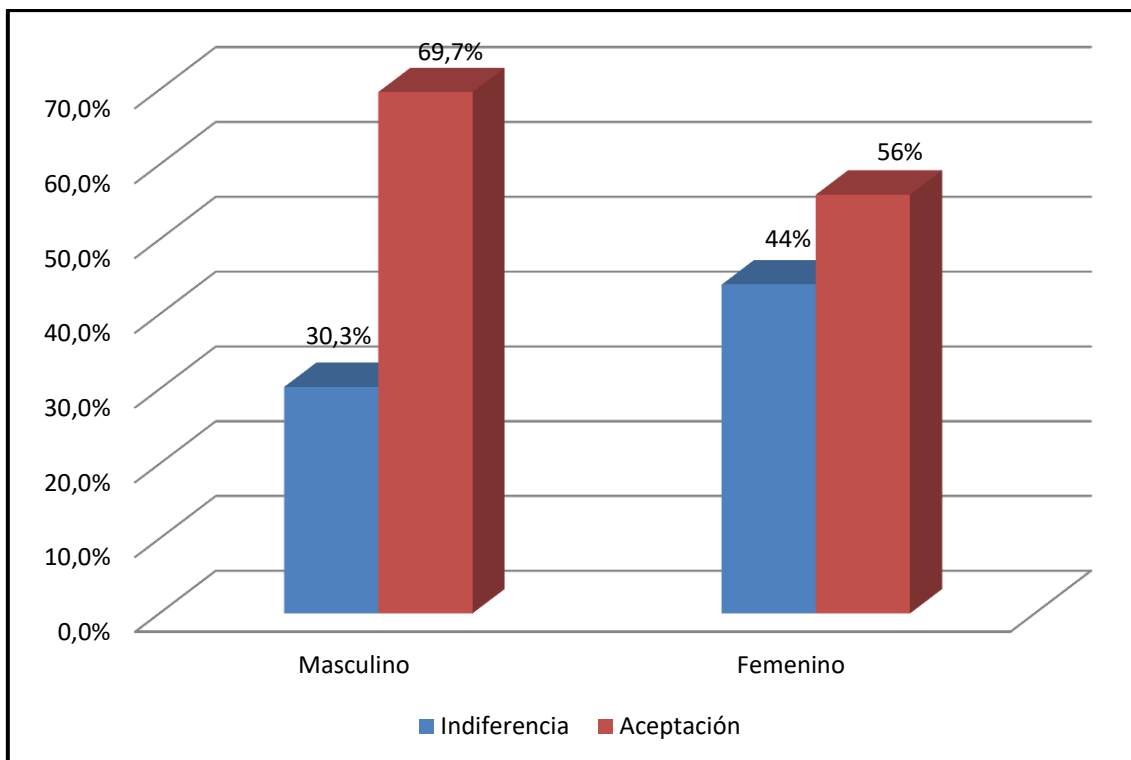


Gráfico N° 04
Actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género

Tabla N° 06
Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Conocimiento (Masculino)	Actitud (Masculino)			
	Indiferencia		Aceptación	
	Recuento	% del total	Recuento	% del total
Malo	6	18.2%	10	30.3%
Regular	4	12.1%	13	39.4%

En la Tabla N° 06 se observa que en mayoría los participantes de sexo masculino presentaron Conocimiento Regular y una actitud de Aceptación en un 39.4% (N°=13), seguido de un conocimiento Malo y una Actitud de Aceptación en un 30.3% (N°=10) del total.

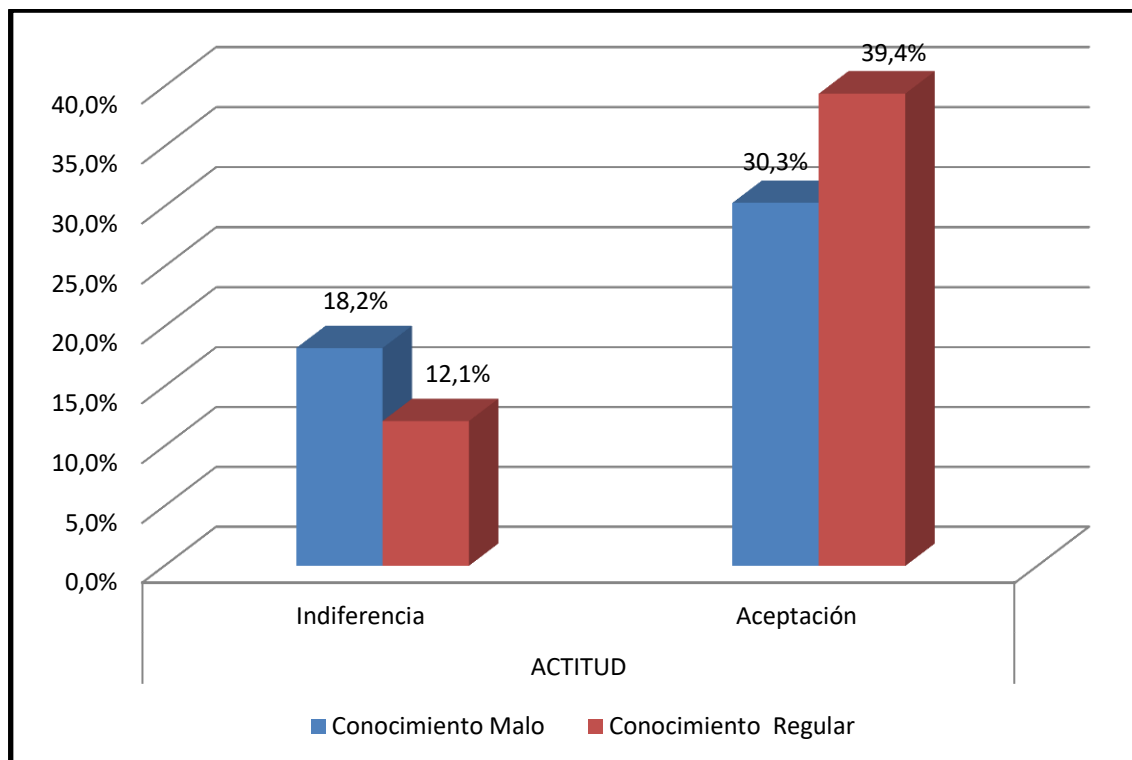


Gráfico N° 05

Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Tabla N° 07

Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	0.762	1	0.383

En la Tabla N° 07, en lo referente a la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en participantes de sexo masculino, se aprecia que el valor de X^2 es de 0.762 y el nivel de significancia es de $p > 0.05$.

Tabla N° 08

Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Conocimiento (Femenino)	Actitud (Femenino)			
	Indiferencia		Aceptación	
	Recuento	% del total	Recuento	% del total
Malo	11	22%	9	18%
Regular	11	22%	19	38%

En la Tabla N° 08 se aprecia que en mayoría los participantes de sexo femenino presentaron Conocimiento Regular y una actitud de Aceptación en un 38% (N°=19), seguido de un conocimiento Malo y una Actitud de Indiferencia en un 22% (N°=11) y un conocimiento Regular y una Actitud de Indiferencia en un 22% (N°=11).

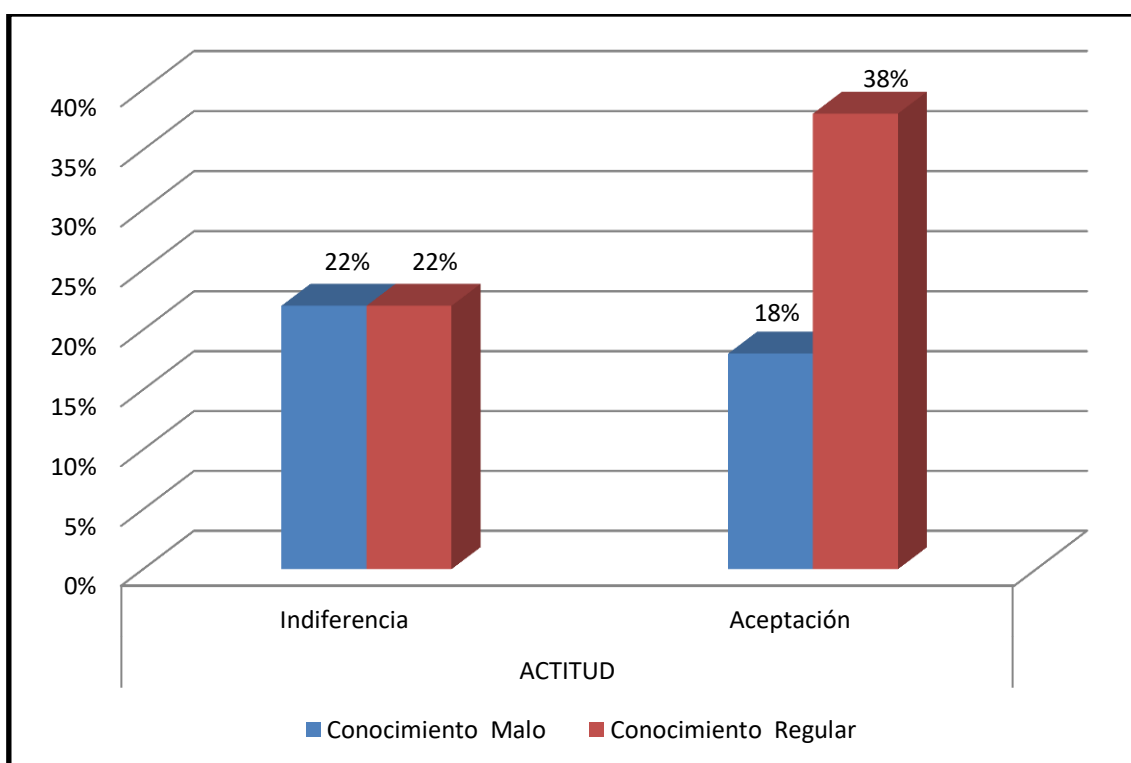


Gráfico N° 06

Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Tabla N° 09

Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega; mediante la prueba del Chi cuadrado (X^2) y el nivel de significancia (p)

	Valor	gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	1.637	1	0.201

En la Tabla N° 09, en lo referente a la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en participantes de sexo femenino, se aprecia que el valor de X^2 es de 1.637 y el nivel de significancia es de $p > 0.05$.

4.2 Discusión de Resultados

El propósito del estudio fue Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II, en los resultados se observa que en su mayoría, en un número de 32 con un porcentaje de 38.6% presentaron una actitud de Aceptación y un conocimiento Regular; asimismo en un número de 19 con un porcentaje de 22.9% presentaron una actitud de Aceptación y un conocimiento Malo; luego en un número de 17 con un porcentaje de 20.5% presentaron un conocimiento Malo y una actitud de Indiferencia y finalmente en un número de 15 con un porcentaje de 18.1% presentaron un conocimiento Regular y una actitud de Indiferencia. Con los resultados se observa que la mayor prevalencia es de un conocimiento regular y una actitud de aceptación, en la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de 2.016, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que es de 3.8415, siendo el nivel de significancia de 0,156, observando que no hay diferencia significativa porque $p > 0,05$. Este resultado es preocupante porque los alumnos encuestados están próximos a egresar de la Universidad donde al ejercer la profesión y/o en distintas instituciones públicas o privadas, estarán expuestos al contagio de la hepatitis B si no tienen un buen conocimiento sobre dicha enfermedad, pero al tener una actitud de aceptación, el alumno no tiene temor en atender a un paciente con esta enfermedad. Lo que se corrobora en la prueba de Chi Cuadrado, lo cual se indica que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la hepatitis B. Por lo que se tendrá que reforzar los conocimientos del alumno hacia esta enfermedad, mediante charlas informativas, cursos de reforzamiento sobre la hepatitis B.

En cuanto a determinar el Nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género, en los resultados se observa que en mayoría las personas de sexo femenino en un número de 30 con un porcentaje de 60% presentan un conocimiento Regular y en un número de 20 con un porcentaje de 40% un conocimiento Malo; en personas del sexo masculino en un número de 17 con un porcentaje de 51.5% presentan un conocimiento Regular y en un número de 16 con un porcentaje de 48.5% presentan un conocimiento Malo. En cuanto a los resultados nos indican que las personas del sexo femenino tienen un conocimiento regular que es ligeramente mayor al de las personas del sexo masculino, lo cual sigue siendo preocupante porque ambos sexos no tienen un conocimiento bueno sobre esta enfermedad y por lo tanto están con mayor predisposición a contagiarse o contagiar; por lo que se deberían profundizar estos conocimientos en pre-grado y reforzarlos al empezar la clínica, con charlas de los docentes y capacitaciones sobre el tema.

Referente a determinar Actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género, en los resultados se observan que en mayoría las personas de sexo femenino en un número de 28 con un porcentaje de 56% presentan una actitud de Aceptación y en un número de 22 con un porcentaje de 44% una actitud de Indiferencia; en personas del sexo masculino en un número de 23 con un porcentaje de 69.7% presentan una actitud de Aceptación y en un número de 10 con un porcentaje de 30.3% presentan una actitud de Indiferencia. En cuanto a los resultados vemos que en ambos sexos predomina una actitud de aceptación,

esto nos indica que en su mayoría no tienen temor de atender a personas con dicha enfermedad, pero aún hay un porcentaje que, si teme atender a pacientes con hepatitis, por lo que recomendaría realizar charlas informativas sobre bioseguridad y que los docentes instruyan a los alumnos que si pueden atender a estos pacientes sin correr el riesgo de contagio, tomando las seguridades del caso.

Con respecto a determinar la Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en los resultados se observa que en su mayoría, en un número de 13 con un porcentaje de 39.4% presentaron una actitud de Aceptación y un conocimiento Regular; asimismo en un número de 10 con un porcentaje de 30.3% presentaron una actitud de Aceptación y un conocimiento Malo; luego en un número de 6 con un porcentaje de 18.2% presentaron un conocimiento Malo y una actitud de Indiferencia y finalmente en un número de 4 con un porcentaje de 12.1% presentaron un conocimiento Regular y una actitud de Indiferencia. Con los resultados se observa que la mayor prevalencia es de un conocimiento regular y una actitud de aceptación. En la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de 0,762, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que es de 3.8415, siendo el nivel de significancia de 0,383, observando que no hay diferencia significativa porque $p > 0,05$. Este resultado es preocupante porque los alumnos encuestados están próximos a egresar de la Universidad para ejercer la profesión en forma independiente o dependiente, donde estarán expuestos al contagio de la hepatitis B, y al no tener un buen conocimiento sobre dicha enfermedad, podría

ser algo preocupante ya que si no tiene conocimiento sobre la enfermedad y podría contagiarse y/o contagiar a pacientes; Pero si tienen una actitud de aceptación, se podría explicar que el alumno no tiene temor en atender a un paciente con esta enfermedad. Por lo que se tendrá que reforzar los conocimientos del alumno hacia esta enfermedad con charlas informativas, cursos de reforzamiento sobre la hepatitis B o enfermedades en general. Y se corrobora en la prueba de Chi Cuadrado, que indica que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la hepatitis B en los estudiantes de sexo masculino.

En cuanto a determinar la Relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino del 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, en los resultados se observa que en su mayoría, en un número de 19 con un porcentaje de 38% presentaron una actitud de Aceptación y un conocimiento Regular; asimismo, en un número de 11 con un porcentaje de 22% presentaron un conocimiento Regular y una actitud de Indiferencia; luego, en un número de 11 con un porcentaje de 22% presentaron un conocimiento Malo y una actitud de Indiferencia y finalmente en un número de 9 con un porcentaje de 18% presentaron una actitud de Aceptación y un conocimiento Malo. En los resultados se observa con una ligera mayor prevalencia del conocimiento regular y una actitud de aceptación. En la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de 1.637, el cual es menor al valor de la zona de aceptación que es de 3.8415, siendo el nivel de significancia de 0.201, observando que no hay diferencia significativa porque $p > 0,05$. Este resultado es preocupante porque las alumnas encuestadas

están próximas a egresar de la Universidad donde ejercerán la profesión en consultorios privados, hospitales o clínicas, donde estarán expuestas al contagio de la hepatitis B y al no tener un buen conocimiento sobre dicha enfermedad, pero si tienen una actitud de aceptación, estarán expuestas a contagiarse y /o contagiar a pacientes con esta enfermedad. Por lo que se tendrá que reforzar los conocimientos de las alumnas, mediante charlas informativas, cursos de reforzamiento sobre la hepatitis B. Además se corrobora con la prueba de Chi Cuadrado que no existe relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la hepatitis B en los estudiantes de sexo femenino.

Sáenz SG (2007). Perú. Evaluó el grado de conocimiento y su relación con la actitud sobre medidas de bioseguridad de los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú, resultando que el grado de conocimiento sobre medidas de bioseguridad en los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú fue regular en un 90% al igual que la actitud en un 62.5%. Se evaluó a 40 internos que respondieron un test para la evaluación del grado de conocimiento sobre 45 bioseguridad, este está dividido en 5 áreas: injurias percutáneas, métodos de barrera, esterilización y desinfección, Hepatitis B, VIH y Tuberculosis y desechos dentales, se evaluó la actitud de cada interno frente a las medidas de bioseguridad antes, durante y después de su trabajo clínico, se les observó de forma anónima y divididos en grupos de 5 personas al azar según los horarios que tenían en el servicio de Operatoria Dental, se les observó y se anotó su comportamiento en un test de actitud el cual consta de 13 ítems a ser evaluados según el cumplimiento o no de las normas de bioseguridad descritas. El test de actitud fue validado por Chávez

(1999), Rivera (2002) y Martínez (2003) en sus respectivos trabajos de tesis, el cual fue modificado para aplicarlos en esta investigación. Tiene un puntaje total de 13 puntos, obteniéndose 1 punto sí es que cumplen la medida de bioseguridad correctamente y 0 puntos si no la cumplen. Se clasificó en bueno, regular y malo. Aquellos que obtuvieron un puntaje total de 6 o menos se considerarán como malo, de 7 a 9 regular, y de 10 a 13 bueno. Los datos fueron tabulados en tablas y se analizaron posteriormente. En la presente investigación se concluyó que no hay relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del estudiante del 9no y 10mo Ciclo.

Ghanaei RM y col (2013). EEUU. Realizaron un estudio para determinar el nivel y la actitud de los estudiantes de medicina en la universidad de Guilan hacia la hepatitis B, encontrando que existe correlación positiva entre la actitud de los estudiantes hacia la hepatitis B y el nivel de conocimiento medio; además que la educación sobre la naturaleza, los síntomas, la transmisión, la prevención y el tratamiento del VHB puede aumentar la voluntad de los trabajadores de la salud para atender a las personas infectadas. La encuesta tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y la actitud de los estudiantes de medicina en la Universidad de Guilan hacia las infecciones por virus de hepatitis B y C. En una encuesta transversal, el conocimiento y la actitud de 424 estudiantes de ciencias médicas de enfermería, obstetricia, técnico de quirófano, laboratorio, anestesiología y radiología en la Universidad de Ciencias Médicas de Guilan hacia el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) las infecciones se investigaron utilizando un cuestionario estandarizado. El nivel medio (SD) de conocimiento de los estudiantes de medicina para el VHB y el VHC

fue de 17 ± 5 de 28 y 10.58 ± 6.7 de 29 preguntas, respectivamente. Las mujeres, los estudiantes de enfermería, los estudiantes de cuarto año, los que trabajaron en el hospital y los que tenían antecedentes de lesiones por pinchazo con aguja (NSI) mostraron puntuaciones de conocimiento significativamente más altas hacia el VHB ($P < 0.05$). Los estudiantes casados, los estudiantes de anestesiología, los que estaban en su cuarto año de estudio y los que trabajaban en el hospital tenían puntuaciones de conocimiento promedio significativamente más altas hacia el VHC ($P < 0.05$). También la actitud de los estudiantes hacia el VHB y el VHC se correlacionó positivamente con su nivel de conocimiento medio ($r = 0.14$, $p = 0.004$), ($r = 0.18$, $p = 0.0001$). La educación sobre la naturaleza, los síntomas, la transmisión, la prevención y el tratamiento de las infecciones por el VHB y el VHC pueden aumentar la disposición de los trabajadores de la salud a cuidar a las personas infectadas.²¹ En la presente investigación se concluyó que no hay relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del estudiante del 9no y 10mo Ciclo.

Pisconte W. (2017) Perú. Este estudio tuvo como propósito determinar cuál fue el nivel de conocimiento y conductas preventivas sobre hepatitis B en los estudiantes de estomatología que iniciaban sus prácticas clínicas integrales de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016-II. La muestra estuvo conformada por un total de 86 alumnos de estomatología que iniciaban sus prácticas clínicas integrales. A los resultados que llegaron fue que el 60.5% de los estudiantes presentó bajo nivel de conocimiento y el 79.1% inadecuadas conductas sobre hepatitis B. La conducta preventiva sobre hepatitis B de los estudiantes de estomatología, forma similar, no hay variación de las conductas preventivas entre

varones y mujeres ($p = 0.299$). De los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir que el 60.5% de los estudiantes de estomatología que iniciaron sus prácticas clínicas integrales de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 – II presentó bajo nivel de conocimiento sobre hepatitis B y el 79.1% de los estudiantes presentó inadecuadas conductas preventivas. El nivel de conocimiento sobre hepatitis B de los estudiantes de estomatología que iniciaron sus prácticas clínicas integrales de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 – II según los ciclos académicos no alcanzó significación estadística ($p = 0.203$) asimismo no hay diferencias de nivel de conocimiento entre mujeres y varones ($p = 0.274$). La conducta preventiva sobre hepatitis B de los estudiantes de estomatología que iniciaron sus prácticas clínicas de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2016 - II según los ciclos académicos no alcanzó significación estadística ($p = 0.504$) y de igual modo no se encontró variación de las conductas preventivas entre varones y mujeres ($p = 0.299$).²² En la presente investigación se concluyó que no hay relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del estudiante del 9no y 10mo Ciclo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusión General

Respecto a determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II, se concluye que los alumnos tienen un nivel de conocimiento Regular y una actitud de Aceptación, además no hay relación entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia la hepatitis.

5.1.2 Conclusiones Específicas

1. En cuanto a Determinar el nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género, los resultados nos indican que ambos sexos en mayoría tienen un conocimiento Regular.
2. Referente a determinar las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la

Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género, se concluye que en mayoría ambos sexos tienen una actitud de Aceptación.

3. Tomando en cuenta determinar la relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según el sexo masculino, se concluye que tiene un nivel de conocimiento Regular y una actitud de Aceptación; además no hay relación entre el nivel de conocimiento y la actitud.

4. Tomando en cuenta determinar la relación entre el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según el sexo femenino, se concluye que tiene un nivel de conocimiento Regular y Malo; y una actitud de Aceptación; además no hay relación entre el nivel de conocimiento y la actitud.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendación General

Respecto a determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para hacer capacitaciones o reforzamientos en el pregrado, logrando mejorar así el nivel de conocimiento, a fin que los alumnos estén más preparados y tengan conocimientos más sólidos sobre el tema al terminar la carrera.

5.2.2 Recomendaciones Específicas

1. En cuanto a determinar el nivel de conocimiento sobre la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para aumentar desde pregrado los conocimientos de las diversas enfermedades a las que están expuestos, logrando así al llegar a los últimos ciclos con conocimientos más sólidos.
2. Referente a determinar las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según género, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para ahondar más sobre bioseguridad para evitar contagiarse y /o contagiar a los pacientes, logrando una mayor protección de los alumnos y/o pacientes.
3. Tomando en cuenta relacionar el nivel de conocimiento con la actitud hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega según el sexo masculino y según el sexo femenino, se recomienda tomar en cuenta los resultados, para que ambos sexos mejoren sus conocimientos sobre la Hepatitis B y mantener la actitud de Aceptación, se lograría una mejor atención y seguridad en la atención de este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Marín, Andrés; Ríos Rosas, Francy. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado Cinta de Moebio. Revista Redalyc. 2006. 25 (35). 12-35.
2. González Suárez, Enrique. Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. Revista Cubana de ACIMED 2011; 22(2):110-120
3. Cerón Martínez, Armando Ulises. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México. 2017; 24(1): 83-90
4. Suárez Sánchez, Juan Agustín. Escala de actitud hacia la evaluación de los aprendizajes en la primera etapa de educación. Revista Redalyc. 2003; 9(15),46-67
5. Laca Arocena, Francisco A. Actitudes y comportamientos en las situaciones de conflicto Enseñanza e Investigación en Psicología. Revista Redalyc. 2005; 10(1), 117-126
6. Ospina Rave, Beatriz Elena; Aristizábal Botero, Carlos Andrés; Ramírez Gómez, Martha Cecilia. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia 2003. Invest Educ Enferm 2005; 23(1): 14-29

7. Testut L., Latarjet L.; Compendio de Anatomía Descriptiva. España: Salvat; 1984
8. Pulgarín-Ricardo LG, Rascovsky-Ramírez S, Delgado-de Bedout JA, Llano-Serna JF, Vélez-Arango JM, Sanz-Ramírez JA, Calvo-Betancur VD. Enfermedades difusas del hígado: evaluación con resonancia magnética. Medicina & Laboratorio 2010; 16: 459-468.
9. Halabe Cherem, José, Angulo Varguez, Felipe. Hepatitis viral. Revisión de la literatura. Facultad de Medicina UNAM. 2000. 43(3);90-100
10. Crespo Ramírez, Eduardo; Guanche Garcell, Humberto; Márquez Ferrer, Alejandro. Estado inmunológico contra hepatitis B en trabajadores de la salud en hospital comunitario de Qatar. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2018; 22(2);365-372
11. Pareja Pané, Germán. Riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en la clínica dental. RCOE, 2004; 9(3);13-321
12. César Cabeza. Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su Control. Revisión de la literatura Perú Med Exp Salud Pública. 2007; 24(4):97-200
13. Carlos A. Ramírez O., Daniel G. Fernández A., Sandra L. Valderrama B., Carlos H. Gómez Q., José R. Támara R. y Carlos A. Álvarez M. Vacunación para hepatitis B en pacientes adultos infectados con virus de inmunodeficiencia humana. Rev. Chile Infectología, 2009; 26 (1): 26-33.
14. Antonio Aguilera Guiraoa, Susana Romero Yusteb y Benito J. Regueiroa. Epidemiología y manifestaciones clínicas de las hepatitis virales. Rev. Enfermedades Infecciológica y Microbiología Clínica. 2006;24(4):264-76.
15. Enna Zunino Marquez. Epidemiología de la hepatitis B en Chile y esquemas de vacunación en Latinoamérica. Revista Chilena Infectología. 2002; 19 (3): 140 -155.

16. Alberto Hincapié R., Martha Cecilia Domínguez O., Claudia Patricia Garcés J. Conocimientos Y Presencia De Hepatitis B En Los Estudiantes De Pregrado De La Facultad De Odontología De La Universidad De Antioquia En El Año 2003. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2004; 15(2).
17. Julio Mayca P., Raúl Vallejos R., Hepatitis B En El Perú: Revisión 1970 – 2002. Revista Peruana de Medicina Experta en Salud Publica; 2004; 21(4).
18. Óscar Beltrán G., Marta Rosas M., Martín Garzón O. Hepatitis B: Diagnóstico y manejo. Asociaciones; Revista Colombiana de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología. 2005; 20 (2); 12-33
19. Silvia Gabriela Sáenz Donayre. Evaluación del grado de conocimiento y su relación con la actitud sobre medidas de bioseguridad de los internos de odontología del Instituto de Salud Oral de la Fuerza Aérea del Perú. 2007; [Tesis]UNMSM
20. José Luis Valdespino, M., Carlos J Conde González, Gustavo Olaiz-Fernández, Oswaldo Palma, Jaime Sepúlveda, Prevalencia en México de la infección y el estado de portador de la hepatitis B en adultos. Salud Pública de México; 2007; 49(3).
21. Ana Isabel Toro Montoya, Juan Carlos Restrepo Gutiérrez; Hepatitis B. Medicina & Laboratorio. 2011; 17(7); 311-329
22. Ghanaei Randy Mei , Muneer Almutairi, Ali Alsugair, Moayad Alseraikh, Huda Almutairi. Conocimiento y actitud de los estudiantes de ciencias médicas hacia las infecciones de hepatitis B y C. Int J. din Exp. Me. 2013; 6(3)
23. Marrie Baseer, Grey Rahman, Martin Yassin. Infection control practices in dental school: A patient perspective from Saudi Arabia. Dent Res J. 2013;10(1):25-30
24. Raed Almutairi, Muneer Almutairi, Ali Alsugair ,Moayad Alseraikh y Huda Almutairi. Percepción de los Estudiantes de ciencias de la Salud sobre el

Riesgo Laboral de Hepatitis Viral y Actitudes hacia Pacientes Diagnosticados con Hepatitis Viral B y C. International Journal oh Health Sciences (Qassim). 2017 septiembre-octubre; 11 (4): 28-34

25. Wendy Carolina Pisconte León. Nivel De Conocimiento Y Conductas Preventivas Sobre Hepatitis B En Estudiantes De Estomatología Que Inician Sus Prácticas Clínicas Integrales De La Universidad Privada Antenor Orrego, 2016-I. Perú; [TESIS]; 2017
26. Liliana Alvarez, Paul Jesús Tejada Llacsa, Giannina Melgarejo García, Gabriel Berto, Pedro Montes Teves, Eduardo Monge. Prevalencia de hepatitis B y C en el banco de sangre de un hospital en Callao, Perú. Revista de Gastroenterología del Perú. 2017; 37(4)
27. Mercedes Segarra Ciprés, Juan Carlos Bou Llusar. Conceptos, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. revista de Economía y Empresa. 2005; 2(52 y 53)
28. María Aurora Martínez Rey. El Conocimiento: Su Naturaleza Y Principales Herramientas Para Su Gestión. Psicología Social Madrid; 2007
29. Urbina J. El Psicólogo: Formación, Ejercicio Profesional Y Prospectiva. 1989th ed. Urbina J, editor. México: Dirección General de Publicaciones de la universidad Autónoma de Mexico ; 1992.La universidad como espacio de formación profesional y constructora de identidades. Resalyc. 2013; 57(5-16)
30. Carlos Benites Villafane. Prevención Y Control De La Hepatitis B en el Perú. Estrategia Sanitaria Nacional de P y C de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis B. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. 2004
31. Organización Mundial de Salud. [Internet]. [Consultado 18 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
32. Organización Panamericana de Salud [Internet].[Consultado 18 Jul 2018]. Disponible en:

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=24&Itemid=40749&lang=es

- 33.** Ministerio de Salud [Internet]. [Consultado 18 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=51¬a=15250>

ANEXOS

ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Sr. (a, ita):

Soy la Bachiller Cecilia Isabel FRANCIA APAZA, de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, responsable del trabajo de investigación titulado: “Relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud hacia la Hepatitis B en los Estudiantes de Estomatología de una Universidad Privada”.

La presente es para invitarle a participar en el estudio el cual tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la Hepatitis B en los estudiantes de 9° y 10° ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, 2018 – II. Para poder participar del estudio, usted tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima, el cual le demandará un tiempo promedio de 10 minutos.

La información que Ud., brinde al estudio será de uso exclusivo del investigador y se mantendrá su debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier etapa sin que este afecte de alguna manera. Por participar del estudio Ud., no recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos _____.

Yo, _____ dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio titulado “Relación entre el Nivel de Conocimiento y Actitud hacia la Hepatitis B en los Estudiantes de Estomatología de una Universidad Privada”. Realizado por la Bach. Cecilia Isabel FRANCIA APAZA.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejarán confidencialmente y en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre y apellido del participante

Fecha:

Firma del participante

DNI N°



Universidad Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA HEPATITIS B

Buenos días el presente cuestionario tiene como objeto recabar información acerca de Conocimientos sobre la Hepatitis B de los estudiantes de 9no y 10mo ciclo de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, con el propósito final de mejorar y/o incorporar nuevos contenidos que permitan la formación integral de estudiantes de odontología con sólidos conocimientos sobre esta enfermedad, y a su vez contribuyan a mejorar el desempeño profesional.

El cuestionario es totalmente anónimo con preguntas claras y concisas. Se agradece su gentil colaboración.

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO

I. Datos Generales

1. Edad: _____
2. Género: M () F ()
3. Ciclo de Estudios: _____

II. Contenido

Marcar la respuesta que Ud. Considere correcta en los enunciados siguientes sobre la Hepatitis B.

1. El agente etiológico de la Hepatitis B

- a) Virus
- b) Bacteria
- c) Hongo
- d) paracito

2. tiempo de incubación de la Hepatitis B

- a) Un día
- b) Un mes
- c) Dos meses
- d) Dos y cuatro meses

3. El microorganismo de la Hepatitis B sobrevive en sangre seca

- a) 1 hora
- b) 30 min.
- c) 7 días
- d) 24 Hrs.

- 4. Signo (s) o síntoma (s) de la enfermedad hepática a causa de la Hepatitis B**
- a) Dolor abdomen
 - b) Cansancio
 - c) Ictericia
 - d) Todas las anteriores
- 5. Principal vía de transmisión de la Hepatitis B**
- a) Perinatal
 - b) Sexual
 - c) Contacto casero (mordeduras, usar hojas de afeitar ajenas)
 - d) Por aerosoles en la atención dental
- 6. Prueba serológica para detectar una infección de Hepatitis B.**
- a) Análisis del anticuerpo de superficie HBsAb
 - b) Análisis del antígeno de superficie: HBs Ag
 - c) Prueba de Hepatitis B: VHB
 - d) Antígeno de la Hepatitis B
- 7. Complete el siguiente enunciado: la hepatitis B es una enfermedad (.....) infectante que el virus del VIH**
- a) 10 veces menos
 - b) 1000 veces mas
 - c) 100 veces mas
 - d) 100 veces menos
- 8. Enfermedad infectocontagiosa de mayor riesgo de contagio para el odontólogo**
- a) VIH / SIDA
 - b) Hepatitis B
 - c) Neumonía
 - d) Tuberculosis
- 9. Paciente de mayor riesgo de transmitir la Hepatitis B**
- a) Paciente multitransfundido
 - b) Población general
 - c) Trabajador de Salud
 - d) Trabajador(a) Sexual
- 10. Grupo poblacional en mayor riesgo de contraer la Hepatitis B**
- a) Hemofílico
 - b) Población general
 - c) Profesional de la Salud
 - d) Trabajadores de Limpieza

- 11. El riesgo del odontólogo de contraer la Hepatitis B frente a la población general es:**
- a) Doble
 - b) 10 veces mayor
 - c) Triple
 - d) Cuádruple
- 12. El riesgo de infectarse con un elemento contaminado de Hepatitis B es aproximadamente:**
- a) 100%
 - b) 70%
 - c) 0.4%
 - d) 30%
- 13. Zona endémica de Hepatitis B en el Perú**
- a) Lima Metropolitana
 - b) Lima –Callao
 - c) Huanta – Apurímac
 - d) Ica
- 14. Esquema de vacunación más idónea contra la Hepatitis B**
- a) Inicio – al primer mes – al quinto mes de la dosis inicial
 - b) Inicio – al segundo mes – al cuarto mes de la dosis inicial
 - c) Inicio – al sexto mes – al año de la dosis inicial
 - d) Inicio – al primer mes – al tercer mes de la dosis inicial – al año de la dosis inicial
- 15. Existe tratamiento profiláctico para prevenir la infección de la Hepatitis B en caso de una exposición**
- a) Si
 - b) No

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUD HACIA LA HEPATITIS B

Buenos días, el presente test es la Escala de Lickert y tiene como objeto conocer y determinar cuáles son las actitudes de los estudiantes hacia la atención de pacientes con Hepatitis B

El cuestionario es totalmente anónimo con preguntas claras y concisas, se pide responder con sinceridad. Se agradece su gentil colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan enunciados acompañados de 5 alternativas de respuesta para lo cual usted debe marcar con un aspa (X) uno de los 5 casilleros de acuerdo a su criterio.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Es importante indagar sobre apariciones de ictericia (piel y mucosas amarillas) en el paciente					
2. La extracción de un tercera molar retenida en paciente con Hepatitis B es un peligro para mi salud					
3. Completar las tres dosis de la vacuna contra la Hepatitis B me protegerá contra la enfermedad de la Hepatitis B					
4. Es importante conocer el lugar de procedencia del paciente en la elaboración de la historia clínica					
5. Me preocupa un posible contagio al realizar un restauración simple de resina en un paciente con Hepatitis B					
6. Elaborar los protocolos de bioseguridad ayudara a evitar infecciones de Hepatitis B					
7. Pertenezco a un grupo profesional con alto riesgo de contagio de la Hepatitis B					
8. A pesar de todas las medidas de bioseguridad siento temor de atender a un paciente con diagnóstico de Hepatitis B					
9. Me disgusta atender pacientes con diagnóstico de Hepatitis B porque aún estoy en proceso de formación profesional					
10. Es incomodo usar lentes protectores durante la realización de la historia clínica de un paciente con Hepatitis B					
11. Es importante indagar sobre conductas de riesgo del paciente: Trabajador(a) sexual, múltiples parejas sexuales					
12. Me siento cómodo al realizar la historia clínica de un paciente con Hepatitis B					

13. Es necesario adquirir conocimientos y práctica sobre manejo de pacientes con Hepatitis B					
14. Es importante el uso correcto de barreras protectoras para evitar el contagio de Hepatitis B					
15. Siento mayor preocupación por el riesgo de contagio de la Hepatitis B en comparación al riesgo de contagio por VIH – SIDA					
16. Prefiero derivar a otros centros especializados a todo paciente con diagnóstico de Hepatitis B					
17. Recibir una dosis de Vacuna contra la Hepatitis B me protege contra una posible infección					
18. En mi condición de estudiante pienso que no debería atender pacientes con Hepatitis B					