

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA DE EPIDEMIOLOGIA



Tesis

**Conocimientos, actitudes, prácticas y situación
anímica con relación al Zika, en embarazadas
atendidas en dos hospitales de Tegucigalpa,
septiembre – octubre de 2016**

Presentada por:

Dra. Doria Aracely Carrasco Cerrato

Previa opción al Título de Máster en Epidemiología

Asesor de Tesis

Dr. Gustavo Urbina

Tegucigalpa, M.D.C. Francisco Morazán, Honduras. Octubre 2017
Autoridades de la UNAH y de la Facultad de Ciencias de la Salud

Rector

Dr. Francisco Herrera

Secretario General

Abogada Enma Virginia Rivera

Directora de Investigación Científica y Posgrados

Dra. Leticia Salomón

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas

Marco Tulio Medina, MD

Secretario de la Facultad de Ciencias Médicas

Jorge Alberto Valle, MD

Coordinadora General de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud

Elsa Yolanda Palau, MD

Coordinador de la Maestría en Epidemiología

Mario René Mejía, MD

Jefatura del Departamento de Salud Pública

Ana Lourdes Cardona, MD

DEDICATORIA

A mi hermosa madre Doria Erlinda Cerrato Matute por su apoyo incondicional y a mis tres varones Julio Cesar Chavarría Carrasco, Cesar Enrique Chavarría Carrasco y Cesar Alejandro Chavarría Carrasco que aceptaron mis ausencias sin reclamo.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis, que hoy culmino ha sido un reto más en el trayecto de mi vida, decidí realizar mi maestría para ocupar mi mente y me encanto por eso estoy agradecida con Dios porque él sabe lo que tiene destinado para cada uno de nosotros, a mi madre que ha sido mi apoyo incondicional, a mis tres hermosos varones que con paciencia toleraron mis días de ausencia, a mis amigos, maestros especialmente a la Dra. María Félix Rivera por enamorarme para entrar a esta maestría, al Dr. Jeremías Soto por orientarme en los primeros pasos de la investigación con mucha paciencia y abnegación, al Dr. Gustavo Urbina por ayudarme hasta el final; a mis compañeros especialmente mi grupo integrado por Michell, Diana y Mauricio sin ellos, esto no hubiese sido posible, a mis dos instituciones donde trabajo universidad e IHSS que me brindaron confianza y seguridad para llegar a la meta.

TABLA DE CONTENIDO

I. Introducción	6
II.Planteamiento del problema	7
III.Justificación	9
VI. Objetivos	10
V. Marco teórico	11
VI. Operacionalizacion de variables	17
VII. Metodologia	18
1. Tipo de estudio	18
2. Poblacion y muestra	18
3. Descripcion del area de estudio	19
5. Procedimientos	19
6. Selección y capacitacion de entrevistadores	20
7. Aspectos eticos	21
8. Procesamiento y analisis de datos	21
9. Plan de analisis	21
VIII. Resultados	22
IX. Discusión	31
X. Conclusiones	36
XI. Recomendaciones	36
XII. Referencias bibliográficas	37
XIII. Anexos	40

I. INTRODUCCION

Desde 1947, en que fue descubierto en Uganda (África), el virus Zika ha ido expandiendo su rango geográfico. El año 2014 se registró un brote en Isla de Pascua, que se propago en pocas semanas; la infección fue confirmada en 50-60 habitantes.¹ En mayo de 2015 se confirmaron los primeros casos de virus Zika de transmisión autóctona en Brasil.^{2,3}

La llegada del virus Zika al continente americano esta recién descubriéndose, y tanto su comportamiento epidemiológico como sus efectos patológicos irán revelándose con mayor claridad en los próximos meses o años.

Los factores que están siendo más observados, por sus potenciales consecuencias, son:

- a. La rápida diseminación del virus en el curso de un año, afectando a cientos de miles de personas en varios países del continente;
- b. El aumento de la frecuencia de casos de síndrome de Guilláin-Barré en relación a la infección;
- c. Las evidencias de transmisión vertical y posible asociación con trastornos del desarrollo cerebral en el feto, y
- d. La identificación y aislamiento de virus en secreciones corporales, entre ellas el semen, con contados reportes que sugieren transmisión sexual.³

Desde la notificación de las primeras infecciones en América en 2015, se estima que se han producido más de un millón de casos, y 32 países de

América y el Caribe informan casos de transmisión autóctona. El virus Zika ha demostrado ser altamente neurotrópico en modelos animales, infectando el cerebro y produciendo degeneración neuronal.⁵ La complicación más preocupante es el aumento significativo de casos de microcefalia y malformaciones del SNC en recién nacidos, informados en el noreste de Brasil desde octubre del 2015.^{4,5}

La asociación temporal y geográfica con la epidemia de virus Zika ha puesto en alerta a científicos, clínicos y autoridades de salud, y creado una comprensible preocupación en la población. Se ha trabajado intensamente en dimensionar la magnitud del problema (microcefalia) y avanzado en establecer la posible transmisión vertical del virus y su asociación causal con daño neurológico.

En Honduras, se presentan los primeros casos en noviembre del 2015, y en marzo 2016 se declara emergencia nacional por lo que se intensifica las medidas de prevención y diagnóstico de dicha enfermedad; es por eso que surge la necesidad de realizar un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad del Zika, así como los distintos trastornos emocionales que pueden surgir ante la posibilidad de adquirir esta enfermedad por vivir en un país endémico.

Los estudios de conocimiento, prácticas y actitudes son una herramienta de análisis de comportamientos por lo que veremos cómo se refleja en las dos instituciones más populares de atención de embarazadas en el Municipio del Distrito Central, en el departamento de Francisco Morazán, Honduras.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad del Zika, es causada por un flavivirus transmitido

principalmente por mosquitos de la especie de *Aedes aegypti*, y *A. africanus*.^{1,2}
^{3, 4} Los síntomas asociados con la infección son típicamente auto limitado y comúnmente incluyen: fiebre, erupciones cutáneas (usualmente maculopapular), conjuntivitis, mialgias y artralgias.^{5,6}

Actualmente el Zika está activo en las Américas, con tasas más altas de infección en Brasil y Colombia, y ha llamado la atención debido que el virus es potencialmente teratogénico, causando la pérdida fetal o microcefalia, aunque la relación causal no está firmemente establecida.^{7,8}

El virus fue aislado por primera vez en 1947 a partir de un mono de la especie Macaco, en una reserva boscosa de Uganda llamada Zika, de allí se deriva su nombre. El primer caso humano fue reportado en Nigeria en 1954; se cree el virus del Zika probablemente se extendió de África al sudeste de Asia hacia 1945 y desde entonces ha persistido hasta el siglo XXI con reportes de múltiples epidemias, en su mayoría muy limitadas.^{1,2,7,8}

El primer brote a gran escala fue reportado en 2007 en la isla de Yap en la Micronesia, donde se identificaron 49 casos confirmados y 59 casos probables de la enfermedad por el Zika en el período de abril a julio de 2007, quienes refirieron síntomas comunes como fiebre, exantema, artralgia, y conjuntivitis, sin evidencia documentada de hemorragias o muertes. En este brote, se estimó una prevalencia de 73% de ZIKA entre los residentes de tres y más años de edad.^{9,10}

El segundo brote importante fue reportado en la Polinesia Francesa en 2013-2014, que comenzó en octubre de 2013, habiéndose registrado un total de 8,510 casos sospechosos, el ZIKA posteriormente, se extendió a regiones adyacentes, incluyendo la Isla de Pascua (Chile) y Nueva Caledonia donde hubo

transmisión autóctona.¹⁰

En el continente americano, el brote comenzó en Brasil en 2015 y se cree que la vía de entrada del virus Zika pudo haberse dado mediante viajeros procedentes de regiones endémicas de virus Zika tales como Asia y África durante grandes eventos deportivos que tuvieron lugar en territorio brasileño en 2014.^{11,12,13}

Entre 500,000 a 1.5 millones de personas en Brasil se vieron afectadas en 2015, posteriormente se informó de transmisión activa en las regiones y países vecinos de América del Sur, México y América Central, y el Caribe.^{12,13}

En Estados Unidos el primer caso de infección por el virus Zika se informó en enero de 2016, en un viajero que regresaba de América Latina a Texas; además se reportó un caso de transmisión sexual en febrero 2016 en Dallas, Texas, en una persona que tuvo contacto sexual con una persona enferma de Zika, proveniente de una zona epidémica en América del Sur.¹³

III. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El virus del zika (ZIKA) se trasmite principalmente por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* vector de otros virus tales como dengue, chikungunya y fiebre amarilla a nivel mundial. En Honduras, los primeros casos de enfermedad por zika se reportaron en diciembre del 2015, y dado que esta es una enfermedad emergente, aún se conoce muy poco la epidemiología de la misma en el país. Los datos dispersos de infección por la enfermedad de Zika en embarazo provienen de estudios descriptivos y de comunicaciones personales.

De otros países, la incidencia, la tasa de transmisión vertical y perinatal y la

tasa de complicaciones.¹La infección por Zika durante el embarazo se relaciona con desenlaces fetales graves como óbito fetal, lesión del sistema nervioso central (SNC), retraso del crecimiento e insuficiencia placentaria. Hasta el momento no existe evidencia de que el cuadro clínico de Zika se exacerbe con el embarazo, o que la infección por Zika tenga consecuencias sobre la fertilidad de la mujer, o que exista una asociación con el pronóstico de los productos concebidos en embarazos posteriores.^{3,4}

La microcefalia, ha sido el signo que más ha llamado la atención de la comunidad científica, sin embargo, ésta puede ser la forma más severa de afectación fetal que se ha podido detectar hasta el momento, y quizás represente la punta del iceberg de un problema de salud pública mucho mayor. Es posible que existan otras patologías cerebrales asociadas al virus que van a ser detectadas con el paso del tiempo al manifestarse años más tarde en la cohorte de recién nacidos expuestos al Zika.⁵

De manera que la mujer embarazada en nuestro medio está expuesta actualmente a esta virosis, con lo que puede enfrentar múltiples cambios en su estado anímico que pueden afectar su quehacer diario, siendo un nuevo reto para el personal de salud debido no solo a que se trata de una enfermedad emergente, sino también al alto grado de incertidumbre que ha generado en la población general, y especialmente en las mujeres embarazadas.

En Honduras, aún es escaso el nivel de conocimiento entre la población general en relación a la enfermedad por Zika, y es menos aún entre las mujeres embarazadas. Se desconoce cuál es la actitud, las creencias y prácticas que adopta la población sobre la enfermedad, especialmente las embarazadas por las complicaciones que pueden derivar de la infección.

Además, el tratarse de una enfermedad que podría conllevar a complicaciones en el feto y recién nacido, tiene el potencial de provocar una alteración en el estado de ánimo de la mujer embarazada, que puede manifestarse como ansiedad y/o depresión y de esa manera alterar la fisiología del embarazo.

El presente informe, sistematiza los resultados obtenidos en un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la enfermedad del zika y la situación anímica entre mujeres embarazadas.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y situación anímica con relación al Zika, en embarazadas atendidas entre septiembre y octubre de 2016, en el Hospital Escuela Universitario (HEU) y Clínicas Periféricas del Instituto Hondureño del Seguro Social (IHSS) de Tegucigalpa, Honduras.

ESPECÍFICOS:

1. Establecer la frecuencia de conocimientos, aptitudes, prácticas, y síntomas de ansiedad y/o depresión relacionada a Zika, en la población bajo estudio.
2. Describir las características socio demográficas de la población estudiada
3. Describir el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el Zika en mujeres embarazadas.
4. Identificar factores relacionados con estar embarazada e infectarse de Zika.

V. MARCO TEORICO

La infección por el virus Zika, un flavivirus, es transmitida por mosquitos del género *Aedes*. Aislado por primera vez en 1947 en monos Rhesus tipo Macaco del bosque de Zika (Uganda); la infección en humanos se demostró inicialmente por estudios serológicos en Uganda y Tanzania en 1952 y se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria en 1968.¹

El primer caso autóctono en las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua).² Sin embargo, en Brasil, desde febrero de 2015 se ha verificado un importante incremento de casos por el Ministerio de Salud.³ En octubre de 2015 ese ministerio alertó sobre un incremento inusual de casos de microcefalia en el estado de Pernambuco, donde se detectaron en menos de un año 141 casos, cuando anualmente se reportaban apenas 10 casos.⁴

Posteriores investigaciones confirmaron la presencia del genoma de virus Zika, a través de la técnica Reacción en Cadena de la Polimerasa a tiempo real (RT-PCR, por su sigla en inglés), en fluido amniótico de dos embarazadas de Paraíba, cuyos fetos presentaban microcefalia de acuerdo a la ultrasonografía prenatal.⁵ También en Brasil, en noviembre de 2015, se verificó la presencia del genoma del virus Zika en muestras de tejidos y sangre de un recién nacido fallecido y portador de microcefalia⁶, estos hallazgos fueron confirmados por inmunohistoquímica por el CDC, tal como comunicó Brasil a principios de enero de 2016.⁷

Un reciente estudio realizado por el Instituto de investigaciones tropicales Fio Cruz de Paraná, confirmó por histoquímica la presencia del virus en placenta.⁸ Otros gobiernos estatales informaron una situación similar, por esta razón, el Ministerio de Salud de Brasil declaró una emergencia nacional de salud

pública.⁹

Desde 2015 y hasta la fecha, son varios los países y territorios que han confirmado circulación autóctona de virus Zika en las Américas: Brasil, Barbados, Bolivia, Chile (Isla de Pascua), Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana, Guyana Francesa, Haití, Honduras, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, San Martín, Surinam Venezuela entre otros.¹⁰

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA

La prevención de la infección en la mujer gestante es exactamente igual que para la población general y deben enfatizarse dadas las consecuencias de esta infección para las gestantes.¹

Los profesionales de salud deben promover las siguientes medidas tanto en la comunidad como con las gestantes y sus familias:

- Medidas sobre el ambiente, son de carácter colectivo y se encuentran destinadas a la reducción de la densidad del vector. El control del mosquito es la única medida que puede lograr la interrupción de la transmisión de los virus, tales como dengue, Zika y chikungunya.²

- Medidas de protección personal, los profesionales de salud deberán insistir en medidas que reduzcan al mínimo el contacto del vector con los pacientes infectados con dengue, chikungunya o virus Zika para evitar la diseminación de la infección. Y así mismo recomendar a toda la población, pero en particular a las gestantes el uso de las siguientes medidas:
 - Cubrir la piel con camisas de manga larga, pantalones y calcetines.
 - Usar mosquiteros en las camas ya sea impregnados con insecticida o no.
 - Utilizar mallas/mosquiteros en ventanas y puertas.

- Usar repelentes recomendados por las autoridades de salud (DEET o Picaridina o Icaridina). Estos repelentes, hasta la fecha, son los que cuentan con los mayores niveles de seguridad para su uso durante el embarazo y lactancia. Aplicarlo en áreas expuestas del cuerpo, y por encima de la ropa cuando esté indicado. Re-aplicarlo de acuerdo a lo sugerido por el fabricante en la etiqueta del repelente. Si el repelente no es usado como recomienda el fabricante, pierde su efecto protector.^{1,2,5,6}
- Buscar y destruir posibles focos de criaderos de mosquitos y eliminarlos en el domicilio.
- Aislamiento de los pacientes, en caso de personas infectadas y para evitar la transmisión a otras personas (incluidas las mujeres gestantes) debe evitarse el contacto del paciente infectado por el virus Zika con mosquitos, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica), para lo cual aplican las medidas de protección personal descriptas previamente.⁶

INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO

Clínica: no se han descrito diferencias clínicas entre una mujer gestante y otra que no lo está. Tras la picadura del mosquito infectado, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a doce días. En términos generales no suelen producirse casos mortales. La infección puede cursar en forma asintomática (70-80% de los casos), o presentarse con la clínica que se indica a continuación.^{6,7}

- Fiebre entre 37,2°C y 38°C
- Mialgias y/o artralgias
- Exantema maculopapular pruriginoso*
- Astenia
- Conjuntivitis no purulenta Edema en miembros inferiores
- Cefalea

El exantema maculopapular pruriginosos, es uno de los síntomas más distintivos de la infección por Zika, que deberá ser tenido en cuenta para el diagnóstico y registrado en la historia clínica de la gestante.

Síntomas menos frecuentes

- Dolor retro-orbitario
- Anorexia
- Vómito, diarrea Dolor abdominal

Los síntomas duran de 4 a 7 días, y suelen auto limitarse.¹

Se ha descrito, en algunos países de la Región, en el contexto de circulación del virus Zika, un aumento en la aparición de síndromes neurológicos como el Síndrome de Guilláin-Barré (SGB), meningoencefalitis, mielitis, entre otros. Aunque aún no fue establecida la relación causal con virus Zika, no se puede descartar esa hipótesis.⁶

Diagnóstico: los pasos diagnósticos son exactamente iguales para las mujeres gestantes como en la población general y son definidos en la actualización epidemiológica de OPS del 16 de octubre de 2015.¹³

- a. **Diagnóstico clínico**, es de sospecha y se caracteriza por la aparición de uno o varios de los síntomas descritos previamente. La sospecha será más fundada cuando exista el antecedente de haber estado en los días previos en un área o territorio donde se encuentra el vector; más fuerte aún si en ese lugar se han certificado casos de infección por el virus, este será un elemento de mayor fuerza para establecer diagnóstico presuntivo de infección por virus Zika.
- b. **Diagnóstico clínico diferencial**, se establecerá ante otras infecciones que
- c. causen exantema y fiebre, en particular flavivirus como dengue, chikungunya o

enfermedad del Nilo oriental entre otras.

d. Diagnóstico de confirmación: la confirmación requiere de un laboratorio local o de referencia que pueda hacer las pruebas que se desarrollarán a continuación:

1. Diagnóstico virológico, consiste en la identificación del ácido nucléico viral por la prueba de la transcriptasa reversa por la reacción de cadena de la polimerasa (RT-PCR). El tipo de muestra a usar puede estar influido por los días que han transcurrido desde la aparición de los síntomas de la infección.

El ARN del virus se puede encontrar en suero hasta unos 10 días de empezada la sintomatología y en orina puede identificarse algunos días más (13). Al haberse encontrado ARN viral en líquido amniótico, en situaciones excepcionales o dentro de protocolos de investigación podrían usarse muestras de líquido amniótico. El aislamiento del virus es más complejo y suele restringirse enteramente a fines de investigación.^{13,14}

2. Diagnóstico serológico, detecta anticuerpos anti IgM específicos para virus Zika por técnica de Elisa o por inmunofluorescencia. Esto se puede conseguir a partir de los 5 días de iniciados los síntomas. La interpretación de los ensayos serológicos tiene una relevancia especial para el diagnóstico de ZIKA. En infecciones primarias (primera infección con un flavivirus) se ha demostrado que las reacciones cruzadas con otros virus genéticamente relacionados son mínimas.

Sin embargo, se ha demostrado que sueros de individuos con historia previa de infección por otros flavivirus (especialmente dengue, fiebre amarilla y del Nilo occidental) pueden dar resultados cruzados.^{13,14,15}

Muestras de saliva u orina recogidas durante los primeros 3 a 5 días desde

la aparición de los síntomas, o suero recogido en los primeros 1 a 3 días son apropiados para la detección del virus Zika por estos métodos.¹⁴ Al igual que para el caso del diagnóstico virológico, muestras de líquido amniótico o de tejidos fetales podrían ser de utilidad, aunque esto se reserva para la investigación.¹⁵

CONDUCTA TERAPEUTICA EN GESTANTES CON ZIKA

Por tratarse de una infección generalmente asintomática y en los pocos casos sintomáticos ser auto limitada, prácticamente no requerirá tratamiento. Hasta el momento no existe vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika por esta razón, el tratamiento se dirige a los síntomas.¹⁶

Reposo y aislamiento, para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto de la paciente infectada por el virus Zika con mosquitos del género Aedes, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de mosquiteros que pueden o no estar impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas anti-mosquitos. El personal sanitario que atienda a pacientes infectados por virus Zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes, así como vistiendo manga y pantalón largos.^{16,17}

Fiebre, existe evidencia de que la fiebre “per se”, durante el embarazo, se asocia a malestares generales y como no existen medicamentos 100% seguros, inicialmente se recomienda disminuir la fiebre de la gestante con medidas físicas (paños húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua apenas tibia).¹⁷ Cuando las medidas físicas no sean efectivas, se deberán usar anti termo-analgésicos, El Acetaminofén o paracetamol es el de primera línea. Dosis recomendada 500 mg v/o cada 6 u 8 horas, se debe advertir sobre no sobrepasar los 4000 mg/día ya que puede asociarse con daño hepático de la gestante.^{16,17}

Cefalea, se dispondrá también del Acetaminofén en las dosis indicadas para el tratamiento de la fiebre. No usar aspirina por riesgo de sangrado ni AINES por sus efectos en caso que la infección correspondiera a dengue o chikungunya.^{16,17,18}

Prurito, aunque no hay investigaciones que apoyen o refuten la seguridad de los productos tópicos, existe experiencia clínica que sugiere que se trata de productos seguros.^{18,19} Aplicación tópica de loción de calamina o crema acuosa a base de mentol también el tratamiento sistémico con anti-histamínicos tiene un elevado nivel de seguridad, de manera que se pueden recomendar las diferentes formas de Loratadina.¹⁸ Loratadina v/o 5 a 10 mg cada 12 horas. Hidratación, Se debe aconsejar a las pacientes a ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la depleción por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles.^{20,21}

REPERCUSIÓN DE LA INFECCIÓN POR ZIKA EN LA GESTACIÓN

Un aspecto relevante en el contexto presentado es la asociación entre la infección por virus Zika y el incremento en la notificación de microcefalia congénita y otras condiciones al nacer.^{20,21,22}

Se han notificado tanto en Brasil como en la Polinesia Francesa múltiples casos de anomalías del sistema nervioso central vinculados a brotes de zika. La microcefalia, ha sido el signo que más ha llamado la atención de la comunidad científica. También se han descrito casos de aborto y de muerte fetal.^{20,21}

En noviembre de 2015 el Ministerio de Salud de Brasil, afirmó que existe relación entre el incremento de microcefalia en el nordeste del país y la infección por virus Zika tras la detección de genoma del virus en muestras de sangre y tejido de un recién nacido del estado de Pará que presentó microcefalia y otras malformaciones congénitas y que falleció a los cinco minutos de nacer. Sin

embargo, esta asociación hasta el momento no ha sido confirmada por otros investigadores.²³

VI. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

A. Variable dependiente: Conocimientos, aptitudes, prácticas, y situación anímica de la embarazada: Ansiedad y Depresión

B. Variables independientes: Explicativas: Socio demográficas, Antecedentes Familiares, Hábitos, Conocimientos-Actitudes-Prácticas sobre Zika

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Índice
Embarazo	Es el estado fisiológico de la mujer producido por la anidación o implantación y desarrollo de un nuevo ser que ocurre en mujeres.		Gravindex positivo USG Por clínica	Si No
Características socio demográficas.	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y culturales que están presentes en las mujeres embarazadas independiente de su edad gestacional	Edad: Tiempo vivido desde el nacimiento hasta la fecha. Nivel de instrucción: El número de años de educación formal. Estado civil situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el estado o Nación a que pertenece. Ocupación Procedencia:	Referido por el paciente o cuidador y observación	Años Años de estudio: Analfabeta Primaria Secundaria Universidad Casada Unión libre Soltera viuda Divorciada Urbano Rural
Conocimiento	Formas de transmisión Formas de prevención			
Actitudes	Percepción de riesgo			

Variable	Definición	Dimensiones	Indicador	Índice
Prácticas	Uso de mosquitero, repelentes, mallas en ventanas y puertas, presencia de larvas en recipientes de agua en casa			
Antecedentes Gineco obstétricos				
Factores asociados	Fuentes de ingresos económicos Capacidad y fuente para ganar ingresos, para su manutención. Hacinamiento	Alguien en la familia recibe salario Alguien en la familia recibe dinero del exterior Tiene negocio pequeño Recibe ayuda del gobierno Otro		Fuente de ingresos (Si/No)
Ansiedad			Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	
Depresión		Leve Intermitente Moderada. Grave Extrema.	Inventario de Depresión de Beck (BDI)	

VII. METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio: se trata de un estudio transversal descriptivo tipo encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas.

2. Población y muestra:

a. Universo: Fueron todas las mujeres atendidas en el HEU y tres Clínicas Periféricas del IHSS durante el periodo de estudio.

b. Población objeto de estudio: Fue toda mujer embarazada atendida en el HEU y las tres clínicas del IHSS, en el periodo de estudio.

c. Muestra: se tomó una muestra a conveniencia de 138 mujeres embarazadas del Hospital Escuela Universitario y 136 mujeres

embarazadas del Instituto Hondureño de Seguridad, completando un total de 274 mujeres embarazadas; que asistieron a la consulta externa de Ginecología y obstetricia.

3. Descripción del área de estudio: El estudio se realizó en la ciudad de Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras, en los dos centros asistenciales de mayor afluencia en la atención de mujeres embarazadas: Hospital Escuela Universitario (HEU, Materno Infantil) y en tres Clínicas Periféricas del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) donde se brinda la atención prenatal: Clínica Periférica No, 1 (Barrio Abajo, en el centro de la ciudad); Clínica Periférica No, 2 (Colonia Torocagua, al norte de la ciudad); y Clínica Periférica No. 3 (Colonia Kennedy, al oriente de la ciudad).

4. Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

- Toda mujer embarazada que asistió a los diferentes servicios de Ginecología y Obstetricia de HEU e IHSS.
- Proporcionar consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión

- Que no deseen participar en el estudio.
- Que tenga antecedentes de patología psiquiátrica previa.
- Que curse con enfermedad médica.

5. Procedimientos:

a. Instrumentos de Recolección de Datos. Para la recolección de datos se elaboró un instrumento que incluyó 22 preguntas y que se aplicó mediante la técnica de entrevista cara a cara. El instrumento

comprendió datos socio demográfico, condición del embarazo, conocimientos acerca del Zika, actitud ante esta enfermedad, prácticas de prevención.

- b.** Adicionalmente se aplicó el formulario estandarizado de Ansiedad y Depresión de Beck, para valorar sintomatología sobre ansiedad y depresión. El cuestionario de Beck para depresión es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más.

Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Se solicitó a las personas evaluadas que eligieran las afirmaciones más características durante las últimas dos semanas, incluido el día de la encuesta, relacionadas con la enfermedad por Zika. Cada ítem se respondió en una escala de 4 puntos.

La puntuación total mínima y máxima en el cuestionario es 0 y 63. Se establecieron puntos de corte que permiten clasificar a las mujeres embarazadas evaluadas en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

El cuestionario de Beck para ansiedad es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-IV. Consta de 21 preguntas,

proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63.

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 0–21, Ansiedad muy baja; 22–35, Ansiedad moderada; más de 36, Ansiedad severa. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

6. Selección y capacitación de los entrevistadores: Para la aplicación de la encuesta, se reunió un equipo especial de colaboradores que actuaron como los entrevistadores del estudio, que incluyó a miembros del personal de salud, trabajadora social y promotores en salud del IHSS y en el HEU estudiantes de licenciatura de enfermería.

Se realizó una capacitación sobre los instrumentos de recolección de datos y un ensayo de la entrevista, para aprender la forma correcta de llenado de los cuestionarios, haciendo hincapié en la presentación del equipo y los objetivos del estudio, así como recomendaciones de cortesía al contactar a las personas para el estudio. Los datos obtenidos con el cuestionario sobre CAP, y de los cuestionarios de ansiedad y depresión fueron revisados asegurando que el porcentaje de las respuestas para todas las variables fuera mayor de un 95%.

7. Aspectos Éticos: el protocolo se presentó al Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y al Comité de Ética del IHSS,

siendo aprobado por ambos comités. A cada participante se le explicó el propósito del estudio previo consentimiento escrito asegurando la confidencialidad de la información personal.

Si la persona no era capaz de comprender la información brindada y responder por ellos mismos, un familiar o encargado mayor de 18 años tomo la decisión de su aprobación. En el caso de la embarazada adolescente, fue necesario el asentimiento informado para una población de 10 – 19 años.

8. Procesamiento y análisis de los datos: Los datos fueron digitados directamente a una base de datos que fue diseñada usando el software Epi-Info 2000, diseñado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, (CDC, por sus siglas en inglés).

9. Plan de análisis: En el análisis univariado, se estimaron proporciones y sus límites de confianza del 95% de las variables clave del estudio. Para las variables cuantitativas continuas se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión. La comparación de medias y diferencia de medias con su respectivo intervalo de confianza de 95%.

VIII. RESULTADOS

Un total de 300 mujeres embarazadas fueron entrevistadas de las cuales 274 (91.3%) respondieron completamente el cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y ambos instrumentos para valorar ansiedad y depresión, distribuidas de la siguiente manera: 138 (50.3%) en la consulta externa del HEU y 136 (49.6%) en la consulta externa de las Clínicas Periféricas del IHSS.

Cuadro 1. Características demográficas de las embarazadas atendidas en el HEU y el IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre 2016

Variables	HEU (n= 138)	IHSS (n= 136)	Total (n= 274)
Edad			
Media	26.2	28.8	27.4
Mediana	26.0	28.5	25.0
Moda	22	25	25
Desviación estándar	5.8	5.4	5.8
Rango mínimo máximo	19-43	15-43	15-43
Procedencia			
Francisco Morazán	80.4%	97.8%	89.1%
El Paraíso	6.5%	0.0%	3.3%
Comayagua	1.4%	0.0%	0.7%
Otros (Choluteca, Intibucá, la Paz, Olancho, Santa Bárbara, Valle)	8.6%	1.2 %	5.0%
Índice de Hacinamiento			
Sin hacinamiento	79.4%	82.7%	81.05%
Hacinamiento medio	19.5%	15.7%	17.6%
Hacinamiento crítico	1.1%	1.6%	1.35%
Sabe leer y escribir	90.4%	98.4%	94.3%
Trabaja	30.7%	86.7%	58.5%

La edad promedio de las mujeres embarazadas participantes fue 27.4 años, con una desviación estándar de 5.8 años, la edad mínima fue 15 años y la máxima 43 años. La edad media en las mujeres atendidas en el HEU fue $26.25 \pm DE 5.8$ años, y en el IHSS fue $28.50 \pm DE 5.4$. En relación al lugar de procedencia, las embarazadas atendidas en el HEU el 80.4%, y en el IHSS el 97.8%, procedían del departamento de Francisco Morazán.

El residir en condición de hacinamiento, entendido como número de personas que viven en una vivienda entre el número de habitaciones de esa vivienda, estaba presente en el 20.6% de las embarazadas atendidas en el HEU y en el 18.3 % de

las atendidas en el IHSS. Saber leer y escribir fue descrito por las participantes en el 90.4% del HEU y 98.4% del IHSS. El 58.5% del total de las encuestadas respondió que tenía un trabajo, las atendidas en el IHSS representaron el 86.7% en tanto que el HEU un 30.7%. (Ver cuadro 1)

Cuadro 2. Características económicas y sociales de las embarazadas atendidas en el HEU y el IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre 2016

Variables	HEU (n= 138)	IHSS (n= 136)	Total (n= 274)
Ingreso mensual por familia			
< de Lps. 5,000	41.9%	2.8%	22.4%
Lps. 5,001 – 10,000	53.5%	79.0%	66.2%
Lps. 10,001 -15,000	0.0%	9.7%	4.9%
> Lps. 15,001	4.6%	8.5%	6.5%
Estado civil			
Casada	24.6%	36.0%	30.3%
Unión libre	48.6%	55.1%	51.8%
Soltera	25.4%	8.1%	16.8%
Viudas	0.4%	0.7%	1.1%
Años de estudio			
Media	7.5	10.4	8.7
Moda	6	11	11
Desviación estándar	3.7	3.6	3.9
Rango mínimo máximo	0-16	0-16	0-16

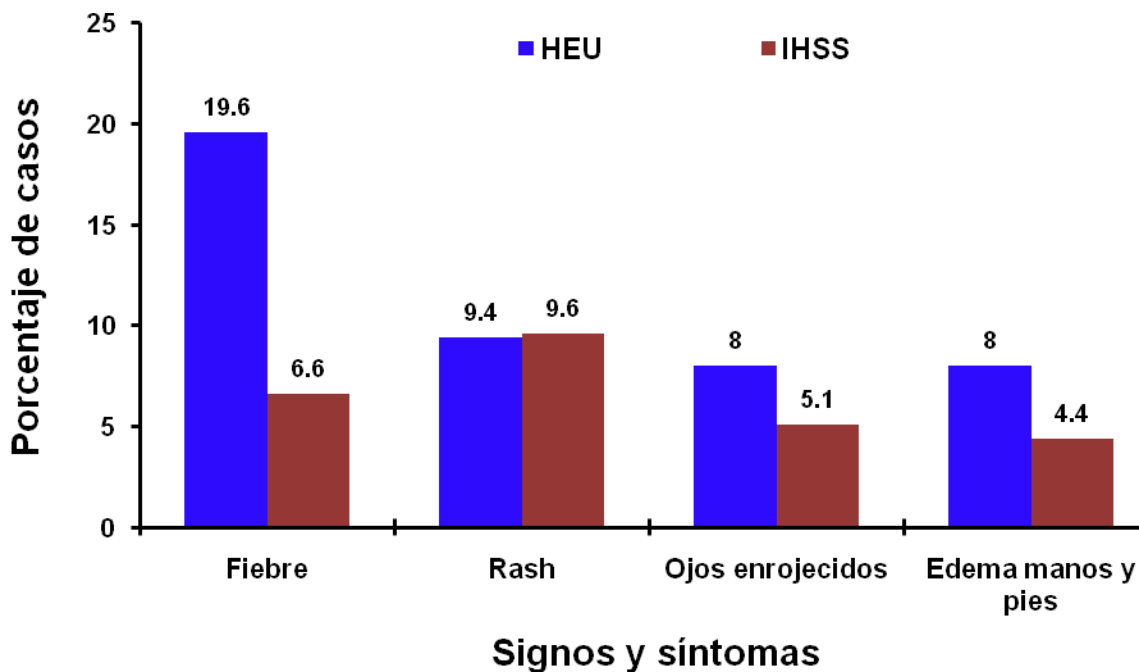
El 88.6% de las mujeres embarazadas reportó un ingreso familiar igual o menor a 10,000 Lempiras (HNL). El 79% de las mujeres atendidas en el HEU tenían un ingreso familiar mayor o igual a Lps. 10,000 y en el HEU el 41.9 % tiene un ingreso menor o igual a Lps. 5,000. El 73.2% de las embarazadas atendidas en el HEU estaban casadas y de las atendidas en el IHSS, el 91.1% tenía uno u otro estado marital. La media de escolaridad en la población estudiada fue 8.7 años, las mujeres que asistieron al IHSS presentaron escolaridad (10.4 años) y las atendidas en el HEU (7.5 años). (Ver cuadro 2)

Cuadro 3. Antecedentes obstétricos de la mujer embarazada atendida en el HEU y el IHSS, septiembre -octubre 2016, Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes	HEU (n= 138)	IHSS (n= 136)	Total (n= 274)
Parto vaginal			
1-2	63.2%	74.8%	68.5%
3-4	24.0%	21.5%	22.8%
5 o mas	12.8%	3.7%	8.6%
Parto cesárea			
Ninguna	81.7%	87.1%	84.1%
1-2	17.5%	12.9%	15.4%
3 o mas	0.8%	0.0%	0.4%
Abortos			
Ninguna	84.1%	89.3%	86.5%
1-2	15.1%	10.7%	13.1%
3 o mas	0.8%	0.0%	0.4%
Hijos nacidos vivos			
Ninguno	28.7%	35.6%	31.8%
1-2	61.0%	62.0%	62.0%
3 o mas	9.0%	1.0%	5.4%
Hijos nacidos muertos			
Ninguno	82.8%	86.7%	84.5%
1 -2	16.4%	12.2%	14.5%
3 o mas	1.0%	1.0%	1.0%
Edad gestacional			
I trimestre	6.5%	31.3%	18.9%
II trimestre	28.1%	29.9%	29.0%
III trimestre	65.4%	38.8%	52.1%

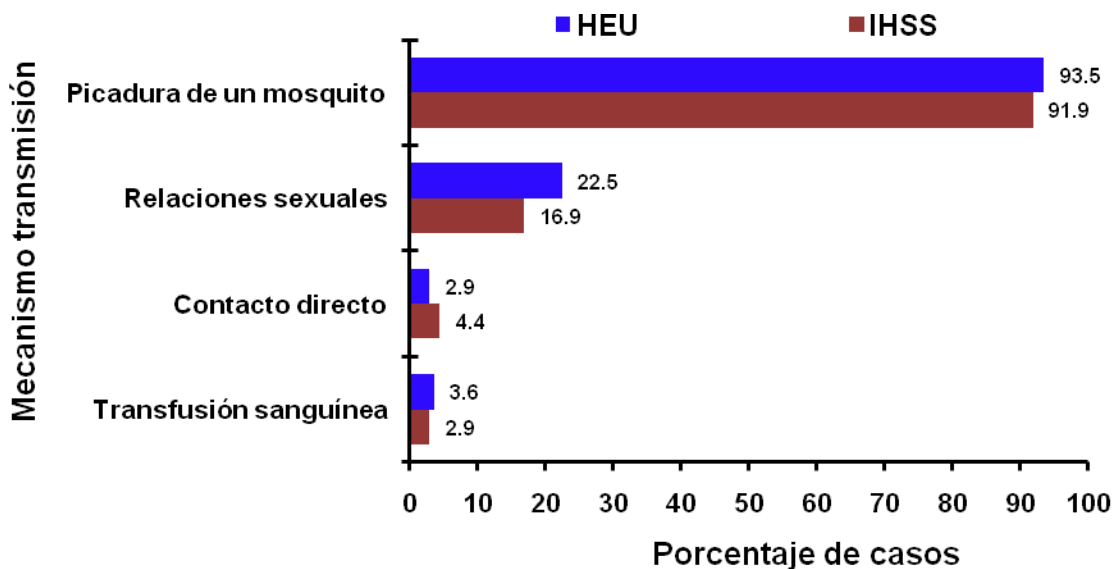
En relación a los antecedentes obstétricos de las embarazadas, el 12.8% de las atendidas en el HEU, y el 3.7% de las atendidas en el IHSS, tienen cinco o más hijos. Ante la pregunta de la vía de parto anterior, por cesárea, el 81.4% no tenían ningún antecedente de cesárea, correspondiendo en el 84.1% a las atendidas en el HEU y en el 89.3% a las atendidas en el IHSS. Al momento del estudio, más de la mitad (52.1%) de todas las embarazadas estaban en el tercer trimestre de gestación; de las cuales, el 65.4%, son mujeres del HEU. (Ver cuadro 3)

Gráfico 1. Cuadro clínico de síndrome febril similar a dengue en embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre octubre. 2016



Ante la pregunta sobre antecedente de síntomas compatibles con infecciones virales independientemente fueran Dengue, Chikungunya o Zika, en algún momento durante su embarazo, el 19.6% de las embarazadas atendidas en el HEU y el 6.6% de las atendidas en el IHSS, manifestó haber presentado fiebre. El exantema cutáneo o rash estuvo presente en el 9.4% de las embarazadas atendidas en el HEU y en el 9.6% de las atendidas en el IHSS. (Ver gráfico 1)

Gráfico 2. Conocimientos sobre formas de transmisión de Zika en embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre. 2016



El 81% de las mujeres dijeron que la exposición al virus del Zika implica un riesgo absoluto de infectarse. Las participantes respondieron que se transmite por la picadura de un mosquito, 93.5% (HEU) y 91.9%(IHSS). El 3.6% dijo que se puede transmitir de la madre al hijo durante el embarazo, 2.9% (HEU) y 4.4% IHSS; mediante la transfusión sanguínea un 2.9% de la población del HEU y 3.6% de las atendidas en el HEU. Sí conocían que la infección se transmite por relaciones sexuales, en el HEU un (22.5%) en relación a las captadas en el IHSS (16.9%). Ver gráfico 2.

Cuadro 4. Conocimientos generales sobre la enfermedad del Zika en embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre –

octubre. 2016

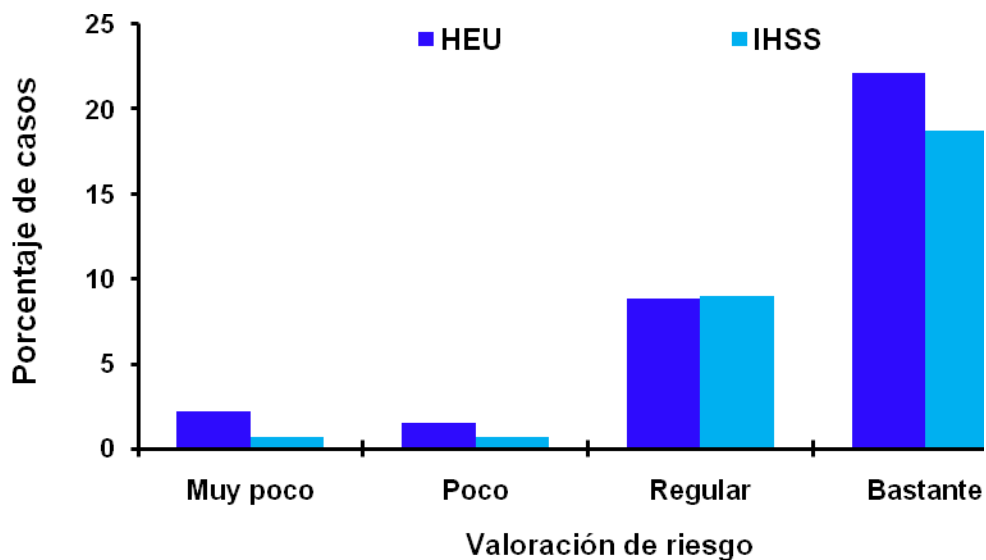
Conocimientos, actitudes y practicas sobre la enfermedad del zika	HEU (n= 138)	IHSS (n= 136)	Total (n= 274)
Manera principal de transmisión picadura de mosquito	95.7%	95.6%	95.6%
Transmisión por relaciones sexuales	73.9%	67.6%	70.8%
Transmisión vertical, madre a feto	92.8%	87.5%	90.1%
Exposición al virus conlleva riesgo de infección	82.6%	79.4%	81.0%
Embarazada infectada se afecta ella y el producto	84.1%	91.2%	87.6%
Embarazada y feto infectados con seguridad tendrá defectos congénitos	84.8%	83.1%	83.9%
Microcefalia tiene varias causas además del Zika	81.9%	76.5%	79.2%
Además de microcefalia puede dar otras malformaciones (ojos, audición, crecimiento y desarrollo)	67.4%	69.1%	68.2%
Infección en mujer no embarazada supone riesgo en embarazos futuros	48.6%	39.0%	43.8%
Si neonato está infectado, hay riesgo de transmisión a familiares por contacto cercano	29.0%	26.5%	27.7%
Embarazada está en riesgo de contraer Zika en todo el embarazo	67.4%	75.0%	71.2%
La mayoría de las personas infectadas con Zika no presentan signos	53.6%	52.9%	53.3%
Si pareja sexual tiene Zika, se puede prevenir infectarse del virus	71.7%	76.5%	74.1%

El 27.7% de las mujeres manifestó que un recién nacido infectado puede transmitir el virus al resto de la familia por contacto cercano, correspondiendo en el 29.0% a las embarazadas del HEU y en el 26.5% de las atendidas en el IHSS. El 43.8% de las embarazadas, mencionaron que si una mujer no embarazada se infecta con el Zika, ello supone riesgos relacionados a un futuro embarazo, correspondiendo en el 48.6% a las mujeres atendidas en el HEU y en el 39% a las del IHSS.

El 53.3% de las mujeres embarazadas manifestaron que la mayoría de las personas infectadas con Zika no presentan signos, el 56.3% son del HEU y el 52.9% del IHSS. El 68.2% de las embarazadas manifestaron que además de microcefalia, el Zika puede dar otras malformaciones (ojos, audición, crecimiento y desarrollo), correspondiendo en el 69.1% a las del IHSS y en el 67.4% a las del HEU.

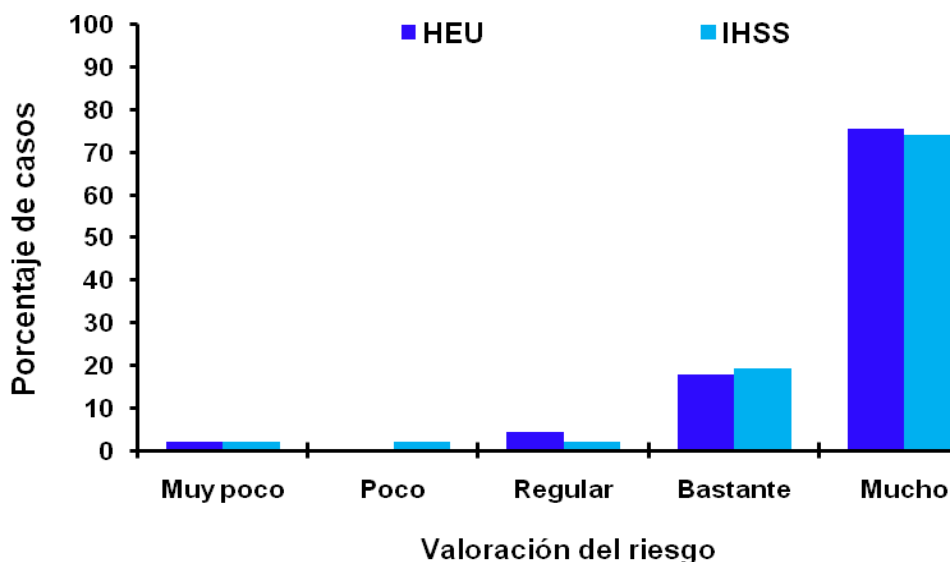
El 79.2% de las mujeres del estudio manifestaron que existen otras causas de microcefalia además del Zika, con una mayor proporción en las embarazadas del HEU 81.9% y en el 76.5% del IHSS. El 71.2% de las mujeres en embarazadas manifestaron estar en riesgo de contraer el Zika durante todo su embarazo, el 75% de las mujeres corresponden al IHSS y el 67.4% a las del HEU. (Cuadro 4)

Gráfico 3. Valoración de riesgo de infectarse de Zika en embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre. 2016



Al preguntar a las embarazadas si el Zika representa un riesgo para ellas y su recién nacido, el 20.4% respondió que bastante, correspondiendo esta percepción en el 22.1% de los casos a embarazadas del HEU y en el 18.7% a las del IHSS. (Ver gráfico 3)

Gráfico 4. Valoración de riesgo de la presencia del mosquito *Aedes aegypti* en la vivienda de las embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre. 2016



También se les pregunto si tener el mosquito *Aedes aegypti* transmisor del virus del Zika en la casa es un riesgo, el cual en ambas instituciones respondieron al 100% que si, y al cuantificar la valoración del riesgo, el 74.8% lo valoró como mucho, de las cuales, el 75.6% corresponden al HEU y el 74.1% al IHSS. (Ver gráfico 4)

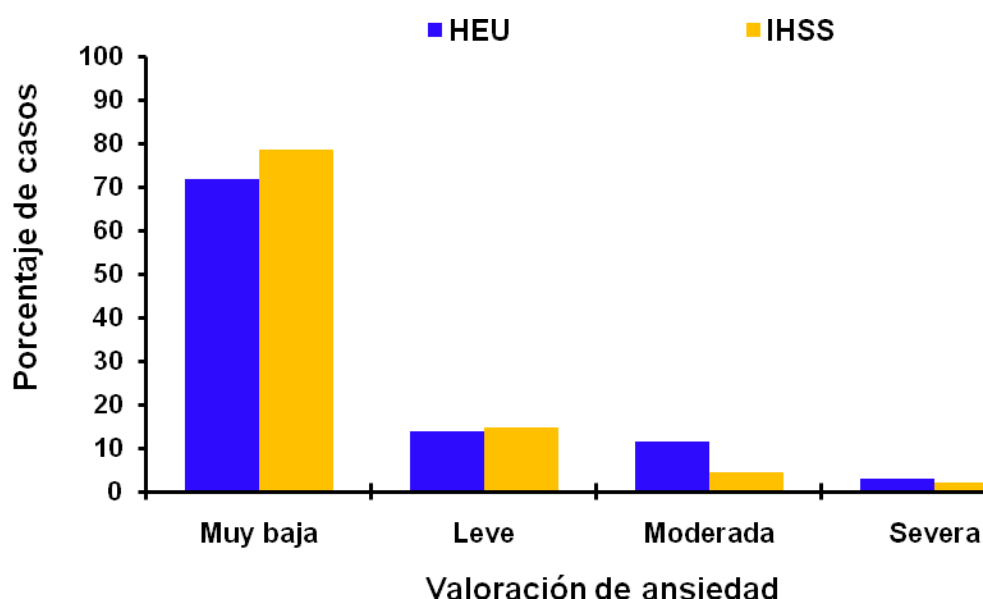
Cuadro 5. Medidas de prevención practicadas contra el Zika por las embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre. 2016

Prácticas reportadas	HEU (n= 138)	IHSS (n= 136)	Total (n= 274)
Vigilar ausencia de larvas en criaderos	95.7%	94.9%	95.3%
Usar ropa especial de protección	87.7%	82.4%	85.0%
Permanecer en lugares condicionados	49.3%	55.1%	52.2%
Uso de mallas en puertas y ventanas	84.8%	86.0%	85.4%
Dormir con mosquitero	92.8%	91.2%	92.0%
Uso de repelentes	92.8%	89.7%	91.2%

Alejarse de criaderos	94.2%	92.6%	93.4%
-----------------------	-------	-------	-------

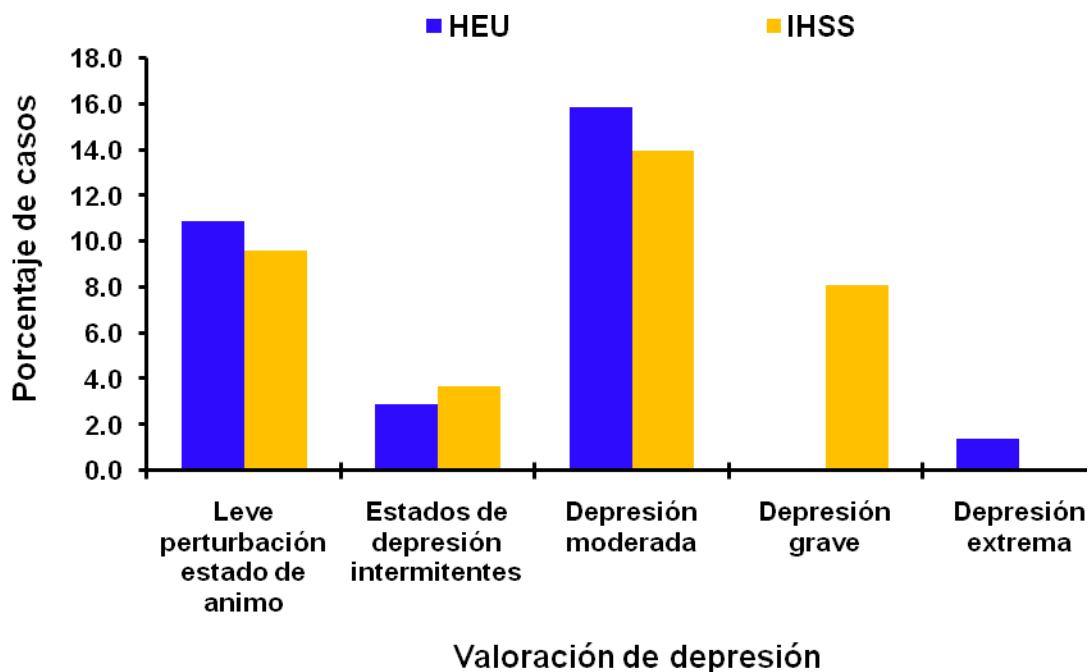
El 91.2% de las embarazadas afirmaron saber cómo prevenir la transmisión del Zika durante el embarazo, de los cuales, vigilar ausencia de larvas en criaderos, fue reportado por el 95.3% de las embarazadas, en ambas instituciones; alejarse de criaderos en el 93.4%, dormir debajo de un mosquitero en el 92.0%, usar repelente en el 91.2% de los casos. (Ver cuadro 5)

Gráfico 5. Grados de ansiedad relacionados a Zika, en las embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre. 2016



Al valorar la percepción de ansiedad en las embarazadas, el 75.2% tenían ansiedad muy baja, con proporciones similares entre las mujeres captadas en cada institución. El 14% presentaba una ansiedad leve 13.8% en el HEU, y 14.7% en el IHSS. La ansiedad severa se registró en el 2.6% de las embarazadas, 2.9% son del HEU y 2.2% a las del IHSS. (Ver gráfico 5)

Gráfico 6. Grados de depresión relacionados a Zika, en las embarazadas atendidas en el HEU e IHSS, Tegucigalpa, Honduras. Septiembre – octubre. 2016



Una vez aplicado el cuestionario de Beck para depresión, el 64.2% de las embarazadas no tenían ningún grado de depresión. El 15% presentaba una depresión moderada, 15.9% en el HEU y en el IHSS 14%. Una leve perturbación del estado de ánimo se encontró en el 10.2%. La depresión grave se registró en el 6.6% de las embarazadas, correspondiendo en el 8.1% al IHSS y 5.1% al HEU. (Ver gráfico 6)

IX. DISCUSION

La enfermedad del Zika es producida por el virus de Zika transmitido por el mosquito *Aedes aegypti* que puede afectar millones de personas cada año, representa una amenaza considerable para la población materna neonatal ya que se ha encontrado un fuerte vínculo de viremia materna con abortos, fetos con microcefalia y otras alteraciones neurológicas.^{1,2,4,6}

Sin embargo, para el Zika solo una de cada cuatro personas presenta algún síntoma como fiebre moderada, sarpullido, conjuntivitis y en menor intensidad dolores en las coyunturas y detrás de los ojos. Puede que algunas personas tengan o hayan tenido el virus del Zika sin presentar síntomas.

La prevalencia encontrada sobre CAP y estado mental alterado en relación a Zika en el presente estudio, no fue posible compararla por no encontrar evidencia científica al respecto. Consideramos necesario realizar más estudios sobre el tema CAP y el estado anímico de las embarazadas y población en general, que ayuden a entender el comportamiento humano, la dinámica de la enfermedad y su comportamiento epidemiológico en base a la respuesta derivada de los resultados CAP.

Las embarazadas encuestadas presentaron fiebre, como síntoma principal relacionado a Zika, lo cual es coincidente con lo reportado por la literatura, sobre fiebre, como el más frecuente, seguido de rash.^{11, 12} Aunque la literatura menciona que sólo una (25%) de cada cuatro personas infectadas con el virus de Zika desarrollará síntomas, en el presente estudio, la frecuencia porcentual de fiebre en las embarazadas del HEU, es inferior en cinco puntos porcentuales a lo reportado en la literatura y menor en casi 18 puntos porcentuales en las embarazadas del IHSS.

El exantema maculopapular pruriginoso, es uno de los síntomas más distintivos de la infección por Zika, que deberá ser tomado en cuenta para el diagnóstico y registrado en la historia clínica de la gestante.^{6, 7, 24} En el presente estudio, el rash fue reportado por una de cada diez embarazadas en ambas instituciones.

La distribución porcentual de fiebre y rash del estudio, es inferior a lo

reportado en el estudio realizado en Panamá por Araúz et al, en 2016, con 50 personas con diagnóstico confirmado de Zika, donde el 86% (43) presentaron fiebre, y el 72% (36) exantema.²⁵ Sin embargo, en un estudio realizado en Guinea Francesa, en 2015 por Laval, Franck et al, donde dieron seguimiento a 136 viajeros que retornaban de Surinam, de los cuales ocho fueron positivos por Zika, el 100% presentó rash y el 87.5% (7) presentaron fiebre.

Consideramos que el reporte de fiebre no este presente al momento de la consulta por parte de la embarazada, y que la consulta haya ocurrido después de desaparecer la fiebre, siendo un problema de subregistro del dato, especialmente entre las embarazadas del IHSS por su condición laboral y compromisos del trabajo en sí. En este contexto, se debe ser más exhaustivo al momento de registrar los síntomas y signos para poder caracterizar de mejor manera este problema de salud pública.

Existe conocimiento de ambas poblaciones de cuál es el agente causal del virus del Zika, similar a lo documentado en otras poblaciones como Cuba, Brasil, México y Paraguay.^{11, 12} Pero al preguntar de forma individual solo una pequeña proporción (20%) manifestó por relaciones sexuales y menos del cuatro por ciento, manifestó que por transferencia madre a feto y transfusiones sanguíneas.^{11, 12, 14, 20}

Desde el 26 de agosto de 2016 se han descrito casos de transmisión sexual del virus de Zika en 11 países (Estados Unidos de América, Italia, Francia, Alemania, Nueva Zelandia, Argentina, Chile, Perú, Portugal, Canadá y España) en su mayoría por relaciones vaginales. El 2 de febrero de 2016, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América anunciaron el primer caso documentado de un hombre infectado por el virus de Zika tras haber tenido relaciones sexuales por vía anal.^{2, 5, 11, 14, 20}

Los datos de transmisión de Zika de madre a feto, según la literatura, reporta que hubo entre 497,593 a 1, 482,701 de casos de Zika en Brasil en 2015. Entre 2010 y 2014, se relataron alrededor de 200 casos de microcefalia por año. El final de noviembre de 2015, el número aumentó para 1,248 casos sospechosos, siendo 646 en el estado de Pernambuco. En noviembre de 2015, el ministerio de la Salud informó la presencia del genoma del Zika virus por PCR-RT en muestra de líquido amniótico de dos mujeres cuyos fetos presentaban microcefalia en Paraíba.

Esas gestantes refirieron síntomas compatibles con la infección por el virus en la 18^o y 19^o semana de gestación. En la 20^o semana, la ultrasonografía fetal evidenció calcificaciones cerebrales y hubo confirmación de la microcefalia en la 28^o semana. No fue detectado el genoma viral en muestras de sangre y orina de esas madres en la 28^o semana, sin embargo, el líquido amniótico fue positivo, mostrando una carga viral mucho más elevada que la encontrada en muestra sérica durante la infección aguda en un adulto. Se cree que el mayor riesgo de malformaciones fetales está asociado a la infección materna en el primer trimestre.^{12, 13, 14, 16, 23, 24}

En relación a la transmisión de Zika por transfusión de sangre en Polinesia Francesa se confirmó recientemente en Brasil con dos casos posibles de infecciones transmitidas por transfusión de Zika esto fue durante el brote ocurrido en esa isla, 42 de los 1,505 (2.8%) donantes de sangre asintomáticos se encontraron positivos usando la PCR de transcripción inversa específica de Zika.^{25, 26, 27}

El 68% de la población entrevistada manifestó que existe mucho riesgo tanto para la madre como para el feto contraer la enfermedad del Zika por lo que se

debe concientizar el resto de la población. Además, el 75% de la población manifestó que tener el zancudo *Aedes aegypti* en casa es mucho riesgo para la enfermedad del Zika. En relación a la campaña del Ministerio de Salud Pública solo un 27 % respondió que es muy buena.

Nuestra población debe estar familiarizada con el trabajo de la campaña, ya que este programa de lucha anti vectorial existe desde 1981, cuando el país sufrió la gran epidemia de dengue hemorrágico. Esta experiencia es única en América, donde se combate el dengue cuando existe peligro inminente a otras epidemias importantes como el Zika.^{19, 20, 23} Otros estudios en el país demuestran actitudes más favorables.^{21,22}

Las prácticas para prevenir el mosquito *Aedes aegypti* son alentadoras en la mayoría de las acciones. Otros estudios reportan lo mismo.^{14, 23} En Paraguay y Perú la mitad de las personas las realizan.^{12,18} En Brasil es bajo y en México la concepción de la prevención está basada en acciones públicas de autoridades sanitarias, por lo que la población no considera que debe participar.^{19, 20, 23} En Argentina, Chile, Uruguay y en los países de Centro América no se cumplen las actividades preventivas por la población.^{24, 25} No coincidimos con otras investigaciones realizadas en Cuba, donde se observan buenos resultados de prevención.^{15, 16, 21, 22, 26}

En países como Bolivia, Colombia y Ecuador, la comunidad participa, pero todavía las familias no presentan empoderamiento de prácticas de prevención y control para enfermedades producidas por este vector.²⁴ Es importante enfatizar en el uso de ropa clara y larga que cubra todo el cuerpo así como permanecer en lugares ventilados para poder evitar la picadura del mosquito.^{23, 24, 25}

En relación al estado anímico de la mujer gestante ante la posibilidad de adquirir el Zika y afectar al recién nacido, documentamos que siete de cada 10 mujeres sienten tristeza hacia este evento y al aplicar los test de ansiedad y depresión encontramos que un cuarto de la población entrevistada tiene algún grado de ansiedad ante esta enfermedad y un tercio tiene algún grado de depresión, pero no fue posible comparar con otros estudios, ya que no existen evidencia científica publicada.

Una limitante encontrada para realizar el presente estudio, fue encontrar niveles de respuesta no correctos ante cuestionamiento que involucren la intimidad de las personas o de sus hogares, esto consideramos puede deberse a la redacción de la pregunta o al tiempo disponible para la aplicación de la encuesta. Este es un punto a considerar en futuros estudios. Además, se debe intensificar los estudios sobre este aspecto, que permitan obtener evidencia científica para la toma de decisiones dirigidas al control de la enfermedad.

X. CONCLUSIONES

1. La embarazada atendida en HEU corresponde a mujer con una media de 26 años de edad, con un 10% de analfabetismo, con un 30% laborando, un ingreso familiar es alrededor de 10,000 lempiras mensuales, con pareja estable y un promedio de 7.5 años de escolaridad.
2. La embarazada atendida en IHSS corresponde a mujer con una media de 29 años de edad, con alto nivel de escolaridad, 90% tiene un trabajo remunerado, cuyo ingreso familiar > 10,000 lempiras mensuales, con pareja

estable y una media de 10 años de escolaridad.

3. El 95.6% conocían que el mosquito es la principal forma de transmisión del Zika, pero bajo nivel de conocimiento sobre otras vías de transmisión.
4. El 90% indicó algún nivel de percepción de riesgo de infección con Zika, tanto para ellas como para su RN, considerado alto o muy alto.
5. El 91.2% de las embarazadas afirmaron saber cómo prevenir la transmisión del Zika durante el embarazo.
6. El 75.2% de las embarazadas reportaron algún grado de ansiedad relacionado a Zika.
7. El 35.8% de las embarazadas reportaron algún grado de depresión.

XI. RECOMENDACIONES

- Concientizar a la población en general y en especial a las mujeres gestantes y en edad reproductiva sobre la enfermedad del virus del Zika su forma de transmisión y complicaciones en el feto o recién nacido.
- Ambas instituciones ameritan implementar estrategias para reforzar conocimientos sobre el Zika como ser consejería para Zika en el control preconcepcional y en el embarazo tanto en la primera consulta como subsiguiente en las 30 semanas de gestación; así la embarazada podrá identificar los signos clínicos de la enfermedad y realizar medidas preventivas para evitar el contagio durante el embarazo.
- Se debe implementar la entrega de condones a las embarazadas durante la consulta para prevenir la transmisión por vía sexual.
- Existe un alto porcentaje de cambios de estado anímico en relación a esta enfermedad provocando un grado de ansiedad importante y un grado de depresión por lo que debe implementarse una consejería sobre Zika y

apoyo psicológico en el transcurso del control prenatal.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Infección por virus Zika 7 de mayo de 2015.
2. Ministerio de Salud de Chile. Instituto de Salud Pública confirma el primer caso en el país de infección por virus Zika (ZIKAV) (07/03/2014),
3. Ministério da Saúde (Brasil). Confirmação do Zika Vírus no Brasil, [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brazil); 2015 [updated 29 April 2015; cited 2015 29 April 2015]. Available from:
4. Secretaría de Salud del estado de Pernambuco: Información disponible en:
5. Ministerio de Salud de Brasil. Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico[Internet]. Disponible en:
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agenciasaude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>
6. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. Implicaciones para la salud pública en las Américas, 1° de diciembre de 2015.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32404&lang=es
7. Ministério da Saúde (Brasil). Novos casos suspeitos de microcefalia são divulgados pelo Ministério da Saúde, [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brazil); 2016 [updated 14 January 2016; cited 22 January 2016]. Available from:
<https://www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agenciaasaude/21677-novos-casos-suspeitos-de-microcefalia-sao-divulgados-pelo-ministerio-da-saude>
8. ASCOM Fiocruz-Paraná. Pesquisa da Fiocruz Paraná confirma transmissão intra-uterina do zika vírus. [Internet]. Paraná; 2016 [updated 20 January

2016; cited 20 January 2016]. Available from:

<http://www.icc.fiocruz.br/pesquisa-da-fiocruz-parana-confirma-transmissao-intra-uterina-do-zika-virus/>

9. Ministério da Saúde (Brasil). PORTARIA Nº 1.813, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015 Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil.
10. Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Incremento de microcefalia en el nordeste de Brasil, 17 de noviembre de 2015.
11. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Infección por virus Zika 16 de octubre de 2015
12. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica. Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika. 17 de enero de 2016.
13. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de virus Zika (ZIKV) en las Américas: Recomendaciones provisionales para la detección y diagnóstico por laboratorio. 29 de Junio de 2015.
14. World Health Organization, Western Pacific region. Zika virus, May 2015. http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_05182015_zika/en/
15. Miller MW, Church CC Arrhenius thermodynamics and birth defects: chemical teratogen synergy. Untested, testable, and projected relevance. Birth Defects Res C Embryo Today. 2013 Mar; 99(1):50- 60.
16. FDA. Acetaminophen Overdose and Liver Injury –Background and Options for Reducing Injury
17. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric Cholestasis. Green-top Guideline No. 43 April 2011. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_43.pdf
18. So M, Bozzo P, Inoue M, Einarson A. Safety of antihistamines during pregnancy and lactation. Canadian Family Physician. 2010; 56(5):427-429.
19. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk

- assessment: Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic – 24 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015.
20. Organización Panamericana de la Salud. Fescina RH, De Mucio B, Díaz Rossello JL, Martínez G, Serruya S, Durán P. Salud sexual y reproductiva: guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3a ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2011 (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1577)
 21. Bianchi DW, Crombleholme TM, D'Alton ME, Malone FD. Fetology, diagnosis and management of the fetal patient. 2nd Ed. New York, NY: Mc Graw Hill, 2010
 22. Leibovitz Z, Daniel-Spiegel E, Malinger G et al. Microcephaly at birth - the accuracy of three references for fetal head circumference. How can we improve prediction? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015 Oct 29. doi: 10.1002/uog.15801. [Epub ahead of print]
 23. Centers for Disease Control and Prevention. Zika Virus Transmission. June 1, 2015.
 24. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el virus de Zika. Nota descriptiva actualizada. Septiembre de 2016. Consultada el 6 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>
 25. Araúz D, De Urriola L, Jones J, et al. Febrile or Exanthematous Illness Associated with Zika, Dengue, and Chikungunya Viruses, Panama. *Emerging Infectious Diseases.* 2016;22(8):1515-1517. doi:10.3201/eid2208.160292. Consultada el 6 de octubre de 2017. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/22/8/16-0292_article
 26. Laval, Franck, et al. Prospective Zika virus Disease cohort: systematic screening. *The Lancet.* Volume 388, No. 10047, p868, 27 de August 2016. Consultada el 6 de octubre de 2017. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31429-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31429-5)
 27. D Musso¹, J Brout² and M Aubry. ZIKA virus and blood transfusion,

experiences from French Polynesia. Septiembre 2016

XIII Anexos

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA DE EPIDEMIOLOGIA**

Conocimientos, actitudes, prácticas y situación anímica con relación al zika en embarazadas atendidos en HEU e IHSS de Tegucigalpa Septiembre Octubre de 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente, Soy pasante de la maestría de epidemiología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y estoy realizando un estudio sobre los conocimientos, practicas, actitudes y Percepción del estado anímico de la Embarazada frente Al Zika.

Este estudio pretende proporcionar información que sirva para conocer cómo se siente la mujer embarazada en relación a esta virosis y el riesgo a su salud y la del bebe. Se requiere la participación de mujeres embarazadas que asistan a los servicios de Ginecología obstetricia, razón por la cual solicitamos su valiosa colaboración, su participación es voluntaria, tiene la libertad de no querer participar, así mismo la posibilidad de retirarse en el momento que usted lo desee. Los datos y resultados derivados de este estudio permanecerán en absoluta confidencialidad. El estudio tendrá

una duración de dos meses (sept-oct de 2016).

La selección y distribución se realiza al azar en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia (HEU) y en las periféricas del IHSS. La decisión que usted tome no afectara su integridad. Si acepta participar, se le harán una serie de preguntas y se le aplicara una encuesta instrumentos sobre datos socio demográfico, de su embarazo, de su conocimiento sobre las virosis existentes, así como de su estado anímico en relación a estas enfermedades. La participación en este estudio no tiene implicaciones. El beneficio que usted obtendrá es conocer su estado anímico y si requerirá apoyo adicional durante su embarazo, y si este fuera el caso las mismas serán referidas al servicio de consulta externa del Hospital Mario Mendoza. Usted no recibirá compensación económica por su participación en este estudio.

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mí preguntas. Voluntariamente mi consentimiento para que Yo, _____, participe en el estudio.

Firma o Huella Digital

Número de identidad

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Departamento de Epidemiología

Facultad de Ciencias Médicas/Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Percepción de la mujer Embarazada frente a la enfermedad de zika, Conocimientos, actitudes, prácticas relacionadas con el control y prevención atendidas en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Universitario e Instituto Hondureño de seguridad social

Código de Encuesta:		Fecha de la Entrevista			
			DD	MM	AA

Datos Socio-demográficos de la persona entrevistada

1. HGO:	G:	P:	A:	C:	HN V	HN M	2. Edad en años:	
---------	----	----	----	----	---------	---------	------------------	--

¿Dónde vive?			
--------------	--	--	--

3. Ciudad / municipio:		4. Barrio:	
------------------------	--	------------	--

5a. Años de escolaridad		5b. Sabe leer y escribir	Si	No
--------------------------------	--	---------------------------------	----	----

6. ¿Trabaja actualmente?	Si	No	¿Cuánto gana al mes?	
--------------------------	----	----	----------------------	--

7. Estado civil:

Casada		Unión libre		Soltera		Otro	
--------	--	-------------	--	---------	--	------	--

8. Hacinamiento:

8.1 ¿Cuántos cuartos/habitaciones tiene la casa?:	
8.2 ¿Cuántas personas viven en la casa?:	

9. La casa donde vive actualmente es (marque la opción que corresponde):

a. Rentada	b. Prestada	c. Propia / de la familia	d. Otro
------------	-------------	---------------------------	---------

10. Al reunir o juntar todos los ingresos de las personas que viven en esta casa, ¿Cuál es el ingreso total de la familia al mes?

- a. ≤ 500 Lempiras
- b. 501 - 1,799 Lempiras
- c. 1,800 Lempiras
- d. 1,801 – 3,599 Lempiras
- e. 3,600 – 5,399 Lempiras
- f. 5,400 – 5,199 Lempiras
- g. ≥ 5,200 Lempiras

11. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene?:	
--	--

12. Síndrome dengueiforme en embarazo: durante este embarazo ha tenido usted en cualquier momento (por más de 24 horas) alguno de los síntomas / signos siguientes:

a. Fiebre	Si	No	NS
b. Rash con prurito	Si	No	NS
c. Ojos enrojecidos	Si	No	NS
d. Edema en manos y pies	Si	No	NS

13. Conocimientos, Creencias y Actitudes en embarazadas

La manera principal en que las mujeres embarazadas se infectan con el virus del Zika es a través de la picadura de un mosquito infectado	Si	No	NS

El virus del Zika puede ser transmitido por un hombre a su pareja por las relaciones sexuales	Si	No	NS
El virus del Zika puede pasar de una mujer embarazada a su feto durante el embarazo o en el parto	Si	No	NS
Si una mujer embarazada se expone al virus del Zika, las probabilidades de que se infecte con el virus del Zika son bien altas (casi 100%)	Si	No	NS
Si una mujer embarazada se infecta con el virus del Zika, es casi seguro que el virus afectará a la mujer y afectará a su embarazo	Si	No	NS
Si una mujer embarazada se infecta con el virus del Zika y el feto además está infectado con el virus del Zika, es seguro que el feto desarrollará defectos congénitos.	Si	No	NS
La microcefalia puede darse por muchos motivos además del virus del Zika	Si	No	NS
Además de la microcefalia, el virus del Zika puede causar otros problemas entre los fetos y bebés que contraen el virus antes de nacer, como los defectos en los ojos, pérdida de audición y trastornos de crecimiento.	Si	No	NS
La infección por el virus del Zika en una mujer no embarazada supone un riesgo de defectos congénitos en embarazos futuros	Si	No	NS
Un bebé que nazca infectado con el virus del Zika puede transmitirle el virus al resto de su familia al tener contacto cercano con el bebé	Si	No	NS
Una mujer embarazada está en riesgo de contraer el virus del Zika durante todo el embarazo	Si	No	NS
La gran mayoría de las personas que se infectan con el virus del Zika no presentan signos ni síntomas ("no les da nada")	Si	No	NS
Si su pareja actual de sexo masculino tiene una infección por el virus del Zika, usted puede prevenir infectarse por el virus	Si	No	NS

14. ¿Sabe Usted cómo se transmite (se pasa) el Zika?	Si	No	NS
--	----	----	----

Si contesta que **No**, pase a la pregunta 15, Si contesta que **Si/NS** haga la pregunta siguiente:

14a. ¿Cómo se transmite?	
--------------------------	--

- a. Por picadura de un mosquito (*Aedes aegypti*) que tiene el virus
- b. Por contacto directo de una persona a otra
- c. Por transfusiones de sangre
- d. Por relaciones sexuales
- e. Otro (especifique): _____

15. ¿Piensa Usted que el Zika representa un riesgo para su salud y la de su bebé?		Si	No
---	--	----	----

Si contesta que si,

En una escala de 1 a 5, en la que 1 es "Muy Poco" y 5 es "Mucho", ¿Cómo valora el riesgo que el Zika representa para su salud y la de su bebé?

15a. Valoración del Riesgo para la salud	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

16. ¿Piensa Usted que tener mosquitos (zancudos) Aedes en las pilas y recipientes de agua de su casa representa un riesgo para su salud y la de su bebé?		Si	No
--	--	----	----

Si contesta que si,

En una escala de 1 a 5, en la que 1 es "Muy Poco" y 5 es "Mucho", ¿Cómo valora el riesgo de tener mosquitos (zancudos) Aedes en su casa para su salud y la de su bebé?

16a. Valoración del Riesgo para la salud	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

17. ¿Sabe Usted cómo se puede prevenir el riesgo de infectarse con el virus del Zika durante el embarazo?		Si	No	NS
---	--	----	----	----

Si contesta que **No**, pase a la pregunta 18, Si contesta que **Si/NS** haga la pregunta siguiente:

18. ¿Cómo se puede prevenir el riesgo de infectarse con Zika en el embarazo?	
--	--

Forma de Prevención	Si / No	
a. Vigilar que no haya larvas en las pilas y en recipientes de agua en su casa	Si	No
b. Usar camisas de manga larga y pantalones largos	Si	No
c. Permanecer en lugares con aire acondicionado	Si	No
d. Uso de malas en puertas y ventanas para evitar entrada de mosquitos	Si	No
e. Dormir con mosquitero	Si	No
f. Uso de repelentes	Si	No
g. Elimine o aléjese de los sitios donde se crían los mosquitos, como recipientes con agua estancada	Si	No
h. Otro (indique):		

19. ¿Cree Usted que el Zika es un invento del gobierno para distraer a la gente?	Si	No	NS
--	----	----	----

20. Usando una escala de 1 a 5, en su opinión ¿cómo valora las campañas que realiza el Ministerio de Salud / Centro de Salud para combatir el Aedes en el barrio o colonia donde vive?

1	2	3	4	5
Muy Malas		Intermedio	Muy Buenas	

21. En relación a la posibilidad de adquirir esta enfermedad se ha sentido triste, nervioso, tensa o preocupada en los últimos días. Si No NS

22. Se le harán en serie de preguntas en relación a su estado anímico en las últimas dos semanas:

Escala de ansiedad/depresión de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, frios o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad	<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social	<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me intereso por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión	<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal	<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral	<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño	<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio	<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito	<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso	<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría	<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido	<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

P

Puntuación Nivel de depresión

- 1-10Estos altibajos son considerados normales.
11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20Estados de depresión intermitentes.
21-30Depresión moderada.

- 31-40Depresión grave.
- + 40Depresión extrema.



OFICIO No. 043 – GNDI-HE/IHSS - 2016

Tegucigalpa MDC, 17 de Agosto, 2016

Doctora
DORIA ARACELY CARRASCO
Ginecóloga
Clínica Periférica # 2
IHSS

Estimada Doctora Carrasco:

Por medio de la presente le notifico, que el Protocolo de estudio “Conocimientos, actitudes, practicas y situación anímica con relación al Zika en embarazadas atendidos en HEU y el IHSS de Tegucigalpa junio-julio 2016.” Después de revisar las enmiendas solicitadas le informamos que su estudio ha sido **aprobado** por el Comité de Bioética y por la Gerencia de Docencia, solicitándoles siempre y cuando nos mantengan informados de los avances del estudio.

Atentamente,


DRA. LUCIA ANGELICA SARMIENTO
GERENTE NACIONAL DOCENCIA E INVESTIGACION IHSS
Docencia.investigacion2012@gmail.com



GERENCIA DE DOCENCIA E INVESTIGACION HE, EXT.: 5176
docencia.investigacion2012@gmail.com