

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**CONCEPTOS ERRÓNEOS COMUNES
SOBRE COVID-19 ENTRE LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA,
RELACIONADO CON CONDICIONES
LABORALES, COSTA RICA, 2021.**

MARLON LEÓN RODRÍGUEZ

JUNIO, 2021

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS	4
RESUMEN	5
SUMMARY	7
CAPITULO I	10
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1.1 Antecedentes del problema	11
1.1.2 Delimitación del problema	17
1.1.3 Justificación	17
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivo específico	19
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	20
1.4.1 Alcances	20
1.4.2 Limitaciones	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	22
CAPÍTULO III	40
MARCO METODOLÓGICO	40
3.1 Enfoque de investigación	41
3.2 Tipo de investigación	41
3.3 Unidades de análisis y objetos de estudio	41
3.3.1 Población	41
3.3.2 Muestra	42
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	42
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	42

3.4.1 Validez del cuestionario	43
3.4.2 Confiabilidad.....	43
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	44
3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	45
3.7 Plan piloto.....	48
3.8 Procedimiento de recolección de datos	49
CAPÍTULO IV	49
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	49
4.1 Generalidades	50
CAPÍTULO V	83
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	83
CAPÍTULO VI	94
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	94
6.1 Conclusiones.....	95
6.2 Recomendaciones	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
ANEXOS	110
Anexo 1:	111
Consentimiento informado	111
CONSENTIMIENTO	114
Anexo 2:	115
Instrumento de recolección de datos	115
Anexo 3:	132
Resultado del Alpha de Cronbach	132
Anexo 4:	133
Presentación de resultados del plan Piloto	133
Anexo 5. Declaración Jurada.....	144
Anexo 6. Carta del tutor	145
Anexo 7. Carta de la lectora.....	146

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Priorización de grupos de riesgo a vacunar con Vacunación COVID-19. Según el Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Diciembre 2020. San José Costa Rica.	34
Tabla N°2: Criterios de inclusión y exclusión para los profesionales de enfermería en Costa Rica, I cuatrimestre, 2021.....	42
Tabla N°3: Distribución porcentual de personas profesionales de enfermería del sector público y privado según percepción del riesgo laboral al enfrentar el COVID-19, Costa Rica 2021.....	79
Tabla N°4: Distribución porcentual de enfermeros (as) en sus diferentes labores profesionales según el conocimiento de las vías de administración de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.....	80
Tabla N°5: Distribución porcentual de enfermeros (as) del sector público y privado según el conocimiento sobre los criterios para considerar recuperado a usuarios asintomáticos con COVID-19, Costa Rica 2021.....	81
Tabla N°6: Distribución porcentual de enfermeros (as) con diferente tiempo laboral según la percepción sobre el uso de oxigenoterapia de alto flujo y posición prono para tratar el paciente COVID grave. Costa Rica 2021.....	82

RESUMEN

Introducción. El COVID-19 representa un desafío a nivel del sector salud, debatiendo constantemente el manejo oportuno y eficiente que se debería de dar. Esta necesidad de estudiar y comprender la enfermedad ha llevado a cuestionar el posicionamiento paradigmático que sostiene la enfermería costarricense. Es por esta razón que determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros (as) sobre este virus permite visualizar el escenario real en que vive esta profesión en el país, y a partir de ahí, poder tomar acciones que contribuyan a centrarse en las debilidades encontradas. **Objetivo general.** Determinar los conceptos erróneos comunes sobre COVID-19 entre los profesionales de enfermería, relacionado con condiciones laborales, en Costa Rica durante el primer cuatrimestre del 2021. **Metodología.** La presente investigación se realiza bajo un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, utilizando una muestra no probabilística a conveniencia de 251 enfermeros (as), los cuales son sometidos a criterios de inclusión y exclusión. El instrumento utilizado consta de un cuestionario en línea de 29 preguntas. **Resultados.** Se evidencia que la gran mayoría de los participantes se encuentran entre el rango de edad de 18 a 28 años (n=118), con un predominio en el género femenino con 71%. A nivel laboral se observa una población de 153 enfermeros con un nivel de licenciado, 63 que poseen un máster incompleto y 35 graduados de una maestría. Estos aseguran en su mayoría, trabajar como auxiliar de enfermería (n=101) o de enfermero intrahospitalario (n=93). Se percibe una predominancia del rango de 1 a 11 meses y de 1 a 3 años de experiencia laboral. El nivel de conocimiento sobre el EPP es muy alto, al igual de las medidas de prevención, sintomatología y sobre la vacuna contra el SARS COV-2, en contraste se evidencia un cierto desconocimiento en las medidas de aislamiento,

medios de diagnóstico y tratamientos contra la enfermedad. **Conclusiones.** El estudio permite obtener los aspectos sociodemográficos y condiciones laborales de la población participante, la cual está conformada por 251 enfermeros (as), donde predominan factores como: el género femenino, profesionales jóvenes con poca experiencia, puestos laborales de enfermeros generales o auxiliares de enfermería. Los datos obtenidos vienen del Gran Área Metropolitana, que trabajan, en su mayoría, en el sector público. Se evidencia un nivel de conocimiento aceptable sobre conceptos generales del COVID-19, sin embargo, se demuestra debilidad en temas específicos sobre el manejo de la enfermedad. El poco tiempo de aparición del virus y la gran cantidad de información cuestionable podría ser los justificantes de este hecho, apoyando la idea de que el aprendizaje sobre esta enfermedad es autodidáctico basado en la experiencia, por lo que es entendible la variabilidad en las respuestas obtenidas. Se evidencia que a nivel público se acrecienta la preocupación del contagio por la falta de insumos e infraestructura disponible. En contraste, el sector privado no parece tener este problema, siendo la falta de conocimiento el factor que más les preocupa. Se demuestra que los diferentes puestos en que se desarrollan los profesionales participantes influyen en el conocimiento sobre la enfermedad.

Palabras clave: Conocimiento, SARS COV-2, COVID-19, Enfermería.

SUMMARY

Introduction: COVID-19 represents a challenge at the health sector level, constantly debating the timely and efficient management that should be given. This need to study and understand the disease has led to questioning the paradigmatic position held by Costa Rican nursing. It is for this reason that determining the level of knowledge of nurses about this virus allows to visualize the real scenario in which this profession lives in the country, and from there, to be able to take actions that contribute to focus on the weaknesses found. **General objective.** Determine common misconceptions about COVID-19 among nursing professionals, related to working conditions, in Costa Rica during the first quarter of 2021. **Methodology.** This research is carried out under a descriptive quantitative approach, using a convenience non-probabilistic sample of 251 nurses, who are subjected to inclusion and exclusion criteria. The instrument used consists of an online questionnaire with 29 questions. **Results.** It is evident that the great majority of the participants are between the age range of 18 to 28 years ($n = 118$), with a predominance in the female gender with 71%. At the labor level, there is a population of 153 nurses with a bachelor's level, 63 who have an incomplete master's degree and 35 graduates from a master's degree. Most of them claim to work as a nursing assistant ($n = 101$) or as an in-hospital nurse ($n = 93$). A predominance of the range of 1 to 11 months and 1 to 3 years of work experience is perceived. The level of knowledge about the PPE is very high, as well as the prevention measures, symptoms and about the vaccine against SARS COV-2, in contrast there is evidence of a certain ignorance in the isolation measures, diagnostic means and treatments against the illness. **Conclusions.** The study allows obtaining the sociodemographic aspects and working conditions of the

participating population, which is made up of 251 nurses, where factors such as: female gender, young professionals with little experience, jobs of general nurses or nursing assistants predominate. The data obtained come from the great metropolitan area, which mostly work in the public sector. There is evidence of an acceptable level of knowledge about general concepts of COVID-19, however, weakness is demonstrated in specific issues about the management of the disease. The short time of appearance of the virus and the large amount of questionable information could be the justifications for this fact, supporting the idea that learning about this disease is self-taught based on experience, so the variability in the responses obtained is understandable. . It is evident that at the public level the concern of contagion is growing due to the lack of inputs and available infrastructure. In contrast, the private sector does not seem to have this problem, the lack of knowledge being the factor that worries them the most. It is shown that the different positions in which the participating professionals develop influence knowledge about the disease. **Keywords:** Knowledge, SARS COV-2, COVID-19, Nursing.

CAPITULO I
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

El mundo enfrenta a un nuevo patógeno, un coronavirus denominado SARS-CoV-2, de posible origen animal y que tiene como precedente a otros de la misma familia. Este virus genera una pandemia, poco tiempo posterior al primer caso en Wuhan, China en diciembre del 2019. Meses después se logra recopilar gran cantidad de información del manejo del virus, sin embargo, a inicios de agosto del 2020 las estadísticas siguen aumentando, registrándose más de 21,1 millones de casos de COVID-19, con más de 761000 muertes en todo el mundo, donde en los últimos días se ve un aumento diario de 260 mil personas contagiadas con cerca de las 5500 defunciones.¹

La presente investigación se centra en determinar el conocimiento de los profesionales en salud costarricenses sobre la enfermedad COVID-19, a partir de un estudio realizado en los países de Pakistán y Arabia Saudí. Por esta razón, se considera como antecedentes pertinentes para este estudio, aquellas investigaciones nacionales e internacionales realizadas en los últimos años que indaguen sobre el conocimiento de la población sobre esta enfermedad.

1.1.1.1 Antecedentes internacionales

Los antecedentes internacionales reconocen las variables propuestas en este estudio. Este hecho se muestra en ocho estudios que valoran el conocimiento e impacto del COVID-19 en diferentes países durante el año 2020.

Burela A, Hernández A, et al² realizan un estudio llamado “*Dióxido de cloro y derivados del cloro para prevenir o tratar el COVID-19: revisión sistemática*” en Perú, donde se recalca la venta ilegal de estos productos bajo premisa de una supuesta cura para el coronavirus. Los autores demuestran que no existe evidencia científica robusta para determinar un tratamiento específico contra la infección por el virus del SARS COV-2; situación que fomenta el intercambio de información en diferentes medios de comunicación sin antes legitimarla, creando mitos y creencias tergiversadas. Se concluye que no se reconoce ningún estudio donde se evalúe el uso del dióxido de cloro a salvedad de un único registro que hasta ahora no tiene resultados

Population Counsin³; publica los resultados de un estudio realizado a grupos poblacionales de 10 municipalidades de Guatemala sobre el nivel de discernimiento de la enfermedad producida por el SARS COV-2. Esta investigación se nombra “*Encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas del COVID-19 informantes clave en 10 municipios con población indígena de Guatemala*” publicada el 1 de mayo del 2020. Donde los criterios de inclusión de la muestra permiten entrevistar a personal de salud (mayoría de la muestra), personal de escuelas, y líderes municipales.

Los autores recomiendan que las municipalidades deben intensificar esfuerzos y proporcionar información actualizada sobre la prevención del COVID-19 a la población, aclarando los síntomas para reconocer la enfermedad y desarrollar rutas de acción comunitaria involucrando a sus líderes.³

Gómez J, Diéguez R, et al⁴ realizan un estudio no observacional, cuasi experimental llamado “*Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio*”. Este tiene como objetivo valorar el saber de 1 333 pacientes sobre esta

enfermedad realizando 8 sesiones educativas, donde comparan los resultados antes y después de la intervención. Dentro de las variables están: la información del COVID-19, sintomatología, diferenciación con otras patologías y medidas para su prevención.

Los resultados del estudio demuestran que las personas mejoran el nivel de conocimiento sobre la información general de COVID-19 de un 23% a un 95.4%, y de un 28.2% a un 98.6% en cuanto a sintomatología de la enfermedad. Además, evidencian un cambio en la variable “medidas de prevención contra el COVID-19” pasando de un 6.98% de conocimiento sobre el tema a un 100% pos-intervención.⁴

Ruiz J, León X, et al⁵; desarrollan un estudio de tipo transversal llamado “*Conocimiento sobre la infección por SARS-CoV-2 de Gastroenterólogos y Endoscopistas de Latinoamérica*”, con el objetivo de evaluar a 133 gastroenterólogos y endoscopistas de nueve países latinoamericanos sobre la conceptualización que tienen sobre el COVID-19 y las medidas de prevención durante procedimientos endoscópicos.

Ruiz J, León X, et al ⁵ demuestran en los resultados que la mayoría identifica los síntomas y las características de la enfermedad, a pesar, de que una cantidad considerable de profesionales que no considera necesaria tomar medidas de precauciones especiales dentro de sus áreas de trabajo, del mismo modo, se evidencia que un 48% desconoce de protocolos de COVID-19 en áreas endoscópicas.⁵

Alves V; Caroci A; et al ⁶ realizan un artículo en el mes de mayo del 2020, titulado “*COVID-19 y la producción de conocimiento sobre las recomendaciones en el embarazo: revisión de alcance.*” en Brasil; tomando en cuenta 24 estudios sobre el conocimientos que se ha adquirido para el manejo y atención de las embarazadas infectadas por la enfermedad,

categorizando los resultados en variables como: manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento, desarrollo de vacunas, complicaciones, transmisión vertical, transmisibilidad a través de la placenta, entre otros.

Los autores concluyen que se debe promover guías y directrices sobre los aislamientos en las embarazadas infectadas, sobre soportes ventilatorios, monitorización de los signos vitales y los medicamentos a utilizar, aclarando que falta evidencia de la eficacia en los tratamientos, recalcando por esta razón la precaución en su uso. Además, se demuestra la necesidad de estudios que contemplen el impacto de la infección en la gestación desde un enfoque psicológico.⁶

Vieitez I; Larrea S; et al⁷ publican un estudio titulado “*Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la pandemia del COVID-19 en comunidades indígenas de Yucatán y Chiapas*”. Con el objetivo de comprender los significados que le dan, 378 mexicanos, a la enfermedad producida por el SARS COV-2. Los autores concluyen que existe un gran porcentaje de desconocimiento dentro de la población, evidenciando que sólo un 40% de los entrevistados relacionan la anosmia, tos seca, estornudos, síntomas en piel y mialgias con la enfermedad. Por otra parte, los mitos construidos por la sociedad aparecen en un 37% y 40.4% de los encuestados asegurando que prácticas como rociar el cuerpo con alcohol y cloro pueden eliminar el virus del cuerpo. Incluso, se demuestra que un poco menos del 40% de la población entrevistada, ve necesario utilizar cubrebocas a pesar de presentar síntomas.

Canova C y Salvador S⁸ realizan un estudio titulado: “*Cuidados de enfermería en la infección por COVID-19: Y entonces, ¿Cómo procedemos?*” en marzo del 2020, el país de Chile. El estudio surge al evidenciar la gran cantidad de información sin sustento científico, además

de la poca adherencia y conocimiento del profesional de enfermería en el manejo de esta patología. El estudio de tipo cualitativo por medio de una revisión narrativa.

Los autores concluyen que el conocimiento sobre la biología y transmisión del virus es limitado, por lo cual el enfermero(a) debe reforzar su saber sobre el manejo de la enfermedad. Además, subrayan la necesidad de capacitaciones continuas ya que esto se hace hincapié durante todo el estudio.⁸

Andreu D; Ochando A y Limón C⁹ realizan un estudio titulado “*Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID-19 en España*”. Con el objetivo de analizar la conceptualización que construye el profesional a partir de la experiencia del procedimiento en contacto con la enfermedad, a través, de un estudio cualitativo fenomenológico con 10 enfermeros de hospitales públicos.

Los autores demuestran una coexistencia laboral entre emociones positivas y negativas provocadas por el desconocimiento de la enfermedad, por no saber actuar y por el miedo al contagio exacerbado por la falta de medios de protección.⁹

Los estudios internacionales apuntan a la necesidad de capacitación y la difusión de información veraz sobre el COVID-19. Queda en evidencia que, correctos planes educativos hacia la población, puede transformar los modelos, logrando una mayor conciencia de las medidas sanitarias para la salud propia y de las personas cercanas.

1.1.1.1 . Antecedentes Nacionales

La situación nacional es escasa en comparación con otros países, a pesar de que la enfermería en Costa Rica avanza grandemente en el manejo de la enfermedad producida por el SARS

COV-2, las publicaciones científicas son pocas, en especial aquellas que evalúan el nivel de conocimiento de esta disciplina ante el COVID-19.

Villegas G; Arias H; et al ¹⁰ realizan un estudio llamado “*Percepción de riesgo de contagio en la población costarricense*”, el 31 de marzo del 2020. Este estudio es de tipo cuantitativo a través de un cuestionario estructurado, autoadministrado por medio de internet, utilizando una muestra de 797 personas entre 18 y 80 años. El objetivo del mismo consiste en comprender desde la perspectiva del ciudadano, el nivel de riesgo de contagio, el conocimiento y el cumplimiento de las medidas establecidas por el gobierno ante el COVID-19.

Los autores concluyen que existe un cierto desconocimiento por parte de la población, evidenciando que cerca del 70% desconoce medidas sanitarias como: la ventilación natural en los vehículos, no escupir en el suelo, manejo adecuado de residuos en el hogar entre otras. Además, se evidencia que existen diferencias significativas en los resultados obtenidos, en cuanto a género, edad, escolaridad, condición laboral y provincia de residencia. ¹⁰

La Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo (CID Gallup)¹¹ desarrollan un estudio llamado “*Percepción Ciudadana: coyuntura COVID-19*” en abril del 2020, con el objetivo de explorar y conocer la opinión de la ciudadanía en aspectos relacionados con la enfermedad de COVID-19. Para lograr esto, realizan un cuestionario en línea auto administrado, a nueve países de habla hispana en Latinoamérica, entre los cuales están: Costa Rica, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú y Republica Dominicana; obteniendo una muestra total de 18 612 personas.

Los autores destacan algunos resultados obtenidos, acentuando a Costa Rica como el país que percibe mayor riesgo de adquirir el virus con un 58% del total de la población entrevistada, en contraste, Republica Dominicana destaca como el país con menos temor. Por otro lado, se procede a consultar sobre la aceptación y conocimiento de las medidas tomadas por cada país para contrarrestar el virus, evidenciando que los salvadoreños y los costarricenses tienen mayor porcentaje, demostrando mayor confianza en sus entidades gubernamentales.¹¹

Los estudios nacionales disponibles evidencian datos escasos pero concisos sobre la conceptualización de la enfermedad en la población costarricense, evidenciando cierto desconocimiento sobre las medidas sanitarias, y una percepción del riesgo de contagio muy alta. Es pertinente mencionar, que no se logra encontrar ningún estudio que mida el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el COVID-19, acentuando la importancia de realizar el presente estudio.

1.1.2 Delimitación del problema

La investigación se lleva a cabo a partir de una encuesta en línea a enfermeros (as) de Costa Rica, con edades mayores de 18 años, que laboran en áreas públicas o privadas, y que tengan contacto directo e indirecto con el virus SARS COV-2. Todo esto se realiza durante el primer cuatrimestre del 2021.

1.1.3 Justificación

El conocimiento del personal de enfermería sobre el COVID-19 es preciso para asegurar la conservación de la vida y mejorar las condiciones de los grupos afectados, favoreciendo el bienestar individual y colectivo. Es una prioridad para la salud pública que el enfermero (a)

reconozca, en diferentes escenarios, las demandas de la persona afectada, potenciando los recursos con los que cuenta, tomando decisiones bajo un concepto de cuidado como puente a la esencia propia de la disciplina que es la persona.

El COVID-19 desencadena gran cantidad de investigaciones y publicaciones científicas en los últimos meses, comprendiendo cada vez mejor el curso de la pandemia que aqueja a la humanidad. Sin embargo, múltiples autores concuerdan que existe una tergiversación de conceptos y manejos del COVID-19 entre la ciudadanía e incluso entre el mismo personal de salud del todo el mundo.

La investigación intenta comprender el nivel de conocimiento que tienen los enfermeros (as) costarricenses sobre el manejo y la fisiopatología del COVID-19. Esto se logra por medio de una encuesta en línea aplicada a profesionales de la disciplina que se desenvuelven en diferentes escenarios laborales, permitiendo así, un análisis de los resultados y su discusión, considerando la influencia del entorno laboral.

La presente investigación da continuidad al estudio de Tariq R, Hamid H, et al¹²; titulado “*Common misconceptions regarding COVID-19 among health care professionals: an online global cross-sectional survey*”. Logrando tropicalizar la metodología y esencia de este para conseguir aplicarlo a nivel nacional. Con esto, se espera aportar en las investigaciones relacionadas con el COVID-19, evidenciando el nivel de conocimiento que tienen los enfermeros (as). Aspecto que influye en la calidad del manejo de la enfermedad en Costa Rica. Finalmente, este estudio puede incentivar otros trabajos sobre esta línea de investigación, promoviendo planes educativos, evaluaciones de protocolos, manejos específicos de pacientes, entre otros.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Objetivo general

Determinar los conceptos erróneos comunes sobre COVID-19 entre los profesionales de enfermería, relacionado con condiciones laborales, en Costa Rica durante el primer cuatrimestre del 2021.

1.3.2 Objetivo específico

- 1) Describir aspectos sociodemográficos y condiciones laborales de la población profesional de enfermería en Costa Rica.
- 2) Identificar el conocimiento de los enfermeros (as) sobre conceptos básicos del COVID-19 y medidas de prevención, por medio de una encuesta transversal en línea.
- 3) Relacionar el conocimiento de los enfermeros(as) sobre conceptos básicos del COVID-19, con las condiciones laborales de estos profesionales.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances

No hubo alcances en la presente investigación

1.4.2 Limitaciones

En la presente investigación se presenta una limitante, la cual se relaciona a la disponibilidad de la población por responder el instrumento; lo cual permitió un número limitado de participantes, convirtiéndose en una muestra no probabilística por conveniencia de 251 profesionales de enfermería.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 EL CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Definición de conocimiento

La Real Academia Española¹³ define “*Conocimiento*” como la acción de conocer, además, menciona que es saber o al menos tener una noción de algo. Dentro del concepto también se evidencia una relación con el entendimiento, la inteligencia y la razón. Por otra parte, González J¹⁴ lo conceptualiza como un procedimiento complejo de situaciones en el que intervienen la subjetividad humana y sus procesos neurofisiológicos, donde influyen factores como la realidad social y natural.

Raimund K; Solis C; et al¹⁵ aseguran que los saberes sobre los fundamentos biológicos del conocimiento no están completos, ni bien definidos, especialmente por esa pequeña relación entre sistema nervioso superior con las ideaciones, la memoria, el análisis y la reflexión. Ortega C y Franco C¹⁶ contrastan con la idea anterior, definiendo ampliamente el concepto de conocimiento como un proceso neurofisiológico que se conforma por factores como el aprendizaje, la memoria e inteligencia. El autor asegura que, si el cerebro perdiera la capacidad para recuperar y recordar las experiencias previas, en definitiva, el resto de las funciones cognitivas se ven afectadas en su sentido y adaptación al medio.^{17,18}

Armando L¹⁹, explica que, una vez originado el conocimiento, este se debe interiorizar, analizar y comprender. La asimilación moderna, exige una vocación por la revisión crítica de los estudios adquiridos por medio de la ciencia, que hoy se caracteriza por remplazar saberes viejos por nuevos.^{19,20}

Armando L¹⁹ asegura que los saberes previos favorecen la asimilación de un nuevo conocimiento, sin embargo, pueden representar una barrera o blindaje psicológico, difícil de vencer. En otras palabras, el individuo que confronta su bagaje cognoscitivo con la presencia de discernimientos diferentes puede toparse con resistencias mentales que evitan integrarlos, pero también, pueden servir de puente para superar sus saberes más escuetos o menos fundamentados. Lo anterior no es un proceso inmediato ni mecánico, es un asunto de educación científica donde domina el cuestionamiento, la revisión y el puesto en práctica del quehacer teórico y experimental que se va adquiriendo.^{19,21}

Conocimientos del enfermero(a) sobre el COVID-19

Enfermería es una disciplina y ciencia que utiliza el “*proceso de enfermería*” como método científico sistemático, humanista, intencionado, dinámico e interactivo; aplicándolo en la práctica asistencial, a través de cuidados especializados, lógicos y racionales centrados en la respuesta humana del individuo, familia y comunidad. Es por esta razón que el conocimiento del enfermero(a) debe fundamentarse en la evidencia científica actualizada.²²

Enfermeros especialistas de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), responden a las ideas anteriores, creando el “Manual de protocolos para la atención clínica del paciente COVID-19” en abril del 2020, en Costa Rica. Con el fin, de confeccionar una guía con los conocimientos y prácticas para brindar cuidados de alta calidad, humanizados y que respondan a las necesidades humanas de la población costarricense afectada por esta enfermedad.²³ En este manual priorizan las medidas de prevención y protección, en especial el uso del equipo de protección personal (EPP) . En este apartado, se menciona que el EPP debe contener: ropa hospitalaria verde, botas descartables, bata descartable de nivel 3, respirador N95, monogafas o lentes de protección, gorro y guantes descartable.²³

La OMS^{24,25}; describe los conocimientos y aptitudes que debe tener el personal de salud para el manejo clínico del COVID-19, clasificando siete pilares que determinan la ruta asistencial a seguir para el manejo de la enfermedad, los cuales se explican a continuación:

Detección precoz de la enfermedad COVID-19

Los coronavirus son un grupo de virus envueltos de material genético de tipo ácido ribonucleico (ARN). Se han descrito 4 géneros en familia *Coronaviridae*; siendo el betacoronavirus el más letal, especialmente el subtipo del síndrome respiratorio agudo grave (SARS), el OC43, el HKU1 y el síndrome respiratorio agudo grave 2 (SARS CoV-2) la cual produce la enfermedad del COVID-19.^{26,27}

La transmisión del COVID-19 se da por la exposición de una persona sana a una infectada o a objetos contaminados, ingresando el virus a través de la mucosa nasal, oral o conjuntiva.³¹

La OMS²⁵; menciona que se debe detener y frenar la transmisión del virus, detectando los casos sospechosos posibles, aislarlos, hacerles pruebas y proporcionarles una atención adecuada; en un centro sanitario exclusivamente para la atención del COVID-19, o bien, un centro comunitario.

El Ministerio de Salud de Costa Rica²⁸ protocoliza el procedimiento de vigilancia epidemiológica, haciendo hincapié a la importancia de buscar nexos epidemiológicos de las personas infectadas o sospechosas y registrarlo en la boleta VE-01 en un periodo máximo de 24 horas. Esta misma institución menciona que la recolección de muestras debe ser manejada como potencialmente infecciosas, es, por tanto, que el personal que recolecte y transporte las muestras clínicas debe cumplir con las medidas de bioseguridad; en la cual mencionan, que la muestra debe conservarse en frío, a una temperatura de 4 grados centígrados y ser

transportada dentro de las primeras 24 y 72 horas. Esta debe ser tomada exclusivamente por el personal médico o de enfermería.

El Ministerio de Salud²⁸, recomienda que la detección debe ser precoz en los pacientes con posible COVID-19, entendiendo el concepto de “*caso sospechoso*” como aquella persona con enfermedad respiratoria aguda con al menos dos de los siguientes síntomas: fiebre, tos, disnea, dolor de garganta, congestión nasal, anosmia, disgeusia. Además, se debe descartar otra etiología que explique los síntomas. Por otra parte, se menciona que dentro de las manifestaciones de la enfermedad se puede incluir signos dermatológicos como urticaria, prurito generalizado y cianosis en los pulpejos. Amorin J, Costa A, et al²⁹ asegura que se han registrado casos con un presunto nuevo signo a tomar en cuenta relacionado a la cavidad oral. Sin embargo, aún existen interrogantes si es realmente causado por el virus.

El Ministerio de Salud de Costa Rica²⁸, define un caso confirmado como aquella persona con laboratorios positivos al SARS-COV2, por medio de la PCR-RT. Pero también, se debe considerar aquella persona que por nexo epidemiológico presenta síntomas en el periodo de aislamiento, a estos usuarios no será necesario realizarles la prueba de detección.

La OMS¹⁹ determina que el manejo clínico del COVID-19 debe adaptarse según la gravedad del padecimiento del usuario, entendiendo como “*enfermedad leve*” aquellas personas sintomáticas que no presentan neumonía vírica ni hipoxia, por otra parte, la “*enfermedad moderada*” es aquel que presenta síntomas de neumonía como fiebre, tos, disnea y taquipnea; pero no presentan SpO2 menos de 90% o signos de neumonía grave. El usuario con una “*infección grave*” debe presentar signos de neumonía más una frecuencia respiratoria mayor de 30 inspiraciones/min, disnea grave, y/o SpO2 menores de 90%. El paciente crítico se

considera como aquel que presenta Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), septicemia y/o choque séptico.

Aplicación inmediata de medidas de prevención y control de infecciones.

El Ministerio de Salud²⁸ menciona que el aislamiento es la medida predilecta para la prevención y control de la infección, este debe ser aplicado a todos los casos sospechosos y confirmados de la enfermedad. En caso de que se decida aislar al usuario en el hogar, se debe practicar cuidados generales de higiene, lavado frecuente de manos y desinfección de los utensilios utilizados por la persona infectada.

El Ministerio de Salud²⁸ define un contacto cercano como aquel usuario que sin haber usado el equipo de protección apropiado, haya brindado cuidados a una persona sintomática, o haya tenido exposición directa a secreciones de pacientes infectados o bien, que este en contacto con un paciente positivo a menos de 1.8 metros por más de 15 minutos.

Judson SD, et al³¹, se refiere a la transmisión por el aire, la cual se exagera en procedimientos que generan aerosoles como en la broncoscopía, la reanimación cardiopulmonar, la ventilación no invasiva (Cpap, BiPAP), cirugías, intubación traqueal, ventilación manual, inducción del esputo, aspiración y necropsias. El personal de salud debe protegerse ante estas situaciones con todo el Equipo de protección personal ya antes mencionado.

El Ministerio de Salud²⁸ asegura que parte del seguimiento del infectado por COVID-19, es el monitoreo continuo hasta su recuperación, por lo cual, aclara que una persona recuperada se considera aquel que cumpla uno de los siguientes escenarios:

- a) Paciente con síntomas leves que no requirió hospitalización se le considera recuperado al tener 3 días o más sin síntomas, después de un periodo 13 días después de la fecha de toma de muestra del resultado positivo
- b) Paciente asintomático con 10 días después de la fecha de toma de muestra (PCR-RT).
- c) Los pacientes con inmunosupresión con 21 días de aislamiento y que ya encuentren recuperados.
- d) Paciente hospitalizado ya recuperado luego de que hayan pasado 7 días del egreso hospitalario. En el caso de los pacientes que estuvieron en unidades de cuidados intensivos deberán tener dos pruebas de PCR-RT negativas consecutivas en un período de 24 o 48 horas.

El Ministerio de Salud²⁸; menciona que para la realización de las pruebas se debe llenar la boleta diagnóstica “*Inciensa R-85*” para que la misma sea realizada por el Centro Nacional de Referencia de Virología de Inciensa.

Diagnóstico de laboratorio

La OMS¹⁹; menciona que el examen predilecto a utilizar para el diagnóstico es el examen molecular que mide la reacción en cadena de la polimerasa de transcripción inversa (PCR-RT), este es ideal para etapas iniciales del virus. Por otra parte, las pruebas serológicas son útiles para confirmar la respuesta inmunológica del cuerpo al patógeno al menos 3 semanas después de iniciados los síntomas. Estas pruebas han demostrado alta sensibilidad y especificidad, sin embargo, se debe tomar en cuenta que la carga viral disminuye luego de la fase aguda de la enfermedad, por lo que puede alterar el resultado de la prueba.^{32, 33}

Diferentes autores recomiendan usar la prueba serológica junto con otras para sustentar un diagnóstico, ya que puede tomar 21 días o más después del inicio de los síntomas para la seroconversión o detección de la IgG y IgM para SARS COV-2.^{34,35}

Tratamiento sintomático y seguimiento temprano.

El tratamiento para COVID-19 no se ha especificado con detalle hasta el momento por lo que se recurre a emplear protocolos tentativos con modificaciones frecuentes basadas en las revisiones más actualizadas.

Siddiqi H y Mehra M³⁶; proponen la teoría de que la enfermedad COVID-19 presenta tres fases evolutivas. El estado inicial de la enfermedad se manifiesta por una carga vírica elevada, con síntomas leves y comunes de la enfermedad, siendo el momento idóneo para un tratamiento antivírico efectivo o inmunológico. En la etapa moderada de la enfermedad, nombrada fase de compromiso pulmonar, los pacientes desarrollan neumonía viral y una inflamación localizada en el pulmón, manifestando una hipoxia severa con una PAFi menor o igual a 300mmHg, además de los característicos infiltrados pulmonares en las radiografías pulmonares, consecuente a los síntomas recomiendan el uso de ventilación mecánica junto con corticosteroides de forma moderada.

La tercera fase de la teoría de Siddiqi H y Mehra M³⁶, contempla una respuesta inflamatoria aguda, con la presencia de una respuesta exagerada del sistema inmune liberando gran cantidad de proteínas especializadas fenómeno llamado “*tormenta de citoquinas*” donde los fármacos antiinflamatorios tienen mayor importancia. Sin embargo, Diaz E, Amegaza R; et al³⁷; sostienen que esta teoría no se ha podido comprobar del todo.

Diferentes autores sostienen que para el manejo del COVID-19 la evidencia no respalda el uso de tratamientos como la Hidroxicloroquina, plasma convalescente, Vitamina C, Azitromicina, Remdesivir, Lopinavir, Ritonavir, Ivermectina y/o Interferón beta.^{38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45}

Tratamiento de la hipoxemia y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)

Lopez R, Sanchez Q y Lorenzo M⁴⁶ define el síndrome de distrés respiratorio agudo como una enfermedad pulmonar aguda y difusa que produce hipoxemia, disminución de la compliance pulmonar y aumento del espacio muerto.

La OMS³⁰ recomienda que los pacientes diagnosticados con COVID-19 y SDRA se puede intentar utilizar los dispositivos de oxigenoterapia de alto flujo (HNFO, CNAF) o la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) con presiones positivas continuas (Cpap,). Los pacientes que no respondan a la VMNI y que tenga frecuencias respiratorias mayores de 30, o que además presenten insuficiencia respiratoria hipoxémica e inestabilidad hemodinámica, insuficiencia multiorgánica o estado mental alterado se debe considerar la ventilación mecánica.^{31,46}

La OMS³⁰ recomienda que la preoxigenación al 100% durante 5 minutos; es una práctica que se debe hacer por el alto riesgo de desaturación rápida antes de intubar, Esta organización recomienda que se utilice bolsa con reservorio para tal fin, en vez de ambú, para reducir la exposición a aerosoles. En caso de usar ambú, es indispensable equipar el dispositivo con un filtro y una válvula de PEEP.

La OMS³⁰ sostiene que en los pacientes con PaO₂/FiO₂ menor de 150, se les debe usar la VMI en decúbito prono durante 12 a 16 horas al día. Esto permite mejorar el reclutamiento alveolar, mejorando la oxigenación por una cuestión de distribución de presiones. Esta técnica está contraindicada de manera absoluta en hipertensión intracraneal descontrolada o en columna cervical inestable; y de manera parcial en pacientes con abdomen abierto, lesión facial, lesión torácica lumbar, fractura pélvica, cirugía abdominal reciente y embarazo en el segundo o tercer trimestre.⁴⁷

Barrantes F; Vargas Z⁴⁷ mencionan que es responsabilidad del enfermero (a) conocer las complicaciones de esta técnica como por ejemplo la pérdida u obstrucción del tubo endotraqueal, lesiones cutáneas por presión, edema facial, úlceras corneales, lesión del plexo braquial, intolerancia a la nutrición enteral y alteraciones hemodinámicas o respiratorias. Estos autores recomiendan que el procedimiento sea realizado por mínimo 4 profesionales de enfermería, un terapeuta respiratorio y un médico asistente de cuidados intensivos. Además, el profesional de enfermería debe asegurarse que se cuentan con todo el equipo necesario para el procedimiento.

Tratamiento del shock séptico

Rhodes A; Evans L; et al⁴⁸; define la sepsis como una disfunción orgánica potencialmente mortal provocada por una respuesta descontrolada de la persona a la infección. Por otra parte, el choque séptico lo definen como un subconjunto de la sepsis con disfunción circulatoria y celular o metabólica asociada con un gran riesgo de mortalidad. La OMS³⁰; explica que se considera existencia de choque séptico en adultos, cuando se falla en la utilización de vasopresores para mantener una presión arterial media (PAM) mayor o igual 65 mm Hg, y que además presenten lactato mayor a 2 mmol/l en ausencia de hipovolemia.

Rhodes A; Evans L; et al⁴⁸ y la OMS³⁰ mencionan que el manejo del shock séptico consiste en la detección precoz y los tratamientos, que se deben iniciar en la hora siguiente como, por ejemplo: antimicrobianos, reanimación temprana con líquidos con lactato de Ringer o Albumina para la hipoperfusión y vasopresores para una posible hipotensión.

Prevención de complicaciones.

Las complicaciones del manejo de esta enfermedad son múltiples y variables, por lo que se recomienda tener en cuenta las recomendaciones basadas en la mejor evidencia para su prevención.

Las coagulopatías son frecuentes en los usuarios con COVID-19 en etapas graves o avanzadas, por lo que se recomienda profilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular y/o dispositivos de compresión neumática intermitente.⁴⁸

La OMS⁴⁹, sugiere que para prevenir complicaciones se debe procurar tener los menos días posibles con ventilación mecánica, a través de técnicas de desvinculación progresiva, movilización precoz, posición semifowler, sistemas de aspiración cerrada y minimizar la sedación por medios de objetivos meta.

Zhang X; Duchaine C⁵⁰ realizan una investigación en la cual demuestran que la mejor prevención de contagio en el personal de salud ante la atención del paciente con COVID-19 es la combinación del uso de mascarilla en el paciente, un cuarto con una ventilación óptima y el uso del equipo de protección personal capaz de proteger de gotas y aerosoles.

Vacuna contra el SARS COV-2

Polak F; Thomas S; et al⁵¹ realizan un ensayo multinacional en diciembre del 2020, comparando la eficacia de la vacuna en relación con un placebo, escogiendo al azar a 43 584

personas mayores de 16 años, proporcionándoles 2 dosis con 21 días de diferencia de placebo o de la vacuna BNT162b2 conocida como la vacuna *Pfizer/ BioNTech*. El estudio demuestra que la vacuna tiene una eficacia del 95%, registrándose sólo 8 casos de Covid-19 7 días posteriores de la segunda dosis de la vacuna y 162 casos del grupo placebo. Se observa efectos secundarios de la vacuna como dolor a corto plazo en el lugar de la inyección, fatiga y dolor de cabeza, registrándose una incidencia considerablemente baja de eventos adversos graves.

Polak F; Thomas S; et al⁵¹ aseguran que la efectividad del medicamento a lo largo del tiempo de quienes reciben la vacuna versus el placebo comienzan a notarse 12 días después de administrarse la primera dosis, proporcionando una eficacia del 52.4%. Después de la segunda dosis se observa una protección máxima de 95% alrededor de una semana posterior de la aplicación.

La BNT162b2 es una vacuna de tipo ARN modificado, la cual contiene componentes como el ARNm como principal activo, nanopartículas de lípidos para su transporte, sacarosa para su conservación y solución salina.^{51, 52}

Manejo, preparación y aplicación de la vacuna

La CCSS⁵³ hace referencia al proceso de preparación de la vacuna para su posterior aplicación, recomendando no sobrepasar un tiempo estimado de 2 horas, por lo que sugiere adherirse a los pasos y recomendaciones a continuación:

Los viales se encuentran, en primera instancia, en congeladores especiales de ultra baja temperatura de entre -60 a -90 grados, que solo los proveen los fabricantes Pfizer/BionTech.

Al sacar el medicamento se tarda 30 min en descongelarse a temperatura ambiente de hasta 25°C si son frascos sueltos o 3 horas si son bandejas completas con 195 unidades.⁵³

La CCSS⁵³ menciona que, para la preparación, una vez descongelado, se procede a invertir el frasco 10 veces aproximadamente con movimientos suaves. Para el diluyente se recomienda utilizar suero fisiológico, extrayendo 1.8 ml de este. Una vez introducido el cloruro de sodio a la vacuna es importante extraer 1.8 ml de aire para equilibrar la presión del vial. Por última instancia se debe mezclar nuevamente con un movimiento suave y firme durante 10 veces.

La vacuna preparada permite aplicar 5 dosis de 0,3ml en un periodo máximo de 6 horas, siempre y cuando se almacene el frasco multidosis a una temperatura de 2°C a 8°C dentro del termo de vacunas.⁵³ La aplicación de la vacuna se realiza con una jeringa de tuberculina preparando 0,3ml del vial aplicándolo vía intramuscular. Se le debe informar a la persona usuaria sobre efectos adversos, además, de que se deberá reforzar con una segunda dosis a los 21 días.⁵³

En Costa Rica se describen las contraindicaciones de la aplicación del medicamento como aquellas personas con antecedentes de una reacción alérgica a cualquiera de los componentes de la vacuna, además de personas anticoaguladas, asmáticos o inmunodeprimidos. De igual forma a personas con antecedentes de reacción alérgica a alimentos, medicamentos o vacunas. Incluso se menciona que no se debe administrar en embarazo ni en lactancia, solo si existe un consentimiento informado. Por otra parte, las personas que tuvieron COVID-19 deben esperar 90 días para la aplicación de la vacuna.⁵³

La CCSS⁵³ menciona que la priorización de aplicación de las vacunas en Costa Rica, se realiza según una categorización en 5 grupos de vacunación según riesgo y exposición del virus, los cuales se especifican a continuación.⁵³

Tabla N°1: Priorización de grupos de riesgo a vacunar con Vacunación COVID-19. Según el Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Diciembre 2020. San José Costa Rica.

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Trabajadores de larga estancia y personas adultas mayores que habitan en estos centros Trabajadores de primera respuesta: CCSS, salud, sector privado de salud, CNE, bomberos, Cruz Roja, cuerpos policiales de: seguridad, tránsito, migración, penitenciarios, municipales, OIJ.	Personas de 58 años o más independiente si tiene o no algún factor de riesgo.	Personas de 18 y 58 años que presentan algún factor de riesgo como: Hipertensos, diabéticos, cardiopatas, enfermos respiratorios crónicos, enfermedad renal crónica, obesidad grado III, pacientes con cáncer.	Funcionarios del Ministerio de Educación Pública, sector educativo privado y personal de centros de atención integral (CAI). Funcionarios del albergue del PANI. Personas privadas de libertad. Trabajadores del poder judicial.	Estudiantes de ciencias de la salud y técnicos afines en campos clínicos de la CCSS. Población de 40 a 57 años sin otro de los factores de riesgo previamente descritos, que realicen actividades laborales relacionadas a contacto con otras personas o de impacto en el sector productivo: agricultura, construcción, atención al cliente, restaurantes, empleadas domésticas

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

Indicadores Sociodemográficos

La sociodemografía es la ciencia que estudia las características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variaciones, lo cual no se limita a la medición, sino que incluye necesariamente la interpretación e indagación de los datos, que conducen a realizar categorías

de análisis las cuales pueden ser variables o sostenidas en el tiempo, e invitan a la reflexión sobre sus problemas particulares.⁵⁴

Los indicadores sociodemográficos se definen entonces, como las relaciones estadísticas referidas a algún tema en particular, por ejemplo, la natalidad, la mortalidad o la fecundidad de una población en un momento determinado, lo que permite mostrar las dinámicas de la población, tomando en cuenta el medio que los rodea, al igual que el sexo, grado académico, residencia, estado civil, edad, entre otros.^{55, 56}

Condiciones laborales

Las condiciones laborales se definen como el conjunto de indicadores que especifican la situación en la cual el trabajador ejecuta las tareas, entre las cuales abarcan las horas, la organización y el contenido, además, de los servicios de bienestar social.⁵⁷ Asimismo, se toman en cuenta elementos como los servicios para los trabajadores, condición de la infraestructura, salarios, tareas realizadas en las jornadas y riesgos laborales.⁵⁸

Modelos y Teorías

Patricia Benner: Cuidado, Sabiduría Clínica y Ética en la práctica de Enfermería.

Massó E, Fernandez J; et al⁵⁹ mencionan que el ejercicio clínico engloba tanto habilidades como conocimientos, poniéndose en práctica para la prestación de cuidados de calidad que son evaluados según la satisfacción de la persona usuaria. La enfermera (o) debe saber relacionar lo aprendido en su formación universitaria con las labores asistenciales, basado en una epistemología de la disciplina sumada a la destreza que debe tener para ejecutar la acción en sí. Se toma como referencia de la presente investigación el apoyo de la teoría de Patricia Benner y su filosofía del desarrollo del conocimiento en una disciplina práctica, con base en

la propuesta de niveles de formación o adquisición de habilidades bajo principios de ética, cuidado y sabiduría clínica.

Patricia Benner nace en Hampton, Virginia,-pasa su infancia en California, lugar donde inicia sus estudios de enfermería. Se gradúa como licenciada en enfermería en el Pasadena College en 1964. Posteriormente, cursa un máster de especialización en enfermería medicoquirúrgica en la Universidad de California. En 1982 obtiene el doctorado en estrés, afrontamiento y salud en la Universidad de Berkeley en California. Benner P, ha trabajado como enfermera de base y como directora de enfermería, además de contar con gran experiencia clínica en cuidados médico-quirúrgicos, en cuidados intensivos y en el cuidado de salud domiciliar.^{59, 60}

Garrido M⁶⁰ menciona que Patricia Benner desarrolla una filosofía de enfermería con gran influencia en Virginia Henderson, y es así, como establece los niveles de adquisición de destrezas en la práctica de la enfermería^{59,60}, utilizando descripciones sistemáticas de cinco etapas: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto.

Principiante: Se le denomina aquellas personas que no tienen ninguna experiencia previa de la situación que se les presenta. Se evidencian problemas para diferencias entre los aspectos relevantes y los irrelevantes del fenómeno en cuestión. Según Benner P⁶⁰; aquí se encuentran los estudiantes de enfermería, sin embargo, también podrían encontrarse aquellas enfermeras expertas en un área determinada cuando tienen que afrontarse a una situación que les es desconocida.

Principiante avanzado: Son aquellos que tienden enfrentarse a una situación de manera aceptable, donde generalmente hay un tutor que le brindó una guía de manera anticipada a la

tarea a realizar. En esta etapa, se posee la habilidad y experiencia para dominar algunos aspectos generales que le permiten desenvolverse. Las enfermeras en este nivel siguen normas y se orientan por las acciones que deben ejecutar por lo que presentan dificultad para dominar la situación de una manera más amplia. En esta fase, se evidencia la poca preocupación por conocer la respuesta y necesidad de la persona usuaria, predominando una situación de estudio clínico para una demostración de aptitudes y actitudes hacia el escenario al que se enfrenta.⁶⁰

Competente: Cuando se ha aprendido de las situaciones reales de la práctica e imitando las acciones de los que tienen más experiencia, la enfermera principiante avanzada pasa a la fase de competente. Este nivel se subdivide, según Carrillo A; García L; et al⁶¹, en dos. La primera hace referencia a quien domina actividades básicas, pone en práctica vivencias del pasado para resolver escenarios actuales, y la segunda, se basa en la pericia formada por situaciones previas que permiten dar soluciones rápidas y eficientes a circunstancias no planificadas. El profesional ya es cualificado en cuanto a analizar, predecir y actuar. Se caracteriza por una planificación consistente y deliberada.⁶⁰

Eficiente: este es un salto cuantitativo con respecto al competente. Ahora la persona es capaz de reconocer los aspectos más importantes y posee un dominio intuitivo de la situación a partir de la información previa que conoce. Benner menciona que los enfermeros (as) están más seguras de sus conocimientos y habilidades. Se evidencia la pericia para considerar la relevancia de los cambios situacionales, además de la soltura de implantar respuestas cualificadas en una situación a medida que evoluciona.^{60, 61}

Experta: Se describe como la enfermera (o) que es capaz de resolver problemas complejos, posee una base intuitiva, capaz de generar pensamiento crítico y autocritico, es experto en

mantener un equipo de trabajo en mejora continua. En esta fase, el profesional ya no se basa en normas o directrices para justificar su comprensión del escenario que se presenta y llevar a cabo la acción adecuada, identificando el origen del problema sin perder tiempo en soluciones y diagnósticos alternativos.⁶¹

Utilización de pruebas empíricas

Benner P examina cómo se adquiere los saberes clínicos hasta convertirse en experto, y la naturaleza del conocimiento, la investigación y el juicio clínicos, además del comportamiento ético experto, en una población de 130 enfermeras de hospital, principalmente de cuidados intensivos. Como conclusiones, se menciona que la habilidad para implicarse con los pacientes y las familias se aprende con el tiempo y la experiencia; esta habilidad es esencial para llegar a ser una enfermera experta.⁶²

Benner P⁶² logra identificar, analizando un grupo poblacional de 76 enfermeras, nueve dominios de la práctica disciplinar del cuidado a enfermos graves. Estos son base para incorporar las descripciones de los aspectos del juicio clínico y del comportamiento del nivel de enfermera experta como lo son el razonamiento en un cambio, saber práctico, práctica basada en la respuesta, responsabilidad, agudeza perceptiva y habilidad para implicarse, relaciones entre el razonamiento clínico y el ético.⁶²

Supuestos de Enfermería según Patricia Benner.

Enfermería: Se considera como la práctica del cuidado, por medio del estudio de las experiencias vividas con respecto a la salud, la enfermedad, el malestar y las relaciones entre estos elementos. Siempre bajo la moral, la ética y la responsabilidad.⁶²

Persona: La persona es un ser autointerpretativo, que se va construyendo como individuo por medio de las experiencias vividas formando así la personalidad, por lo que se descarta la idea que ser un ser predefinido. La persona se sitúa en el mundo lidiando constantemente con roles del cuerpo, de situación, de problemas personales y de temporalidad.⁶²

Salud: Se recalca que no es la ausencia de la enfermedad. La salud es definida por Benner como lo que puede valorarse, entretanto, el bienestar es la experiencia humana de la salud. Según esta teoría estar sano y estar enfermo se comprende como diferentes modos de encontrarse en el mundo.⁶²

Situación: Banner menciona que prefiere usar el término situación en vez de entorno, ya que la situación transmite un entorno social con una definición y un significado social. Hace alusión al entorno en donde se sitúa el cuerpo en un momento dado, además de la interacción que se da con el medio y con las costumbres.^{61, 62}

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de investigación

El enfoque de la investigación es de carácter cuantitativo, dado que la finalidad del estudio consiste en evidenciar, a través de una encuesta transversal en línea, que tanto conocen los enfermeros (as) sobre aspectos básicos de la enfermedad COVID 19. Esto envuelve un proceso de recolección y sistematización de datos numéricos mediante gráficos, figuras y tablas con su posterior proceso de análisis.

3.2 Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptivo, dado que, se detalla el conocimiento de los enfermeros (as) sobre el COVID-19 en todas las vertientes que se pretenden abordar; relacionándolas con aspectos laborales y sociodemográficos.

3.3 Unidades de análisis y objetos de estudio

La unidad de estudio está constituida por enfermeros del área metropolitana de Costa Rica mayores de 18 años que estén laborando activamente en áreas públicas o privadas, durante el primer cuatrimestre del 2021

3.3.1 Población

La población de estudio está conforma por 19 664 enfermeros (as) que corresponden a la población total del gremio en Costa Rica según el informe de gestión de la administración 2019-2020 del Colegio de Enfermeras de Costa Rica (CECR).

3.3.2 Muestra

La muestra de la presente investigación es de tipo no probabilística a conveniencia conformada por 251 enfermeros (as) que laboran como profesionales o bien como subcontratados (Auxiliares de Enfermería), estos se someten a criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla No.2 Criterios de inclusión y exclusión para los profesionales de enfermería en Costa Rica, I cuatrimestre, 2021

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Enfermeros (as) colegiados activos con el CECR.	Enfermeros colegiados activos, que no estén laborando actualmente.
Enfermeros (as) que laboren en escenarios públicos o privados del país en áreas de cuidado directo, educación, investigación o administración en enfermería.	Enfermeros (as) menores de 18 años o mayores de 65 años. Enfermeros (as) que se nieguen a aceptar el consentimiento informado.
Enfermeros (as) que laboren como subcontratados (Auxiliares de enfermería).	Enfermeros (as) que laboren fuera del Gran Área Metropolitana.

Fuente: Elaboración Propia. 2021

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El instrumento de recolección de datos que sustenta la investigación se conforma de 29 preguntas, las mismas tienen la finalidad de obtener la mayor información posible sobre el conocimiento de los enfermeros(as) sobre el COVID-19, según aspectos sociodemográficos

y labores. Este instrumento tiene gran influencia en investigaciones como la de Tariq R, Hamid H, et al¹²; titulada “*Common misconceptions regarding COVID-19 among health care professionals: an online global cross-sectional survey*” y la de Bonilla R; Evans R; et al⁶³ llamada “*Ideas erróneas sobre el COVID-19: una encuesta transversal en línea, Costa Rica, 2020*”.

El cuestionario se expone a una prueba de veracidad y validez a través de un plan piloto aplicado a enfermeros (as) recién graduados y/o colegiados de Costa Rica, recolectando un total de 37 encuestas realizadas, donde se mantiene la confidencialidad de los encuestados por lo que desconoce los nombres de estos.

La primera parte del instrumento consta de 9 preguntas dirigidas a la obtención de datos sociodemográficos y laborales en los cuales se profundiza en los escenarios y áreas en que laboran los encuestados como profesionales en la disciplina de enfermería.

La segunda parte del cuestionario, pone a prueba el nivel de conocimiento sobre aspectos generales de la enfermedad del COVID-19, específicamente sobre la detección precoz de la enfermedad, medidas de prevención, diagnósticos, complicaciones y tratamientos actuales.

3.4.1 Validez del cuestionario

El instrumento es validado por medio del plan piloto, este es realizado en línea a través de redes sociales como Whatsapp, Instagram y Facebook aplicándolo a una población equivalente al 15% de la muestra del estudio. Este proceso se realiza con éxito cumpliendo con el objetivo deseado.

3.4.2 Confiabilidad

La confiabilidad se determina a través de la estimación del Alpha de Crombach, esta mide la correlación de las variables planteadas en el instrumento. El coeficiente de Alpha de Crombach oscila entre el cero y el uno, entre más se acerque a uno se considera una mayor confiabilidad en los ítems del instrumento. La estimación la realiza el estadista Roger Bonilla y se obtiene como coeficiente 0.70

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de diseño no experimental, en razón de que no se interfiere desde ningún aspecto con la población en estudio, limitándose así, a la recolección del fenómeno tal y como lo expresa la persona estudiada. Es de tipo transversal ya que se trabaja con datos que se recogen en un tiempo único, donde el objetivo es recolectar datos para describir las variables, analizando su contenido y relación entre estas.

3.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento
Describir aspectos sociodemográficos y condiciones laborales de la población profesional de enfermería en Costa Rica.	Aspectos sociodemográficos de los enfermeros(as) de Costa Rica.	Estudia las características sociales que describen a las poblaciones humanas y sus variaciones, lo cual no se limita a la medición, sino que incluye necesariamente la interpretación e indagación de los datos.	Son indicadores que permiten obtener relaciones estadísticas referidas a alguna variable demográfica o social que permite visualizar la dinámica poblacional que se desea estudiar.	Social Demográfica.	Edad. Sexo. Grado académico. Lugar de trabajo. Años laborando.	Pregunta Número 1 , 2 , 3 , 6 , 7 y 8
	Condiciones laborales de los enfermeros(as) de Costa Rica.	Las condiciones laborales se definen como el conjunto de indicadores	Son características, factores o situaciones que determinan las	Condición laboral	Utilidad pública o privada. Puesto laboral que ejecuta.	Pregunta Número 4 , 5 y 9.

<p>Identificar el conocimiento de los enfermeros (as) sobre conceptos básicos del COVID-19 y medidas de prevención por medio</p>	<p>Conocimiento sobre conceptos básicos y medidas de prevención del COVID-19</p>	<p>que especifican la situación en la cual el trabajador ejecuta las labores,</p> <p>El conocimiento se define como la acción de conocer, saber o tener la noción de algo, en este caso sobre el COVID-19.</p> <p>Además, múltiples autores, lo categorizan</p>	<p>condiciones del entorno laboral en el que el trabajador se encuentra.</p> <p>Enfrentar el bagaje cognoscitivo por un marco de nuevos conocimientos fundamentados por la evidencia científica sobre</p>	<p>Conceptos básicos y medidas para el manejo clínico de la enfermedad COVID-19</p>	<p>Funciones dentro de la jornada laboral.</p> <p>Riesgos laborales ante el COVID-19.</p> <p>Infraestructura e insumos ante el COVID-19.</p> <p>Detección de la enfermedad.</p> <p>Medidas de prevención.</p>	<p>Pregunta 11, 12, 14, 15 y 16</p> <p>Pregunta 10, 13, 22,23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29</p>
--	--	---	---	---	---	--

de una encuesta transversal en línea.		como un proceso donde intervienen factores como la subjetividad humana, procesos neurofisiológicos y la realidad social y/o natural.	el COVID-19 y su manejo clínico.		Tratamiento temprano y sintomático. Diagnósticos de laboratorio. Conceptos y manejo de la hipoxemia, SDRA y shock séptico en COVID-19. Prevención de complicaciones.	Pregunta 19 Pregunta 17, 18 Pregunta 20 Pregunta 21
---------------------------------------	--	--	----------------------------------	--	---	--

Fuente: Elaboración propia, 2021

3.7 Plan piloto

El plan piloto se realiza en el mes de marzo del 2021, conformado por 37 enfermeros (as) recién graduados de la carrera o bien recién colegiados ante el CECR, en este apartado no se toma en cuenta si la persona labora o no como profesional.

El instrumento utilizado para el plan piloto consta de una encuesta transversal en línea con 29 preguntas, con la intención de recolectar datos sobre el conocimiento de la población sobre el COVID-19. Se logra el objetivo planteado de obtener las respuestas de un grupo poblacional equivalente al 10% de la muestra de la investigación a través de medios digitales, distribuyendo el instrumento por vía de Whatsapp, Instagram, Gmail y Hotmail.

El instrumento enviado se adjunta con una serie de descripciones, aclarando que se trata de un plan piloto, donde el fin es evidenciar errores de interpretación o estructura de las preguntas, por lo que se brinda el número y nombre completo del investigador para poder resolver y poner al tanto de los posibles problemas.

Los encuestados no verbalizan algún error de interpretación o estructura de las preguntas, más si manifiestan cierta desconfianza al solicitar el correo electrónico como primer ítem del cuestionario, aunque se aclare que es meramente para elaborar una base de datos respaldando el número de personas que respondan el instrumento.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

La metodología empleada para la recolección de los datos es el cuestionario en línea. El instrumento corresponde a un formato estandarizado de enunciados donde el encuestado solamente se limita a marcar con una equis la respuesta o respuestas que cree correctas

CAPITULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Generalidades

Este capítulo expone los resultados obtenidos de la recolección de datos a partir de una encuesta transversal en línea aplicada a enfermeros (as) del país. Estos datos gestan diferentes figuras y tablas, cada una con su concerniente inferencia, permitiendo una visualización oportuna para el lector. En primera instancia, se muestran los indicadores sociodemográficos y laborales de los participantes, posteriormente se expresa la información sobre el conocimiento que tiene la población participante sobre aspectos básicos del COVID-19. Finalmente se formulan algunos cruces de variables que acrecientan el análisis del estudio.

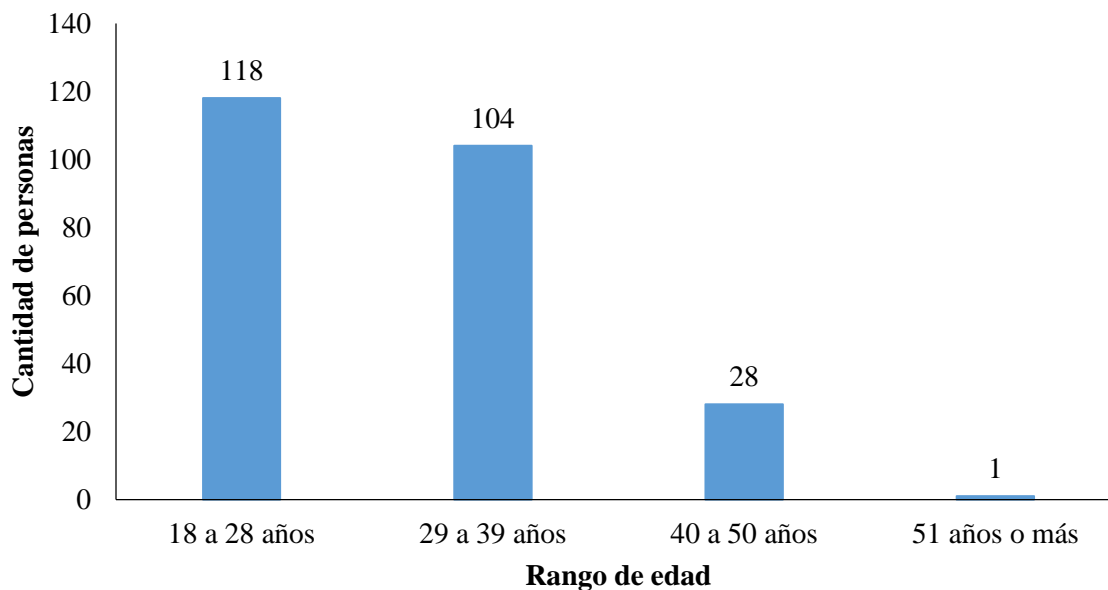


Figura N°1. Distribución de profesionales en enfermería según rango de edad, Costa Rica, 2021.

Fuente: Elaboración propia.2021

La Figura N°1 permite demostrar los rangos de edad de la población en estudio, predominando el grupo de 18 a 28 años con 118 enfermeros (as), en contraste, el rango de 51 años o más, se expresa menos dentro del gráfico.

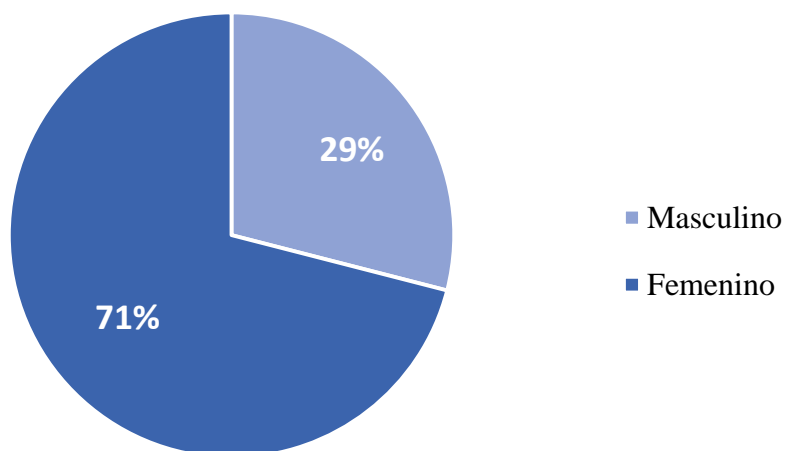


Figura N°2. Distribución numérica de profesionales en enfermería según sexo, Costa Rica, 2021.

Fuente: Elaboración propia.2021

La figura N°2 muestra un predominio del sexo femenino dentro de los participantes con un total de 71% (n=177), siendo sólo un 29% (n=74) hombres.

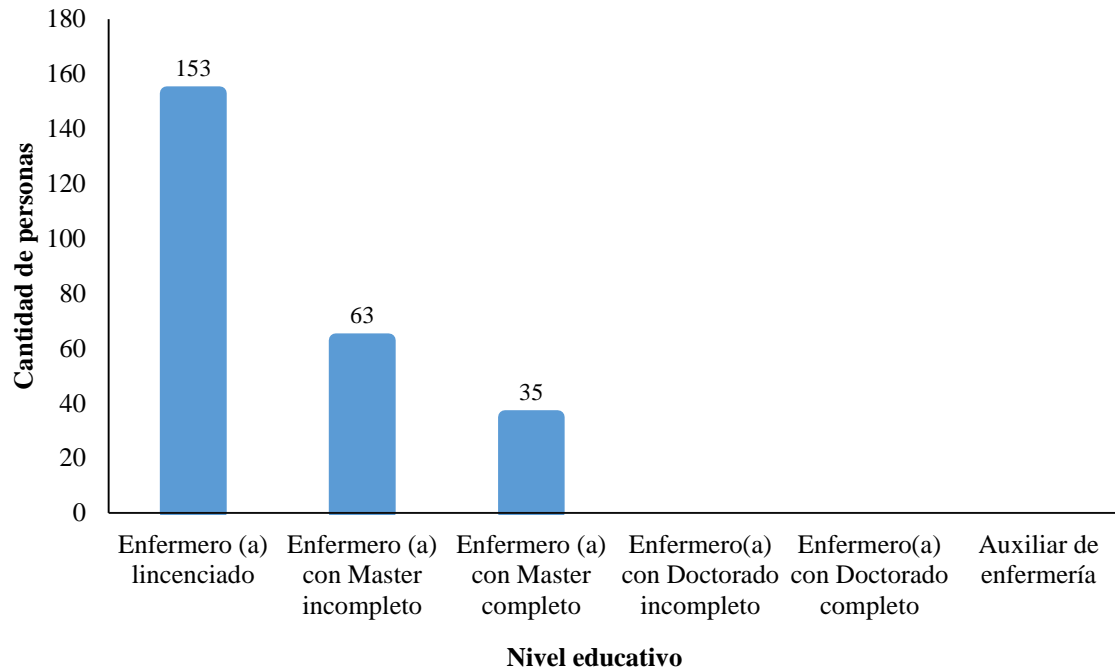


Figura N°3. Distribución numérica de profesionales en enfermería según su nivel educativo, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia.2021

La figura N°3 muestra el nivel educativo de la población en estudio, expresando un predominio del “*Enfermero Licenciado*” con un total de 153 participantes, seguido de 63 enfermeros con un máster incompleto y 35 máster.

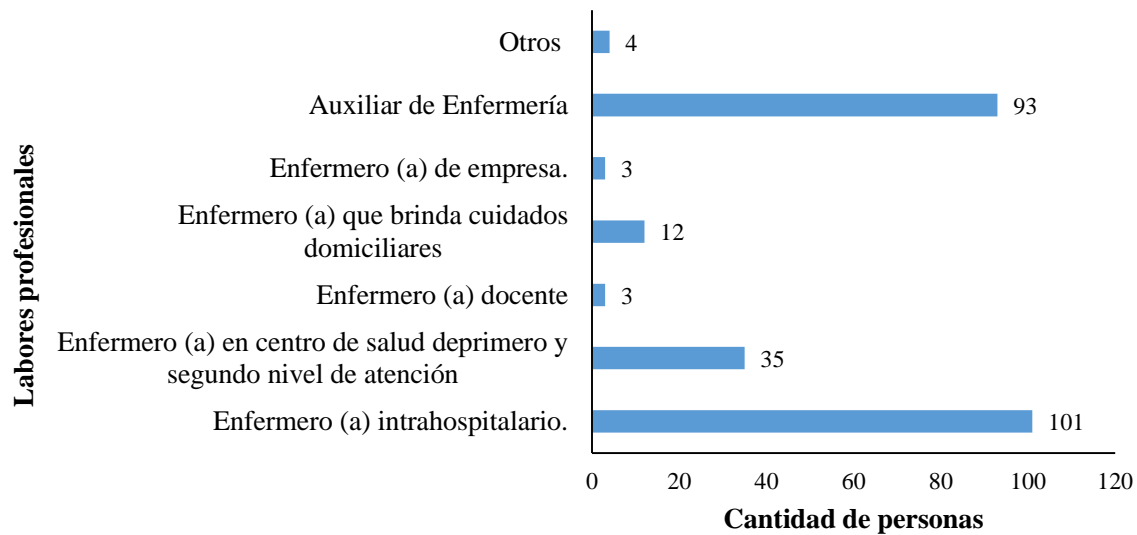


Figura N°4. Distribución numérica de profesionales en enfermería según su labor profesional, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia.2021

La figura N°4 refleja en que labor profesional se desenvuelven los participantes, evidenciando un predominio del “enfermero intrahospitalario” con 101 personas y “auxiliares de enfermería” con un total de 93. Por otra parte, quehaceres de la profesión como “enfermero docente y de empresa” se expresan en menor medida en la población en estudio.

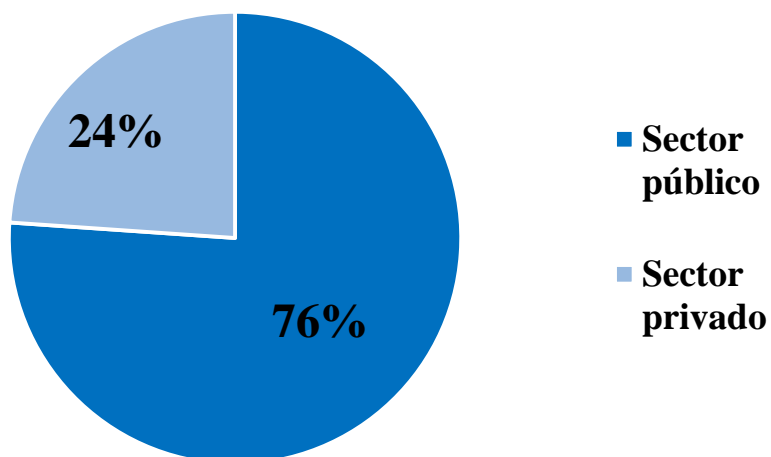


Figura N°5. Distribución de profesionales en enfermería según sector laboral, Costa Rica, 2021.

Fuente: Elaboración propia.2021

La figura N°5 representa el sector laboral en los que se desenvuelven los participantes, evidenciando una mayoría del sector público con 76% (n=191), mientras que restante 24% (n=60) de enfermeros (as) se dedican al trabajo privado.

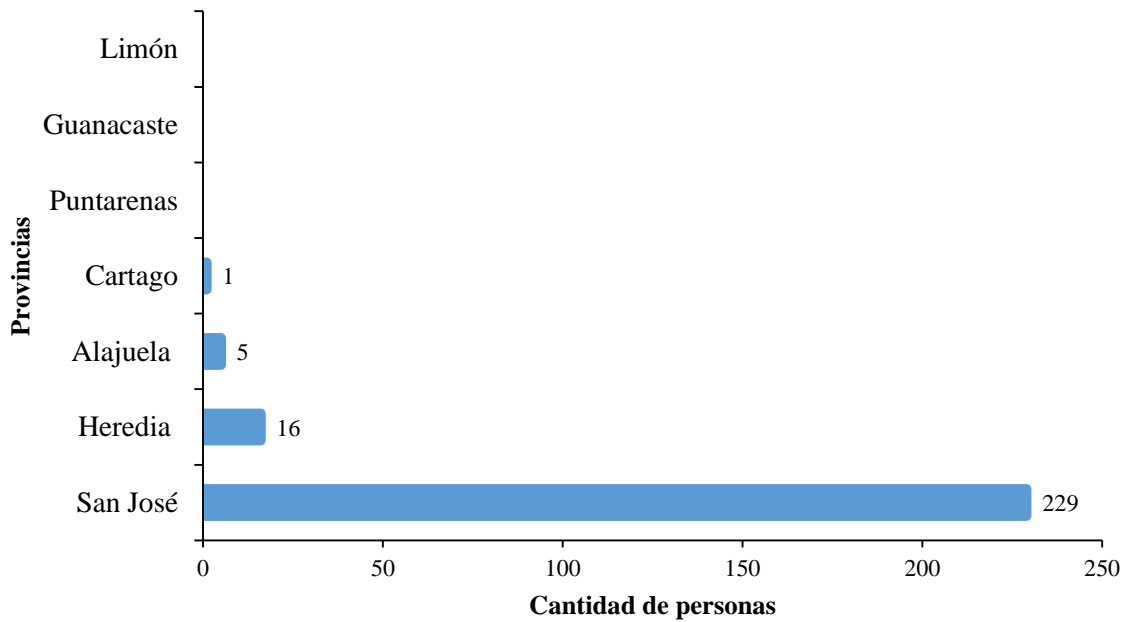


Figura N°6. Distribución de profesionales de enfermería según provincia, Costa Rica, 2021.

Fuente: Elaboración propia.2021

La figura N°6 muestra la distribución demográfica de la población en estudio, evidenciando un predominio casi absoluto de la provincia de San José con un total de 229 participantes. Provincias fuera del Gran Área Metropolitana no tienen protagonismo en este estudio.

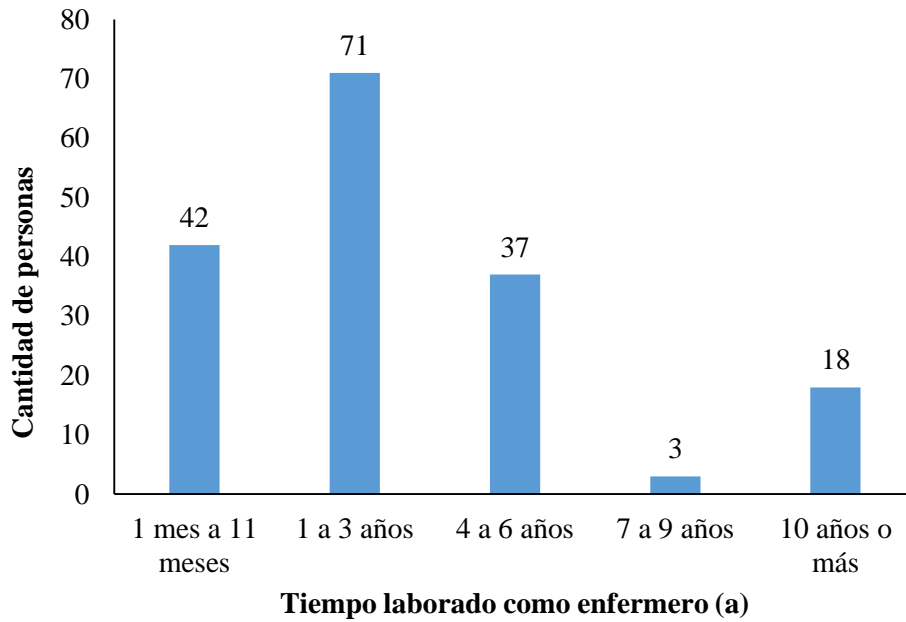


Figura N°7. Distribución de enfermeros (as) según rango de tiempo que ha laborado como profesionales en enfermería, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia.2021

La figura N°7 refleja que tantos años han laborado como profesionales de enfermería los participantes del estudio, demostrando que la mayoría se encuentran entre el rango de 1 a 3 años, seguido por el rango de 1 mes a 11 meses. Evidenciando que este estudio se realiza con una población con predominio joven en cuanto a años de labor profesional.

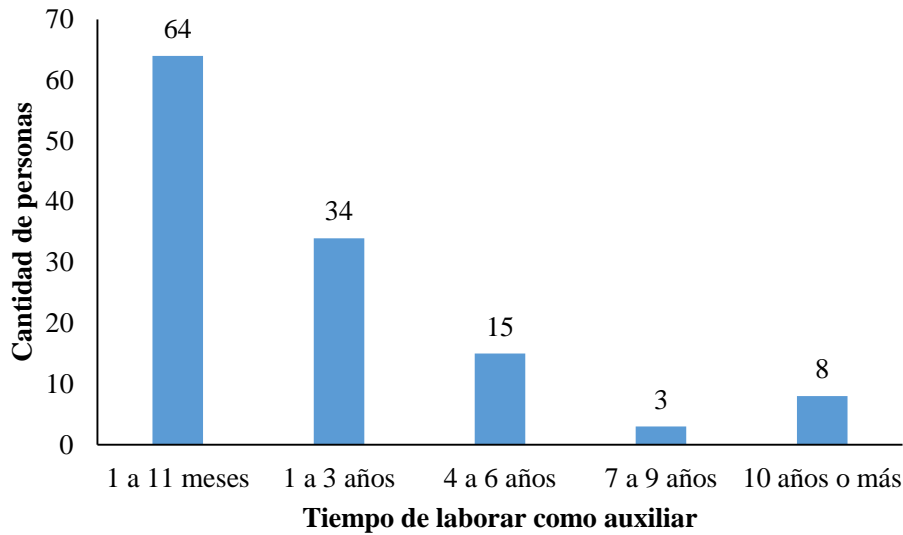


Figura N°8. Distribución de enfermeros (as) según rango de tiempo que ha laborado como auxiliar en enfermería, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°8 demuestra una cierta similitud con la figura anterior, evidenciando una población con poco tiempo laboral, en este caso de auxiliar de enfermería, siendo el rango de edad con más predominio el de “1 mes a 11 meses” con más de 60 enfermeros (as). Por el contrario se denota pocos auxiliares de enfermería con 7 a 9 años ejerciendo el puesto.

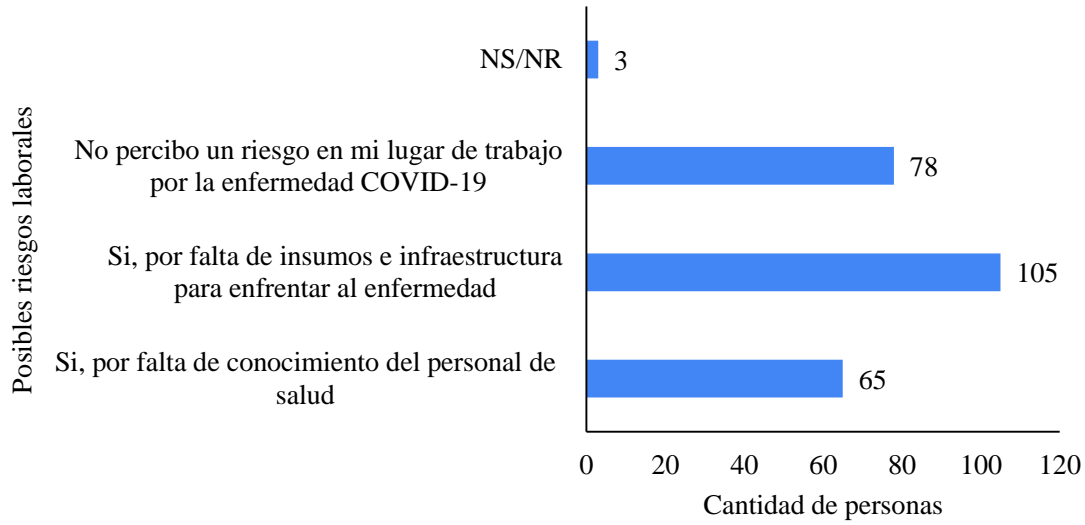


Figura N°9. Distribución de profesionales de enfermería según la percepción del riesgo laboral por COVID-19. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°9 demuestra que 170 participantes perciben un nivel de riesgo en sus lugares de trabajo. 105 personas aseguran que la causa principal se debe a la falta de insumos e infraestructura para enfrentar la enfermedad, mientras que 65 enfermeros (as) coinciden que la razón se debe a la falta de conocimiento de la enfermedad por parte del personal de salud. Por otro lado, 78 personas no perciben ningún riesgo.

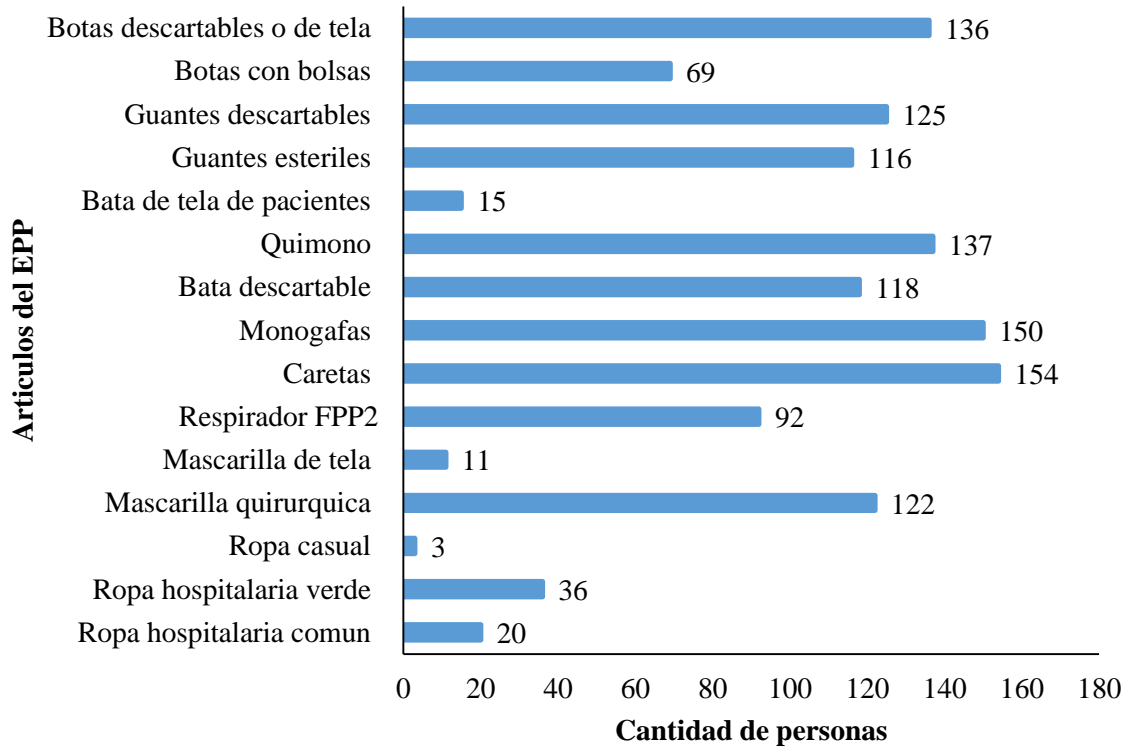


Figura N°10. Distribución de profesionales de enfermería según los diferentes artículos que forman parte del EPP ante COVID-19, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°10 muestra los resultados del nivel de conocimiento sobre el EPP necesario para la atención del paciente COVID-19. Evidenciando el predominio de artículos como las caretas, monogafas, botas descartables y el quimono. En menor medida se puede observar cierta predominancia en artículos como los guantes descartables, guantes estériles, mascarilla quirúrgica, bata descartable; y atrás de ellos artículos de gran relevancia como las mascarillas FFP2 y ropa hospitalaria verde.

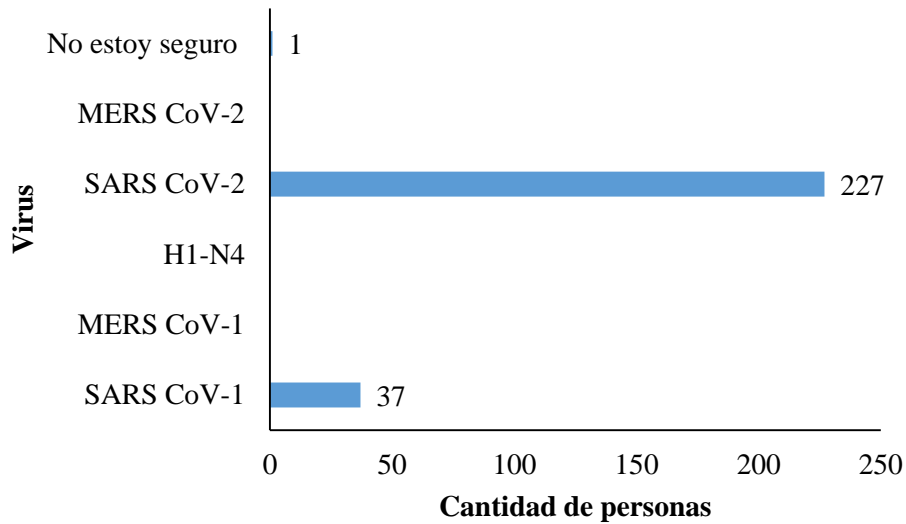


Figura N°11. Distribución de profesionales de enfermería según el conocimiento del virus que produce el COVID 19, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°11 muestra el conocimiento sobre el virus que produce el COVID-19, evidenciando que más de 200 personas, siendo la mayoría de los participantes, están de acuerdo que el virus del SARS CoV-2 es el causante de esta enfermedad.

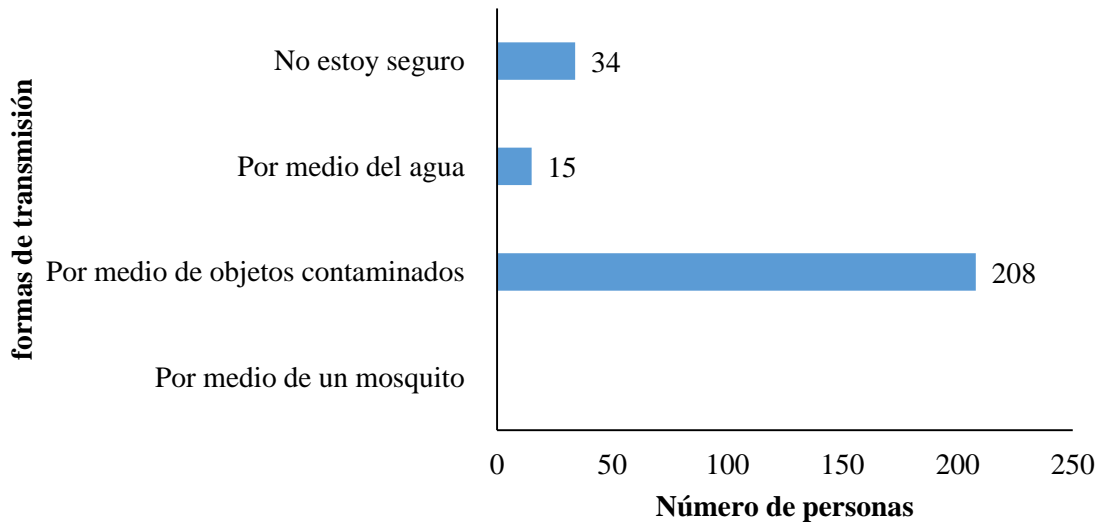


Figura N°12. Distribución de profesionales de enfermería según el conocimiento sobre la forma de transmisión del COVID 19, Costa Rica 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°12 permite observar el conocimiento que tienen los participantes sobre la forma de transmisión del virus, demostrando que la mayoría (n=208) parecen tener claro que por medio de objetos contaminados se puede contagiar de COVID-19. Sin embargo, 15 personas están convencidos que es por medio del agua que se puede transmitir el virus. En contraste a los datos anteriores, ciertos participantes (n=34) tienen poco conocimiento al respecto por lo que prefieren optar por la respuesta “*No estoy seguro*”.

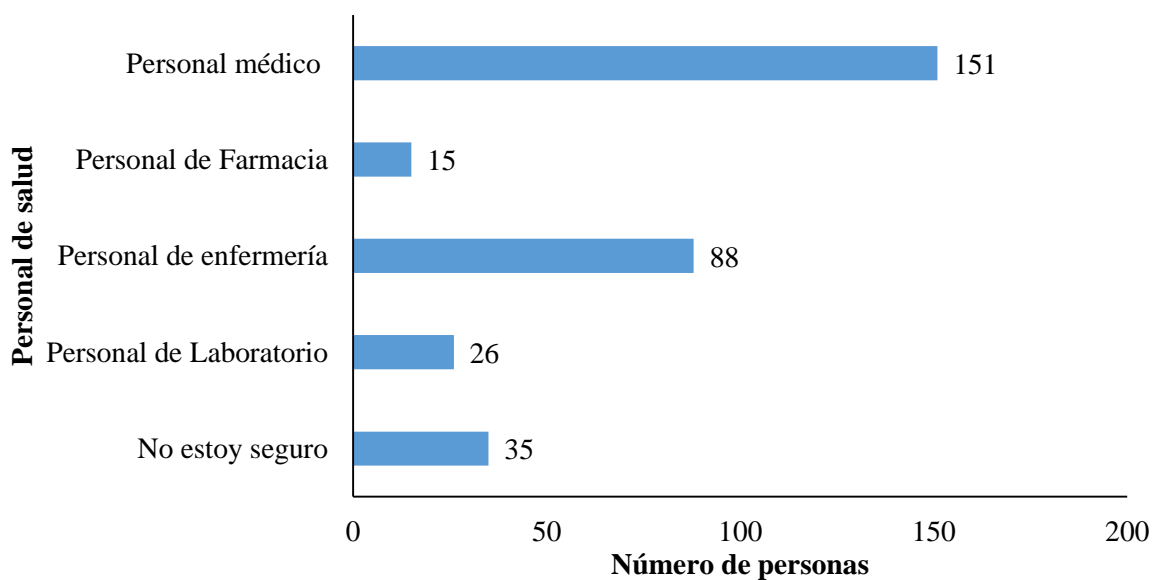


Figura N°13. Distribución de enfermeros (as) según el conocimiento sobre el personal que toma las pruebas de COVID 19, Costa Rica 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°13 muestra que los participantes piensan en su mayoría (n=151) que el personal médico es el profesional apto para tomar las muestras para detectar el COVID-19. Sin embargo, 88 personas aseguran que el personal de enfermería también podría tomar la muestra, al igual que el personal de farmacia (n=15) y de laboratorio (n=26). Por otra parte, un número importante de personas (n=35) no está del todo segura quien podría tomar esta muestra.

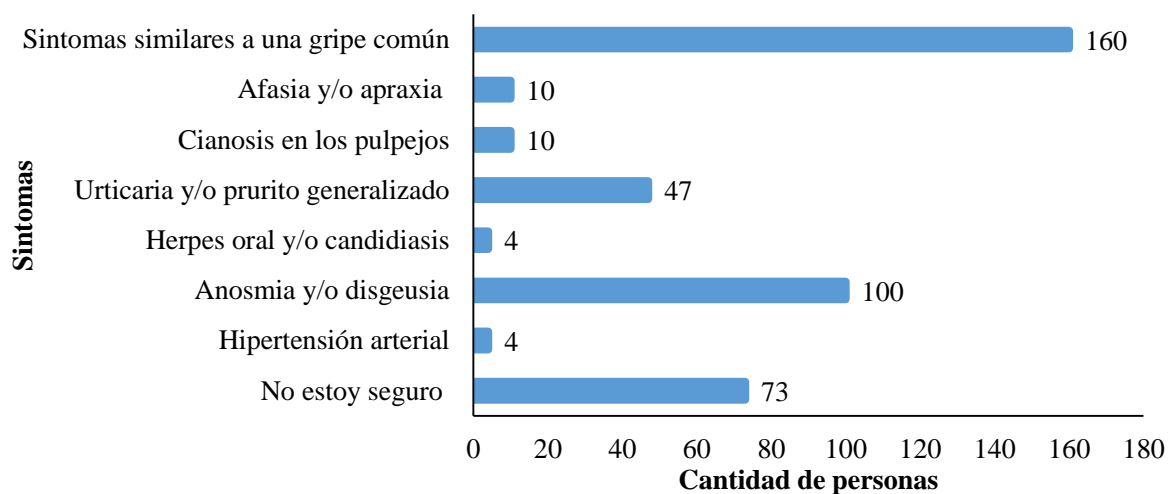


Figura N°14. Distribución de profesionales de enfermería según conocimiento sobre sintomatología del COVID-19, Costa Rica 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°14 expresa el conocimiento de los participantes sobre la sintomatología del COVID-19, evidenciándose una concordancia en la mayoría de los profesionales (n=160), en que los síntomas similares a una gripe, son la clínica común de estos pacientes, seguido de la anosmia y/o disgeusia (n=100).

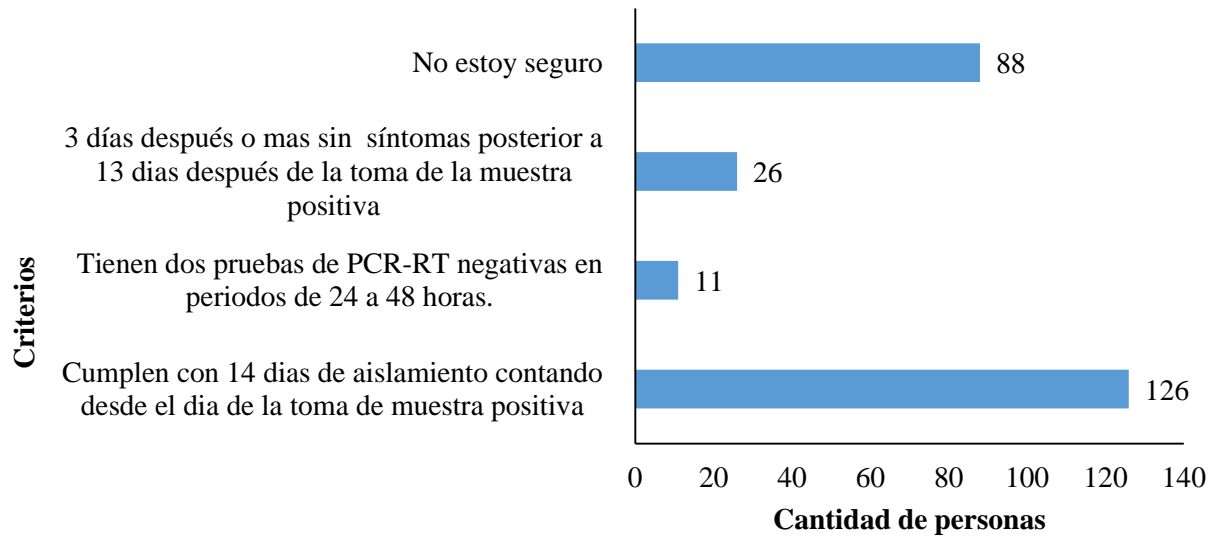


Figura N°15. Distribución de enfermeros (as) según el conocimiento sobre los criterios para que los usuarios con COVID 19 con síntomas leves y no hospitalizados se consideren recuperados, Costa Rica 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°15 demuestra que el 50% (n=126) de los participantes piensa que una persona infectada con síntomas leves se le considera recuperada cuando cumplen con 14 días de aislamiento contando desde el día de toma de muestra positiva. En menor medida, con un 10% (n=26), consideran que se les debe dar de alta cuando cumplan 3 días después o más sin síntomas posterior a 13 días después de la toma de la muestra positiva. Por otra parte, un 35% (n=88) no está seguro de la respuesta.

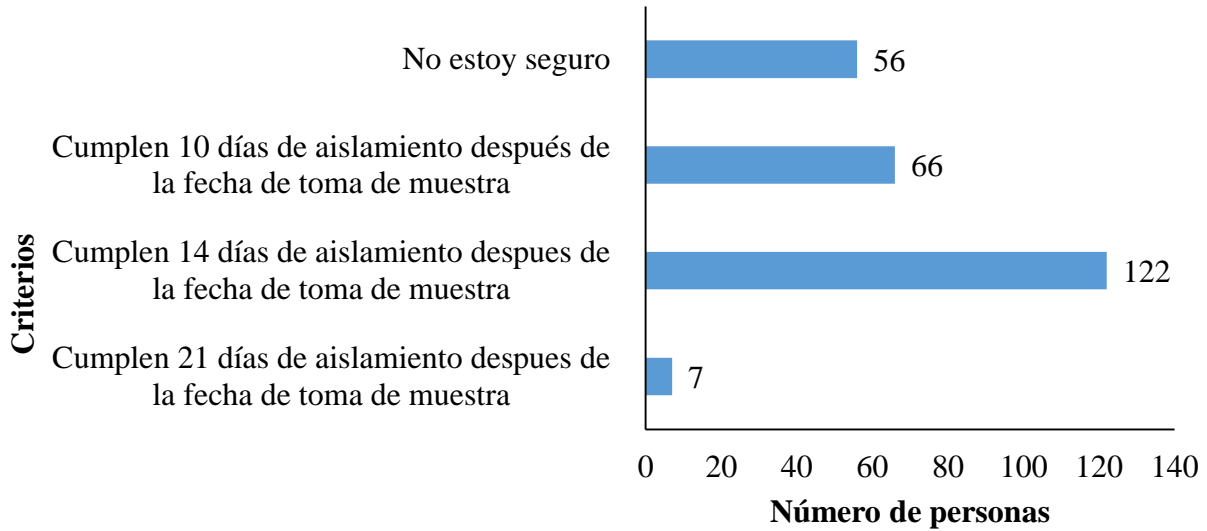


Figura N°16. Distribución de profesionales en enfermería según el conocimiento sobre los criterios para que una persona asintomática se considere recuperada, Costa Rica 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°16 muestra el conocimiento de los participantes sobre los criterios de recuperación en personas cursaron asintomáticos, demostrando que el 49% (n=122) creen que se les debe considerar recuperados cuando cumplen 14 días de aislamiento después de la fecha de toma de muestra, mientras que un 26% (n=66) piensa que son 10 días de aislamiento, y una minoría de 7 personas equivalentes al 8% de las respuestas piensa que son 21 días. Es importante recalcar que un 22% (n=56) reconocen desconocer la respuesta mencionando que no están segura de la misma.

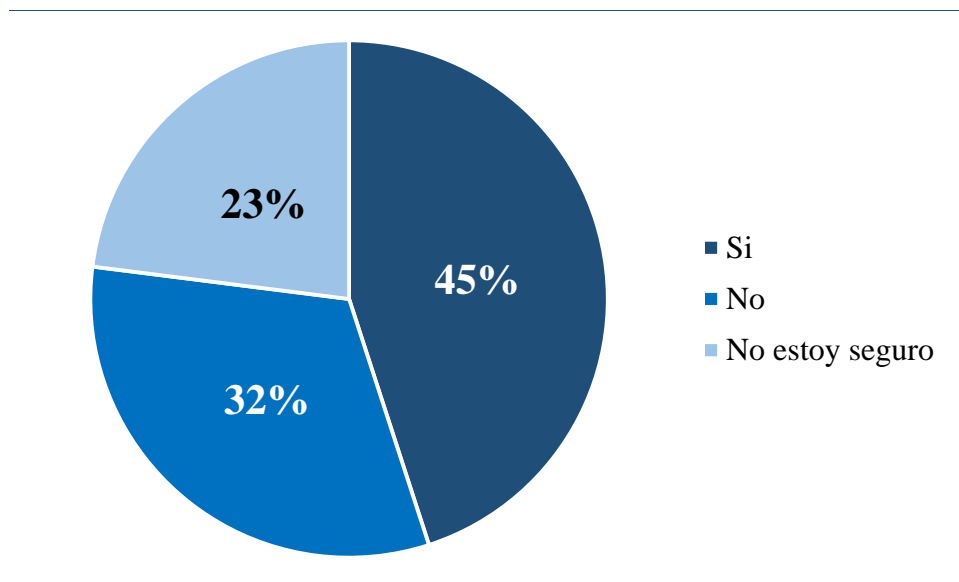


Figura N°17. Distribución porcentual de enfermeros (as) según el conocimiento de la forma de transportar el hisopado nasofaríngeo, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°17 expresa el conocimiento de los enfermeros (as) sobre la forma de transportar la muestra del COVID-19 obtenida por el hisopado nasofaríngeo. Se evidencia que la mayoría de la población piensa que la muestra se debe transportar en triple embalaje y con hielo, mientras que el 32% de los participantes contrastan con esta idea.

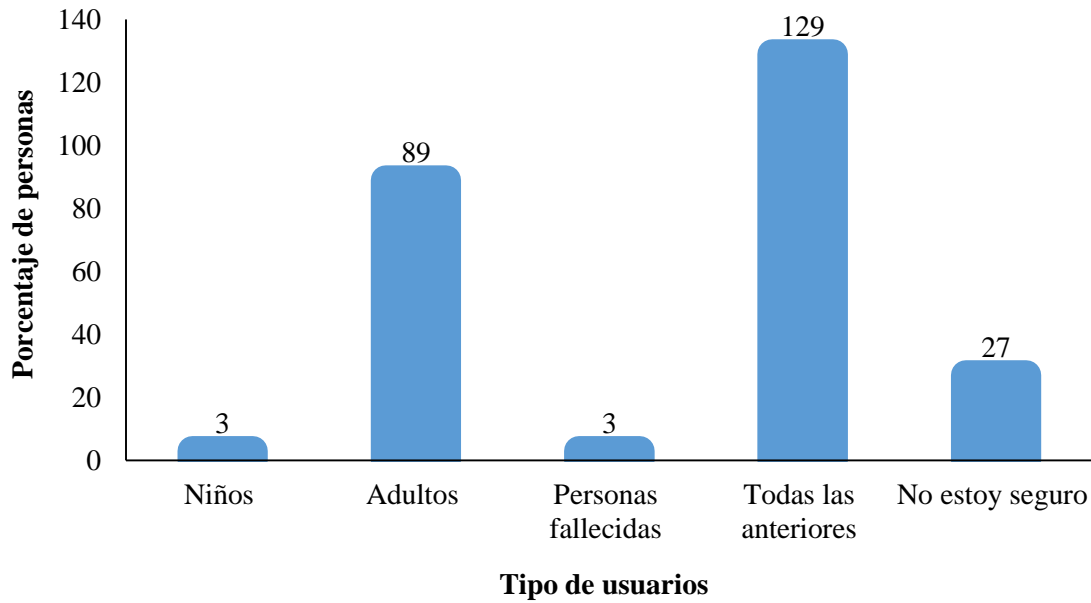


Figura N°18. Distribución de enfermeros (as) según conocimiento sobre la utilización del hisopado nasofaríngeo vs tipo de usuario, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°18 demuestra el conocimiento de los participantes sobre el método de muestra según tipo de pacientes, donde un 52% (n=129) asegura que el hisopado nasofaríngeo se le puede realizar a niños, adultos y personas fallecidas, mientras que un 35% (n=89) de los participantes menciona que este método solo se debería usar en adultos. Un 11% (n=27) no está segura en que poblaciones se debería de usar este método.

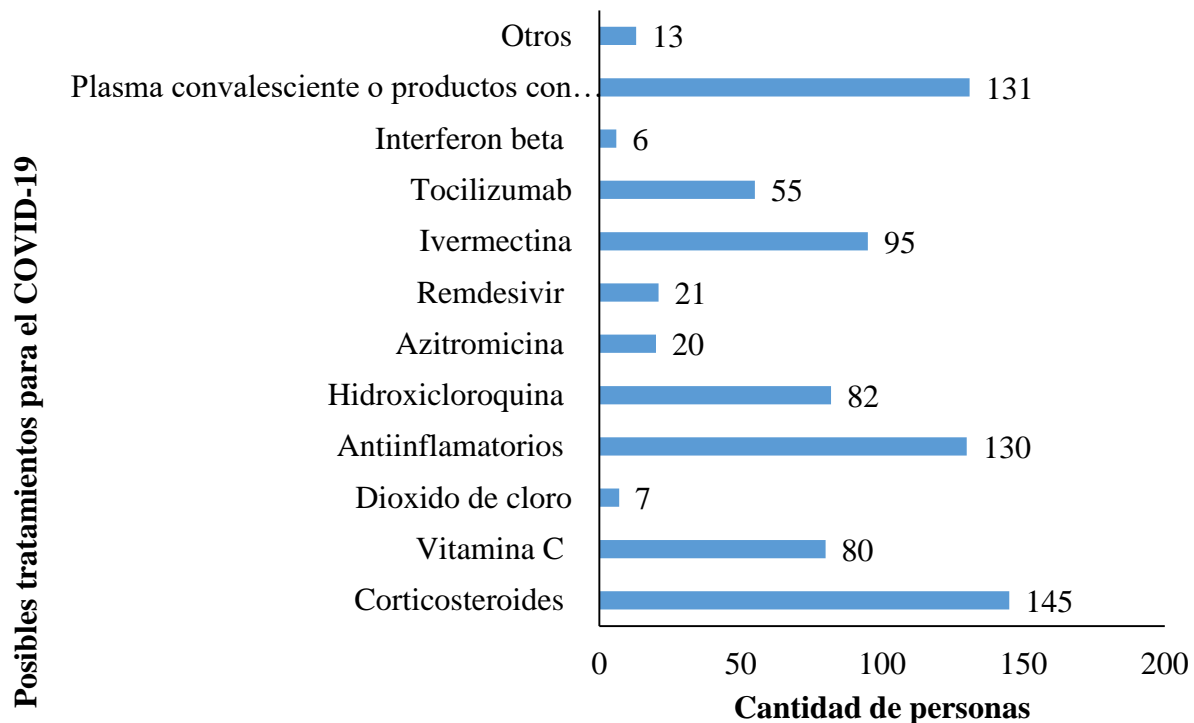


Figura N°19. Distribución de enfermeros (as) según conocimiento sobre tratamientos utilizados para el COVID 19, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura anterior, muestra el conocimiento de los enfermeros (as), sobre los posibles tratamientos ante pacientes con COVID-19. Demostrando que un manejo clínico con corticosteroides, plasma convalescente, y antiinflamatorios son los más escuchados por parte de los participantes del estudio con 145, 131 y 130 respuestas respectivamente. Mientras que medicamentos como Remdesivir, Azitromicina y el Dióxido de cloro parecen ser los menos usados y/o recomendados por la población en estudio. Se pone a disposición la opción de “Otros” donde 13 personas amplían la gama de tratamientos utilizados por esta enfermedad, mencionando que se puede utilizar el Solumedrol, Acetaminofen, antibioticos, anticoagulantes, antitusivos y terapias como la aféresis y plasmaféresis.

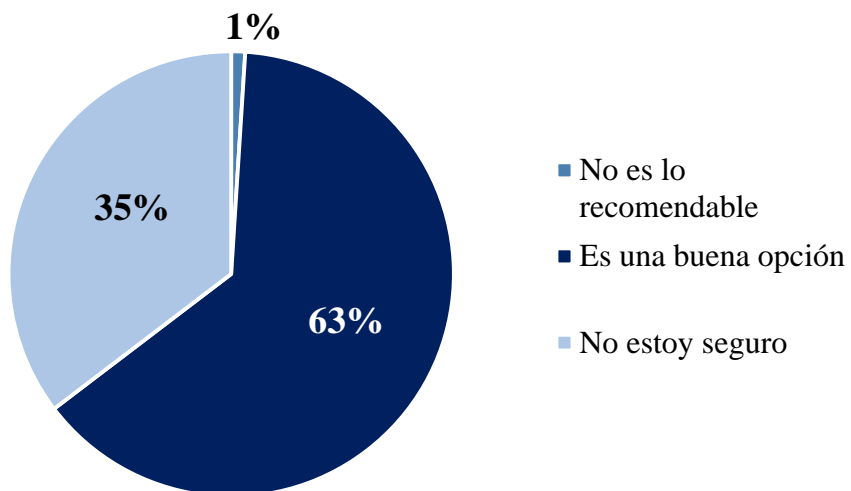


Figura N°20. Distribución porcentual de enfermeros (as) según conocimiento sobre la utilización de dispositivos de oxigenoterapia de alto flujo nasal y posición decúbito prono en personas infectadas con COVID 19 grave, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura N°20 refleja el conocimiento de los enfermeros (as) sobre el manejo que le darían al paciente con COVID-19 grave, evidenciando que el 63% (n=159) piensan que utilizando dispositivos de oxigenoterapia de alto flujo y posición decúbito prono son medidas aceptables ante estos pacientes. En contraste el 35% (n=89) de la población no está de acuerdo con la idea anterior.

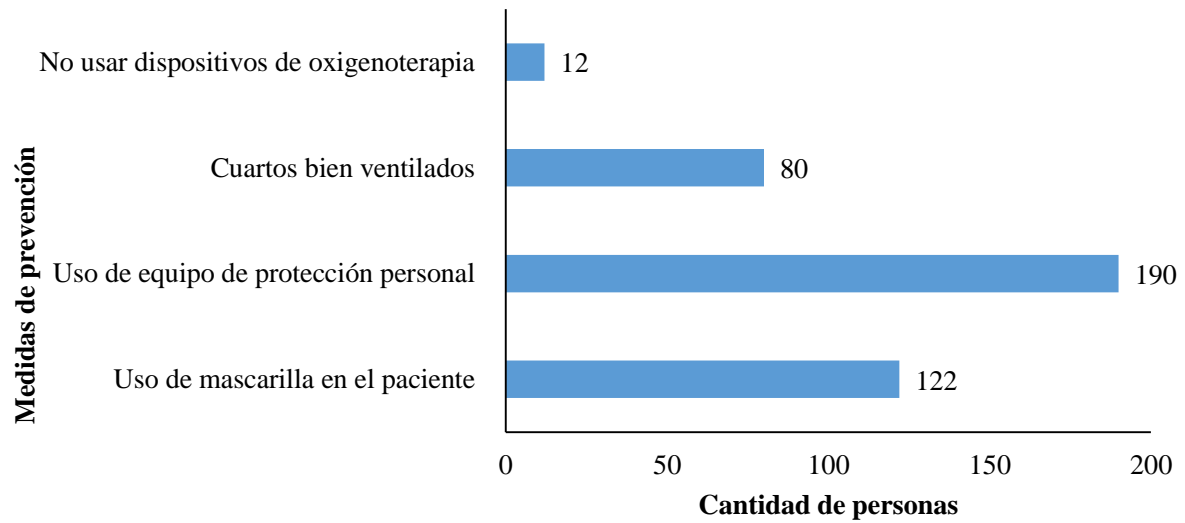


Figura N°21. Distribución de profesionales en enfermería según el conocimiento sobre la utilización de medidas para prevenir contagios del personal de salud dentro de un hospital o centro de salud, Costa Rica, 2021. Fuente: Elaboración propia, 2021

La figura anterior muestra el conocimiento de los participantes sobre las medidas básicas para prevenir contagios del personal de salud, sobresaliendo la opción relacionada con el uso de equipo de protección personal con un 47% (n=190) de las respuestas, con poco menos se encuentran las medidas como “cuartos bien ventilados” y “Uso de mascarilla en el paciente” con un 20% (n=80) y 30% (n=122) respectivamente.

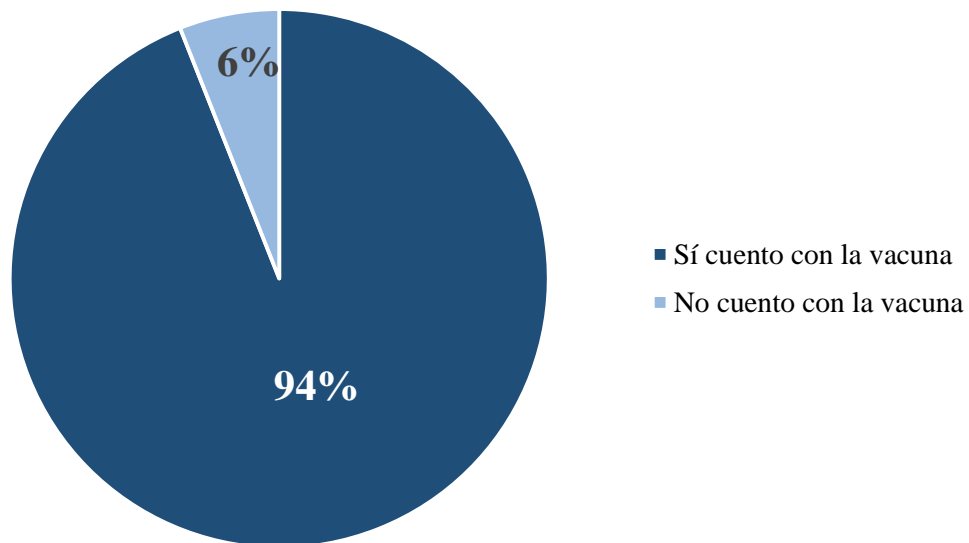


Figura N° 22. Distribución porcentual de profesionales de enfermería según la aplicación de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021. Fuente: elaboración propia, 2021

La figura N° 22 muestra que el porcentaje de profesionales en enfermería que se encuentra vacunados contra el COVID-19 es sumamente alto con un 94% (n=235) y solamente un 6% (n=16) de las personas en estudio no poseen dicha vacuna.

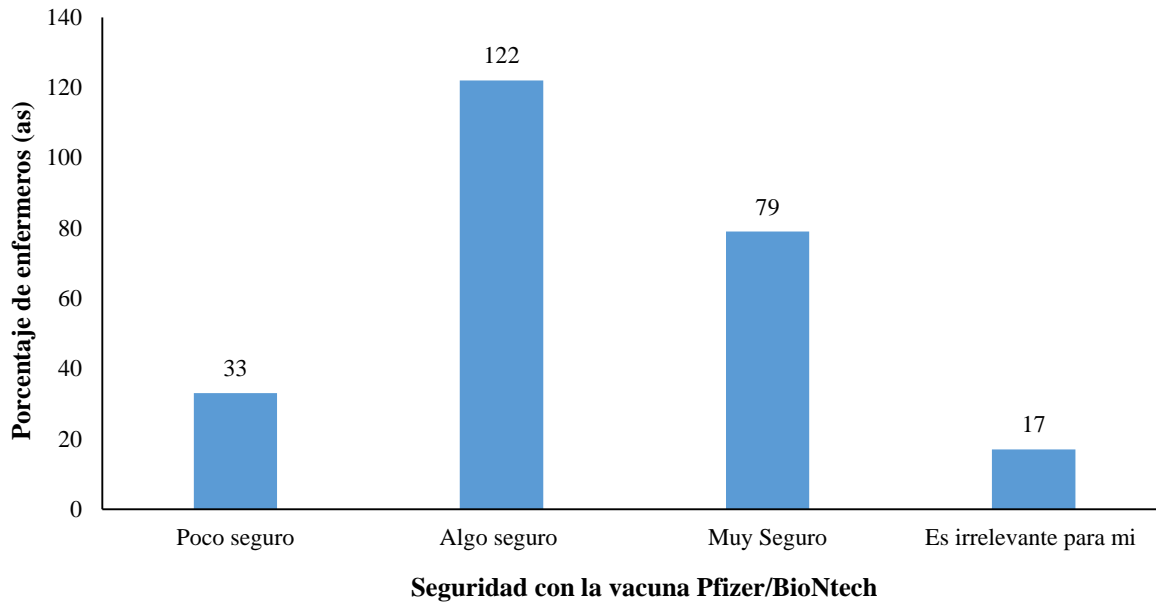


Figura N°23. Distribución de enfermeros (as) según la percepción sobre la seguridad de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica. 2021. Fuente: elaboración propia, 2021

La figura N° 23 muestra que un gran porcentaje de la población de profesionales de enfermería tienen una percepción de seguridad de un 49% (n=122) lo cual corresponde a “*Algo seguro*”, seguidamente un 31% (n=79) de las personas señalan que su percepción con respecto a la vacuna Pfizer/BioNtech es “*Muy seguro*” y solamente un 7% (n=17) indican que la percepción sobre la seguridad de la vacuna es irrelevante para ellos.

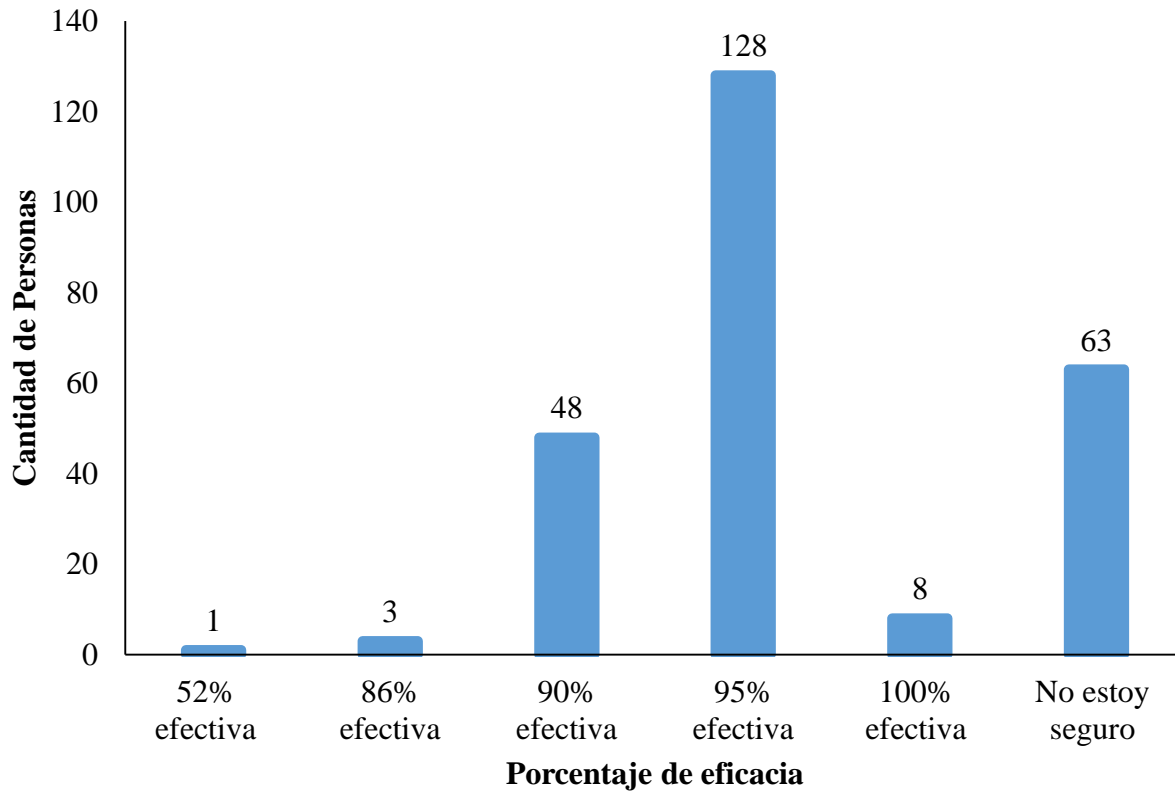


Figura N° 24. Distribución de profesionales en enfermería según el conocimiento sobre el porcentaje de eficacia de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021. Fuente: elaboración propia, 2021

En la figura N° 24 se puede observar que la gran mayoría profesionales en enfermería, es decir, 128 personas están de acuerdo con que el porcentaje de eficiencia de la vacuna Pfizer/BioNtech es un 95%, sin embargo 48 participantes indican que el porcentaje de eficiencia de dicha vacuna es de un 90% .

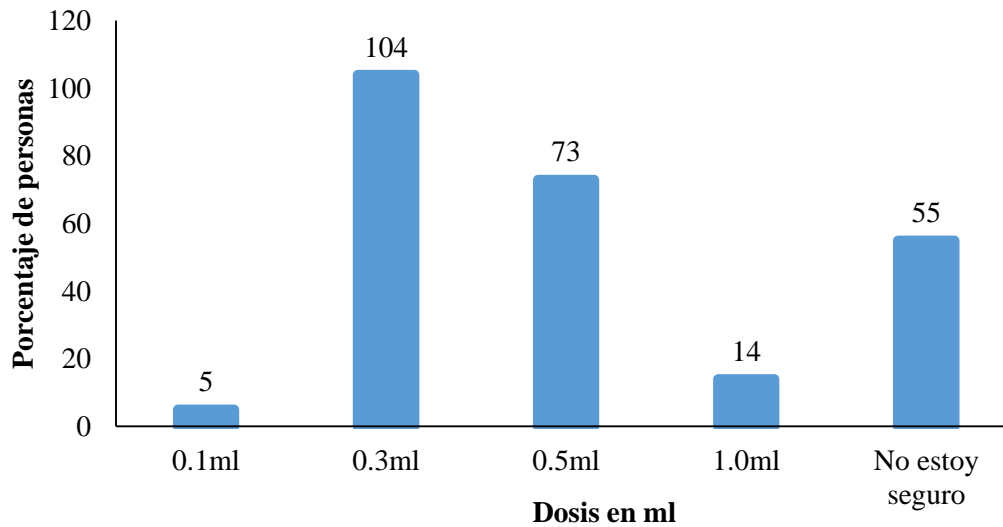


Figura N° 25. Distribución de enfermeros (as) según el conocimiento sobre la dosis en mililitros de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021. Fuente: elaboración propia, 2021

La figura N° 25 muestra que la mayoría de profesionales en enfermería, es decir, un 41% (n=104) están de acuerdo con que la dosis en ml de la vacuna Pfizer/BioNtech corresponde a 0,3ml y en menor medida se puede observar que un 2% (n=5) de las personas participantes aseguran que se debe aplicar 0,1 mililitros.

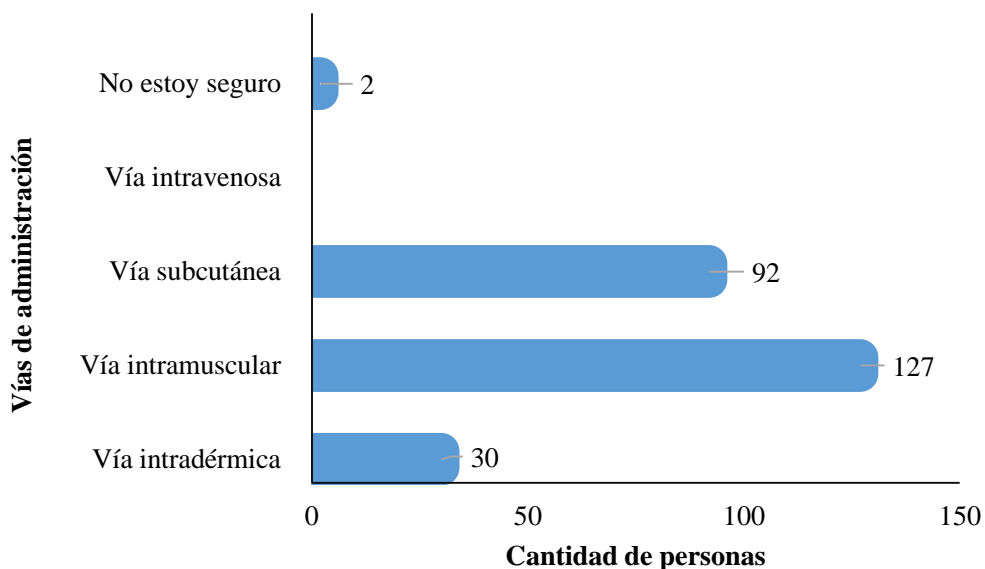


Figura N°26. Distribución de enfermeros (as) según el conocimiento sobre la vía correcta de administración de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021. Fuente: elaboración propia, 2021

La figura N°26 resalta que 127 enfermeros (as) indican que la vía de administración más utilizada para la aplicación de la vacuna Pfizer/ BioNtech es la intramuscular. Por otra parte, una gran cantidad de personas en este caso 92 profesionales de esta disciplina están de acuerdo con que es adecuado administrar este medicamento a nivel subcutáneo. Una cantidad menor de 35 participantes afirman que es correcto utilizar la vía intradérmica y/o intravenosa para el uso de este tratamiento.

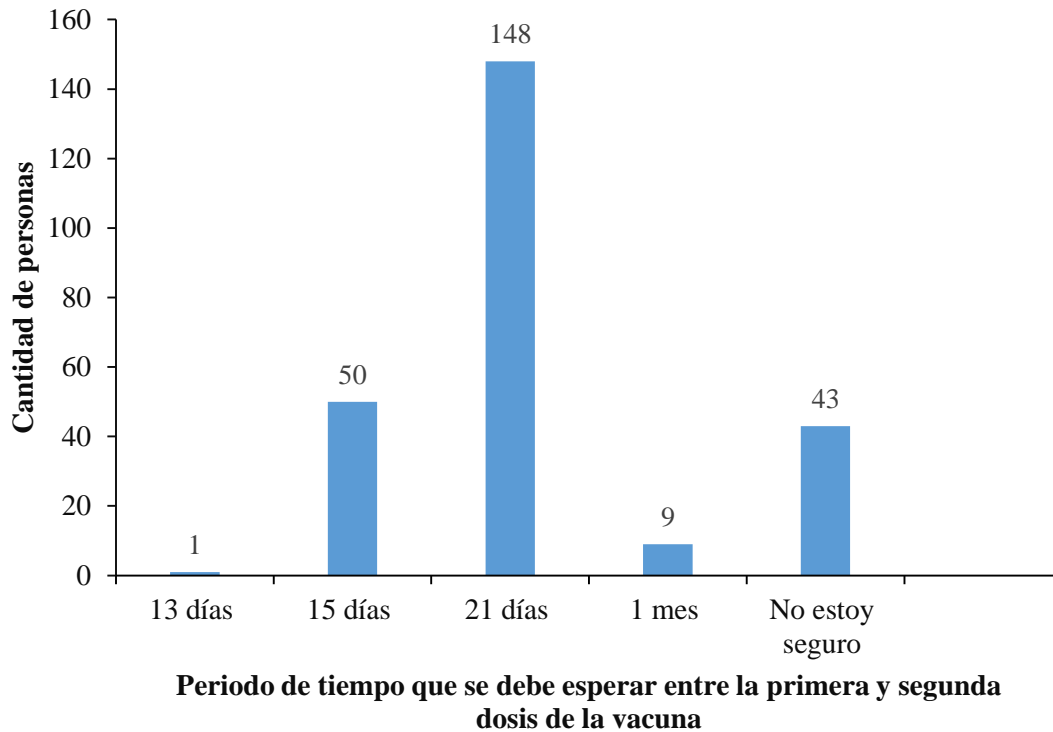


Figura N° 27. Distribución de profesionales en enfermería según el conocimiento sobre el período de tiempo entre la primera y la segunda dosis de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021. Fuente: elaboración propia, 2021

La figura muestra que 148 profesionales en enfermería afirman que se debe esperar un promedio de 21 días entre la primera y la segunda dosis, siendo esta la mayoría de las respuestas obtenidas. En menor medida, 50 participantes aseguran que se debe esperar entre la primera y la segunda dosis 15 días. Es importante recalcar que 43 de los participantes no cuentan con el conocimiento necesario, evidenciando que no están seguras de la respuesta correcta.

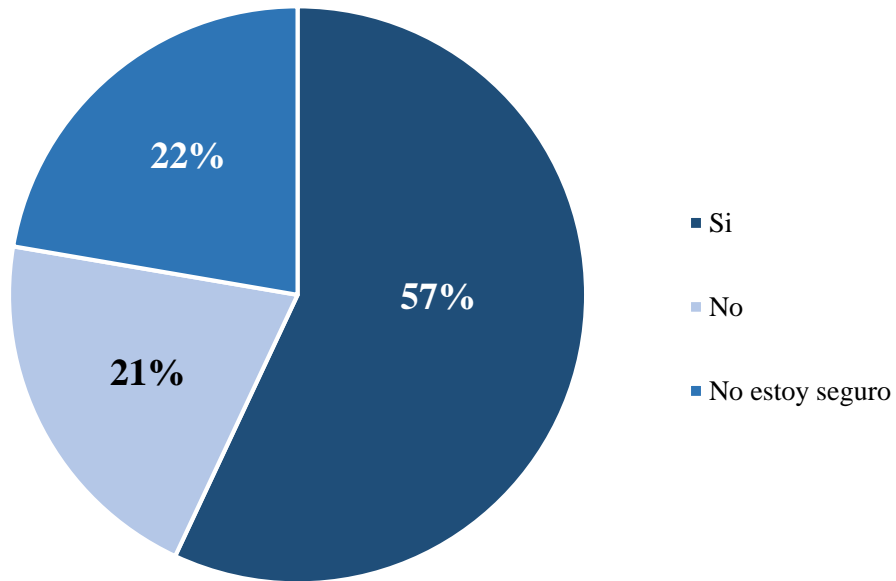


Figura N°28. Distribución porcentual de profesionales de enfermería según el conocimiento sobre la aplicación de la vacuna Pfizer/BioNtech a usuarios que tuvieron COVID-19, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia, 2021

La figura N°28 muestra que el 57% (n=143) de los profesionales en enfermería están de acuerdo en aplicar la vacuna Pfizer/BioNtech a usuarios que ya tuvieron COVID-19, un 22% (n=56) de la población no está seguro de esta práctica y un 21% (n=52) de los participantes no están de acuerdo de administrar este medicamento a este grupo de personas.

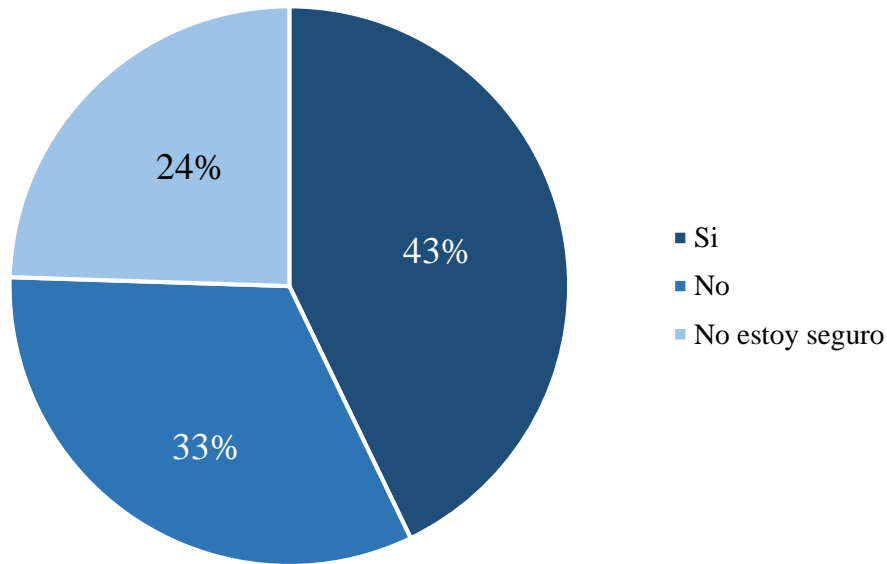


Figura N°29. Distribución porcentual de enfermeros (as) según el conocimiento sobre la aplicación de la vacuna Pfizer/BioNtech en mujeres embarazadas, Costa Rica, 2021. Fuente: elaboración propia, 2021

La figura N°29 demuestra que un 43% (n=109) de las personas profesionales en enfermería están de acuerdo en que se puede aplicar esta vacuna a mujeres embarazadas, mientras que un 33% (n=81) indican que no debe ser aplicada. En menor medida un 24% (n=61) de los participantes expresan no estar seguros de la administración de este medicamento en este grupo en específico.

Tabla N°3. Distribución porcentual de profesionales de enfermería del sector público y privado según percepción del riesgo laboral al enfrentar el COVID-19, Costa Rica 2021.

Sector laboral	Percepción del riesgo laboral			Total
	Por falta de conocimiento	Por falta de insumos e infraestructura	No perciben un riesgo	
Sector Público	27% (n=60)	44% (n=99)	29% (n=66)	100% (n=225)
Sector Privado	10% (n= 6)	22% (n= 14)	68% (n= 43)	100% (n=63)

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°3 demuestra las diferentes percepciones de los enfermeros (as) sobre el riesgo en sus lugares de trabajo influenciado por el organismo institucional donde trabajan. Se evidencia un paralelismo de las opiniones entre los participantes de ambos sectores, observándose a nivel público, un 44% (n=99) de respuestas relacionadas al riesgo laboral por la falta de insumos e infraestructura para poder desarrollar su quehacer con seguridad. Mientras que el profesional del área privada, evidencia en su mayoría no percibir ningún riesgo ante la enfermedad. Es inevitable obviar el hecho de que gran porcentaje de ambas poblaciones aceptan que la falta de conocimiento sobre la enfermedad y el manejo de este representan un cierto peligro para los empleados.

Tabla N°4. Distribución porcentual de enfermeros (as) en sus diferentes labores profesionales según el conocimiento de las vías de administración de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021

Labor profesional	Vías de administración de la vacuna					Total
	Intramuscular	Subcutánea	Intradérmica	Intravenosa	NS/NR	
Auxiliar de enfermería	41%(n=38)	52%(n=48)	6%(n=6)	-	1%(n=1)	100%(n=93)
Enfermero de APS	23%(n=8)	31%(n=11)	46%(n=16)	-	-	100%(n=35)
Enfermero docente	33%(n=1)	67%(n=2)	-	-	-	100%(n=3)
Enfermero de empresa	33%(n=1)	67%(n=2)	-	-	-	100%(n=3)
Enfermero de cuidados domiciliarios	59%(n=7)	33%(n=4)	8%(n=1)	-	-	100%(n=12)
Enfermero intrahospitalario	67%(n=68)	27%(n=27)	5%(n=5)	-	1%(n=1)	100%(n=101)
Otros	100%(n=4)	-	-	-	-	100%(n=4)

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°4 permite demostrar el conocimiento de los participantes sobre las vacunas que protegen del virus SARS COV-2, causante del COVID-19. Evidenciando un predominio por el pensamiento de que la vacuna se aplica por vía intramuscular, exceptuando en poblaciones como el “Enfermero docente” y el “Enfermero de empresa” quienes coinciden en su mayoría que el medicamento se aplica a nivel subcutáneo con un porcentaje de respuesta del 67% en ambos grupos de profesionales.

Tabla N°5. Distribución porcentual de enfermeros (as) del sector público y privado según el conocimiento sobre los criterios para considerar recuperado a usuarios asintomáticos con COVID-19, Costa Rica 2021

Sector laboral	Tiempo de aislamiento cumplido				Total
	21 días	14 días	10 días	No estoy seguro	
Sector Público	3%(n=6)	57%(n=109)	29% (n=55)	11%(n=21)	100% (n=191)
Sector Privado	2% (n=1)	22%(n=13)	18%(n=11)	58%(n=35)	100% (n=60)

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°5 muestra el conocimiento de los enfermeros (as) de los diferentes sectores laborales sobre los criterios del Ministerio de Salud, para considerar recuperado a una persona COVID-19 positivo que cursa asintomática, demostrando que los participantes que laboran en el área pública piensan en un 57% (n=109) que debe aislarse por 14 días después de haber obtenido la prueba positiva, para así considerarlo libre de la enfermedad, por su parte, en el ámbito privado aceptan, en su mayoría, no estar seguros de la respuesta correcta. Cabe mencionar que la respuesta correcta obtuvo una minoría de votos en ambas poblaciones, con un 29% (n=55) en el primer grupo descrito y un 18% (n=11) en el segundo.

Tabla N°6. Distribución porcentual de enfermeros (as) con diferente tiempo laboral según la percepción sobre el uso de oxigenoterapia de alto flujo y posición prono para tratar el paciente COVID grave. Costa Rica 2021

Tiempo laboral de las enfermeras (os)	Percepción sobre el uso de oxigenoterapia y posición prono para el paciente COVID grave			Total
	Es una buena opción	No es lo recomendable	No estoy seguro	
1 mes a 11 meses	93% (n= 39)	7% (n= 3)		100%(n= 42)
1 a 3 años	70% (n= 50)	1%(n=1)	28%(n= 20)	100%(n=71)
4 a 6 años	38% (n= 14)		62%(n=23)	100%(n=37)
7 a 9 años	67% (n= 2)		33%(n=1)	100%(n=3)
10 años o más	83% (n= 15)		17% (n=3)	100%(n=18)

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°6 muestra que la mayoría de los grupos respondieron con gran predominancia el ítem de “*es una buena opción*”. Exceptuando el grupo de 4 a 6 años que se inclina más por la opción de “*No estoy seguro*” con un total de 62% de las respuestas. El grupo poblacional de 1 mes a 11 meses y 1 a 3 años fueron los únicos que respondieron la opción “*No es recomendable*” con un 7% y 1% respectivamente.

CAPITULO V
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El conocimiento sobre el COVID-19 determina el objetivo principal del presente estudio, por lo que se realiza una encuesta en línea a 251 enfermeros (as) que laboran en las diferentes áreas de la disciplina dentro del territorio nacional. En primera instancia es pertinente discutir sobre los aspectos sociodemográficos y labores de los participantes, posterior a esto, se intenta analizar el conocimiento de la población en estudio desde la perspectiva de la teoría de Patricia Benner.

Los resultados arrojan que la gran mayoría de los participantes del estudio se encuentran entre el rango de edad de 18 a 28 años (figura N°1), esto da pie a repuestas desde una perspectiva profesional juvenil; probablemente, este hecho se dé porque se asocia la población joven con mayor facilidad y disponibilidad de completar formularios y/o usar redes tecnológicas, lo que permite tener mayor contacto con el instrumento aplicado en el presente estudio. Unido a esto, se evidencia en la figura N°2, un predominio del género femenino, abarcando el 71% de los encuestados, respondiendo a la historia de la enfermería, siendo una disciplina que responde a consideraciones de género con una predominancia de la mujer en cuanto a número poblacional.

Los datos obtenidos permiten visualizar una superioridad numérica de participantes que se desenvuelven dentro de las provincias del Gran Área Metropolitana (figura N°6), estos profesionales se encuentran mayoritariamente, con un nivel educativo de enfermero licenciado con más de 150 personas, detrás de estos, se obtienen poblaciones muy pequeñas como los 63 participantes con el grado de master incompleto (figura N°3). Los enfermeros (as) del estudio aseguran en su mayoría, trabajar como *auxiliar de enfermería* o de *enfermero intrahospitalario*, según los resultados de la figura N°4.

El riesgo laboral se aborda en la investigación demostrando en la figura N°9 que la mayoría de los participantes piensa que la falta de insumos e infraestructura es la razón principal de preocupación.

La falta de conocimiento por parte del personal de salud es la razón principal de la percepción del riesgo laboral para más de 60 personas. Esto pone a colación si el sector en que trabajan los enfermeros (as) del estudio, influye en estas respuestas. Por lo que, en la tabla N°3 se compara estas dos variables, evidenciando a que nivel público la mayor preocupación es la falta de equipamientos para enfrentar la enfermedad, tema que no es prioridad a nivel privado. El argumento sobre la falta de saberes necesarios para hacerle frente al COVID-19 se expresa en ambos grupos.

La enfermería ha cambiado a través de los años, innovando y perfeccionando su marco teórico que lo define. El conocimiento que se ha adquirido durante su trayectoria ha permitido acrecentar el hecho de que al quehacer del enfermero (a) se le debe considerar como disciplina con saberes científicos que instituye a la división y la especialización del trabajo y no solo como profesión en la que atañe a aquel con conceptos y habilidades adquiridas que le permite realizar una tarea concreta de valor para otros o para la sociedad. Es por esta misma razón, que la enfermería moderna ha permitido responder a la diversidad de campos que abarcan su ciencia, permitiendo una autonomía en la delimitación de sus fronteras y en la creación de lenguajes universales de sus técnicas, eventualmente por la construcción de teorías.⁶⁴

Watson J⁶⁵; comenta al respecto, asegurando que la enfermería sin una orientación disciplinar para el conocimiento y la práctica, será fácil perder el rumbo, por lo que puede someterse a una presión por ajustarse a la cultura hospitalaria, guiada a puntos medicalizados de la humanidad. Y es que enfermería requiere pensar de una determinada forma a través de cuestiones paradigmáticas para lograr resultados diferenciados a las otras disciplinas en tiempos de pandemia por COVID-19, para esto se debe contar con un cuerpo de conocimientos que permita al enfermero (a) sustentar la técnica y toma de decisiones basadas en la ciencia.

El conocimiento se origina confrontando el bagaje cognoscitivo con la presencia de saberes diferentes que refuerzas aquellos entendimientos deficientes que tiene la persona. Esto se logra por medio del cuestionamiento, la revisión y el puesto en práctica del quehacer teórico y experimental.¹⁹ Benner P explica el proceso de adquisición del conocimiento del enfermero(a), evaluando el mismo con niveles desde el principiante hasta el experto. Es a partir de este hecho que la presente investigación intenta evidenciar el nivel de conocimiento de la enfermería costarricense sobre el COVID-19.

La evidencia describe la importancia del equipo protección personal contra el COVID-19, este es de conocimiento obligatorio para todos los enfermeros (as); y no solo los artículos que lo componen sino también que el personal conozca las reglas básicas para su uso adecuado y racional. La literatura menciona que el EPP debe contener ropa hospitalaria verde, botas descartables, bata descartable, respirador N95, monogafas o lentes de protección, gorro y guantes descartable.

La figura N°10 muestra que los participantes aciertan en su mayoría con los materiales a utilizar en el EPP, menos la “*ropa hospitalaria verde*” que es mencionado solo 36 veces; a pesar de que todo personal que ingrese a áreas COVID, deben ingresar con este implemento. Se puede observar un cierto desconocimiento sobre el tipo de mascarilla idónea ante estos pacientes, expresándose 122 veces que la mascarilla quirúrgica es la mejor opción, en contraste solo 92 respuestas refutan esta idea asegurando que el respirador FPP2 o N-95 es la que debería de usarse.

Lo anterior demuestra que si hay cierto conocimiento sobre el equipo de protección personal idóneo contra el COVID-19, sin embargo, se debe seguir reforzando porque no está del todo claro, ya que esto puede ser peligroso para la salud de estos profesionales. Bien lo dice Etienne C²⁴ en un comunicado, afirmando que, para el 2 de septiembre del 2020, se registran 570 000 trabajadores

de salud infectados en la región de las Américas y 2 500 fallecidos por el virus; dejando en duda las medidas de protección que se están usando, el conocimiento y la efectividad de las mismas.

El contagio del virus se da por micropartículas que viajan a través del aire depositándose en un objeto o bien directamente en las mucosas de una persona. Esta afirmación parece que la gran mayoría de los participantes lo tiene claro, exceptuando 49 enfermeros (as) que fallan en la respuesta correcta o expresando no estar seguros de la forma de transmisión de este microorganismo, como se puede observar en la figura N°12. Esto evidencia que existe una deficiencia sobre el comportamiento de la enfermedad e incluso sobre el tipo de virus que se enfrentan, como lo muestra la figura N°11 donde cerca de 40 personas piensan que el COVID-19 es causado por el SARS COV-1 y una persona más, expresa no estar seguro de la respuesta correcta. Esto desencadena errores en el manejo clínico de la enfermedad que puede repercutir negativamente tanto al personal como al mismo paciente.

La toma de muestra para detectar el virus del SARS COV-2 debe ser realizada por el personal médico y/o de enfermería según protocolos del Ministerio de Salud en Costa Rica. Gran número de la población participante sabe este hecho; sin embargo, no se debe ignorar a cierta cantidad de enfermeros que asegura que estas pruebas también las realiza otras disciplinas como los profesionales de farmacia y de laboratorio, incluso cerca de 40 personas expresa no estar seguro de la respuesta. Esto quiere decir que la por la falta de actualización y manejo de esta información, el profesional de enfermería puede pecar en desconocer los alcances de su disciplina en el manejo de esta enfermedad.

La toma de muestra de PCR-RT debe tomarse con todo el equipo de protección personal establecido ante el COVID-19 ya que es considerado como biopeligroso. Una vez tomado el hisopado, los protocolos sostienen que tiene que estar debidamente rotulado, empacado con triple

embalaje y consumida la muestra en hielo para mantener una temperatura de 4° centígrados, la cual deben ser transportada dentro de las primeras 24 y 72 horas.

El punto anterior se somete a colación entre los participantes, evidenciando que un 45% de los enfermeros (as) conocen y aplican el sistema de toma y transporte de muestras, mientras que un 32% demuestra desconocimiento del tema mencionando que no es necesario aplicar estos pasos e incluso un 23% de profesionales aceptan no estar seguros de cómo manejar estas muestras.

El tema anterior es muy amplio y complejo, por lo que se evalúa también, las indicaciones para el uso del *hisopados nasofaríngeo*, donde el Ministerio de Salud²⁸; aclara que se utiliza exclusivamente para personas mayores de edad, esto porque en los niños se prefiere el *aspirado nasofaríngeo* y en personas fallecidas el *hisopado traqueal*. Los resultados demuestran que solo el 35% de los participantes conoce la respuesta correcta. Dejando un preocupante 65% de enfermeros (as) que demuestran, nuevamente, un desconocimiento en cuanto al medio de diagnóstico del COVID-19.

La evidencia científica demuestra que una persona se considera recuperada cuando cumple con un tiempo de aislamiento específico, este periodo es diferenciado y estratificado según el grado de afectación de la persona, tomando en cuenta los síntomas y el cuidado que requirió durante la enfermedad. Teniendo en cuenta este tema, se les pregunta a los enfermeros (as) del estudio si conocen el tiempo de aislamiento en personas que cursaron con síntomas leves de la enfermedad para considerarse recuperados, evidenciando que solo 26 personas, equivalentes al 10% de la población conoce la respuesta correcta mencionando que deben tener 3 días sin síntomas, posterior a 13 días de cuarentena . Del mismo modo, se les pregunta el tiempo de aislamiento que debe cumplir una persona asintomática para considerarse recuperada, demostrando en esta ocasión, que solo un 26% de los enfermeros (as) participantes respondieron correctamente alegando que deben

esperar 10 días de aislamiento domiciliario. Esto demuestra un gran desconocimiento de los protocolos costarricenses sobre las medidas de aislamiento de las personas infectadas por el virus del SARS COV-2.

Los datos anteriores inducen inevitablemente a considerar la posibilidad, de que los aspectos laborales podría afectar estas respuestas, es por esto, que se confecciona la tabla N°5, en la cual se compara el sector laboral de los participantes con las respuestas sobre los criterios de recuperación y aislamiento en personas asintomáticas, encontrando que solo un 29% de los participantes del sector público respondieron correctamente, mientras que el sector privado solo un 18% acertaron. Obviando el hecho de que las respuestas incorrectas se dieran por confusión o una causa similar, se puede observar un gran porcentaje de personas que aceptaron no estar seguros de la respuesta, abarcando un 58% del sector privado y un 11% del sector público.

Los datos anteriores prueban que el lugar y condición de trabajo no influyen en este tipo de conocimiento, ya que se denota un equilibrio entre las respuestas de ambos grupos, asentando el hecho de una necesidad marcada de reforzar el conocimiento de esta disciplina en cuanto a la medida de prevención más importante contra esta enfermedad, como lo es el aislamiento.

Benner P; expresa en su teoría que un enfermero (a) puede ser experto en lo que hace, pero si a este se le coloca en un escenario diferente a lo que está acostumbrado, se le cataloga como principiante avanzado. Sin embargo, este profesional debe poseer un conocimiento básico en todas las áreas propias de la disciplina, por lo que es inexcusable que ignore técnicas y saberes fundamentales.

La tabla N°4 comprueba el argumento anterior, donde se evalúa el conocimiento sobre la vida de administración de la vacuna contra el COVID-19: *Pfizer/BioNtech*. evidenciando que los

enfermeros (as) intrahospitalarios son los que conocen más sobre esta vacuna, en contraste, algunas áreas laborales como la enfermería de empresa o de docencia mostraron fallar en la respuesta correcta, dejando claro que las enseñanzas de Banner son aplicables a este estudio, ya que estas profesionales posiblemente no han tenido contacto o el involucramiento con estas vacunas, explicando así el desconocimiento de las mismas.

Banner⁶² explica en su teoría que el enfermero se vuelve experto con la experiencia que desarrolla a través del tiempo, además asegura que a este nivel el profesional es capaz de reconocer los aspectos importantes teniendo un dominio intuitivo de la situación que se le presenta. Partiendo de este hecho, se compara, en la tabla N°6, el tiempo de ejercer que tienen los enfermeros con respecto al conocimiento sobre el manejo del paciente COVID-19 grave. Específicamente, se les pregunta sobre dos estrategias altamente validadas como lo son la utilización de oxigenación de alto flujo y colocar al paciente en posición prono, como tratamiento en estas personas.

Los resultados demuestran que independientemente del tiempo que llevan laborando parece ser que conocen la respuesta correcta, aunque se evidencia que en los grupos más jóvenes algunos participantes contradicen los estudios científicos, mencionando que no son practicas recomendables.

Los datos revelan que un gran porcentaje de la población que no está segura del manejo acertado en estos usuarios, manifestándose especialmente en los grupos de los enfermeros (as) más inexpertos. Evidenciando, de esta forma, que, a pesar de ser una enfermedad nueva, el pensamiento crítico y autocrítico de los profesionales de mayor experiencia, son la clave para la toma de decisiones correctas, llevándolos a realizar acciones basadas en la evidencia, esto no quiere decir que los participantes nuevos en la disciplina no saben que acciones realizar, ya que hoy en día, la disponibilidad de la información relacionada a la patología es muy rica y disponible en su mayoría.

Los datos anteriores permiten deducir el hecho de que entre más experiencia tengan brindando cuidados a usuarios con COVID grave, desarrollen un entendimiento mayor de la enfermedad, identificando que el problema central de estos usuarios es la dificultad respiratoria por el SDRA, como bien lo dice la literatura. Permitted deducir que la oxigenación de alto flujo oxigena, y recluta alveolos permitiendo una mejor oxigenación, mientras que la posición prona mejora la distribución de las presiones transpulmonares con el flujo sanguíneo, además, de liberar las zonas dorsales de los pulmones que son las áreas más afectadas en esta enfermedad, por lo tanto, son medidas excelentes para el paciente en esta etapa. Un enfermero principiante que tiene los primeros contactos con este tipo de usuarios difícilmente podrá hacer este análisis crítico relacionando la fisiología con la patología.

Las vacunas son un tema que enfermería debe conocer, de manera que este estudio evalúa el entendimiento que se tiene sobre la vacuna *Pfizer/BioNtech*. Es importante recordar que este tratamiento protege contra el virus del SARS COV-2 en un 95% según los estudios realizados por esta empresa, dato que solo un poco más de la mitad de los enfermeros (as) conocen según la figura N°24; dejando en duda el nivel de conocimiento que tienen sobre este tema. Aun cuando el 94% de los entrevistados tenían ambas dosis aplicadas, más de la mitad expresa no sentirse seguro con ella, pudiéndose explicar el desconocimiento sobre el porcentaje de protección que ofrece el medicamento.

Benner P⁶⁵; explica en su teoría que debe existir una enfermera con experiencia que ayude a orientar a los estudiantes en su práctica clínica; sin embargo, estos estudiantes o enfermeros principiantes deben tener un previo conocimiento de la teoría. Las estrategias de aprendizaje deben ir encaminadas a potenciar la reflexión, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos técnicos y prácticos humanizados, la intuición y el juicio clínico, esto les permitirá crear un *design de*

cuidado. Kerouac, Pepin, et al⁶⁶; en 1996, explica que el *design* de cuidado es integrar “*el que*” del cuidado y “*el cómo*” de la interacción persona-enfermera(o).

El *design* permite crear un *ser, saber y hacer* disciplinar que reúna diversos procesos como la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición.

El COVID-19 es una enfermedad nueva que ha desafiado a cada uno de los profesionales de salud, tanto así que el manejo clínico se ha descrito a través de la experiencia con un margen de error muy grande. Se ha evidenciado en este estudio que el proceso de adquisición del conocimiento que ha reunido las enfermeras (os) sobre la enfermedad contradice lo que dice la teorizante de Patricia Banner, ya que estas profesionales no cuentan con un profesor per se, ellas han tenido que aprender haciendo, con prueba y error. De ahí que se podría explicar el hecho de que algunos participantes parecen poseer un intelecto mayor sobre el manejo clínico de la enfermedad, rezagando algunos pocos, que por alguna razón no han adquirido el mismo nivel.

El hecho anterior se puede comprobar con la figura N° 19 donde se les pregunta sobre el tratamiento que utilizarían para tratar el COVID-19 según lo que han escuchado, leído y estudiado. En primera instancia, se observa varias respuestas hacia posibles medicamentos que podrían disminuir o controlar la carga viral como la Hidroxicloroquina (n=82), Remdesevir (n=21), Ivermectina (n=95) y Interferon beta (n=6). Esto a pesar de los múltiples autores que evidencian que estos tratamientos no muestran ningún beneficio hacia los pacientes que tienen COVID-19; como lo sostiene los resultados del estudio Solidarity de The New England Journal of medicine⁶⁷.

La idea anterior es contrastada con el estudio Recovery Collaborative Group⁶⁸, mencionando que el tratamiento contra la respuesta proinflamatoria inducida por el COVID-19, es bien aceptado en

la comunidad científica al menos para el uso en pacientes graves con oxigenoterapia o VMI. Esto es conocido por gran parte de los enfermeros (as), votando 130 veces a favor de los antiinflamatorios y 145 votos a favor de los corticosteroides.

CAPITULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

El estudio permite obtener los aspectos sociodemográficos y condiciones laborales de la población participante, la cual está conformada por 251 enfermeros (as), donde predominan grupos de edades entre 18 a 28 años, el género femenino, profesionales que laboran a nivel hospitalario y puestos de enfermeros generales o auxiliares de enfermería. Los datos obtenidos vienen de profesionales dentro del Gran Área Metropolitana, que trabajan, en su mayoría, en el sector público. Se evidencia poca experiencia laboral entre los encuestados, abarcando gran parte los grupos de *“1 a 11 meses”* y *“1 a 3 años de experiencia”*.

Se evidencia que los enfermeros (as) participantes, poseen un nivel de conocimiento aceptable sobre conceptos y manejos del COVID-19, sin embargo, se demuestra debilidad en temas específicos como los tiempos de aislamientos, medios de diagnóstico y algunos tratamientos farmacológicos. El poco tiempo de aparición de la enfermedad y la gran cantidad de información cuestionable podría ser los justificantes de este hecho, apoyando la idea de que el aprendizaje sobre esta enfermedad es autodidáctico basado en la experiencia con el día a día, por lo que es entendible la variabilidad en las respuestas obtenidas.

Las tablas de cruces de variables arrojan datos que permiten desarrollar el último objetivo específico de esta investigación. Evidenciando que a nivel público se acrecienta la preocupación del contagio por la falta de insumos e infraestructura disponible. En contraste, el sector privado no parece tener este problema, siendo la falta de conocimiento el principal problema percibido. Se demuestra que los diferentes puestos en que se desarrollan los profesionales participantes influyen en el conocimiento sobre la enfermedad, en especial en temas relacionados a la vacuna que se abarcó en el estudio. Se refuerza los supuestos de la teoría de Benner evidenciando que

posiblemente la experiencia laboral es directamente proporcional al conocimiento de la teoría y la práctica de la enfermedad. La gran variabilidad de respuestas en cuanto al conocimiento hace poco práctico intentar categorizar los participantes según los niveles de transición de los conocimientos propuestos en esta teorizante.

6.2 Recomendaciones

Considerando la importancia que tiene esta investigación y en función con los resultados obtenidos se formulan algunas recomendaciones para los enfermeros (as) del país:

- Actualizarse en el manejo del COVID -19, abarcando temas de prevención de la enfermedad, medios de diagnóstico, tratamiento, manejo en el hogar, manejo hospitalario, y criterios de recuperación.
- Aumentar la creación de investigaciones relacionadas al COVID-19 desde el enfoque de la disciplina enfermera, para acrecentar el conocimiento del gremio por medio de la evidencia científica.

Se proponen las siguientes recomendaciones para próximos investigadores que deseen ampliar sobre el fenómeno estudiado:

- Propiciar investigaciones que clarifiquen el papel del enfermero en el manejo de la enfermedad por COVID-19, a nivel comunitario, en centros educativos, a nivel empresarial y a nivel hospitalario.
- Construir a partir de revisiones de investigaciones existentes, propuestas educativas cuatrimestrales que se implementen en los planes de estudio de universidades y/o planes

educativos hospitalarios, que permitan actualizar el conocimiento sobre el manejo clínico de la enfermedad COVID-19 desde el enfoque de la ciencia de enfermería.

- Desarrollar investigaciones sobre el fenómeno estudiado en esta tesis, ampliando la muestra poblacional a más profesionales y/o incluyendo a estudiantes de enfermería.
- Crear propuestas de mejora a partir de evidencia científica, que disminuyan las brechas entre un escenario ideal de una enfermería costarricense con un nivel de conocimiento basto sobre el COVID.19, y un escenario real con deficiencias en los saberes necesarios para el manejo de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. 2020. Available at: [https:// www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/). Accessed Agosto 23, 2020.
- 2- Burela A, Hernandez A, et al. Dióxido de Cloro y Derivados del cloro para prevenir o tratar la covid-19: revisión sistemática. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020. Consultado el 9 de octubre del 2020. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/6330>
- 3- Population Council. Ideas, evidence, impact. [internet]. Guatemala indigenous municipalities: COVID-19 knowledge, attitudes, and practices. COVID-19 Research & Evaluations presentation. Guatemala City: Population Council, 2020. Consultado el 8 de octubre del 2020. Disponible en: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2022&context=departments_sbsr-pgy
- 4- Gomez J, Diéguez R, et al. [internet]. Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio. Repositorio institucional. Revista Estudiantil. Universidad de ciencias médicas de la Habana, Cuba. Abril 2020. Consultado el 8 de octubre del 2020. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/925/pdf_256
- 5- Ruiz J, León X, et al [internet] Conocimiento sobre la infección por SARS-CoV-2 de Gastroenterólogos y Endoscopistas de Latino América. Revista de Gastroenterología de

México. Artículo especial de COVID19. Abril 2020. Consultado el 10 de octubre del 2020.
Disponible en: www.elsevier.es/rgmx

- 6- Alves V; Caroci A; et al. COVID.19 y la producción de conocimiento sobre las recomendaciones en el embarazo: revisión de alcance. Revista Latinoamericana de Enfermagen RLAE. Mayo 2020. Consultado el 3 de noviembre del 2020. DOI: 10.1590/1518-8345.4523.334
- 7- Vieitez I; Larrea S; et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la pandemia del COVID-19 en comunidades indígenas de Yúcatan y Chiapas. Population Council: Ideas, Evidencias, Impacto. México, Junio 2020. Consultado el 11 de noviembre del 2020.
Disponible en: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020PGY_CovidMexicoKAPStudyReport_ES.pdf
- 8- Canova C y Salvador S; [internet] Cuidados de enfermería en la infección por COVID-19: Y entonces, ¿Cómo procedemos?. Revista: Cuidados de Enfermería y Educación en Salud, vol.5. Chile 2020. Consultado el 11 de Noviembre del 2020. Disponible en: <https://revistas.userena.cl/index.php/cuidenf/article/view/1256/1350>
- 9- Andreu D; Ochando A y Limón C. [internet]. Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID.19 en España. Rev. Enferm Nefrol. 2020 Abr-Jun. Consultado el 13 de noviembre del 2020. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842020000200004
- 10- Villegas G; Arias H; et al. [internet]. Percepción de riesgo de contagio en la población costarricense. Informe UNED CR. Siguiendo el COVID-19. Costa Rica. Marzo 2020.

Consultado el: 5 de Noviembre del 2020. Disponible en:
<https://bit.ly/UNEDCRSiguiendoCOVID19>

- 11- Consultoría Interdisciplinaria en Desarrollo. CID Gallup. [Internet]. Percepción Ciudadana: coyuntura COVID-19 (Estudio en línea)". CID Gallup, San José, Costa Rica. Abril 2020. Consultado el: 5 de noviembre del 2020. Disponible en:
<http://www.cidgallup.com/>
- 12- Tariq R, Hamid H, Mashood S, Tariq Y, Tariq S, Faris T, Asiri FYI, Khurshid Z. Common misconceptions regarding COVID-19 among health care professionals: an online global cross-sectional survey. J Oral Res 2020. Consultado el 12 de octubre del 2020. Disponible en: <http://www.joralres.com/index.php/JOR/article/view/1128>
- 13- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edición 23. Octubre 2014. Consultado el 23 de noviembre del 2020. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento>
- 14- González J. Mente y cerebro. Editorial: Madrid, Iberediciones. Madrid, España, 1994. Consultado el 23 de noviembre del 2020.
- 15- Raimund K; Solis C; et al .El yo y su cerebro. LABOR universitaria. Barcelona, Roche, 1980. Consultado el 21 de noviembre del 2020. Disponible en:
https://www.academia.edu/38742069/El_Yo_y_su_Cerebro_Karl_Popper
- 16- Ortega C y Franco C. Neurofisiología del aprendizaje y la memoria. Plasticidad neuronal. Revista iMedPub Jounarls. Archivo de medician. Vol.6. España. 2010. Consultado el 23 de noviembre del 2020. DOI: 10.3823/048
- 17- Guyton A y Hall J. Libro Guyton AC. Tratado de Fisiología Médica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana S.A., 12º edición; España, 2011. Consultado el 23 de noviembre de 2020.

- 18- Maturana H y Varela F; El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, 2009. Consultado el 23 de noviembre del 2020. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/119932>
- 19- Armando L. La complejidad del proceso del conocimiento.[internet] Revista: Teorias y Praxis No.20.2012. Octubre 2011. Consultado el 23 de noviembre del 2020. DOI: 10.5377/typ.v0i20.3147
- 20- Bunge M, Emergencia y convergencia. Novedad cualitativa y unidad del conocimiento. Barcelona, España. Editorial Gedisa. 2004. Consultado el 23 de noviembre del 2020
- 21- Bunge M, La ciencia, su método y su filosofía. Santafé de Bogotá, Editorial Panamericana. 1996. Consultado el 23 de noviembre del 2020. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/ebook-la-ciencia-su-metodo-y-su-filosofia-ebook/9789875669659/2246957>
- 22- Rosales S y Reyes E. Fundamentos de Enfermería. 3ra Edición. Editorial El Manual Moderno, SA de C.V. 2004. México D.F. Consultado el 29 de abril del 2020.
- 23- Mora R; Seas I; et al; Manual de protocolos para la atención clínica del paciente COVID-19 de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Abril 2020, San José Costa Rica. Consultado el 29 de noviembre del 2020.
- 24- Etienne C. Rueda de Prensa semana sobre COVID-19. Palabras de apertura de la directora- 2 de septiembre 2020. Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2 de septiembre del 2020. Consultado el 3 de diciembre del 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/opsoms/discursos-directora>
- 25- Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la COVID-19. Orientaciones provisionales. 27 de mayo del 2020. Consultado el 3 de Diciembre del 2020. Disponible

en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332638/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-spa.pdf>

- 26- Guzik T, Mohiddin S; et al; COVID-19 and the cardiovascular system: implications for risk assessment, diagnostic, and treatment options. *Cardiovas Rev*. April 2020. Consultado el 4 de enero del 2020. Disponible en: Doi: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvaa106>.
- 27- Biorender epidemiological comparison of respiratory viral infection 2020. Consultado el 4 de enero del 2020. Consultado el: 4 de enero del 2020. Disponible en: <https://app.biorender.com/biorender-templates/figures/5e99f5395fd61e0028682c01>
- 28- Ministerio de Salud de Costa Rica [internet]. Lineamientos Nacionales para la vigilancia de la enfermedad COVID-19. Versión No.15. Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense del Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición. Julio 2020. Costa Rica. Consultado el 11 de diciembre de 2020. Disponible en: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/lineamientos_nacionales_vigilancia_infeccion_coronavirus_v15_24072020.pdf
- 29- Amorin J, Costa A, et al; Oral mucosal lesions in a COVID-19 patient: New signs or secondary manifestations?. *International Journal of Infectious Diseases*. Rev.Elservier. Junio 2020. Consultado el 24 de diciembre del 2020. Disponible en: 10.1016 / j.ijid.2020.06.012
- 30- World Health Organization. [Internet]. Reports Coronavirus disease 2019. Situation report- 75. Consultado el 4 de septiembre del 2020. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200404-sitrep-75-covid-19.pdf?sfvrsn=99251b2b_4

- 31- Judson SD, et al; Nosocomial Transmission of Emergin Viruses via Aerosol-Generating Medical Procedeuce. Viruse. 2019. Consultado el: 13 de diciembre del 2020. Disponible en: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- 32- Aguilar P; Enriquez Y; et al; Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la importancia del antes y el después. Artículo de revisión. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Instituto de Investigación, Centro de Investigación de Infectología e Inmunología. Lima, Perú. Consultado el: 19 de diciembre del 2020. Disponible en: Pruebas diagnósticas para la COVID-19: la importancia del antes y el después | Horizonte Médico (Lima) (usmp.edu.pe)
- 33- Ministerio de Salud y protección social. LINEAMIENTOS PARA EL USO DE PRUEBAS MOLECULARES RT-PCR, PRUEBAS DE ANTÍGENO Y PRUEBAS SEROLÓGICAS PARA SARS-CoV-2 (COVID-19) EN COLOMBIA Bogota, Colombia. Agosto del 2020. Consultado el: 19 de diciembre del 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>
- 34- Guo L, Ren L, Yang S, et al. Profiling early humoral response to diagnose novel coronavirus disease (COVID-19). Clin Infect Dis. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32198501>.
- 35- Zhao J, Yuan Q, Wang H, et al. Antibody responses to SARS-CoV-2 in patients of novel coronavirus disease 2019. Clin Infect Dis. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32221519>.
- 36- Siddiqi H, Mehra M. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. J Heart Lung Transplant., Elsevier Public Health Emergency

Collection. Marzo del 2020. Consultado el 19 de diciembre del 2020. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118652/>

- 37- Diaz E, Amegaza R; et al. Tratamiento farmacológico de la COVID-19: revisión narrativa de los Grupos de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis (GTEIS) y del Grupo de Trabajo de Transfusiones Hemoderivados (GTTH). [internet]. Revista Medicina intensiva España. Agosto del 2020. Consultado el 19 de diciembre de 2020. Disponible en: DOI: 10.1016/j.medin.2020.06.017.
- 38- COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Consultado el 20 de diciembre del 2020. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.
- 39- American Thoracic Society, Europea Respiratory Society. [internet]. Updated guidance on the management of COVID-19: from an American Thoracic Society/European Respiratory Society coordinated International Task Force (29 July 2020). Europe Respiratory Review. Infectious disease .2020. consultado el 7 de octubre del 2020. Disponible en: <https://err.ersjournals.com/content/29/157/200287>
- 40- Geleris J, Sun Y, Platt J, et al. Observational study of hydroxychloroquine in hospitalized patients with COVID-19. N Engl J Med. 2020. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32379955>.
- 41- Food and Drug Administration. FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems. 2020. Consultado el 5 de Agosto del 2020. Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-cautions-against-usehydroxychloroquine-or-chloroquine-covid-19-outside-hospital-setting-or>.

- 42- World Health Organization. [Internet]. Newsroom. Q&A: Hydroxychloroquine and COVID-19. 17 de Junio 2020. Consultado el 9 de septiembre del 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-hydroxychloroquine-and-covid-19>
- 43- La Organización Panamericana de la Salud [internet]. Lista de medicamentos esenciales para el manejo de pacientes que ingresan a unidades de cuidados intensivos con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19. Marzo 2020. Consultado el 29 de septiembre. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52192/OPSHSSMTCOVID-19200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 44- La Organización Panamericana de la Salud [internet]. Lista de medicamentos esenciales para el manejo de pacientes que ingresan a unidades de cuidados intensivos con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19. Marzo 2020. Consultado el 29 de septiembre. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52192/OPSHSSMTCOVID-19200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 45- World Health Organization. [Internet]. Reports WHO welcomes preliminary results about dexamethasone use in treating critically ill COVID-19. Consultado el 5 de septiembre 2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/detail/16-06-2020-who-welcomes-preliminary-results-about-dexamethasone-use-in-treating-critically-ill-covid-19-patients>
- 46- Colaianni N, Castro M; Cánula Nasal Alto-Flujo (CNAF): Puesta al día High-Flow Nasal Cannula (HFNC): Update. Review article. iMedPub Journal. Archivos de Medicina. 2019. Consultado el 27 de diciembre del 2020. Disponible en: doi: 10.3823/1421

- 47- Barrantes F; Vargas Z; Revisión Guía de cuidados de enfermería para el decúbito prono en Síndrome de Distress Respiratorio Agudo asociado a COVID-19: Revisión Integrativa. Revista Médica de Costa Rica. Vol. 85, Núm. 629 (2020): Enero-Junio. Consultado el 27 de diciembre del 2020. Disponible en: <http://www.revistamedicacr.com>
- 48- Rhodes A; Evans L; et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med (2017). Consultado el 27 de diciembre de 2020. Disponible en: DOI 10.1007/s00134-017-4683-6
- 49- Clinical care for severe acute respiratory infections toolkit: COVID-19 adaptation. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2020 (<https://www.who.int/publications-detail/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit>), consultado el 14 de mayo de 2020.
- 50- Zhang X; Duchaine C; SARS-CoV-2 and Health Care Worker Protection in Low-Risk Settings: a Review of Modes of Transmission and a Novel Airborne Model Involving Inhalable Particles particles. Clin Microbiol Rev 34:e00184-20. Enero 2021. Consultado el: 2 de enero del 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1128/CMR.00184-20>.
- 51- Polak F; Thomas S; et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. Article online. The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE. Massachusetts Medical Society. December 2020. Consultado el: 13 de enero del 2020. Disponible en: DOI: 10.1056/NEJMoa2034577
- 52- Davis H. Exipients information for Pfizer- BioNTech COVID-19 Vaccine. North West Medicine Information Center. Specialist Pharmacy Service. December 2020. Consultado el: 13 de Enero del 2020. Disponible en: [Specialist Pharmacy Service.com](http://SpecialistPharmacyService.com)

- 53- Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Manual de Procedimientos para la ejecución de vacunación contra COVID-19 en los establecimientos de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. Código GM-DDSS-ASC-SAVE-18122020 Versión 01. Diciembre 2020. Consultado el 15 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/web/coronavirus/personal-salud>
- 54- Ravelo E. DESCRIPCIÓN DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOAFECTIVOS Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DE CUARTO SEMESTRE DE PSICOLOGÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR. Universidad Católica de Colombia. Abril 2013. Consultado el 11 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/659/65926546002.pdf>
- 55- Universidad de La Punta Argentina. Los indicadores demográficos. [Online]. [cited 2019. Available from: http://contenidosdigitales.ulp.edu.ar/exe/geopolitica/los_indicadores_demogrificos.html.
- 56- Parra S. Condiciones laborales de los funcionarios municipales relacionado con enfermedades crónicas no trasmisibles, municipalidad de santa bárbara, santo domingo y sarapiquí– heredia, 2020. Carrera de Enfermería. Universidad Hispanoamerica. San José Costa Rica. Consultado el 11 de enero del 2020. Diponible en: <https://uh.remotexs.xyz/en/user/login>
- 57- Rodríguez C. Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo [Internet]. 2009 [citado el 22 de febrero del 2018]; 16 – 543. Disponible en:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/ilobuenos_aires/documents/publication/wcms_bai_pub_118.pdf

- 58- Guerrero C, y Cruz A. Un acercamiento a las condiciones de trabajo y seguridad de una pequeña empresa mexicana. Salud de los Trabajadores v.18 n.1 Maracay jun. 2010 Revi. Scielo. Consultado el 18 de enero del 2020. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382010000100004
- 59- Massó E, Fernández J, Macías C, Betancourt Y. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. Revista Cubana de Enfermería 2008; 24:(3-4). Consultado el 2 de enero del 2020.
- 60- Garrido M. Práctica enfermera según la teoría de Patricia Benner: de principiante a experta. Revistas portales médicos. [Internet]. 2016. [Citado 17 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/teoriapatricia-benner-principiante-experta/>
- 61- Carrillo A; García L. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Revista electrónica trimestral de enfermería. Enfermería Global. No.32. Octubre 2013. Consultado el: 12 de enero del 2020. Disponible en: www.um.es/eglobal/
- 62- Raile M; Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Séptima edición. Rev. Elsevier España S.L. Octubre 2010. Consultado el 16 de enero del 2020. Disponible en: www.medilibros.com
- 63- Bonilla R; Evans R; et al (2020). Ideas erróneas sobre el COVID-19: una encuesta transversal en línea, Costa Rica, 2020. Revista Hispanoamericana De Ciencias De La Salud, 6(4), 186-192. Recuperado a partir de <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/448>

- 64- Tonon G. Trabajo Social: Profesión y Disciplina. [Internet] Boletín Electrónico No.74. 2002. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/sura/sura-0074.pdf>
- 65- Watson J. Clarificando la disciplina de la enfermería como fundamental para el desarrollo de la enfermería profesional. Revista Scielo. Editorial. Texto y Contexto- Enfermería. Versión Impresa. ISSN 0104-0707. Enero, 2018.
- 66- Kérouac, S., Pepin, J., et al. Propuestas para la práctica enfermera. En S. Kérouac, J. Pepin, F. Ducharme, A. Duquette y F. Major, El pensamiento enfermero 1996. Barcelona: Elsevier Masson. España.
- 67- WHO Solidarity Trial Consortium. Repurposed Antiviral Drugs for Covid -19 – Interim WHO Solidarity Trial Consortium. The new England journal of medicine. Febrero 11, 2021
- 68- Recovery Collaborative Group. Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. The New England Journal of Medicine. Febrero 25, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2021436

ANEXOS

Anexo 1:

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Teléfono:(506) 2241-9090

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Conceptos errores comunes sobre COVID-19 entre los profesionales de enfermería, relacionado con condiciones laborales, Costa Rica, 2021

Nombre del Investigador (a) Principal: Marlon León Rodríguez

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es realizada por Marlon León Rodríguez, cédula 1-15990267, estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana de la sede Aranjuez, como modalidad de trabajo final de graduación.

Se busca recopilar información sobre el nivel de conocimiento que tienen los Enfermeros (as) en los diferentes escenarios laborales, sobre aspectos generales del COVID-19 y su manejo clínico durante el primer cuatrimestre del 2021, a través de la aplicación de este instrumento de evaluación. Los datos que se recolecten quedarán almacenados para uso exclusivo de la investigación y siempre se resguardará la confidencialidad y el anonimato del encuestado.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

Cada participante deberá completar el instrumento, respondiendo de manera consciente y fidedigna para una posterior sistematización y análisis de datos reales, fuera de un escenario sesgado. Los datos recolectados son para fines exclusivos de la investigación, manteniendo así, toda la confidencialidad del caso y anonimato del encuestado. El requisito para participar en la encuesta, es ser licenciado en Enfermería debidamente colegiado en el CECR, además de estar laborando en cualquier área de la disciplina. Además se admiten profesionales que laboren actualmente como Auxiliares en Enfermería.

C. RIESGOS:

La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo o molestia del estado físico o mental de la persona.

D. BENEFICIOS:

Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca de conocimiento que ha adquirido el enfermero(a) costarricense con respecto al COVID-19, además de evidenciar las debilidades encontradas en cuanto a manejo y conceptos básicos de esta enfermedad por parte de este profesional. Logrando así acentuar escenarios reales en los que puedan trabajar nuevos investigadores en un futuro.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con el investigador Marlon León Rodríguez quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 6210 7220 en el horario 2:00pm a 8:00pm . Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana al teléfono 2241-9090, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.

Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.

Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

Anexo 2:

Instrumento de recolección de datos



Conceptos erróneos comunes sobre el COVID-19 entre los profesionales de enfermería, relacionado con condiciones laborales, Costa Rica, 2021

*Obligatorio

La presente investigación es realizada por Marlon León Rodríguez, cédula 1-15990267, estudiante de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana de la sede Aranjuez, como modalidad de trabajo final de graduación. Se busca recopilar información sobre el nivel de conocimiento que tienen los Enfermeros (as) en los diferentes escenarios laborales, sobre aspectos generales del COVID-19 y su manejo clínico durante el primer cuatrimestre del 2021, a través de la aplicación de este instrumento de evaluación. Los datos que se recolecten quedarán almacenados para uso exclusivo de la investigación y siempre se resguardará la confidencialidad y el anonimato del encuestado. Cada participante deberá completar el instrumento, respondiendo de manera consciente y fidedigna para una posterior sistematización y análisis de datos reales, fuera de un escenario sesgado. Los datos recolectados son para fines exclusivos de la investigación, manteniendo así, toda la confidencialidad del caso y anonimato del encuestado. El requisito para participar en la encuesta, es ser licenciado en Enfermería debidamente colegiado en el CECR, además de estar laborando en cualquier área de la disciplina. Además se admiten profesionales que laboren actualmente como Auxiliares en Enfermería. *

He leído y brindo mi consentimiento

1- Especifique en cuál rango de edad se encuentra usted *

- 18 a 28 años
- 29 a 39 años
- 40 a 50 años
- 51 años o más

2- Indique cuál es su sexo *

- Masculino
- Femenino

3-Indique cuál es su nivel educativo

- Enfermero(a) licenciado
- Enfermero(a) Master incompleto
- Enfermero(a) Master completo
- Enfermero(a) con Doctorado incompleto
- Enfermero(a) con Doctorado completo
- Otro: _____

4- Indique su labor profesional en que se desempeña actualmente

- Enfermero (a) intrahospitalario.
- Enfermero (a) en centro de salud de primero y segundo nivel de atención.
- Enfermero (a) docente.
- Enfermero (a) que brinda cuidados domiciliarios.
- Enfermero (a) de empresa.
- Auxiliar de Enfermería.
- Otro: _____

5- Marque en que sector laboral trabaja usted

- Sector Público.
- Sector Privado.

6- Indique en cual provincia se encuentra su trabajo

- San José
- Alajuela
- Heredia
- Cartago
- Puntarenas
- Limón
- Guanacaste

7- Indique el rango de tiempo en que ha laborado como enfermero (a) (si trabaja como Auxiliar de Enfermería pase a la siguiente pregunta)

- 1 mes a 11 meses
- 1 año a 3 años
- 4 años a 6 años
- 7 años a 9 años
- 10 años o más

8- Indique el rango de tiempo que ha laborado como Auxiliar de Enfermería (Si no labora como Auxiliar de Enfermería omita la pregunta)

- 1 mes a 11 meses
- 1 año a 3 años
- 4 años a 6 años
- 7 años a 9 años
- 10 años o más

10- Mencione cuál de los siguientes artículos forman parte del EPP ante COVID-19 *

- Ropa hospitalaria común
- Ropa hospitalaria verde
- Ropa casual
- Mascarilla quirúrgica
- Mascarilla de tela
- Respirador FPP2
- Caretas
- Monogafas
- Bata descartable
- Quimono
- Bata de tela de paciente
- Guantes estériles
- Guantes descartables
- Botas con bolsas
- Botas descartables o de tela

11- La enfermedad del COVID-19 es producida por el siguiente virus (Puede marcar con una o varias opciones): *

- SARS CoV-1
- MERS CoV-1
- H1-N4
- SARS CoV-2
- MERS CoV-2
- No estoy seguro

12- Una forma de transmisión del COVID-19 se da por (Puede marcar con una o varias opciones): *

- Por medio de un mosquito.
- Por medio de un objeto contaminado.
- Por medio del agua.
- No estoy seguro.

13- Las pruebas para detectar el COVID-19 deben ser aplicadas por (Puede marcar con una o varias opciones): *

- Personal Médico
- Personal de Laboratorio
- Personal de Enfermería
- Personal de Farmacia
- No estoy seguro

14- Cuáles son las manifestaciones clínicas de un usuario infectado con el virus del SARS CoV-2 (Puede marcar varias opciones) *

- Síntomas similares a una gripe : Tos, fiebre, congestión nasal y disnea
- Afasia y/o apraxia
- Cianosis en los pulpejos
- Urticaria y/o prurito generalizado
- Herpes oral y/o candidiasis
- Anosmia y/o disgeusia
- Hipertensión Arterial
- No estoy seguro

15- En el caso de usuarios con COVID-19 que tuvieron síntomas leves, que no requirieron hospitalización, se les considera recuperados cuando: *

- Cumplen con 14 días de aislamiento, contando desde el día de la toma de la muestra positiva.
- Tienen dos pruebas de PCR-RT negativas en periodos de 24 a 48 horas.
- 3 días después o más sin síntomas, posterior a 13 días después de la toma de la muestra positiva
- No estoy seguro

16- En caso de personas asintomáticas se les considera recuperados cuando: *

- Cumplen 21 días de aislamiento después de la fecha de toma de muestra.
- Cumplen 14 días de aislamiento después de la fecha de toma de muestra.
- Cumplen 10 días de aislamiento después de la fecha de toma de muestra.
- No estoy seguro

17- Es necesario envolver la muestra por COVID-19 (Hisopado nasofaríngeo), en varias bolsas con rotulo de bioinfeccioso y colocarle hielo para mantenerla fría *

- Si
- No
- No estoy seguro

18- El método de recolección de muestra por Hisopado faríngeo se le puede realizar a *

- Niños
- Adultos
- Personas fallecidas
- Todas las anteriores
- No estoy seguro

19- Marque los tratamientos para el COVID-19 que usted ha escuchado que tienen o podrían tener efecto positivo en el manejo de la enfermedad. *

- Corticosteroides
- Vitamina C
- Dioxido de Cloro
- Antiflamatorios
- Hidroxicloroquina
- Azitromicina
- Remdesivir
- Ivermectina
- Tocilizumab
- Interferon beta
- Plasma convalescente o productos con inmunoglobinas
- Otro: _____

20- En personas infectadas con COVID-19 que presenten cuadros de hipoxemia grave y síndromes de dificultad respiratoria aguda, se podría considerar recurrir a dispositivos de oxigenoterapia de alto flujo nasal y colocarlos en posición decúbito prono *

- No es lo recomendable
- Es una buena opción
- No estoy seguro

21- Las siguientes son medidas para prevenir contagios del personal de salud dentro de un hospital o centro de salud. *

- Uso de mascarilla en el paciente
- Uso de equipo de protección personal para protegerse de gotículas y aerosoles
- Cuartos bien ventilados
- No usar dispositivos de oxigenoterapia que no sea la ventilación mecánica en los pacientes con COVID-19, para evitar aerolización.

22- ¿A usted se le aplicó la vacuna Pfizer/BioNTech? *

- Si
- No

23- Que tan seguro se siente usted con la vacuna Pfizer/BioNTech *

- Muy Seguro
- Algo seguro
- Poco seguro
- Es irrelevante para mí

24- Qué porcentaje de eficacia tiene la vacuna Pfizer/BioNTech *

- 52%
- 86%
- 90%
- 95%
- 100%
- No estoy seguro

25-Cuál es la dosis, en mililitros, que se debe aplicar de la vacuna Pfizer/BioNTech *

- 0.1 ml
- 0.3 ml
- 0.5 ml
- 1.0 ml
- No estoy seguro

26- Que vía se utiliza para aplicar la vacuna Pfizer/BioNTech *

- Vía intradérmica
- Vía intramuscular
- Vía subcutánea
- Vía intravenosa
- No estoy seguro

27- Entre la primera y segunda dosis de la vacuna Pfizer/BioNTech debe haber un periodo de *

- 13 días
- 15 días
- 21 días
- 1 mes
- No estoy seguro

28- Se les puede aplicar la vacuna Pfizer/BioNTech a usuarios que ya tuvieron COVID-19 *

- Si
- No
- No estoy seguro

29- Está contraindicado aplicar la vacuna Pfizer/BioNTech a mujeres embarazadas *

- Si
- No
- No estoy seguro

¡Muchas gracias por su participación!

Atentamente: Marlon León Rodríguez

Anexo 3: Resultado del Alpha de Cronbach



Rocher Bonilla
para mí, Irleanny ▾

13 abr 2021 18:09 (hace 5 días) ☆ ↶

Marlon,

Le estoy enviando del resultado del alpha de Cronbach de su cuestionario, usé un core de 3 preguntas que tienen la misma escala. Es cerca del 70%, que es satisfactorio.

Item	Obs	Sign	average			alpha
			item-test correlation	item-rest correlation	interitem covariance	
p17	38	+	0.7903	0.5612	.1303936	0.5076
p22	38	+	0.7837	0.5229	.1339497	0.5356
p28	38	+	0.4219	0.1868	.302513	0.7379
p29	38	+	0.7238	0.4345	.1695116	0.6075
Test scale				.184092		0.6831

...

Anexo 4:

Presentación de resultados del plan Piloto

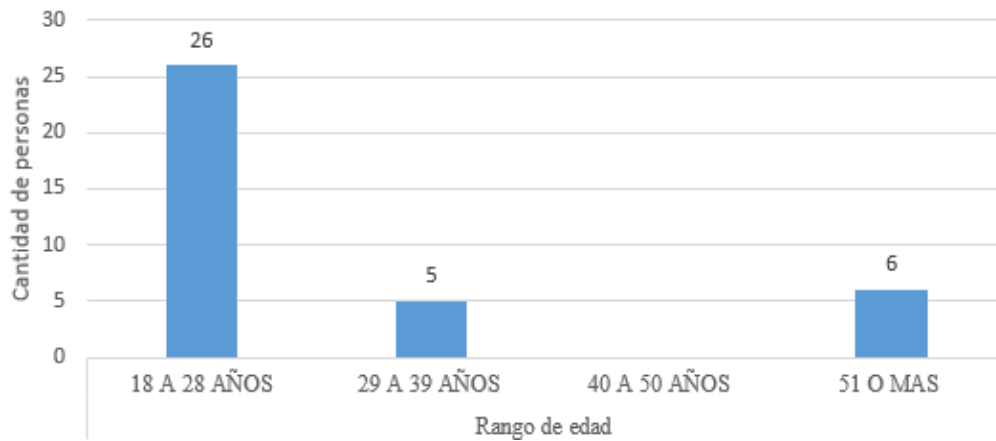


Figura N°1 Distribución de las personas profesionales en enfermería según rango de edad, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

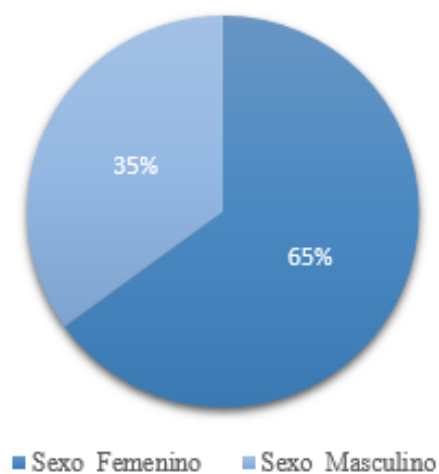


Figura N°2 Distribución porcentual de las personas profesionales en enfermería según sexo, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

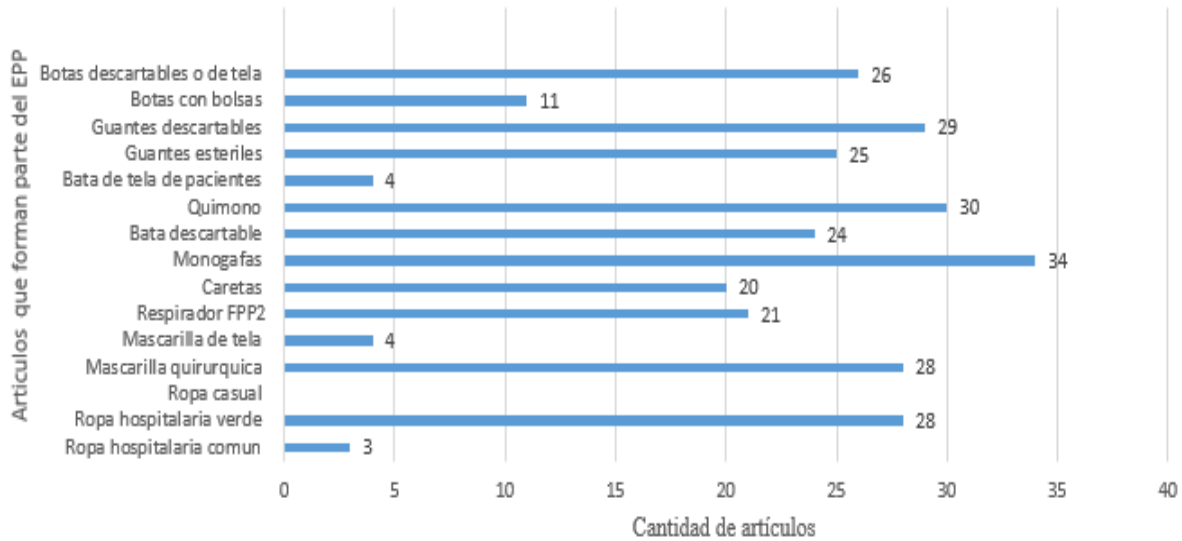


Figura N° 3 Distribución de personas según los diferentes artículos que forman parte del EPP ante covid-19, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

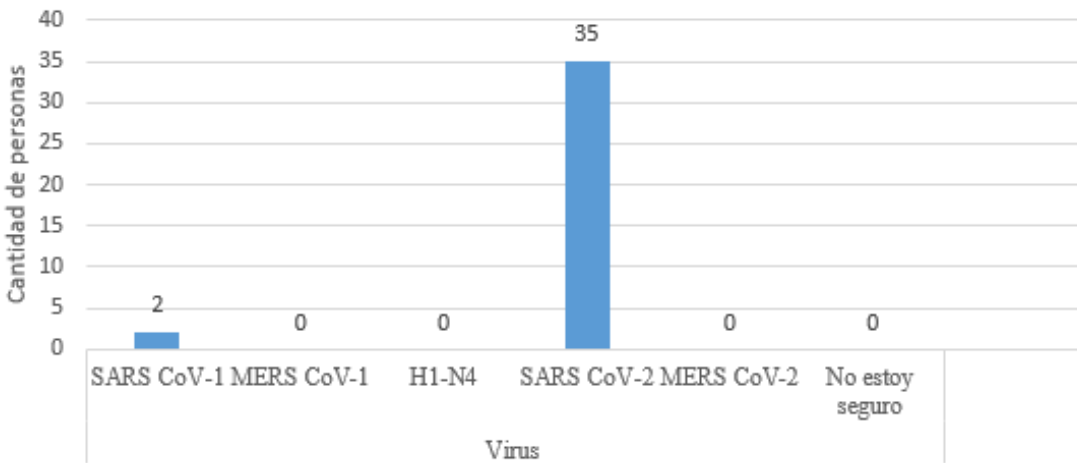


Figura N° 4 Distribución de personas según el conocimiento del virus que produce el COVID 19, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

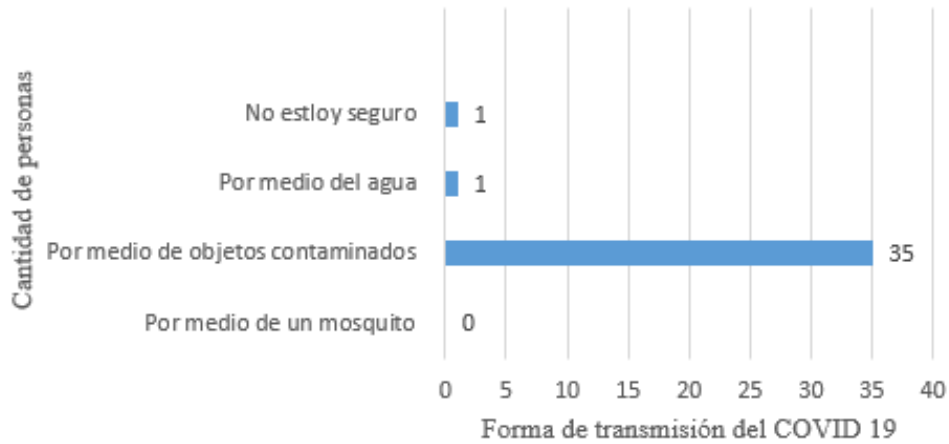


Figura N° 5 Distribución de personas según la forma de transmisión del COVID 19, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

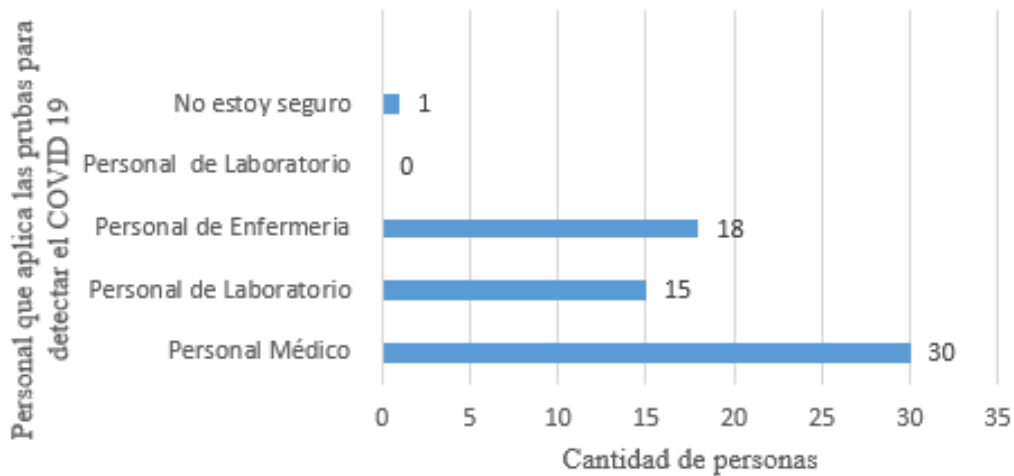


Figura N° 6 Distribución de personas según las pruebas para detectar COVID 19, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

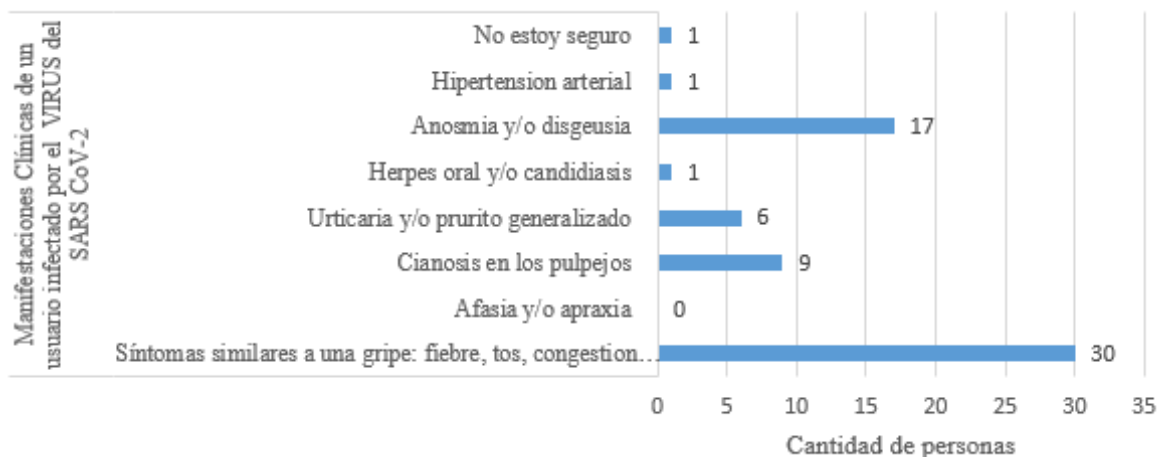


Figura N° 7 Distribución de personas según las manifestaciones clínicas causadas por el virus del SARS CoV-2, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

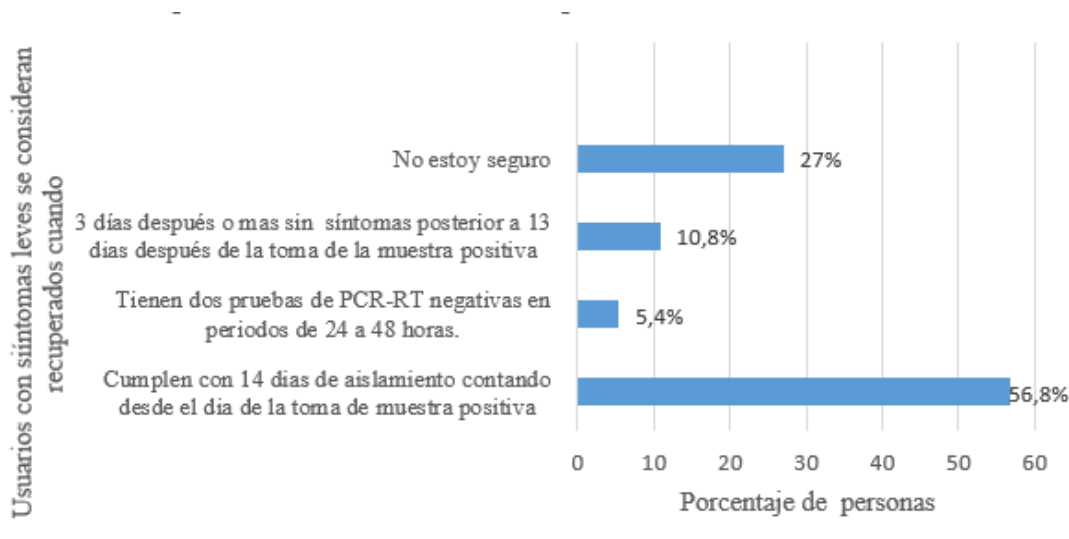


Figura N° 8 Distribución porcentual de personas según los criterios para que los usuarios con COVID 19 con síntomas leves y no hospitalizados se consideren recuperados, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

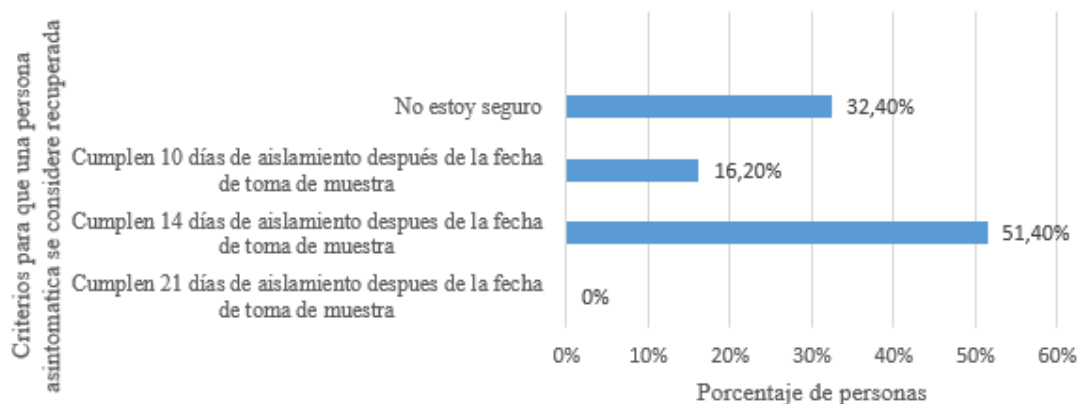


Figura N° 9 Distribución porcentual de personas según los criterios para que una persona asintomática se considere recuperada, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

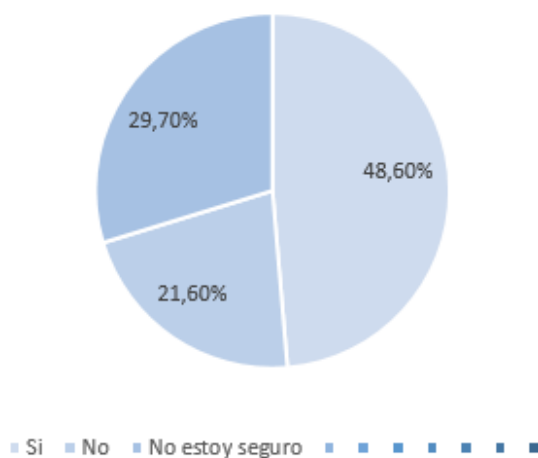


Figura N° 10 Distribución porcentual de personas según los criterios para que una persona asintomática se considere recuperada, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

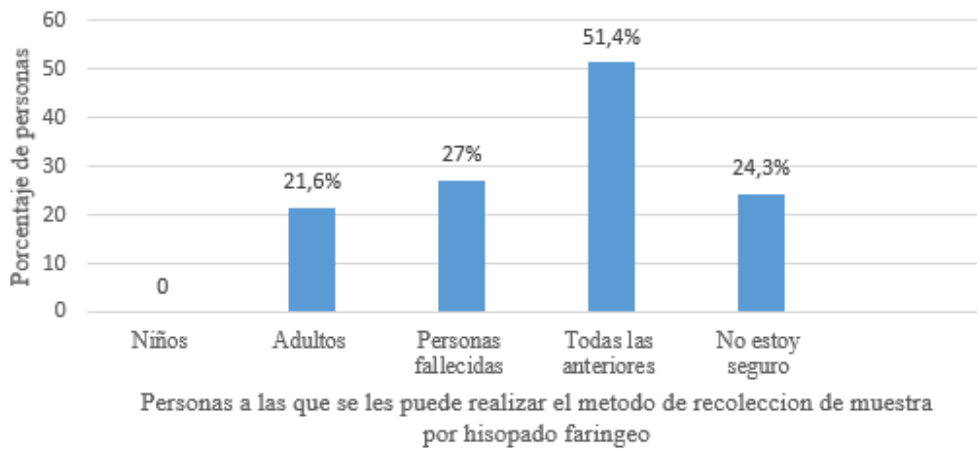


Figura N° 11 Distribución porcentual de personas según los usuarios en los que se puede utilizar el método de recolección de muestra por hisopado nasofaríngeo, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

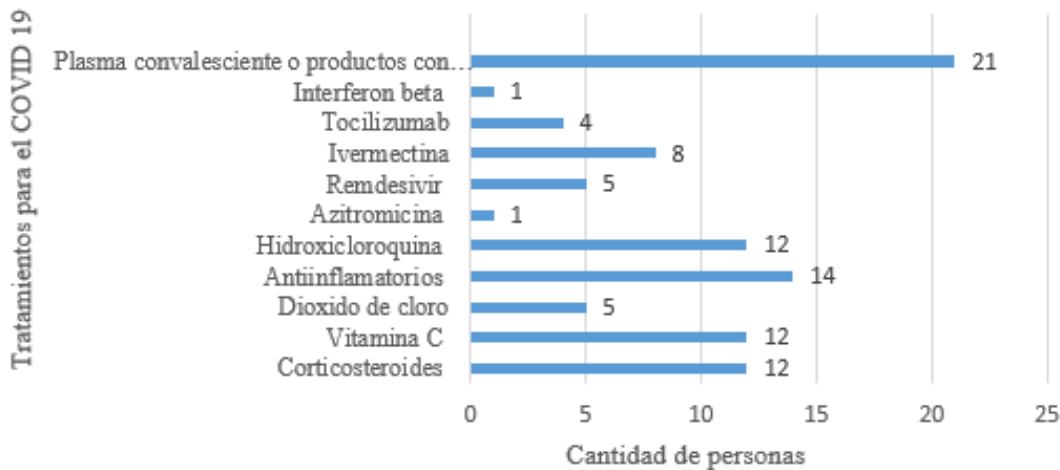


Figura N° 12 Distribución de personas según tratamientos utilizados para el COVID 19, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

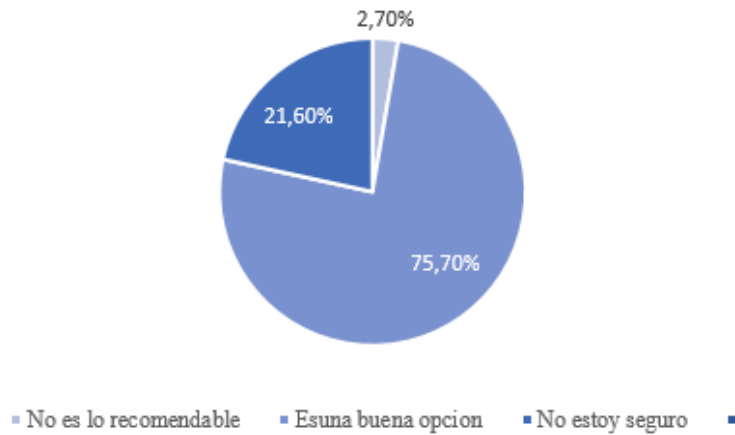


Figura N° 13 Distribución porcentual de personas según el conocimiento sobre la utilización de dispositivos de oxigenoterapia de alto flujo nasal y posición prono en personas infectadas con COVID 19 grave, Costa Rica 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

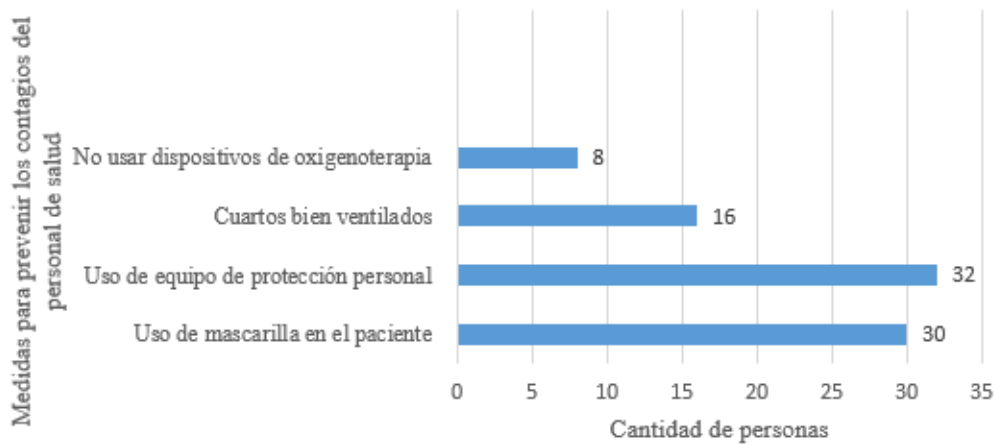


Figura N° 14 Distribución de personas según el conocimiento sobre la utilización de medidas para prevenir contagios del personal de salud dentro de un hospital o centro de salud, Costa Rica 2021. Fuente: elaboración propia 2021.

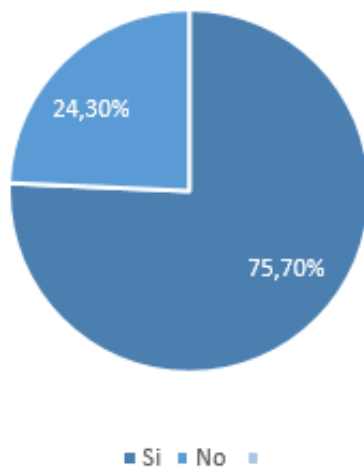


Figura N° 15 Distribución porcentual de personas según la aplicación de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

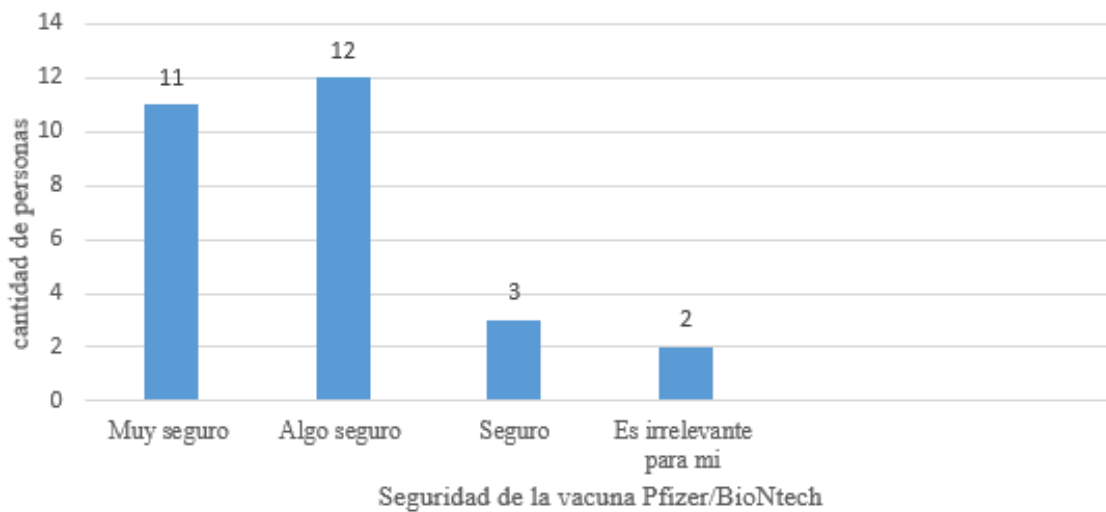


Figura N° 16 Distribución de personas según la seguridad de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

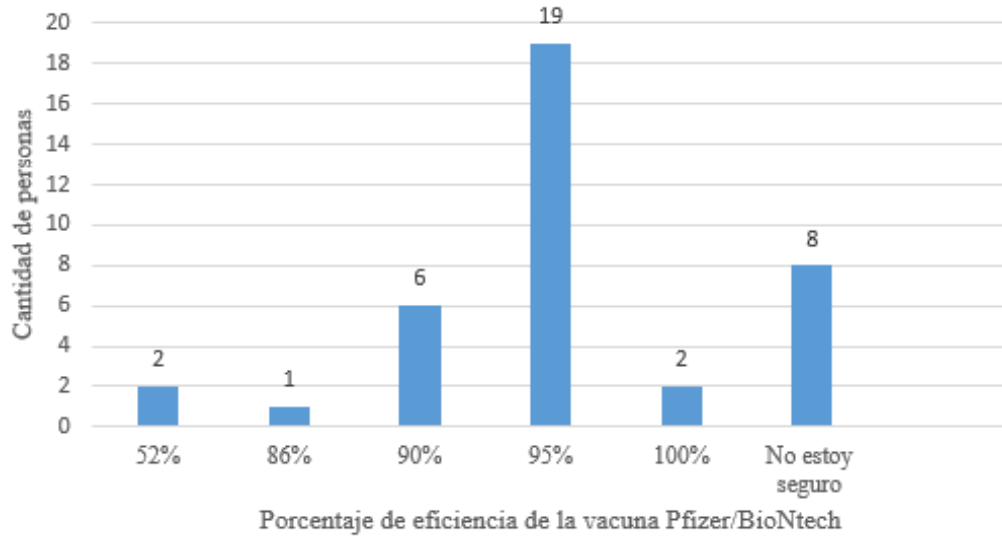


Figura N° 17 Distribución de personas según el porcentaje de eficiencia de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

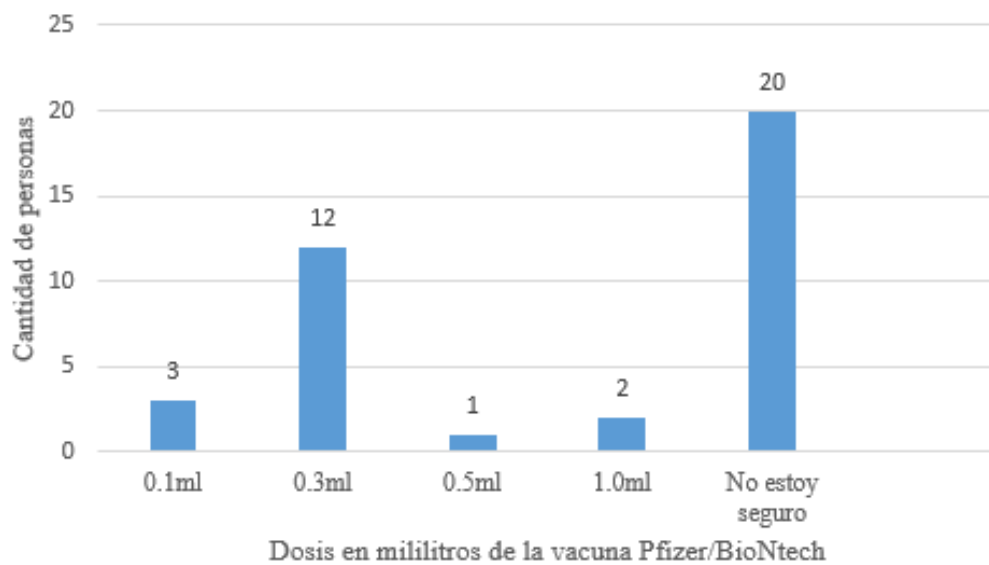


Figura N° 18 Distribución de personas según la dosis en mililitros la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021. Fuente: elaboración propia 2021.

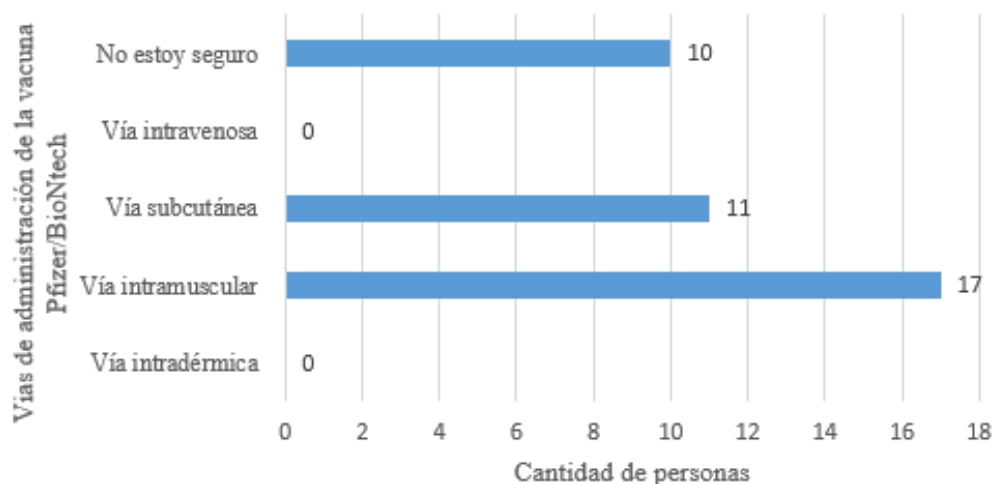


Figura N° 19 Distribución de personas según la vía de administración de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

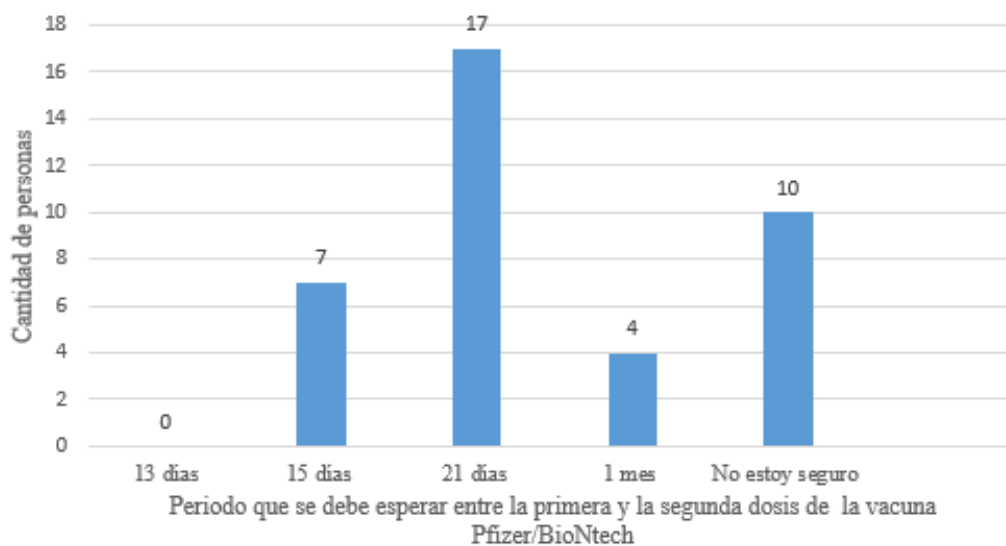


Figura N° 20 Distribución de personas según el periodo de tiempo que de sebe esperar entre la primera y la segunda dosis de la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

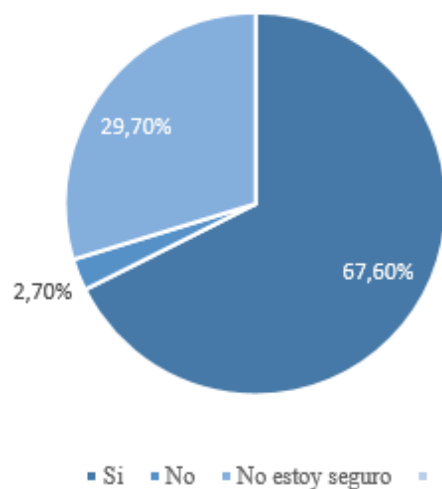


Figura N° 21 Distribución porcentual de personas según usuarios a los que se les puede aplicar la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

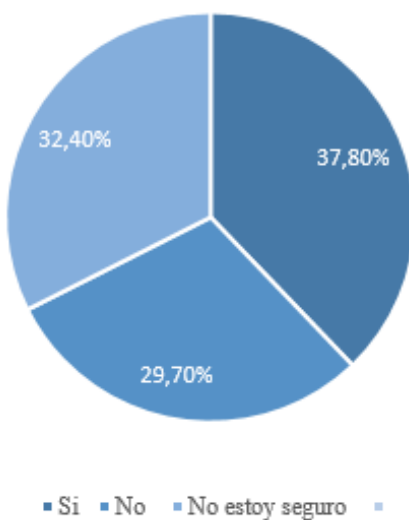



Figura N° 22 Distribución porcentual de personas según usuarios en los que está contraindicado la vacuna Pfizer/BioNtech, Costa Rica, 2021.

Fuente: elaboración propia 2021.

Anexo 5. Declaración Jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Marlon León Rodríguez, cédula de identidad número 1-1599-0267, en condición de egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciatura en Enfermería titulado “CONCEPTOS ERRÓNEOS COMUNES SOBRE COVID-19 ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, RELACIONADO CON CONDICIONES LABORALES, COSTA RICA, 2021.”. Es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por la Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior, en ciudad de San José, Barrio Aranjuez, el día 14 de junio del 2021.


Marlon Eduardo León Rodríguez
Cédula: 1-1599 0267

Anexo 6. Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 14 de junio, 2021

Vanessa Aguilar Zeledón MSc.
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante MARLON LEON RODRIGEZ, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado CONCEPTOS ERRÓNEOS COMUNES SOBRE COVID-19 ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, RELACIONADO CON CONDICIONES LABORALES, COSTA RICA, 2021. El cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos la postulante obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL	100%	85

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

IRLEANNY
PATRICIA SOLERA
PORRAS (FIRMA)

Firmado digitalmente por
IRLEANNY PATRICIA
SOLERA PORRAS (FIRMA)
Fecha: 2021.06.14
16:20:01 -06'00'

Irleanny Solera Porras MSc.
Cédula identidad 1-1412-0968
Carné Colegio Profesional E-12175

Anexo 6. Carta de la lectora

CARTA DE LA LECTORA

San José, 22 de julio 2021.

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

El estudiante **MARLON LEÓN RODRÍGUEZ**, cédula **1-1599-0267**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“CONCEPTOS ERRÓNEOS COMUNES SOBRE COVID-19 ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, RELACIONADO CON CONDICIONES LABORALES, COSTA RICA, 2021.”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Por consiguiente, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

Firmado digitalmente
por MARIA MARCELA
CASTRO MENDEZ
(FIRMA)
Fecha: 2021.07.22
13:01:37 -06'00'

MSc. Marcela Castro Méndez
Cédula identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN**

San José, 11 de agosto del 2021

Señores:

Universidad

Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) MARLON LEÓN RODRÍGUEZ con número de identificación 1-15990267 autor (a) del trabajo de graduación titulado CONCEPTOS ERRÓNEOS COMUNES SOBRE COVID-19 ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA, RELACIONADO CON CONDICIONES LABORALES, EN COSTA RICA DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2021, como requisito para optar por el grado de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA; *SI* autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



1-15990267

Firma y Cédula de Identidad

ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR Y
PERMITIR LA CONSULTA Y USO

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.