



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en
personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red
de Salud Utcubamba, 2022.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autor:

**Bach. Fredy Toro Tapia
Orcid: 0000-0002-5826-4995**

Asesor:

**Mg. Lenin Yonel La Torre Rosillo
Orcid: 0000-0001-5497-0203**

Registro: UPA-PITE0058

Bagua Grande – Perú

2023

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en
personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red
de Salud Utcubamba, 2022.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autor:

Bach. Fredy Toro Tapia

Orcid: 0000-0002-5826-4995

Asesor:

Mg. Lenin Yonel La Torre Rosillo

Orcid: 0000-0001-5497-0203

Registro: UPA-PITE0058

Bagua Grande – Perú

2023

Dedicatoria.

A Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza, en los momentos más cruciales de mi vida, su amor y misericordia me contuvieron para no claudicar en el proceso de formación profesional en la carrera de enfermería.

Así mismo, a mis padres por brindarme su amor, confianza y su apoyo incondicional para lograr culminar una de mis metas trazadas por ello estaré eternamente agradecido.

Finalmente, a toda mi familia y amigos por incentivarme cada día a seguir con este proyecto de mi vida. Gracias a todos por sus consejos y por estar presente en este largo proceso de aprendizaje que finalmente da como resultado la culminación de mi carrera profesional de enfermería.

Fredy.

Agradecimiento

Mi profundo agradecimiento a Dios, quién en este lapso de tiempo con su gran amor y misericordia me ha brindado la vida, salud y las fuerzas necesarias para la culminación de una etapa importante para mi vida.

A mis padres, José Toro R y Mariela Tapia A. que, con su esfuerzo, sacrificio, su apoyo incondicional y la confianza obsequiada por ellos lograron que yo me superara cada día y finalmente todo lo mencionado ha dado como resultado terminar con mi carrera profesional de enfermería.

A mis amigos y familiares por su confianza, apoyo y cooperación que realizaron para poder ser una mejor persona y un buen profesional, agradecerles de todo corazón porque me acompañaron en los momentos más cruciales de mi vida, incentivándome con sus buenos consejos y deseos.

A la Universidad “Politécnica Amazónica” – Bagua Grande, en donde me formé como profesional por ello quiero expresar mi sincero agradecimiento por permitirme forjar mis conocimientos y habilidades durante los años transcurridos y terminar con éxito mi carrera profesional de enfermería.

Finalmente, a todos los docentes, por ser mis mentores en estos años académicos, quienes compartieron sus conocimientos, experiencias, habilidades y por inculcarnos día a día a superarnos más y ser los mejores a través de su apoyo incondicional. Hago llegar cordial agradecimiento a cada uno de ustedes y mi admiración por tan loable labor.

El autor

Autoridades universitarias académicas

Dr. Ever Salomé Lázaro Bazán

Rector

Mg. José Sergio Campos Fernández

Coordinador

Visto Bueno del Asesor

Yo, Lenin Yonel La Torre Rosillo, identificado con DNI N°44472382 con domicilio en Jr Fortaleza Cda 1, ciudad de Bagua, docente de la Facultad de Ciencias de la Salud, dejo constancia de estar asesorando a la tesista: Fredy Toro Tapia, en su tesis titulada: “Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022”; asimismo dejo constancia que ha levantado las observaciones señaladas en la revisión previa a esta presentación.

Por lo indicado, doy fe y visto bueno.

Bagua Grande, 26 de enero del 2023



Mg. Lenin Yonel La Torre Rosillo

Firma del asesor

Jurado Evaluador



Dr. Ever Salomé Lázaro Bazán
Presidente



Mg. Marlith Aguilar Camán
Secretaria



Mg. Roberto Pariente Villegas
Vocal

Declaración jurada de no plagio

Yo, Fredy Toro Tapia, peruano de nacimiento con DNI N° 749413412, bachiller de la escuela de enfermería de la Universidad Politécnica Amazónica.

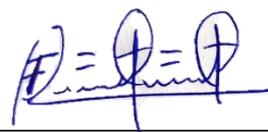
Declaro bajo juramento que:

1. Soy autor de la Tesis Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022. La misma que presento para optar el título profesional de Licenciado en enfermería.
2. La tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencia Vancouver para las fuentes consultadas.
3. La tesis presentada no atenta contra derechos de terceros.
4. La tesis no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
5. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados.
6. Se ha respetado las consideraciones éticas en la investigación.

Por lo expuesto, mediante la presente asumo toda la responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría, originalidad y veracidad del contenido de la tesis, así como por los derechos sobre la obra y/o invención presentada. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir todas las cargas pecuniarias que pudiera derivarse para la Universidad Politécnica Amazónica en favor de terceros por motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido de la tesis.

De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo de investigación haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias o sanciones civiles y penales que de mi acción se deriven.

Bagua Grande, 26 de diciembre del 2022



Bach. Fredy Toro Tapia

Índice

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Página de las autoridades universitarias.....	v
Página visto bueno del asesor.....	vi
Página de Jurado.....	vii
Declaración de no plagio.....	viii
Índice.....	ix
Índice de tablas.....	x
Índice de figuras.....	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
I. Introducción.....	14
1.1. Realidad Problemática:.....	14
1.2 Formulación del Problema:.....	17
1.3 Justificación:.....	17
1.4 Hipótesis:.....	18
1.5 Objetivos General.....	18
1.6 Objetivos Específicos:.....	18
II. Marco Teórico:.....	19
2.1 Antecedentes de La Investigación:.....	19
2.2 Bases Teóricas.....	21
2.2 Definición de Términos.....	35
III Material y método:.....	37
3.1 Diseño de investigación.....	37
3.2 Población, muestra y muestreo:.....	37
3.3 Determinación de variables:.....	38
3.4 Fuentes de Información:.....	38
3.5 Métodos:.....	38
3.6 Técnicas e Instrumentos:.....	39
Validez y confiabilidad.....	40
3.7 Procedimiento.....	40
3.8 Análisis de Datos.....	40
3.9 Consideraciones Éticas:.....	41
IV. Resultados.....	42
V. Discusión.....	45
Conclusiones.....	47
Recomendaciones.....	48
Referencias Bibliográficas.....	49
Anexos.....	56

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.....	42
Tabla 2. Características sociodemográficas de personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.....	43
Tabla 3. Nivel de conocimiento según características sociodemográficas sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.....	44

Índice de figuras

Figura 1. Nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.....	42
--	----

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022. Es de diseño no experimental, descriptivo. La muestra estuvo conformada por 363 personas. Se aplicó como instrumento el cuestionario Escala de Conocimientos básicos sobre infección por SARS-CoV-2. Resultados: El nivel de conocimiento sobre infección por SARS-CoV-2 fue regular en un 59%, adecuado un 26,7% y el 14,3% no adecuado. Respecto a las variables sociodemográficas, más de la mitad son varones, el 46% tienen secundaria completa, la edad promedio fue de 40,9 años, siendo el 28,4% entre 31-43 años; además el 36,9% son casados. En relación a las características sociodemográficas y en nivel de conocimiento, se identificó que de las personas que tienen un nivel regular de conocimiento sobre el SARS-CoV-2, el 28,4% son mujeres y el 30,6% son hombres, el 28,1% tienen secundaria completa, el 19% tienen edades entre 18-30 años. Las personas con estado civil casado tienen un nivel de conocimiento adecuado en un 36,9%. Conclusión: Se determinó que el nivel de conocimiento sobre SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de vacunación de la Red de Salud Utcubamba fue regular.

Palabras claves: Conocimiento, SARS-CoV-2, brigadas de vacunación.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the level of knowledge about SARS-CoV-2 infection in people assisted by vaccination brigades of the Utcubamba Health Network, 2022. It is of a non-experimental, descriptive design. The sample consisted of 363 people. The Basic Knowledge Scale questionnaire on SARS-CoV-2 infection was applied as an instrument. Results: The level of knowledge about SARS-CoV-2 infection was regular in 59%, adequate in 26.7% and 14.3% not adequate. Regarding the sociodemographic variables, more than half are male, 46% have completed high school, the average age was 40.9 years, with 28.4% between 31-43 years; In addition, 36.9% are married. In relation to the sociodemographic characteristics and the level of knowledge, it was identified that of the people who have a regular level of knowledge about SARS-CoV-2, 28.4% are women and 30.6% are men, the 28.1% have completed high school, 19% are between 18-30 years old. People with marital status married have an adequate level of knowledge in 36.9%. Conclusion: It was determined that the level of knowledge about SARS-CoV-2 in people assisted by vaccination brigades of the Utcubamba Health Network was regular.

Keywords: Knowledge, SARS-CoV-2, vaccination brigades.

I. Introducción

1.1. Realidad problemática:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al SARS-CoV-2 (COVID-19) como una enfermedad infecciosa¹. En las Américas según reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a julio del 2022 existe un total de 170 969 051 casos, 2 792 768 muertes notificadas y 1 942 091 914 de vacunas administradas². Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entre el 2020-2021 hubo un total de 14,9 millones de muertes asociadas indirecta o directamente y un 84% de muertes se ubica en el Sudeste Asiático, Europa y las Américas³.

La OPS, refiere que las redes sociales han motivado la difusión de mensajes erróneos respecto a la COVID-19, entre los mitos que se difundieron fue que el “virus no existe”, y que el virus fue una creación para obtener ganancias a quienes fabrican las vacunas, otro mito fue que las “vacunas no son seguras”; es decir que pueden ocasionar la muerte⁴.

En las Américas, a julio del 2022, se han reportado 161 millones de casos confirmados en el primer semestre del presente año, además se reportó que cerca del 70% de la población ha sido completamente inmunizada; sin embargo 224 millones aún no han recibido ni la primera dosis, yendo en primer lugar Chile con el 90% de su población con sus dosis completas, seguido de Cuba con un 88,6% y en último lugar se ubica Guatemala con un 36,3%⁵.

Esta enfermedad actualmente continúa propagándose debido a factores como el desconocimiento y las actitudes negativas a las prácticas de autocuidado de la salud⁶. En Latinoamérica, investigaciones realizadas en habitantes ecuatorianos sobre conocimiento que tienen sobre la COVID-19 en el 2021 se encontró que un 55,9% tenía un nivel bueno, existiendo ciertas diferencias entre varones y mujeres⁷. En el 2020 en México hallaron que, solo un 15% de los encuestados sabían sobre el coronavirus, un 27% conocían quienes tienen mayor riesgo de enfermarse y un 11% referían que se transmite mediante mucosas, secreciones, lagrimas, saliva y fluidos⁸.

En Perú, el primer caso de COVID-19 fue confirmado en marzo del 2020, declarando el gobierno emergencia sanitaria a nivel nacional. La vacunación en nuestro país

inicio en febrero del 2021 con el personal de salud, aplicando 1 millón de dosis, seguido por las Policía Nacional de Perú, Fuerzas Armadas y Bomberos, hasta el 2021 la vacuna más aplicada ha sido Pfizer⁹. Según informe del Banco Central de Reserva del Perú en setiembre del 2021 cerca del 80% de personas mayores de 80 años se encontraban vacunados con 2 dosis; mientras que el grupo entre 60-69 años muestra una cobertura del 50% la población menor de 59 años no superaba el 5% de la vacunación con dos dosis. La tasa de mortalidad se fue reduciendo, en la población de 80 años a más disminuyó cerca del 60% entre abril y junio, de igual forma en grupo de edades entre 70-79 años disminuyó un 65,4%. Asimismo, el índice de contagios decreció conforme avanzaba el proceso de la vacunación¹⁰.

Una estrategia de vacunación para la prevención de la COVID-19 fueron la Brigadas de vacunación con la finalidad de reducir el riesgo en la población residente en territorio peruano¹¹. A julio del 2022 se han registrados 81 115 779 dosis aplicadas de vacunas COVID-19 en nuestro país¹². Se han venido desarrollando en nuestro país estudios en determinadas poblaciones con la finalidad de evaluar el conocimiento que tienen las personas a frente al COVID-19, como el realizado a un grupo de comerciantes de la ciudad de Iquitos donde se halló que más del 80% presentó un conocimiento incorrecto sobre la enfermedad¹³, observándose un vacío en el campo del conocimiento de la prevención de esta enfermedad, teniendo en cuenta que el conocimiento es el principal recurso con que cuentan las personas para solucionar sus problemas o necesidades¹⁴.

La Dirección Regional de Salud Amazonas (DIRESA) busca cerrar brechas de vacunación (1ras dosis, 2das dosis, 3ras y 4tas dosis) en los diferentes grupos etarios al inocular en diferentes lugares de Amazonas, con el propósito de proteger a la población contra la COVID-19, para fortalecer la respuesta inmunitaria, y mejorar la capacidad de respuesta ante las formas graves de la enfermedad y nuevas variantes de la COVID-19.

La Red de Salud Utcubamba, ha llevado a cabo estrategias de vacunación donde se promueve las campañas de vacunación en los distintos grupos etarios, (niño y niñas de 5-11 años) (adolescentes 12-17 años), (mayores de 30 años) según la

dosis respectiva, para ello se ha destinado distintos centros de vacunación como Hospital Santiago Apóstol, C.S. Utcubamba, entre otros.

Como parte del objetivo de la Red de Salud Utcubamba, en coberturar eficazmente a la población de Bagua Grande, en edad de vacunación contra la COVID-19, se viene ejecutando el cumplimiento del esquema de vacunación a través de las brigadas de vacunación, las que están compuestas por un (a) licenciado(a) en enfermería y técnico(a) en enfermería, quienes se trasladan y recorren distintos lugares de Bagua Grande, como instituciones educativas, mercados, restaurantes, domicilios, ubicándose en puntos estratégicos promoviendo la accesibilidad a la vacunación contra la COVID-19, y cerrando las brechas de vacunación.

Según Reporte único nacional de información en salud (REUNIS) a julio del 2022 en Bagua Grande se tuvo la meta de vacunación de 55,767, habiéndose aplicado a la actualidad 46,937 dosis¹⁵, quedando un importante porcentaje de población por coberturar contra la COVID-19, según grupo etario, o dosis de refuerzo; son distintas las situaciones que expresan las personas que aún no han completado su esquema de vacunación, o que, en algunos casos, manifiestan no tener interés en ser vacunados, por motivo de desconfianza en la sustancia inoculada o falta de información sobre la protección que puede brindar una vacuna en general, en algunos otros casos el trabajo se convierte en el pretexto perfecto para no cumplir con la vacunación, así, como el descuido de los padres de conducir a su menor hijo (a) a los centros de vacunación, algunos bajo la percepción que los menores de edad no se ven afectados por la enfermedad.

Como futuro profesional de enfermería, que forma parte de las brigadas de vacunación contra la COVID-19, y en compromiso abierto a la profesión que elegí; la realidad que se presenta en el día a día es posible modificar, para ello, con la finalidad de poder identificar y trabajar en ello promoviendo una respuesta positiva de la población de Bagua Grande en referencia al virus del SARS-CoV-2 (COVID-19) se ha creído por conveniente plantear el siguiente problema:

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022?

1.3 Justificación

A pesar de haberse demostrado la eficacia de las diversas vacunas contra la infección por SARS-CoV-2, existe una parte de la población que no está de acuerdo en recibir la vacuna, entre la razón identificada se puede atribuir a la infodemia,(conjunción de los términos “epidemia” e “información”)¹⁶ por la que se transmite un exceso de información carente de sustento científica generadora de un impacto negativo que influencia la percepción de los individuos hacia la vacunación, quienes se ven influenciados por la abundante información a través de los medios de comunicación, por medio de fuentes no confiables, exposición de datos manipulados, o la predicación de falsos expertos, que lejos de informar, desvirtúan la información científica, mezclándola con rumores y especulaciones, creándose, en ciertos grupos etarios posiciones contradictorias frente a la enfermedad, impidiendo con libertad procesar la información y afectando la capacidad de discernimiento, libre de prejuicios de carácter social, cultural, y hasta de contexto político.

Esta investigación permite disipar desaciertos y prejuicios sobre la vacunación contra el SARS-CoV-2 (COVID-19), desterrando la información carente de asidero científico, que, desde el inicio de la pandemia ha venido circulando, e interfiriendo con el proceso de vacunación, para el óptimo cumplimiento del esquema de vacunación, población de diferentes grupos etarios, quienes se rehúsan a cumplir con el esquema de vacunación de forma voluntaria, viéndose motivados en muchos casos sólo por restricciones impuestas a nivel de gobierno, restando importancia al proceso de vacunación, que a nivel mundial, las vacunas son significativamente la respuesta a epidemias y control de enfermedades.

Actualmente, no existen estudios similares en Utcubamba, los resultados permiten a la Red de Salud Utcubamba tener un mayor alcance del ¿Por qué? Las personas se rehúsan a cumplir con su esquema de vacunación, mostrando desinterés e indiferencia hacia la vacunación. Por contar con el apoyo de la Red de Salud

Utcubamba en la información, esta investigación cuenta con datos reales, que para el estudio son altamente confiables.

1.4 Hipótesis:

El nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba-2022, es regular.

1.5 Objetivos General

Determinar el nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022

1.6 Objetivos específicos

- Identificar características sociodemográficas como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y procedencia en personas asistidas por brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.
- Identificar el nivel de conocimiento según características sociodemográficas sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022

II Marco Teórico

2.1 Antecedentes de la investigación:

A nivel internacional

Corrales, et al. En una investigación realizada en Cuba (2021), caracterizaron el nivel de conocimientos sobre la infección por COVID-19 y algunos factores asociados en una población cubana. Estudio analítico. La muestra constituida por 326 sujetos del municipio Jiguaní. Resultados: La edad promedio fue de 52,4 años, el 63,5% eran mujeres y un 32,2% eran preuniversitarios. En lo referente al conocimiento, la pregunta que respondieron acertadamente fue sobre la conducta a seguir frente a los síntomas de un resfrío y sospecha de infección por SARS-CoV-2, además hallaron un nivel de conocimiento adecuado. Concluyeron que, la mayoría de la población posee un adecuado nivel de conocimientos, asociado con la edad, el nivel educativo y haberse informado por televisión¹⁷.

Tenelanda et al. En Ecuador (2021), realizaron un estudio para comparar el conocimiento sobre el COVID-19 entre estudiantes de diferentes carreras de una universidad ecuatoriana. Investigación de tipo descriptiva. La muestra estuvo conformada por dos grupos de 300 estudiantes cada uno (grupo estudiantes de odontología y grupo estudiantes de otras carreras). Resultados: Un 48,7% de estudiantes fueron informados sobre el virus por un familiar profesional en salud; a diferencia de un 17,8% que afirman no haber recibido ninguna información a pesar de ser personal de salud sus familiares; en relación al género los varones presentaron un buen nivel de conocimiento (55,9%) en comparación a las mujeres quienes obtuvieron el nivel “muy bueno” (57,1%), respecto al conocimiento sobre el COVID 19 fue de muy bueno en la mayoría de los participantes (90,2%), los estudiantes de odontología obtuvieron un 46,7% en relación a otras carreras diferentes a salud (43,5%). Concluyeron que la diferencia porcentual es mínima entre el nivel de conocimiento de los estudiantes de odontología respecto a otras carreras⁷.

Freyermuth, Meza y Torres. En México (2020), desarrollaron una investigación para describir los conocimientos y las concepciones causales ante la COVID-19 en pobladores mexicanos. Estudio descriptivo y prospectivo, constituido por 963 personas. Encontrando que, la población en más de un 50% tienen conocimientos sobre los aspectos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad, respecto a las

causales de la enfermedad, sus respuestas fueron agrupadas en base a modelos explicativos, enmarcándolos en el modelo moral con un 40%, determinista con un 38,7%, agencial con un 17,8% y xenofóbico con un 3,1%⁸.

Gómez et al. En una investigación realizada en Cuba (2020), evaluaron el nivel de conocimiento sobre COVID-19 en usuarios de un consultorio. Recolectaron los datos mediante una encuesta a 415 personas del Policlínico, su estudio de tipo descriptivo-observacional. Resultados: El 95,4% tenían un buen nivel de conocimiento, el 80% conocía sobre los síntomas clínicos y el 93,7% sabía diferenciar al COVID-19 de otras enfermedades respiratorias, en relación a medidas preventivas fue el adecuado¹⁸.

Martínez, et al. En la investigación que realizaron en Colombia (2020), describieron los conocimientos y las percepciones de una población colombiana. El estudio fue observacional y su muestra fue de 1 995 personas. Resultados: Más de la mitad son mujeres, el promedio de edad fue de 32 años, menos de la mitad tenía formación universitaria En relación a conocimientos, más del 60% de la población estuvo bien informada, identificaron las vías de transmisión, los síntomas y signos que tiene una persona infectada. Concluyeron: La mayor parte de la población identifica los grupos de alto riesgo, la sintomatología y las medidas de protección dadas por expertos¹⁹.

A nivel nacional

Tiznado. Llevó a cabo su estudio en Iquitos (2022), para determinar la asociación entre el conocimiento y la percepción de riesgo sobre COVID-19 en comerciantes de un mercado. Fue un estudio cuantitativo, con 74 comercializadores como muestra. Resultados: El 18,9% tenía un nivel de conocimiento óptimo, el 81,1% un nivel incorrecto, en percepción, casi todos tuvieron una percepción baja¹³.

López. En Cajamarca (2021), determinó el conocimiento sobre COVID - 19 en pobladores en un puesto de salud. Su estudio fue descriptivo, para recoger los datos aplicó un cuestionario de 10 preguntas a una muestra de 116 personas. Hallando que, la mayoría tenía edades entre 18-36 años, más de la mitad son de sexo femenino, el 83,62% son amas de casa, y el 43,10% tiene secundaria, en relación al nivel de conocimiento, el 67,24% tiene un nivel adecuado y el 32,76% no adecuado. Sobre los síntomas y sobre la infección por COVID-19, y que hacer frente a un posible contagio, se encontró en un buen nivel. Concluyó: El conocimiento que

tuvieron los pobladores atendidos en el Puesto de Salud Samana Cruz fue mayoritariamente adecuado²⁰.

Ortega. En Tacna (2021) determinó la relación entre el conocimiento y la actitud sobre el COVID-19 en estudiantes de una universidad nacional. Fue un estudio cuantitativo, descriptivo, su muestra estuvo conformada por 162 estudiantes a quienes les aplicaron un cuestionario. Resultados: El 58% tiene edades entre 21-30 años, la mayoría era de sexo masculino, más de la mitad pertenecían a la escuela de microbiología, el 98,8% no ha sido diagnosticado con COVID-19, el 53,7% tiene un conocimiento medio y casi toda una actitud favorable. Concluyó: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el COVID-19 en los universitarios²¹.

Oré. En la ciudad de Huancayo (2021) determinó el nivel de conocimientos sobre COVID-19 en los pobladores de un distrito, fue un estudio descriptivo y prospectivo. Con una muestra de 383 participantes. Hallando que el 86,9% saben que la forma de transmisión es por vía aérea; el 43,9% indica que el tiempo de incubación es de dos semanas, más de la mitad refirieron que los síntomas más habituales son la gripe o un resfrío. Concluyó que, los pobladores tienen un nivel bajo en conocimientos 84,9%²².

Paredes. En Huancayo (2020) determinó en universitarios el nivel de conocimiento sobre SARS CoV-2. Su estudio fue observacional, para la recolección de datos aplicó una encuesta a 305 estudiantes. Los resultados indicaron que, más de la mitad son sexo femenino, el 79% no tiene ningún familiar en el sector salud, en relación al conocimiento el 96,1% tienen un nivel alto. Concluyó que, los estudiantes tienen un nivel óptimo de conocimiento²³.

A nivel local

Según búsqueda, los resultados nos indican que no hay estudios sobre el tema en estudio.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Conocimiento

El conocimiento manifestado a través de un conjunto de representaciones se adquiere del contexto donde interactúa el ser, el cual es cambiante, por consiguiente, el conocimiento que se adquiere cambia en relación al tiempo,

entonces el hombre construye el conocimiento en base a una realidad, el cual se hace más complejo cuando se enfrenta a contextos más complejos²⁴.

El conocimiento refiere a la acción y efecto de conocer, a través de la obtención de información para entender la realidad a través del razonamiento, el entendimiento y la inteligencia; proceso de aprender²⁵.

Según Mario Bunge el conocimiento pertenece a una variedad de enunciados, ideas y conceptos; precisos y secuenciales, informales o inexactos²⁶.

En un sentido amplio el conocimiento se relaciona a toda aquella información acumulada en referencia a un determinado tema. En sentido particular se refiere a un conjunto de destrezas y habilidades y procesos mentales, que va hacer adquiridos por la persona, cumpliendo un rol interpretador de la realidad, para la resolución de problemas y direccionamiento del comportamiento²⁷.

La OMS manifiesta que el conocimiento en relación a la vacunación de una enfermedad en particular es trascendente, y de relevancia para la toma de decisiones, la aceptación, o no aceptación de una vacunación está, sujeta a la información que se posee sobre las vacunas, cabe destacar que la vacunación en el personal de salud es parte del orden de prelación por encontrarse dentro de la población de mayor riesgo (primera línea), teniendo en cuenta que el esquema completo demanda la aplicación de (2 dosis) debiendo garantizar que cada persona vacunada reciba la (2da dosis) de igual fabricante respecto de la vacuna de (1ra dosis)²⁸.

El conocimiento sensible o sensorial

Las representaciones visuales (imágenes), son perceptibles al sentido de la vista, es decir este conocimiento está caracterizado por todo aquello percibido por el sentido de la vista incluyendo (representaciones, sensaciones, percepciones), la vista conduce a la acumulación en la mente de imágenes, estructuras, dimensiones, colores, creando recuerdos y experiencias²⁹.

El conocimiento conceptual

Se manifiesta a través del lenguaje (capacidad del hombre), este lenguaje se transmite por medio de símbolos abstractos combinado con conceptos de mecanismos cognitivos, este nivel de conocimiento se origina de forma estructura

en la persona (designa, clasifica, enumera, interpreta, o categoriza), por medio de palabras o frases, identificando una realidad conocida para el agente²⁹.

El conocimiento holístico

El término holístico hace alusión a algo completo e integrado, que debe ser estudiado como tal y no en división. La característica de este nivel es ser integrador y explicativo de la teoría, dirigiendo su enfoque hacia la comprensión del proceso en su totalidad. Se llega a una capacidad de interpretación y entendimiento sobre las cosas en totalidad y complejidad, haciéndolo susceptible de ser apreciado en sus particularidades, interacciones y métodos²⁹.

2.2.2 El Virus SARS-CoV-2

Los coronavirus son virus ARN monocatenarios positivos que tienen forma esférica y unas proteínas en forma de punta, proyectándose desde su superficie de donde proviene su denominación semejante a una corona solar³⁰.

El SARS-CoV-2, es una afección conocida como COVID-19, ocasiona afectación de la función respiratoria, en complicaciones mayores requiere ventilación mecánica. Al tener una mayor capacidad para afectar el tracto respiratorio inferior los casos pueden desencadenar en neumonía atípica grave, evolucionando a insuficiencia respiratoria llegando a síndrome respiratorio agudo altamente mortal. Generalmente se presenta una mayor afección en personas de edad avanzada o con presencia de comorbilidades, manteniendo una capacidad de diseminación superior en el organismo en comparación a otros virus de la misma familia³¹. El periodo de incubación del SARS-CoV-2 es de 5 días en promedio, mayor en comparación al de la influenza H1N1³⁰.

El SARS-CoV-2 está envuelto en una bicapa lipídica derivada de la membrana de la célula huésped y constituido por cuatro proteínas estructurales que son la proteína espiga (S), membrana (M), envoltura (E) y nucleocápside (N), además de una hemaglutinina-esterasa. La proteína (S) es una proteína marcadamente glicosilada que forma las puntas homotriméricas en el plano de la partícula viral y es responsable del ingreso del virus en las células huésped. La proteína (M) es la responsable de su forma y la más cuantiosa en la estructura viral. La proteína (E) se encuentra en mínimas cantidades y es responsable de la liberación de las partículas virales de las células huésped. La proteína (N) se ubica en el núcleo permitiendo la interacción con el ARN viral y dando forma a la nucleocápside. Esta proteína es

indispensable en el empaquetamiento del ARN viral en el proceso de su ensamblaje³⁰.

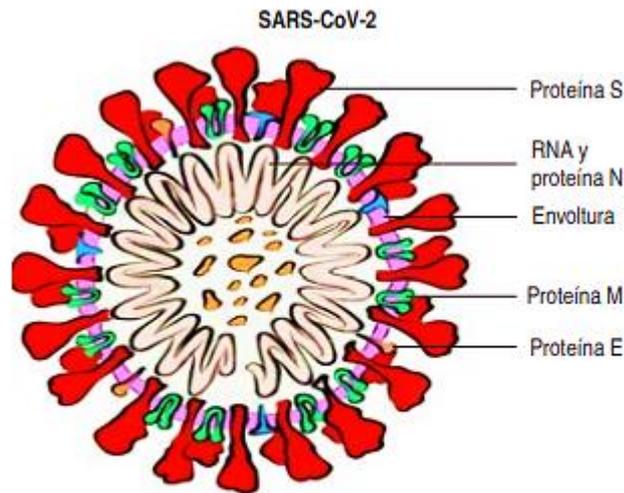


Figura 1: Esquemática del virus SARS-CoV-2. Se puede apreciar la disposición de las proteínas que componen el virión de los coronavirus humanos. (Dibujado por Alvarado Amador Osmar de Jesús).

Fuente. Revista latinoamericana de Infectología Pediatría³²

Etiología

El SARS-CoV-2 se descubrió en muestras de lavado broncoalveolar tomadas de grupos de pacientes que presentaron neumonía de causa desconocida en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei (China), en diciembre del 2019³³.

Los coronavirus son una familia numerosa de virus del ácido ribonucleico (RNA) con envoltura, algunos de los cuales causan enfermedades en las personas (p. ej., el resfriado común, el síndrome respiratorio agudo severo [SARS], el síndrome respiratorio de Oriente Medio [MERS]), y otros que se propagan entre mamíferos y aves. Con escasa frecuencia, los coronavirus de animales pueden transmitirse a los seres humanos y posteriormente entre seres humanos, como fue el caso del SRAG y el MERS³³.

El SARS-CoV-2 pertenece al subgénero de Sarbecovirus de la familia coronaviridae y es el séptimo coronavirus del cual se conoce y que infecta a seres humanos. Se ha encontrado que el virus presenta características similares a las del coronavirus del SARS proveniente de los murciélagos, pero se diferencia del SARS-CoV y del MERS-CoV. El genoma completo ha sido determinado³³.

Variantes

Según la OMS una variante produce cambios genético que afectan las peculiaridades del virus, como la transmisibilidad, la gravedad de la afección, el escape inmunitario o el escape diagnóstico o terapéutico; identificándose como originador de una transmisión comunitaria representativa de múltiples grupos de casos, en varios países con una prevalencia creciente junto con un número de casos que se incrementan en el tiempo, u otros impactos epidemiológicos supuestos que apuntan un riesgo emergente para la salud pública mundial³⁴.

– Subvariante Omicron

La variante Ómicron (B.1.1.529) de SARS COV-2 es la 5ta variante de mayor atención descrita por la Organización Mundial de la Salud, con una eventual potencial de transmisibilidad y/o un grado de escape inmune mayor dado el número de mutaciones, particularmente en la proteína spike³⁵.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), pronosticó que si el 1% de las afecciones por SARS-CoV-2 se originan por Ómicron, convirtiéndose en la variante dominante en Europa, responsable de un porcentaje mayor al 50% de recientes afecciones al 1 de enero de 2022³⁵.

La variante ómicron, es más infecciosa y presenta dificultad para su identificación, sin embargo, su mortalidad es menor en comparación a otras variantes que ocasionan la enfermedad. Detectada por primera vez en Sudáfrica el 24 de noviembre de 2021 y es estimada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como "variante de preocupación" por su alto número de mutaciones (las variantes alfa, beta, gamma y delta también se encuentran en esta categoría). Entre sus características presenta mayor transmisibilidad, produce un escape inmunológico pudiendo infectar a individuos vacunados, altamente virulenta, pero con presencia de cuadros leves en comparación a otras variantes, generando un menor número de hospitalizaciones³⁶.

Vías de transmisión

La transmisión por contacto directo de persona a persona se produce al toser, estornudar o hablar, el alcance de las gotas cargadas de virus a las personas a su alrededor y las superficies donde caen estas gotículas³⁷.

Las vías de transmisión, incluyen el contacto, las gotículas, los fómites, la transmisión aérea, la transmisión fecal-oral, la transmisión hemática, la transmisión

maternofilia y la transmisión de animales al ser humano. Generalmente ocasiona, afecciones respiratorias manifestadas en cuadros leves a cuadros graves inclusive la muerte, y otras personas infectadas por el virus nunca presentan síntomas (asintomáticos)³⁸.

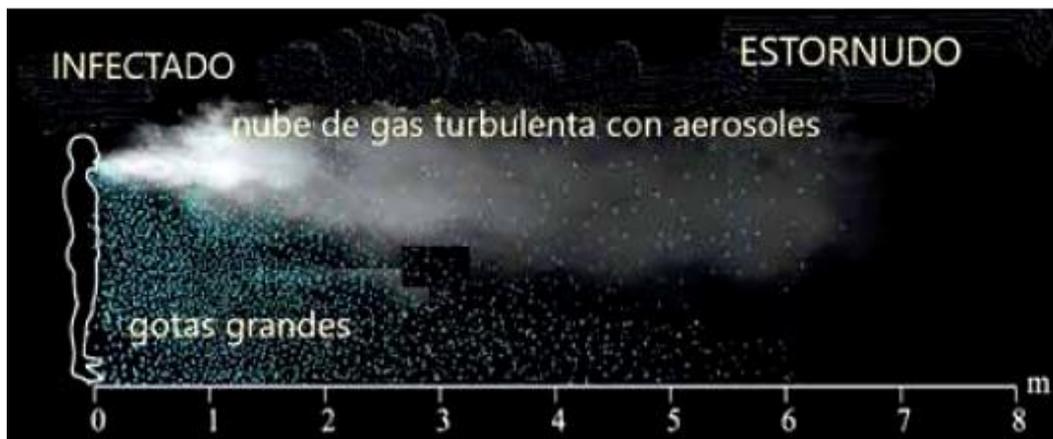
Las afecciones respiratorias son transmisibles a través de gotículas respiratorias, que tienen un diámetro de 5 a 10 micrómetros (μm), a través de núcleos goticulares, cuyo diámetro es inferior a 5 μm .¹ Según datos disponibles, el virus de la COVID-19 se transmite esencialmente en personas a través del contacto y de gotículas respiratorias³⁴.

La afección a través de gotículas se origina por contacto cercano (menor a un metro) de persona con síntomas respiratorios (por ejemplo, tos o estornudos), debido al riesgo de que las mucosas (boca y nariz) o la conjuntiva (ojos) por exposición a las gotículas. También se produce transmisión por gotículas a través de fómites en el entorno cercano de una persona infectada. Por consiguiente, el virus de la COVID-19 se puede propagar por contacto directo con persona infectada y, de forma indirecta, por contacto con espacios que se ubican en su entorno próximo, u objetos que haya empleado (por ejemplo, un estetoscopio o un termómetro)³⁴.

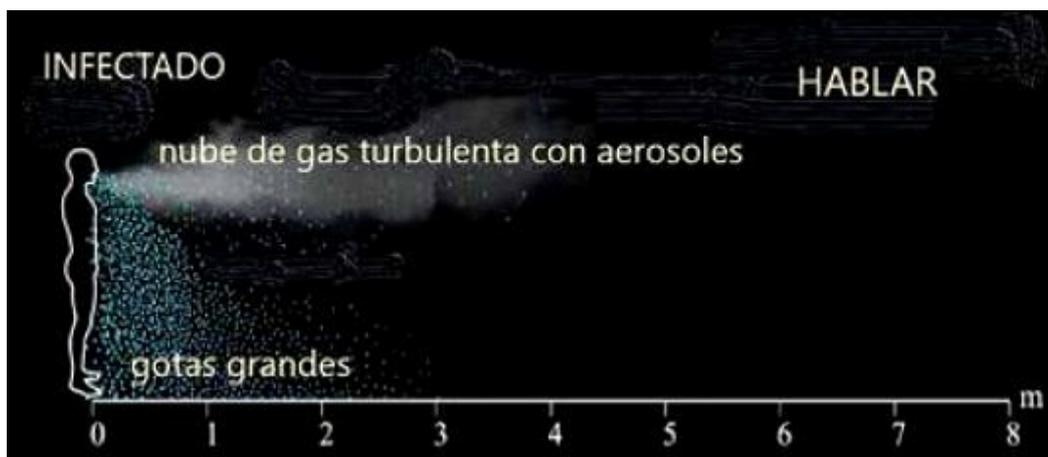
La propagación aérea del virus de la COVID-19 podría ser posible en eventos y lugares especiales en que se realizan procedimientos o se suministran tratamientos que pueden producir aerosoles (por ejemplo, intubación endotraqueal, broncoscopia, aspiración abierta, suministro de un fármaco por nebulización, ventilación manual antes de la intubación, giro del paciente a decúbito prono, desconexión del paciente de un ventilador, ventilación no invasiva con presión positiva, traqueostomía y reanimación cardiopulmonar)³⁴.

La transmisión perinatal (vertical) producida con escasa frecuencia mediante transmisión transplacentaria. Existen escasas demostraciones sobre la magnitud de la transmisión vertical y sus tiempos de transmisión. Se han identificado fragmentos virales en la leche materna; sin embargo, esta detección es infrecuente, ligado a síntomas leves en los lactantes³⁴.

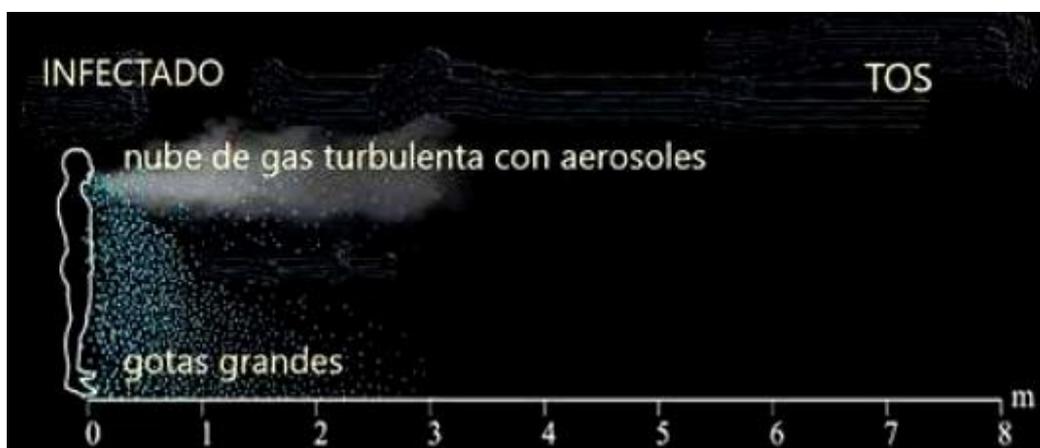
Existen pruebas de que el virus de la COVID-19 puede manifestar afección intestinal y evidenciar presencia en las heces. Hasta el momento, un único estudio ha cultivado este virus a partir de una sola muestra de heces y, hasta la fecha, no se ha tenido conocimiento de transmisión fecal-oral³⁹.



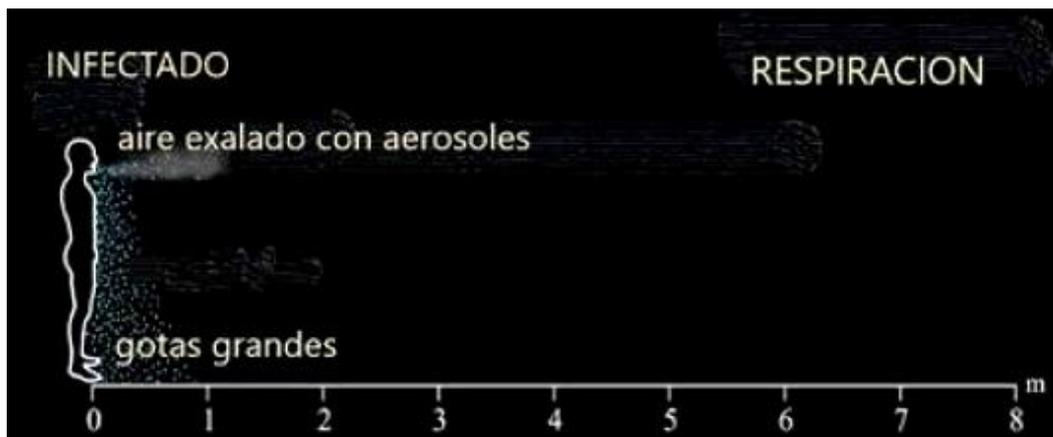
Fuente. Anales de la Facultad de Medicina³⁷



Fuente. Anales de la Facultad de Medicina³⁷



Fuente. Anales de la Facultad de Medicina³⁷



Fuente. Anales de la Facultad de Medicina³⁷

Manifestaciones clínicas (signos, síntomas)

La presencia de síntomas se da en el individuo de diferentes maneras, de acuerdo a la intensidad leve o moderada⁴⁰.

- Habituales: Fiebre, tos seca, cansancio⁴⁰.
- Menos comunes: Dolor de garganta, conjuntivitis, dolor de cabeza, molestias y dolores, erupciones cutáneas, pérdida del olfato o gusto⁴⁰.
- Graves: Incapacidad para hablar o de movimiento, sensación de falta de aire, o dificultad para respirar, o presión en el pecho⁴⁰.
- Caso sospechoso con exámenes auxiliares con imágenes de tórax mostrando hallazgos radiológicos relacionados a COVID-19⁴¹:

- **Radiografía de tórax:** Opacidades nebulosas.

- **Tomografía computarizada de tórax:** Múltiples opacidades de apariencia de vidrio esmerilado.

- **Ecografía pulmonar:** Líneas pleurales engrosadas.

- Persona con inicio de pérdida de olfato, gusto.

Caso leve: Presencia de cualquiera de los signos y síntomas (fiebre, tos, dolor de garganta, malestar general, dolor de cabeza, dolor muscular, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida del gusto y del olfato) sin dificultad para respirar, disnea o radiografía de tórax anormal⁴².

Caso Moderado: Durante la evaluación clínica se encuentra presencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores durante la evaluación clínica u observación de imágenes radiológicas, con saturación de oxígeno (SatO₂) $\geq 94\%$ a nivel del mar⁴².

Caso Severo: Las personas presentan $\text{SatO}_2 < 94\%$ a nivel del mar, existiendo una relación entre la presión parcial arterial de oxígeno y la fracción de oxígeno inspirado ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$) < 300 mmHg, frecuencia respiratoria > 30 respiraciones/min o compromiso pulmonar $> 50\%$ ⁴².

Signos de alarma: Mediante la evaluación se determinan las características clínicas del paciente que indicaran pronta atención médica, como sensación de falta de aire, dificultad para respirar, confusión, fiebre (temperatura mayor de 38°C) persistente mayor a 2 días, dolor en el pecho, coloración azul (cianosis o saturación de oxígeno menor a 95%)⁴².

Factores de riesgo

Se consideran factores de riesgo los siguientes⁴³:

- Edad avanzada mayor a 65 años, la presencia de síntomas peligrosos aumenta con la edad.
- Obesidad, índice de masa corporal mayor a 40, derivando en problemas cardíacos, inmunes, expuestos a infecciones.
- Enfermedades crónicas, respiratorias (asma), cardiovasculares (hipertensión arterial), estados de inmunosupresión, enfermedades y fármacos que reducen la actividad del sistema inmune.

Medidas de prevención

- Distancia de 1 metro con las demás personas, con o sin síntomas se puede transmitir la enfermedad⁴⁰.
- Correcto uso de la mascarilla⁴⁰.
- Frecuente lavado de manos, con agua y jabón, mínimo 20 segundos⁴⁰.
- Cubrirse la nariz y boca con el antebrazo o pañuelo desechable, al estornudar o toser⁴⁰.
- Evitar tocamientos con las manos sin lavar, en zonas como nariz, ojos, o boca⁴⁰.
- No mantener contacto directo con personas con afecciones respiratorias⁴⁰.
- Evitar el saludo de mano o beso en la mejilla⁴⁰.
- Limpieza de superficies en casa, oficina o negocio (manija de puertas, pasamanos, mesa, pisos, juguetes, entre otros)⁴⁰.
- Desechar correctamente los pañuelos desechables, mascarillas y guantes que haya utilizado⁴⁰.
- Información, a través de fuentes consulta oficial (OPS, OMS)⁴⁴.

- Monitorear el estado de salud, mediante evaluación médica o pruebas de diagnóstico⁴⁴.
- Evitar espacios poco ventilados o cerrados, con nula circulación de aire exterior⁴⁴.
- Vacunación contra la COVID-19 eficaz disminuyendo la enfermedad grave o riesgo de muerte⁴⁴.

Pruebas para diagnóstico del SARS-CoV-2

- **Pruebas de anticuerpos:** Conocidas como serológicas, estas pruebas muestran una respuesta inmunológica en nuestro organismo por la afección de un microbio. Los anticuerpos de Sarv-Cov-2, aparecen entre 1-3 semanas posteriores a la infección⁴⁵.
- **Prueba de antígeno:** La finalidad de esta prueba es detectar proteína localizada en la cubierta del núcleo del virus. Se realiza mediante muestras extraídas de nariz /garganta. Es una prueba que ofrece resultados rápidos, de sencilla interpretación⁴⁵.
- **RT-PCR:** Esta prueba detecta fragmentos del material genético del virus en el organismo. Es considerada el estándar de oro para detección del COVID-19, sin embargo, representa un alto costo, y se requiere equipo especializado y varias horas para su procesamiento. Esta prueba al detectar los fragmentos del virus en el individuo solo demuestra exposición previa, más no infectividad actual. Se realiza en muestras de secreciones de nariz, garganta y heces⁴⁵.

Tratamiento Ambulatorio sintomático:

En personas con COVID-19 leve o moderado, con manifestaciones de fiebre, dolor de garganta, cefalea, tos seca, rinorrea y/o mialgias, se debe administrar tratamiento sintomático ambulatorio en dosis terapéuticas mínimas y por breves periodos⁴⁶.

Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
Personas con COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos • Antipiréticos • Antitusígenos • Antihistamínicos • Relajantes musculares 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución o mejoría de los síntomas • Eventos adversos graves

Síntoma predominante	Tratamiento sintomático ambulatorio
Fiebre o Cefalea o dolor de garganta	Paracetamol (tableta): 500 mg Dosis: 500 mg VO cada 4 a 6 horas o 1gr cada 8 horas, hasta máximo 4 gr por día Ibuprofeno (tableta) 400 mg Dosis: 400 mg VO cada 8 a 12 horas Naproxeno (tableta) 250 mg/275 mg Dosis: 250 mg VO cada 12 horas, hasta máximo 1 gr por día.
Tos seca	Dextrometorfano (jarabe): 15 mg/5 ml x 120 ml Dosis: 5 a 10 ml cada 6 a 8 horas VO según sea necesario, hasta máximo 120 mg por día
Rinorrea	Loratadina (tableta): 10 mg Dosis: 10 mg VO cada 24 horas Cetirizina (tableta): 10 mg Dosis: 10 mg VO cada 12 horas o cada 24 horas Clorfenamina (tableta): 4 mg Dosis: 4 mg VO cada 4 a 6 horas
Mialgias	Ibuprofeno (tableta) 400 mg Dosis: 400 mg VO cada 8 a 12 horas Naproxeno (tableta) 250 mg/275 mg Dosis: 250 mg VO cada 12 horas, hasta máximo 1 gr por día Paracetamol (tableta): 500 mg Dosis: 500 mg VO cada 4 a 6 horas o 1gr cada 8 horas, hasta máximo 4 gr por día Orfenadrina citrato (tableta): 100 mg Dosis: 100 mg VO cada 12 horas.

Fuente. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación⁴⁶

Vacunas contra el SARS-CoV-2

Las vacunas contra la COVID-19, utilizadas para brindar protección al sistema inmunológico, mediante su aplicación se previene la infección por SARS-CoV-2, evita la presencia de síntomas de gravedad, hospitalización, o muerte, así, como la reducción de propagación de la enfermedad⁴⁷.

Vacuna COVID-19 ChAdOx1-S [recombinante] Desarrollada por la Universidad de Oxford y AstraZeneca

La vacuna de AstraZeneca manifiesta una innegable eficacia para brindar protección a las personas de exposición grave a la COVID-19, incluida la enfermedad grave, hospitalización, o muerte. Representa una eficacia del 72% contra la infección sintomática por SARS-CoV-2. Se recomienda la administración de dos dosis por vía intramuscular (0,5 ml cada una) con un intervalo de 8 a 12 semanas⁴⁸.

La vacuna Astra-Zeneca puede ser utilizada en una segunda dosis después de cualquier vacuna inactivada EUL COVID-19 de la OMS (Sinopharm, Sinovac o Bharat) de acuerdo a la disponibilidad del producto en cada región⁴⁸.

Características del producto	
Presentación	Suspensión líquida multidosis sin conservantes
Número de dosis**	SK Bioscience: 10 dosis por vial (0,5 ml por dosis)
	COVISHIELD™: 2 dosis por vial (0,5 ml por dosis) 10 dosis por vial (0,5 ml por dosis)
	AstraZeneca AB, nodos aprobados por la UE: 8 dosis por vial (0,5 ml por dosis) 10 dosis por vial (0,5 ml por dosis)
Tipo de jeringa y tamaño de aguja	Jeringa autodesactivable (AD): 0,5 ml Aguja para inyección intramuscular 23G x 1" (0,60 x 25 mm)
Vía y lugar de administración	Administración por vía intramuscular (IM) El sitio preferido es el músculo deltoides.
Dosis	0,5 ml (por dosis)
Diluyente	No precisa
Jeringa de mezcla	No precisa
Requisitos de preparación/reconstitución/ dilución	No precisa dilución. Administración de la vacuna: <ol style="list-style-type: none"> 1. La vacuna está lista para utilizar – no diluir. 2. No agitar. 3. Inspeccionar el vial para verificar que el líquido es transparente a ligeramente opaco, e incoloro a ligeramente marrón. Si se detectan partículas o cambio de color, desechar el vial. 4. Anotar la fecha y hora de primer uso (primera punción y extracción de la primera dosis) en la etiqueta del vial. 5. Cargar la dosis de vacuna en el momento de la administración, no se recomienda precargar la vacuna en las jeringas. 6. Utilizar toda la vacuna del vial en las 6 horas después de la primera punción. <p>Una vez extraída la última dosis, es posible que quede líquido en el vial. Desechar el vial, y no combinar restos de vacuna de múltiples viales.</p>

Fuente. OMS. Vacuna COVID-19 ChAdOx1-S⁴⁹

Posología y administración

Recomendada para edades	18 años de edad en adelante, incluyendo personas de 65 años de edad y mayores
Posología recomendada	<p>2 dosis (0,5 ml cada una) a un intervalo de 4 a 12 semanas. La OMS recomienda un intervalo de 8 a 12 semanas:</p> <p>Dosis 1: a la fecha de inicio</p> <p>Dosis 2: 8 a 12 semanas tras la primera dosis.</p> <p>Si la segunda dosis se administra por error antes de las 4 semanas de la primera, no es necesario repetir la dosis.</p> <p>Si la segunda dosis se retrasa por error, debe administrarse a la primera oportunidad posible.</p> <p>Ambas dosis son necesarias para la protección y se recomienda que ambas dosis se administren con preparados de vacuna ChAdOx1-S/nCoV-19 [recombinante]. Los preparados de vacuna ChAdOx1-S/nCoV-19 [recombinante] se consideran totalmente equivalentes, incluso si se producen en diferentes sitios de fabricación o se les asignan nombres de preparados diferentes, y son intercambiables para ambas dosis.</p>

Fuente. OMS. Vacuna COVID-19 ChAdOx1-S⁴⁹

Vacuna de ARNm frente a la COVID-19- Fabricada: Pfizer Europe MA EEIG

Es una vacuna de ARN mensajero (ARNm) frente al (COVID-19). El ARNm en la célula promueve la producción de proteínas del antígeno S (parte de la proteína espicular específica del SARS-CoV-2) para provocar una respuesta inmune. La eficacia mostrada en los ensayos clínicos en participantes con y sin testimonio de afección previa por SARS CoV 2 a los que se administró la posología completa de la vacuna (2 dosis) tuvo una aproximación en un 95% sobre el fundamento de una mediana de rastreo de 2 meses⁵⁰.

Características del producto

Presentación	Concentrado congelado multidosis estéril y sin conservantes que se debe diluir antes de su administración
Número de dosis	Un vial (0,45 ml) contiene 6 dosis de vacuna tras la dilución
Tipo de jeringa y tamaño de aguja	Jeringa autodesactivable (AD): 0,3 ml Aguja para inyección intramuscular 23G × 1" (0,60 × 25 mm)

Posología y administración

Recomendada para	Personas de 16 años de edad y mayores Se recomienda la vacunación en personas mayores sin límite superior de edad
Posología recomendada	2 dosis a un intervalo recomendado de 21–28 días: Dosis 1: a la fecha de inicio Dosis 2: 21–28 días tras la primera dosis Si la segunda dosis se administra por error antes de los 21 días, no es necesario repetir la dosis. El retraso en la segunda dosis no debe superar los 42 días (6 semanas), en caso de suministro limitado. Ambas dosis son necesarias para lograr la protección.
Vía y lugar de administración	Administración por vía intramuscular (IM) El sitio preferido es el músculo deltoides.

Fuente. COMIRNATY®, vacuna de ARNm frente a la COVID-19⁵⁰

Vacuna Moderna

Esta vacuna basada en ARN mensajero (ARNm) contra la afección por coronavirus 2019 (COVID-19). Las células huésped reciben la instrucción del ARNm para provocar proteína del antígeno S característico del SARS-CoV-2, que prueba que el cuerpo provoque una respuesta inmunitaria y retenga esa información en las células inmunitarias de memoria. La validez mostrada en los ensayos clínicos en colaboradores que recibieron la serie completa de vacunas (2 dosis) que inicialmente mantenían un estado negativo de SARS-CoV-2 fue en un aproximado del 94 % según una mediana de rastreo de 9 semanas⁵¹.

Según la posología recomendada para la administración de la vacuna Moderna:

En adultos de 17 años en adelante el SAGE se aconseja suministrar la vacuna mRNA-1273 de Moderna en (2 dosis) de 100 µg (0,5 ml cada una), en intervalo de 8 semanas entre aplicación⁵².

En adolescentes entre 12 a 17 años, la OMS aconseja suministrar (2 dosis) intramuscular de 100 µg (0,5 ml cada una), con intervalo de 4 semanas⁵².

En niños comprendidos entre las edades de 6 a 11 años, el SAGE aconseja suministrar (2 dosis) de 50 µg (0,25 ml cada una), con diferencia de 4 semanas, y entre 6 meses a 5 años, (2 dosis) de 25 µg (0,25 ml cada una), con separación de 4 semanas⁵².

En personas de 12 años en adelante, la OMS aconseja suministrar la dosis de refuerzo sea la mitad de la empleada en la primovacuna (50 µg, es decir, 0,25 ml). Según lo observado la dosis de refuerzo promueve beneficios, debido a que la

eficacia de la vacuna con el tiempo se atenúa contra la infección leve y asintomática por el SARS-CoV-2⁵².

Vacuna Sinopharm

Es una vacuna inactivada sustentada en un aislado de SARS-CoV-2 de un paciente en China; tiene un adyuvante de hidróxido de aluminio. Fue aprobada por la Organización Mundial de la Salud el 07 de mayo del 2021, y elaborada por la empresa china Sinopharm, siendo la primera vacuna desarrollada por un país no occidental que cuenta con el respaldo de la OMS; a la fecha esta vacuna ha sido suministrada a millones de personas en China y en otros países⁵³.

Esta vacuna se mantiene en refrigeración, pudiendo ser transportada a temperatura entre (2-8°C), alcanzando una normal temperatura de refrigeración, no siendo recomendable su congelación, por lo que debe ser aplicada inmediatamente, una vez abierto el vial. De encontrarse el vial abierto, deberá ser desechado, no recomendándose el uso⁵³.

Entre las reacciones farmacológicas adversas puede presentarse como⁵³:

- Muy común (> 10%): Presencia de dolor en el lugar de la aplicación.
- Común (1% - 10%): Fiebre temporal, fatiga, cefalea, diarrea, enrojecimiento, hinchazón, picazón y entumecimiento en el lugar de aplicación de la inyección.
- Infrecuente (<1%): Sarpullido y urticaria en el lugar de aplicación de la inyección; así, como presencia de náuseas y vómitos, dolor muscular y articular, mareos, etc.

2.2.3 Brigadas de vacunación

Las brigadas de vacunación contra la COVID-19, a través de los barridos buscan cerrar las brechas de vacunación, estas se encuentran disponibles en diversos puntos de vacunación por medio de las brigadas móviles, compuestas por personal de enfermería, vacunador, registrador, anotador y de ser necesario un digitador. Estas brigadas se constituyen a los domicilios de ser necesario, dependiendo de la demanda existente en pro del fortalecimiento de vacunación contra la COVID-19. Asimismo, dentro de las brigadas móviles se contempla la exposición epidemiológica y la concentración poblacional de acuerdo al medio geográfico; estas brigadas se deben trasladar equipadas para el cumplimiento de la actividad propuesta que incluye la conclusión de las metas al coberturar la mayor cantidad posible de pobladores con las dosis (1ra, 2da y 3ra)⁵⁴.

2.3 Definición de términos básicos

Conocimiento: Fase que relaciona al sujeto cognoscente y objeto por conocer⁵⁵.

Brigadas de vacunación: Destinadas a la rotación hacia centros de salud o domicilios ante la demanda de vacunación por COVID-19⁵⁴.

Coronavirus: Familia de virus causante de afecciones respiratorias⁴⁰

COVID-19: Afección causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2⁵⁶.

SARS-CoV-2: Virus que afecta el sistema inmunitario, pues elimina a los glóbulos blancos³⁸.

Vacuna: Material de procedencia de un microorganismo, generador de inmunidad frente a una afección una vez inoculado en el organismo⁵⁷.

Variante: Aplicado a enfermedades entre seres vivos, rasgos fenotípicos o genotípicos, modalidades terapéuticas, etc. Diferido de las características propias del original⁵⁸.

Virus: Microorganismo que infecta células³⁹.

Signos: Presencia de una enfermedad⁵⁹.

Síntomas: Manifestación de la presencia de enfermedad, según la percepción del paciente⁶⁰.

Transmisión: Conductibilidad nerviosa. En medicina contagio, propagación o transferencia⁶⁰.

Transmisibilidad: Capacidad de propagación de un agente (huésped) a otra enfermedad causante, dependiendo de la infectividad y la patogenicidad, así, como frecuencia de contactos durante que el huésped infectivo mantiene con sujetos susceptibles⁶¹.

Medidas preventivas: Medidas que se adoptan para disminuir el riesgo⁴¹.

III Material y método

3.1 Diseño de investigación

La presente investigación se basa en el enfoque cuantitativo, porque va a emplear mediciones estadísticas para medir la variable en estudio⁶³.

De diseño no experimental y descriptivo: Describe la variable sin establecer relaciones, según el contexto, y transversal por que la muestra de estudio es tomada en un periodo dado⁶³.

El diseño es el siguiente:



Donde:

M: Es la muestra (personas asistidas por las brigadas)

O: Variable Conocimientos básicos sobre infección por SARS-CoV-2

3.2 Población, Muestra y Muestreo

3.2.1 Población: La población se calcula en base al promedio del total de personas asistidas por las brigadas de vacunación pertenecientes a la Red Utcubamba durante los meses de mayo a julio del 2022, en base a las metas alcanzadas.

Siendo la población promedio estimada de 6 569 habitantes.

3.2.2 Muestra: La muestra es la población escogida, que cumple con ciertas características que se desea estudiar, mediante ella se recopilará datos, con los que se trabajará³⁹.

En el estudio, para determinar la muestra, se aplica la fórmula:

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

Donde:

- n = muestra
- N = población= 6569

- $Z_{\alpha} = 1.96$ (si la seguridad es del 95%)
- $p =$ proporción esperada (0.5)
- $q = 0.5$
- $e =$ precisión del 5% = 0.05

$$n = \frac{6569(1.96)^2 0.5 \times 0.5}{(6569-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 0.5 \times 0.5}$$

$n = 363$ personas.

Criterios

Criterios de Inclusión:

- Persona mayor de 18 años, de ambos sexos.
- Persona en adecuada capacidad física y mental.
- Personas asistida por la brigada de vacunación contra la COVID-19.
- Personas que minutos después de ser vacunado acepten participar voluntariamente, y firmen el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Personas que no deseen participar voluntariamente.
- Menores edad.
- Muestreo:** Se aplicó el muestreo aleatorio simple, en el cual cada persona que es atendida por las brigadas de vacunación tiene la probabilidad de ser escogida para la investigación⁶³.

3.3 Determinación de Variables:

Variable única: Conocimiento sobre infección por SARS-CoV-2

Definición conceptual: El conocimiento refiere a la acción y efecto de conocer, a través de la obtención de información para entender la realidad a través del razonamiento, el entendimiento y la inteligencia; proceso de aprender²⁵.

Definición operacional: Es la información que tiene las personas respecto a la infección por SAR-CoV-2, que será medida a través de un cuestionario.

VARIABLES INTERVINIENTES: Características sociodemográficas como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, religión.

3.4 Fuentes de información

Fuentes primarias: Son fuentes obtenidas de primera mano, siendo el cuestionario aplicado a las personas que recibieron la vacuna por las brigadas.

Fuentes secundarias: Se hizo uso de revistas científicas, tesis en repositorio digital.

3.5 Métodos

Se aplicó el método descriptivo, al señalar características de la variable de estudio tal como se presenta en el contexto. El método inductivo, al estudiar de forma particular cada aspecto de la variable para poder después establecer conclusiones sobre el hecho o fenómeno en estudio⁶³.

3.6 Técnicas e Instrumentos

Técnicas

La encuesta, fue la técnica aplicada a las personas asistidas por las Brigadas de vacunación.

Instrumentos

El cuestionario Escala de Conocimientos básicos sobre infección por SARS-CoV-2, el cuál fue elaborado y validado en el 2020 por Mejía et al.⁶³, aplicado en 24 departamentos de nuestro país, y según su validación puede aplicarse en población general.

El instrumento según la validación de sus ítems quedó agrupado en 2 factores: El primer factor está relacionado a las indicaciones o acciones post infección por COVID-19, y consta de 4 ítems, y el otro factor agrupa a 5 preguntas que indagan acerca de los síntomas y conocimiento previo a la infección de coronavirus.

La valoración de cada ítem será: Respuesta acertada (02 punto), respuesta incorrecta (0 puntos). La valoración final es:

-Conocimiento adecuado: 0-08 puntos

_Conocimiento regular: 10-12 puntos

-Conocimiento no adecuado: 14-18 puntos

Validez y Confiabilidad

Fue realizado por Mejía et al.⁶³. La validez se realizó mediante expertos teniendo en cuenta cuatro criterios clasificatorios, que iban desde el 0 hasta el 3, y

cuantificación del grado de relevancia, representatividad y claridad fue determinado por medio del coeficiente V de Aiken y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), con valores significativos que fueron tomadas a partir de $\geq 0,70$ y $\geq 0,59$; respectivamente. Luego se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE), según los mínimos cuadrados no ponderados y con una rotación promax, además, se obtuvo los valores del coeficiente KMO y chi cuadrado (con 36 grados de libertad)⁶³.

La confiabilidad fue realizada por Paredes²³ mediante el uso Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.779.

3.7 Procedimiento

Se solicitó permiso a la directora ejecutiva de la red de salud Utcubamba- unidad ejecutora 404.

Luego se procedió a coordinar con el encargado de la oficina de estadística para la información sobre el número de personas vacunadas por mes según reporte de las brigadas de vacunación, y proceder a calcular la muestra para el estudio.

Se seleccionó a cada participante teniendo en cuenta los criterios de inclusión y fue de forma aleatoria simple.

El investigador aplicó el cuestionario a todo habitante que era atendido por la brigada de vacunación teniendo en cuenta los criterios de selección, hasta completar la muestra previa explicación sobre la finalidad de la investigación y la confidencialidad y anonimato en la información proporcionada.

A toda persona dispuesta a participar se le hizo firmar el consentimiento informado.

3.8 Análisis estadístico

La información recolectada fue revisada teniendo en cuenta claridad en las respuestas dadas, que estén marcadas las respuestas de cada pregunta. Luego se elaboró una hoja Excel con los datos, y después mediante el programa estadístico SPSS v 26 se realizó el procesamiento de la información.

En el análisis descriptivo se halló: Frecuencias, porcentajes, desviación estándar, promedios, según la naturaleza de las variables en estudio. Los resultados se plasman en figuras y tablas y han sido estructurados teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.

3.9 Consideraciones éticas

Tomando en cuenta las normas éticas en la investigación, se respetó al sujeto participante, en la protección a su salud y sus derechos, con el firme y claro designio de generar nuevos conocimientos que en adelante servirán para mejorar la salud de la población no desestimando los intereses de los participantes; la autonomía se vio traslucida a la firma del consentimiento informado, una vez que fueron debidamente comunicados sobre el alcance de la investigación, no existiendo premura en la identificación de la información, quedando claro sobre los beneficios y la inexistencia de riesgos para su integridad como persona y su salud.

Durante la aplicación de la encuesta el participante tuvo la oportunidad de realizar las preguntas necesarias ante alguna duda, así como, de querer retirarse de la investigación, si así lo decidía sin que represente algún tipo de agravio económico o de alguna otra naturaleza para su persona. Asimismo, la confidencialidad estuvo garantizada desde el inicio con encuestas anónimas, evitando información que pudiera identificar a la persona, causándole algún tipo de vergüenza, o desconfianza en el investigador; estando el procesamiento de datos sujetos a una absoluta confidencialidad.

IV. Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No adecuado	52	14,3
Regular	214	59,0
Adecuado	97	26,7
Total	363	100,0

Nota. Base de datos de encuesta aplicada por las brigadas

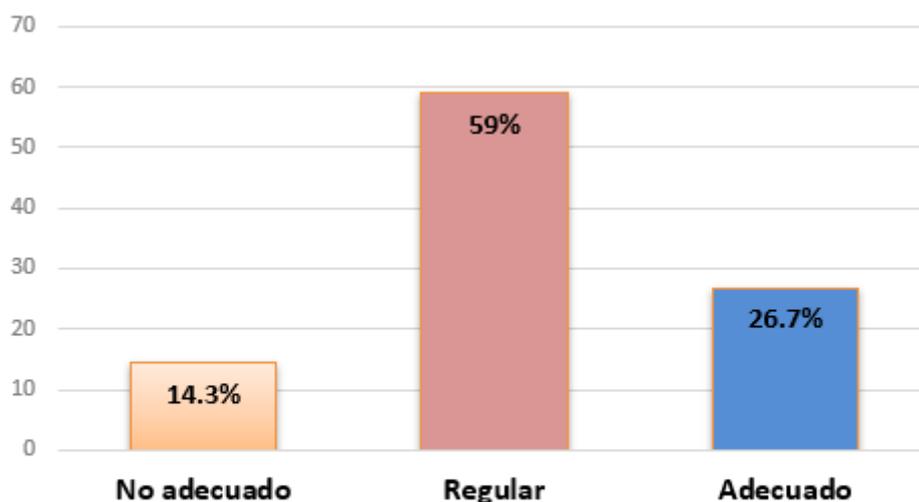


Figura 1. Nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022

La tabla y figura 1, muestran el nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de vacunación de la Red de Salud Utcubamba, donde el 59% tiene un nivel regular, el 26,7% un nivel adecuado y el 14,3% no adecuado.

Tabla 2. Características sociodemográficas de personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.

Características		n=363		
		f	%	Media/DS
Sexo	Femenino	174	47,9	
	Masculino	189	52,1	
Nivel de estudios	Primaria completa	25	6,9	
	Primaria incompleta	10	2,8	
	Secundaria completa	171	47,1	
	Secundaria incompleta	44	12,1	
	Universitaria completa	67	18,5	
	Universitaria incompleta	46	12,7	
Edad	18-30	116	32,0	
	31-43	103	28,4	
	44-56	75	20,7	(40,97+/- 16,079)
	57-69	45	12,4	
	70-82	24	6,6	
Condición civil	Casado	134	36,9	
	Conviviente	115	31,7	
	Divorciado	7	1,9	
	Soltero	99	27,3	
	Viudo	8	2,2	

Nota. Base de datos de encuesta aplicada por las brigadas de vacunación, 2022

La tabla 2, evidencia que el 52,1% de los encuestados corresponden al sexo masculino, el 47,1% tienen secundaria completa, un 18,5% estudios universitarios completos y el 12,7% estudios universitarios no concluidos. La edad promedio fue de 40,97 años, predominó el rango de edades de 18 a 30 años, seguido por edades de 31 a 43 años, el número de personas de 70 a 82 años fue el rango de edad con menos participantes (6,6%). El 36,9% son casados, un 31,7% conviviente, un 27,3% solteros.

Tabla 3. Nivel de conocimiento según características sociodemográficas sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.

Características		Nivel		
		No adecuado n (%)	Regular n (%)	Adecuado n (%)
Sexo	Femenino	27(7,4%)	103 (28,4%)	44 (12,1%)
	Masculino	25 (6,9%)	111 (30,6%)	53(14,6%)
Grado de instrucción	Primaria completa	6 (1,7%)	9 (2,5%)	10 (2,8%)
	Primaria incompleta	1 (0,3%)	7 (1,9%)	2 (0,6%)
	Secundaria completa	24 (6,6%)	104(28,7%)	43(11,8%)
	Secundaria incompleta	6 (1,7%)	31 (8,5%)	7 (1,9%)
	Universitaria completa	9 (2,5%)	36 (9,9%)	22 (6,1%)
	Universitaria incompleta	6 (1,7%)	27 (7,4%)	13 (3,6%)
Edad	18-30	9(2,5%)	69 (19%)	38 (10,5%)
	31-43	19 (5,2%)	55 (15,2%)	29 (8,0%)
	44-56	13 (3,6%)	44 (12,1%)	18 (5%)
	57-69	7 (1,9%)	30 (8,3%)	8 (2,2%)
	70-82	4 (1,1%)	16 (4,4%)	4 (1,1%)
Condición Civil	Casado	18 (5%)	85(23,4%)	31 (36,9%)
	Conviviente	21 (5,8%)	64(17,6%)	30 (8,3%)
	Divorciado	2(0,6%)	4 (1,1%)	1 (0,3%)
	Soltero	7(1,9%)	57 (15,7%)	35 (9,6%)
	Viudo	4 (1,1%)	4 (1,1%)	0 (0%)

Nota. Base de datos de encuesta aplicada por las brigadas de vacunación, 2022

La tabla 3, refiere respecto al nivel regular alcanzado por los pobladores, el 30,6% son del sexo masculino, un 28,7% tienen educación básica concluida, el 19%, edades de 18 a 30 años y un 23,4% de condición civil casados. En el nivel adecuado, en su mayoría son varones (14,6%), con estudios de secundaria completa (11,8%), de 18 a 30 años de edad y de condición casado (36,9%).

V. Discusión

El presente trabajo se realizó para determinar el nivel de conocimiento frente al SARS-CoV-2 en personas vacunadas por brigadas de vacunación, siendo de gran importancia conocer la información que tienen actualmente las personas que vienen recibiendo la vacuna.

Los resultados indican que el nivel de conocimiento alcanzado por las personas asistidas por brigadas de vacunación es regular (59%) y el 26,7% un nivel adecuado. Coincidiendo con Ortega²¹ que encontró que un 53,7% tuvo conocimiento medio y el 39,5% alto. A diferencia de Corrales et al.¹⁷ quienes hallaron un conocimiento adecuado, también Tenelanda et al.¹⁷ evidenció un conocimiento de muy bueno en la mayoría de los participantes. Gómez et al.¹⁸ identificó en su estudio un buen nivel de conocimiento, Paredes²³ reportó un nivel óptimo de conocimiento en los estudiantes, Martínez et al.¹⁹ afirmó que más del 60% de la población tuvo buen conocimiento, López²⁰ indicó que el 67,2% de su muestra tuvo un nivel adecuado. Además, Tiznado¹³ halló un nivel incorrecto en la mayoría de comerciantes, y Oré²² señaló que los pobladores tienen un nivel bajo en un 84,9%.

El nivel de conocimiento regular alcanzado por las personas asistidas por las brigadas de vacunación, es un indicador que la información que se ha difundido a la población desde inicios de la pandemia no ha sido muy precisa, siendo asumida por el poblador de forma superficial y esto se puede deber a ciertas información que las personas han estado difundiendo como es el caso que “vivimos en zona de calor y aquí el virus no llega”, en zonas de altura, el virus no llega, además aquí hay un aire menos contaminado”, frases que hasta la fecha se vienen escuchando en ciertos sectores. Esto también se pudo observar que la difusión de protocolos de bioseguridad no se ha cumplido en todos los sectores. Entonces los resultados nos refieren que la población en estudio debe sensibilizarse e informarse correctamente sobre el virus SARS-CoV-2 para mantener una óptima salud.

Las personas encuestadas en más de la mitad son varones, con secundaria completa y el 18,5% con estudios universitarios completos. La edad promedio fue de 40,9 años, el rango de edades con mayor asistencia fue de 18-43 años, y con menos participantes

fueron de 70 a 82 años (6,6%) y los pobladores en mayor proporción estaban casados y convivientes.

Coincidiendo con Ortega²¹ donde la mayoría de los encuestados eran de sexo masculino y con López²⁰ que en su estudio la muestra tuvo estudios secundarios (43,1%).

A diferencia de Martínez, et al.¹⁹ quienes mencionan que más de la mitad eran mujeres, con edad promedio de 32 años y menos de la mitad tenía formación universitaria, Corrales et al.¹⁷ encontraron una edad promedio de 52,4 años, mayormente eran mujeres y un 32,2% preuniversitarios, al igual Paredes²³ y López²⁰ con más de la mitad del sexo femenino y amas de casa.

Al explorar el nivel regular alcanzado por los pobladores, se halló que son del sexo masculino, de educación básica concluida, con edades entre de 18 a 30 años y casados. En el nivel adecuado se encontró, también que la mayoría son varones, con secundaria completa, de 18 a 30 años de edad y condición de casado.

Tenelanda et al.⁷ refieren que en relación al género las mujeres quienes obtuvieron el nivel de muy bueno.

Las características sociodemográficas intervienen en el conocimiento de las personas, por lo cual, es necesario tenerlos en cuenta para nuevos casos de adaptabilidad ante situaciones inesperadas.

Conclusiones

1. El nivel de conocimiento sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de vacunación de la Red de Salud Utcubamba, fue regular.
2. Las personas encuestadas en más de la mitad corresponden al sexo masculino, con secundaria completa. La edad promedio fue de 40,9 años, el rango de edades con mayor asistencia fue de 18-43 años, y con menos participantes fueron de 70 a 82 años (6,6%). La muestra estuvo conformada en mayor proporción por casados y convivientes.
3. Al explorar el nivel de conocimiento regular y adecuado que se identificó en los pobladores participantes se halló que en su mayoría son del sexo masculino, de educación básica concluida, con edades entre de 18 a 30 años y de estado civil casado. En el nivel adecuado se encontró, también que la mayoría son varones, con secundaria completa, de 18 a 30 años de edad y condición de casado.

Recomendaciones

1. La Red de Salud Utcubamba continuar con la difusión de información sobre los riesgos sanitarios del SARS-COV-2 para mitigar la propagación del virus y reducir al máximo la probabilidad de infección en la población.
2. A los enfermeros (as) que participan en las brigadas de vacunación, suministrar información oportuna y continua en lenguaje comprensible, para la edad y el contexto, de esta manera la población pueda adoptar un comportamiento positivo promoviendo el autocuidado a través de decisiones informadas.
3. A la escuela profesional de enfermería de las universidades del país incentivar a la elaboración de investigaciones para conocer el nivel de conocimiento sobre el SARS-COV-2 (COVID-19) con la finalidad de comparar la adquisición de conocimientos que permita realizar acciones preventivas para la minimización del riesgo de exposición ante la enfermedad y sus variantes.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus. [internet] 2020[citado el 13 julio 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Región de las Américas por el brote de COVID-19. [internet] 2022 [citado el 13 julio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2022-08/COVID-19-ops-informe-situacion-80.jpg>
3. Organización Panamericana de la Salud. El exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la COVID-19 fue de 14,9 millones de muertes en 2020 y 2021. [internet] 2022 [citado el 14 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-COVID-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>
4. Organización Panamericana de la Salud. Mitos que circulan contra la COVID-19: ¿qué hay de cierto? [internet] 2021 [citado el 16 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/20-4-2021-mitos-que-circulan-contra-COVID-19-que-hay-cierto>
5. ASCOA. Gráfico: El progreso del lanzamiento de las vacunas [internet] 2022 [citado el 16 de julio 2022]. Disponible en: <https://www.as-coa.org/articulos/cronologia-rastreando-el-camino-hacia-la-vacunacion-en-america-latina#grafico-el-progreso-del-lanzamiento-de-las-vacunas>
6. Peralta G, Carozzo T, Sierra M, Bu E. Enfermedad por coronavirus (COVID-19): la pandemia según la evidencia actual. Innovare [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 17 de julio de 2022];9(1):15-27. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/INNOVARE/article/view/9657>
7. Tenelanda D, Guerrero D, Moscoso P, Albán C. Nivel de conocimiento sobre COVID-19 en estudiantes de la Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador. Revista Científica de FAREM-Estelí. [internet] 2021 [citado el 17 julio 2022]; 10(37). Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/FAREM/article/view/11209/13071>
8. Freyermuth M, Meza J, Torres G. COVID-19: Conocimientos y explicaciones causales desarrolladas por la población mexicana. Resultados preliminares. [internet] 2020 [citado el 18 julio 2022]; 14(54). Disponible en: <https://revistasinvestigacion.lasalle.mx/index.php/recein/article/view/2652>
9. Ministerio de Salud. Documento técnico: Plan Nacional actualizado de vacunación contra la COVID-19. [internet]2020[citado el 18 julio 2022]. Disponible en:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1805113/Plan%20Nacional%20Actualizado%20contra%20la%20COVID-19.pdf>

10. Banco Central de Reserva del Perú. Reporte de Inflación. [internet] 2021 [citado el 20 de julio 2022]. Disponible en:
<https://www.bcrp.gob.pe/docs/Publicaciones/Reporte-Inflacion/2021/setiembre/ri-setiembre-2021-recuadro-5.pdf>
11. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria 137/MINSA/DIGIESP-2021. [internet] 2021 [citado el 20 julio 2022] Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2265653/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%201169-2021-MINSA.pdf>
12. Ministerio de Salud. Reporte único nacional de información en salud. [internet] 2022 [citado el 22 julio 2022]. Disponible en:
<https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-COVID19.asp>
13. Tizado M. Conocimiento y percepción de riesgo sobre COVID-19 en comercializadores del mercado de productores Iquitos 2021. [tesis] 2022. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. [citado el 20 julio 2022]. Disponible en:
https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/7931/Maria_Tesis_Titulo_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. Aquino M, Lazo A, Díaz V, et al. Percepción de conocimientos y actitudes frente al COVID-19 en un grupo de ciudadanos del casco urbano de Huánuco. Rvdo. fac. Medicina. Tararear. [Internet]. 2021 [citado el 20 de julio de 2022]; 21(2):292-300. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000200292&lng=es.
15. Ministerio de Salud. Vacuna COVID-19 en el Perú [internet] 2021 [citado el 22 julio 2022]. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-COVID19.asp>
16. Organización Panamericana de la Salud. Infodemia en tiempos de COVID-19. [internet] 2021 [citado el 22 julio 2022]. Disponible en:
<https://www.paho.org/journal/es/articulos/infodemia-tiempos-COVID-19>
17. Corrales I, Llibre E, Aguilera A, et al. Conocimientos sobre la infección por COVID-19 y factores asociados en una muestra de la población cubana. Revista Cubana de Medicina General Integral. [internet] 2021 [citado el 22 julio 2022]; 37(1). Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/2042/494>
18. Gómez T, Diéguez G, Pérez A, et al. Evaluación del nivel de conocimiento sobre COVID-19 durante la pesquisa en la población de un consultorio. Mediagraphic [internet] 2020 [citado el 24 julio 2022]; 59(277):1-7. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95342>
19. Martínez L, Herrera L, Pérez S, et al. Conocimientos y percepciones sobre COVID-19 en Colombia. Encuesta virtual en población general. Enf inf microbiol [internet] 2020 [citado el 24 julio 2022]; 40(4): 123-129. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2020/ei204c.pdf>

20. López R. Nivel de conocimientos sobre COVID - 19 de pobladores atendidos en puesto de salud Samana Cruz Cajamarca, abril – 2021. [tesis]. 2021; Huancayo: Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”. [citado el 24 julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/449/TESIS%20ELVIRA%20LOPEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Ortega L. Conocimiento y actitud sobre el COVID 19 en estudiantes de la facultad de ciencias de la UNJBG, Tacna – 2020. [tesis]. 2021; Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [citado el 26 julio 2022]. Disponible en: http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/4203/1894_2021_ortega_machicado_lg_facsc_enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Oré L. Nivel de conocimientos sobre COVID-19 en pobladores del distrito de El Tambo, Huancayo, Junín; 2021 [tesis] 2021; Huancayo: Universidad Peruana Los Andes. [citado el 26 julio 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/2579/ORE%20POSTILLON.TESIS%20PARA%20REPOSITORIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Paredes M. Nivel de conocimiento sobre SARS CoV-2 en estudiantes de medicina humana de la Universidad Privada Antenor Orrego 2020. [tesis] 2020; Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. [citado el 30 julio 2022]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7179/1/REP_MEHU_MC3%93NICA.PAREDES_NIVEL.CONOCIMIENTOS.SARS.COVID2.ESTUDIANTES.MEDICINA.HUMANA.UPAO.2020.pdf
24. Esparza R, Rubio J. La pregunta por el conocimiento. Saber Rev. Mult. Inv. [revista en Internet]. 2016. [consultado 30 julio 2022]; 28 (4), 813-818. Disponible en <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4277/427751143015/html/index.html>
25. Mezones E. Nivel de conocimiento sobre las medidas preventivas del COVID-19 en usuarios que acuden al establecimiento de salud I-3 Nueva Esperanza-Piura-2021 [tesis] 2021; Piura: Universidad Nacional de Piura. [citado el 2 agosto 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12676/3104/ENFE-MEZ-CHA-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Ugaz R. Relación del nivel de conocimiento sobre COVID 19 y práctica de autocuidado, en los pobladores. Zona 3 - Distrito De Magdalena – Cajamarca – Perú 2021. [tesis] 2022; Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. [citado el 2 agosto 2022]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/2230/INFORME%20DE%20TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Pacaya C, Pérez L. Factores de riesgo y conocimiento del COVID 19 durante la pandemia, en pobladores que residen en el distrito de Punchana 2020. [tesis]

- 2021; Iquitos: Universidad Científica del Perú. [citado el 2 agosto 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1552/CORINA%20NATALI%20PACAYA%20RUIZ%20Y%20LISSY%20MADELEINE%20PEREZ%20RAMIREZ%20-%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Aranda L. Conocimiento y aceptación frente a la vacuna COVID-19 en el personal de salud de Hospitales nivel II-1 Red Trujillo, 2021. [tesis] 2021. Trujillo: Universidad César Vallejo. [citado el 4 agosto 2022]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/73839/Aranda_CL-L-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 29. Alan D, Cortez L. Procesos y fundamentos de la investigación científica. [internet] 2018 [citado el 4 agosto 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf>
 30. Accinelli R, Zhang-Xu C, Ju-Wang J, et al. COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [internet] 2020 [citado el 6 agosto 2022];37(2):302-11. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2020.v37n2/302-311/es>
 31. Ruiz A, Jiménez V. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). Ars Pharm [Internet]. 2020 [citado 6 agosto 2022]; 61(2): 63-79. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942020000200001&lng=es.
 32. Alvarado I, Bandera J, Carreto LE, et al. Etiología y fisiopatología del SARS-CoV-2. Revista latinoamericana de Infectología Pediatría [internet] 2020 [citado 8 agosto 2022]; 33(1). Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/infectologia/lip-2020/lips201b.pdf>
 33. Ministerio de Salud. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). [internet] 2020 [citado 8 agosto 2022]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5368.pdf>
 34. BMJ Best Practice. Enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19). [internet] 2020 [citado 8 agosto 2022]. Disponible en:
<https://bestpractice.bmj.com/topics/es-es/3000201/aetiology>
 35. Sociedad Chilena de Infectología. Actualización Variante ÓMICRON Del SARS-COV-2. [internet] 2020 [citado 10 agosto 2022]. Disponible en:
<https://sochinf.cl/actualizacion-variante-omicron-del-sars-cov-2/>
 36. Plataforma digital del Estado Peruano. Coronavirus: qué es la variante ómicron. [internet]2022[citado 10 agosto 2022]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/17276-coronavirus-que-es-la-variante-omicron>
 37. Huayanay L. Transmisión aérea en espacios cerrados del SARS-Cov-2. An. Fac. med. [Internet]. 2020 [citado 14 agosto 2022] ; 81(3): 342-347. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000300342&lng=es.

38. Organización Mundial de la Salud. Transmisión del SARS-CoV-2: repercusiones sobre las precauciones en materia de prevención de infecciones. [Internet]. 2020[citado 15 agosto 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333390/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Transmission_modes-2020.3-spa.pdf
39. Organización Mundial de la Salud. Vías de transmisión del virus de la COVID-19: repercusiones para las recomendaciones relativas a las precauciones en materia de prevención y control de las infecciones. [internet] 2020 [citado el 15 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-COVID-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
40. Ministerio de Salud. Conoce más sobre el COVID-19. [internet] [citado el 16 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/campanas/como-prevenir-el-COVID-19/>
41. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el Perú. [internet]2020 [citado el 16 agosto 2022]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2020/SE452020/03.pdf>
42. EsSalud. Recomendaciones clínicas para la evaluación y seguimiento remoto durante pandemia de SARS-COV2 (COVID-19). [internet]2020 [citado el 18 agosto 2022]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/reportes/Recomendaciones_manejo_remoto_COVID19_Mayo_2021.pdf
43. Ministerio de Salud. COVID-19: consideraciones en trabajadores con factores de riesgo. [internet]2020 [citado el 20 agosto 2022]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2023715/COVID-19%2C%20consideraciones%20en%20trabajadores%20con%20factores%20de%20riesgo.pdf.pdf>
44. Gobierno de México. Tú juegas un papel importante para frenar al COVID-19. [internet]2020[citado el 20 agosto 2022]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/prevencion/>
45. ELSEVIER. Guía básica de pruebas diagnósticas para la COVID-19 (infección por SARS-Cov-2-Coronavirus tipo 2). [internet]2021 [citado el 23 agosto 2022]. Disponible en: https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0003/1146963/7b3f6300271eb327d7c82e1eef9daa3e6479d2d7.pdf
46. Instituto de evaluación de tecnologías en salud e investigación. Tratamiento ambulatorio sintomático. [internet]2019 [citado el 25 de agosto 2022]. Disponible en: https://www.gpc-peru.com/wp-content/uploads/2022/01/GPC-COVID-19_V3-pregunta-6.pdf

47. Medline Plus. Vacunas contra la COVID-19. [internet]2020 [citado el 25 agosto 2022]. Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007775.htm>
48. Organización Mundial de la Salud. The Oxford/AstraZeneca (ChAdOx1-S [recombinant] vaccine) COVID-19 vaccine: what you need to know. [internet] 2022 [citado e 25 agosto 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/the-oxford-astrazeneca-COVID-19-vaccine-what-you-need-to-know>
49. Organización Mundial de la Salud. Vacuna COVID-19 ChAdOx1-S [recombinante]. [internet] 2022 [citado el 26 agosto 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/publications/m/item/chadox1-s-recombinant-COVID-19-vaccine>
50. Organización Mundial de la Salud. COMIRNATY®, vacuna de ARNm frente a la COVID-19. [internet] 2021 [citado el 26 agosto 2022]. Disponible en:
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/COVID-19/21066_spanish_pfizer-vaccine-explainer_comirnaty.pdf?sfvrsn=b2224120_10
51. Organización Mundial de la Salud. Moderna mRNA-1273, COVID-19 vaccine. [internet] 2021 [citado el 26 agosto 2022]. Disponible en:
[https://www.who.int/publications/m/item/moderna-COVID-19-vaccine-\(mrna-1273\)](https://www.who.int/publications/m/item/moderna-COVID-19-vaccine-(mrna-1273))
52. Organización Mundial de la Salud. La vacuna de Moderna contra la COVID-19 (ARNm-1273): lo que debe saber. [internet] 2021 [citado el 27 agosto 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/the-moderna-COVID-19-mrna-1273-vaccine-what-you-need-to-know>
53. Corrales J. Percepciones de la aceptación de la vacuna contra el COVID-19 en personas que acuden a un mercado popular en Arequipa 2021. [tesis] 2021; Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [citado el 27 agosto 2022]. Disponible en:
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/12315/MCcochjm.pdf>
54. Ministerio de Salud. Directiva Administrativa para la entrega económica por prestaciones adicionales para la vacunación contra la COVID-19. [internet]2020 [citado el 27 agosto 2022]. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2009332/Anexo%3A%20Modificaci%C3%B3n%20de%20la%20Directiva%20Administrativa%20N%C2%BA%20317-MINSA/2021/DGIESP%2C%20Directiva%20Administrativa%20para%20la%20entrega%20econ%C3%B3mica%20por%20prestaciones%20adicionales%20para%20la%20vacunaci%C3%B3n%20contra%20la%20COVID-19.pdf>
55. Valderaama L. Nivel de conocimientos y actitud sobre medidas preventivas frente al COVID-19 en pobladores de la comunidad de Pacobambachota, 2021

- [tesis] 2021. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca [citado el 27 agosto 2022]. Disponible en:
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4738/INFORME%20FINAL%20DE%20TESIS%20LIZETH%20VALDERRAMA%20GONZALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID-19. [internet] 2021 [citado el 28 agosto 2022]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-COVID-19>
57. Diccionario Médico. Vacuna. [internet] [citado el 28 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/vacuna>
58. RAE. Variante [internet] [citado el 28 agosto 2022]. Disponible en:
https://dtme.ranm.es/buscador.aspx?NIVEL_BUS=3&LEMA_BUS=variante
59. Free dictionary. Síntoma. [internet] [citado el 28 agosto 2022]. Disponible en:
<https://es.thefreedictionary.com/sintoma>
60. Free dictionary. transmisión. [internet] [citado el 28 agosto 2022]. Disponible en:
<https://es.thefreedictionary.com/transmisi%c3%b3n>
61. NIH. Aspectos básicos de la transmisibilidad. [internet]2018 [citado el 28 agosto 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7140272/>
62. Pillaca M. Factores asociados con la automedicación, en personas adultas que acuden a las boticas del distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho-2013. [tesis posgrado] [citado el 28 agosto 2022]2014; Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Disponible en:
http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/1258/1/TM%20GS11_Pil.pdf
63. Mejía C, Rodríguez-Alarcón J, Carbajal M, et al. Validación de una escala breve para la medición del nivel de conocimientos básicos acerca del Coronavirus, Perú (KNOW-P-COVID-19).[internet]2020[citado el 28 agosto 2022] Disponible en:
<https://produccioncientificaluz.org/index.php/kamera/article/view/31619/pdf>
64. Hernández S, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. [internet] 6ta ed. México: McGraw Hill, 2014. [citado el 31 agosto 2022]. Disponible en <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

ANEXOS

Anexo 01

Cuestionario conocimientos sobre el SARS-CoV-2

(Elaborado por Mejía et al., 2020)

Datos generales

Edad:.....

Sexo:.....

Grado de instrucción:.....

Estado civil:.....

Religión:.....

Preguntas

1. ¿Como se transmite o cual es el mecanismo de transmisión del coronavirus?

Sexual () Vía área () Placentaria / madre-hijo () Por animales contagiados ()

2. ¿Cuánto es el tiempo de incubación o en qué tiempo se manifiestan los síntomas del coronavirus?

Hasta 5 días () Hasta 10 días () Hasta 14 días () Hasta 30 días ()

3. ¿Cuáles son los síntomas que puede presentar una persona que tiene la infección por coronavirus?

Los mismos que una gripe/resfrío () Cardiacos () Neurológicos () Digestivos ()

4. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los síntomas más comunes de la infección por coronavirus?

Diarrea () Tos () Fiebre () Dificultad respiratoria ()

5. ¿Cuál es la probabilidad de morir (porcentaje de mortalidad) por coronavirus en la población general?

50% () 30% () 10% () Menos de 5% ()

6. De las siguientes alternativas ¿En quienes es más alta la tasa de mortalidad del coronavirus?

Mujeres () Hombres () Ancianos () Niños ()

7. ¿Qué indicación se le debe dar a una persona que tiene infección inicial por coronavirus?

Transfusión de sangre () tratamiento sintomático ()

Antibióticos de amplio espectro () Internamiento en el Hospital más cercano ()

8. ¿Cuál es el método diagnóstico que se utiliza para poder confirmar una infección por coronavirus?

Análisis de sangre () Ecografía () Hisopado nasal y/o bucal para PCR ()

Análisis en orina ()

9. ¿Qué harías si tienes síntomas de un resfrío y sospechas que estás infectado por coronavirus?

Iría al hospital () Me quedaría en casa () A una farmacia () A una posta ()

Gracias.

Anexo 02

Validez y confiabilidad del (o los) instrumento(s)

Tabla 2. Análisis factorial exploratorio de la Escala KNOW-P-COVID-19.

Table 2. Exploratory factor analysis of the KNOW-P-COVID-19 Scale.

Indicadores (Indicators)	Factor	
	1	2
p7. ¿Qué indicación se le debe dar a una persona que tiene infección inicial (no grave) por coronavirus? (What indication should be given to a person who has initial (non-severe) coronavirus infection?)	0,625	
r7. Transfusión de sangre, calmar los síntomas respiratorios, antibióticos de amplio espectro, internamiento en hospital más cercano (blood transfusion, relieve respiratory symptoms, antibiotics, send to nearer hospital).		
p10. ¿Qué harías si tienes síntomas de un resfriado y sospechas que estás infectado por coronavirus? (What would you do if you have symptoms of a cold and suspect that you are infected with coronavirus?)	0,447	
r10. Iría al hospital, me quedaría en casa hasta curarme, iría a la farmacia, seguiría con mi vida cotidiana (I will go to hospital, I will stay in home until I will feel better, I will go to the drugstore, I will follow with my normal life).		
p5. ¿Cuál es la probabilidad de morir (porcentaje de mortalidad) por coronavirus en la población general? (What is the probability of dying (mortality percentage) from coronavirus in the general population?)	0,398	
r5. Menos del 50%, menos del 30%, menos del 10%, menos del 5% (less than 50%, less than 30%, less than 10%, less than 5%).		
p8. ¿Cuál es el método diagnóstico que se utiliza para poder confirmar una infección por coronavirus? (What is the diagnostic method used to confirm a coronavirus infection?)	0,235	
r8. Análisis de sangre, ecografía, hisopado nasal y/o bucal, análisis en orina (blood analysis, echography, nasal and oral swabbed, urine analysis).		
p3. ¿Cuáles son los síntomas comunes que puede presentar una persona que tiene la infección por coronavirus? (What are the common symptoms that a person with coronavirus infection can have?)	0,370	
r3. Los mismos que una gripe/resfriado, cardíacos, neurológicos, digestivos (like a flu/cold, cardiac symptoms, neurological symptoms, stomach symptoms).		
p4. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de los síntomas más comunes de la infección por coronavirus? (Which of the following is NOT one of the most common symptoms of coronavirus infection?)	0,367	
r4. Diarrea, tos, fiebre, dificultad respiratoria (diarrhea, cough, fever, dyspnoea).		
p6. ¿En quiénes es más alta la tasa de mortalidad del coronavirus? (Of the following alternatives, in whom is the coronavirus mortality rate higher?)	0,335	
r6. Mujeres, hombres, ancianos, niños (Women, men, elders, children).		
p2. ¿Cuánto es el tiempo de incubación o en qué tiempo se pueden manifestar los síntomas del coronavirus? How long is the incubation time or how long can coronavirus symptoms manifest?	0,295	
r2. Hasta 5 días, hasta 10 días, hasta 14 días, hasta 60 días (until 5 days, until 10 days, until 14 days, until 60 days).		
p1. ¿Cómo se transmite o cuál es el mecanismo de transmisión del coronavirus? (How is coronavirus transmitted or what is the transmission mechanism?)	0,263	
r1. Sexual, vía aérea, placentaria, por animales contagiados (Sexual, air way, vertical way, by infected animals).		

Método de extracción: cuadrados mínimos no ponderados. Método de rotación: Promax con normalización Kaiser
Extraction method: unweighted least squares. Rotation method: Promax with Kaiser normalization

Tabla 1. V de Aiken para la evaluación de la relevancia, representatividad y claridad de los ítems de la Escala KNOW-P-COVID-19.

Table 1. Aiken's V for evaluating the relevance, representativeness and clarity of items on the KNOW-P-COVID-19 Scale

Ítems	Relevancia(Relevance) (n = 9)				Representatividad (Representativeness) (n = 9)				Claridad (Clarity) (n = 9)			
	M	DE	V	IC 95%	M	DE	V	IC 95%	M	DE	V	IC 95%
Ítem 1	2,89	0,33	0,96	0,82-0,99	2,78	0,44	0,93	0,77-0,98	2,56	0,73	0,85	0,68-0,94
Ítem 2	2,89	0,33	0,96	0,82-0,99	2,56	0,73	0,85	0,68-0,94	2,56	0,73	0,85	0,68-0,94
Ítem 3	2,78	0,67	0,92	0,77-0,98	2,56	0,73	0,85	0,68-0,94	2,67	0,71	0,89	0,72-0,96
Ítem 4	2,33	1,12	0,77	0,59-0,89	2,56	0,73	0,85	0,68-0,94	2,78	0,67	0,93	0,77-0,98
Ítem 5	2,89	0,33	0,96	0,82-0,99	2,89	0,33	0,96	0,82-0,99	2,67	0,50	0,89	0,72-0,96
Ítem 6	2,89	0,33	0,96	0,82-0,99	2,89	0,33	0,96	0,82-0,99	2,44	1,01	0,81	0,63-0,92
Ítem 7	2,67	0,71	0,88	0,72-0,96	2,44	0,88	0,81	0,63-0,92	2,44	0,88	0,81	0,63-0,92
Ítem 8	3,00	0,00	1,00	0,88-1,00	2,56	0,88	0,85	0,68-0,94	2,44	0,88	0,81	0,63-0,92
Ítem 9	2,56	0,73	0,85	0,68-0,94	2,56	0,73	0,85	0,68-0,94	2,33	0,87	0,78	0,59-0,89
Ítem 10	3,00	0,00	1,00	0,88-1,00	2,78	0,67	0,93	0,77-0,98	2,44	0,88	0,81	0,63-0,92

M: media (mean); DE: desviación estándar (standard deviation); V: coeficiente V de Aiken (Aiken coefficient V); IC 95%: intervalo de confianza de la V de Aiken al 95% (95% confidence interval for Aiken's V).

Anexo 03
Matriz de consistencia

1. TÍTULO:	4. VARIABLE DE ESTUDIO	8. INSTRUMENTOS
Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.	Variable única: Conocimiento sobre infección por SARS-CoV-2	Escala de Conocimientos básicos sobre infección por SARS-CoV-2, el cual fue elaborado y validado en el 2020 por Mejía et al. ⁶³ , aplicado en 24 departamentos de nuestro país, y según su validación puede aplicarse en población general. El instrumento según la validación de sus ítems quedó agrupado en 2 factores: El primer factor está relacionado a las indicaciones o acciones post infección por COVID-19, y consta de 4 ítems, y el otro factor agrupa a 5 preguntas que indagan acerca de los síntomas y conocimiento previo a la infección de coronavirus. La valoración de cada ítem será: Respuesta acertada (02 punto), respuesta incorrecta (0 puntos). La valoración final es: -Conocimiento adecuado: 0-08 puntos. Conocimiento regular: 10-12 puntos. -Conocimiento no adecuado: 14-18 puntos
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA		
¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022?	5. HIPÓTESIS GENERAL El nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba-2022, es regular.	
3. OBJETIVOS	6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN El diseño es el siguiente: M _____ O	9. ANÁLISIS DE DATOS
3.1. Objetivo general Determinar el nivel de conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022 3.2. Objetivos específicos <ul style="list-style-type: none"> • Identificar características sociodemográficas como edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y procedencia en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022. • Identificar el nivel de conocimiento según características sociodemográficas sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022 	Donde: M: muestra (estudiantes) O: cuestionario conocimiento sobre SARS-CoV-2 7. Población y Muestra 7.1. Población: El promedio del total de personas asistidas por las Brigadas de vacunación pertenecientes a la Red Utcubamba durante los meses de mayo a julio del 2022, conformará la población, el promedio se calculará en base a las metas alcanzadas. 7.2. Muestra la muestra estuvo conformada por 363 personas 7.3. Muestreo La técnica de muestreo a aplicarse en la investigación será probabilística, aleatorio simple.	La información recolectada fue revisada teniendo en cuenta claridad en las respuestas dadas, que estén marcadas las respuestas de cada pregunta. Luego se elaboró una hoja Excel con los datos, y después mediante el programa estadístico SPSS v 26 se realizó el procesamiento de la información.

Anexo 04

Operacionalización de variables

VARIABLE 1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Conocimiento sobre sobre infección por SARS-CoV-2	Es el conocimiento refiere a la acción y efecto de conocer, a través de la obtención de información para entender la realidad a través del razonamiento, el entendimiento y la inteligencia; proceso de aprender ²⁵ .	Es la información que tiene las personas respecto a la infección por SAR-CoV-2, la cuál es medida mediante un cuestionario.	Síntomas y conocimiento previo a la infección por COVID-19	<p>¿Cómo se transmite o cuál es el mecanismo de transmisión del coronavirus?</p> <p>¿Cuánto es el tiempo de incubación o en qué tiempo se pueden manifestar los síntomas del coronavirus?</p> <p>¿Cuáles son los síntomas comunes que puede presentar una persona que tiene la infección por coronavirus?</p> <p>¿Cuál de los siguientes NO es uno de los síntomas más comunes de la infección por coronavirus?</p> <p>¿En quiénes es más alta la tasa de mortalidad del coronavirus?</p>	Ordinal
			Indicaciones o acciones post infección por COVID-19.	<p>¿Cuál es la probabilidad de morir (porcentaje de mortalidad) por coronavirus en la población general?</p> <p>¿Qué indicación se le debe dar a una persona que tiene infección inicial (no grave) por coronavirus?</p> <p>¿Cuál es el método diagnóstico que se utiliza para poder confirmar una infección por coronavirus?</p> <p>¿Qué harías si tienes síntomas de un resfrío y sospechas que estás infectado por coronavirus?</p>	

Anexo 05

Consentimiento informado

Consentimiento de Participación en el estudio: “Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022”

Información y propósito del estudio

Fredy Toro Tapia, investigador del estudio, que tiene por objetivo Determinar el conocimiento sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.

Usted tiene el derecho de conocer todo lo relacionado al estudio, de modo de que pueda decidir si acepta o no participar en la misma.

Es preciso que comprenda qué ocurrirá si marca la casilla de si accediendo a participar en la presente investigación. Si tuviera alguna duda, por favor, pídale al investigador responsable que explique y aclare todas sus interrogantes, pues esa es su responsabilidad.

Participación voluntaria e informada

Su aprobación de participación en el estudio es totalmente voluntaria y no representa compromiso alguno con el investigador, pues usted puede aceptar o no participar en el mismo.

Riesgos y Molestias

Este estudio no prevé ningún riesgo o molestia, más que el tiempo de participación.

Confidencialidad de la información

La identidad y datos personales que se registren para este estudio se mantendrán bajo confidencialidad y en caso de que se necesite hacer referencia a estos. La información que se derive de este estudio podrá ser utilizada en publicaciones o presentaciones en eventos científicos.

SI ACEPTO SER PARTE DE ESTE
ESTUDIO

NO ACEPTO SER PARTE DE
ESTE ESTUDIO

Anexo 7

Evidencias

CARTA DE AUTORIZACIÓN

04 de agosto del 2022

SRA. DRA. JACKELINE DEL ROSARIO VIDAL BAUTISTA
Directora ejecutiva de la RDSU U.E 404



Estimada Sr (a)

En mi calidad de Bachiller, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Politécnica Amazónica, en espera de cumplir con el proceso de mi titulación como enfermero; tengo a bien solicitar permiso a la Red de Salud Utcubamba- Brigadas de vacunación Covid-19, para la realización de un estudio de investigación (Proyecto-informe), relacionado a Conocimiento sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por brigadas de vacunación.

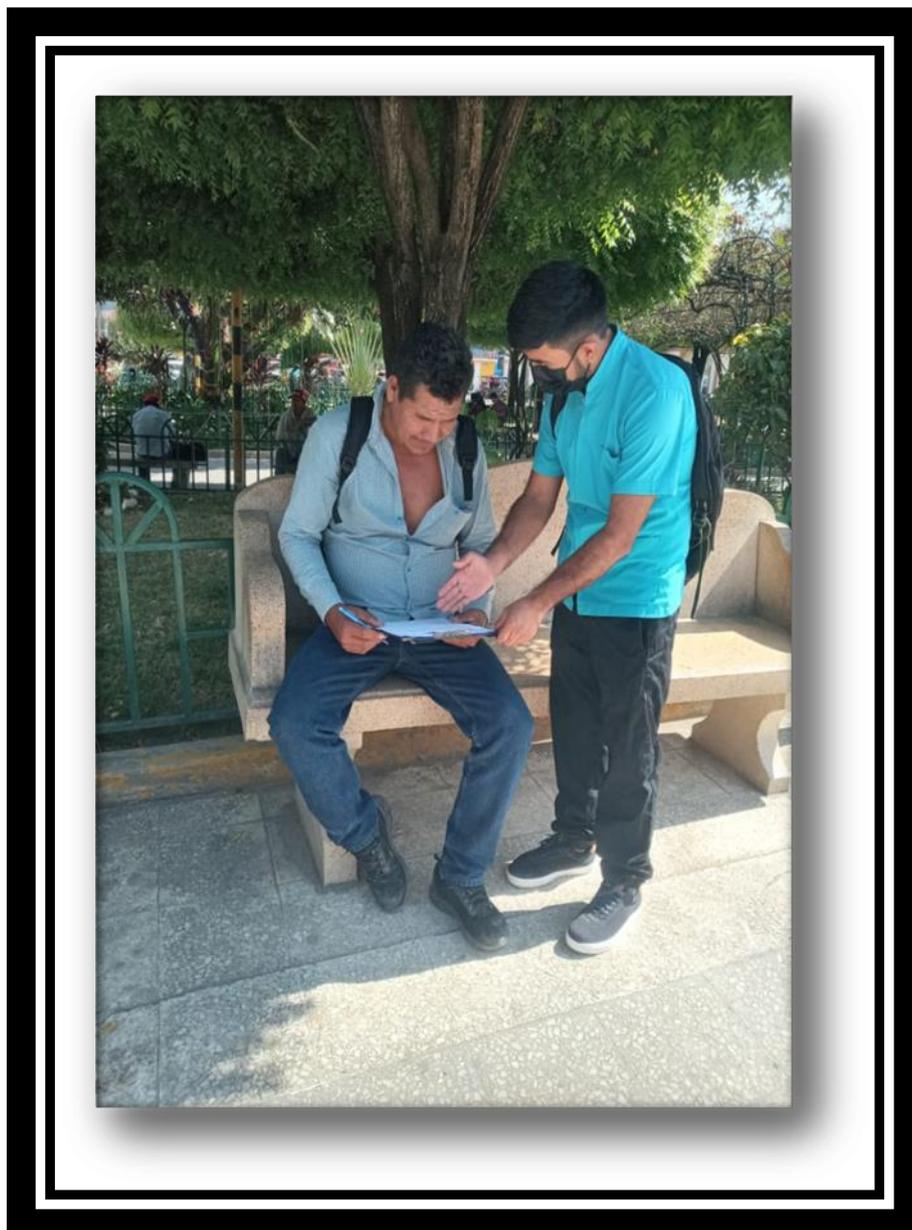
Que, para ello siendo de necesidad, contar con datos específicos, que me permitan proyectar la aplicación de mi proyecto de investigación, y posterior aplicación de encuesta.

Asimismo, se hace de conocimiento que en ninguna de las fases del proceso de investigación se divulgará la información como datos personales, o algún dato que permita individualizar al participante, que vulnere la integridad de los mismos, siendo la información de dominio del investigador y con fines estrictamente de estudio.

Esperando contar con su apoyo, y se sirva acceder a mi petición en un plazo razonable.


Eredy Toro Tapia
DNI N° 74941342

Fotografías



Entrevista a un paciente adulto en el parque de Bagua grande.



Entrevista a un paciente adulto en el frontis de la morgue en Bagua grande.



Entrevista a una paciente adulta en el mercado municipal de Bagua grande.



Entrevista a un paciente adulto mayor en el frontis del banco de la nación de Bagua Grande.

Resultado del análisis

Archivo: INFORME Fredy Toro.docx



Estadísticas

Sospechosas en Internet: 18,47%

Porcentaje del texto con expresiones en internet [Δ](#).

Sospechas confirmadas: 16,17%

Confirmada existencia de los tramos en las direcciones encontradas [Δ](#).

Texto analizado: 78,15%

Porcentaje del texto analizado efectivamente (no se analizan las frases cortas, caracteres especiales, texto roto).

Éxito del análisis: 100%

Porcentaje de éxito de la investigación, indica la calidad del análisis, cuanto más alto mejor.

Direcciones más relevantes encontrados:

Dirección (URL)	Ocurrencias	Semejanza
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/7179/1/REP_MEHU_M%C3%93NICA.PAREDES_NIVEL.CONOCIMIENTOS.SARS.COVID2.ESTUDIANTES.MEDICINA.HUMANA.UPAO.2020.pdf	50	16,18 %
https://produccioncientificialuz.org/index.php/kasmera/article/download/31619/pdf_1/	29	10,6 %
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUMP_4381b874654103e5b917709a3e5ad87b/Details	27	2,18 %
http://www.revngi.sld.cu/index.php/mgi/article/download/1503/401	22	8,7 %
https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1392/TESIS%20SANTOS%20ANCCASI.pdf?sequence=1&isAllowed=y	21	12,21 %
https://www.uandina.edu.pe/facultad-salud	19	3,35 %

Texto analizado:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor: Bach. Fredy Toro Tapia
Orcid: 0000-0002-5826-4995

Asesor: Mg. Lenin Yonel La Torre Rosillo
Orcid: 0000-0001-5497-0203

Registro: UPA-PITE0058

Bagua Grande Perú

2022

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

Conocimientos sobre infección por SARS-CoV-2 en personas asistidas por Brigadas de Vacunación de la Red de Salud Utcubamba, 2022.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor: Bach. Fredy Toro Tapia
Orcid: 0000-0002-5826-4995

Asesor: Mg. Lenin Yonel La Torre Rosillo
Orcid: 0000-0001-5497-0203

Registro: UPA-PITE0058

Bagua Grande Perú

2022

Dedicatoria.

A Dios, quien ha sido mi guía y fortaleza, en los momentos más cruciales de mi vida, su amor y misericordia me contuvieron para no claudicar en el proceso de formación profesional en la carrera de enfermería.

Así mismo, a mis padres por brindarme su amor, confianza y su apoyo incondicional para lograr culminar una de mis metas trazadas por ello estaré eternamente agradecido.

Finalmente, a toda mi familia y amigos por incentivar me cada día a seguir con este proyecto de mi vida. Gracias a todos por sus consejos y por estar presente en este largo proceso de aprendizaje que finalmente da como resultado la culminación de mi carrera profesional de enfermería.

Fredy.

Agradecimiento

Mi profundo agradecimiento a Dios, quién en este lapso de tiempo con su gran amor y misericordia me ha brindado la vida, salud y las fuerzas necesarias para la culminación de una etapa importante para mi vida. A mis padres, José Toro R y Mariela Tapia A. que, con su esfuerzo, sacrificio, su apoyo incondicional y la confianza obsequiada por ellos lograron que yo me superara cada día y finalmente todo lo mencionado ha dado como resultado terminar con mi carrera profesional de enfermería. A mis amigos y familiares por su confianza, apoyo y cooperación que realizaron para poder ser una mejor persona y un buen profesional, agradecerles de todo corazón porque me acompañaron en los momentos más cruciales de mi vida, incentivándome con sus buenos consejos y deseos. A la Universidad Politécnica Amazónica Bagua Grande, en donde me formé como profesional por ello quiero expresar mi sincero agradecimiento por permitirme forjar mis conocimientos y habilidades durante los años transcurridos y terminar con éxito mi carrera profesional de enfermería. Finalmente, a todos los docentes, por ser mis mentores en estos años académicos, quienes compartieron sus conocimientos, experiencias, habilidades y por inculcarnos día a día a superarnos más y ser los mejores a través de su apoyo incondicional. Hago llegar cordial agradecimiento a cada uno de ustedes y [mi admiración por tan loable labor](#).

El autor

Autoridades universitarias académicas