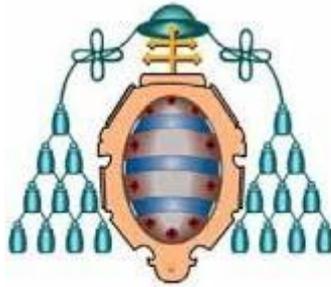




**ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID
EN ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.**

**CENTRO INTERNACIONAL
DE POSTGRADO**
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

***ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID EN
ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.***

Nombre y Apellidos del Autor/a: Jenifer Fernández Fernández

Fecha: 17 de mayo de 2021

Trabajo Fin De Máster



**ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID
EN ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.**

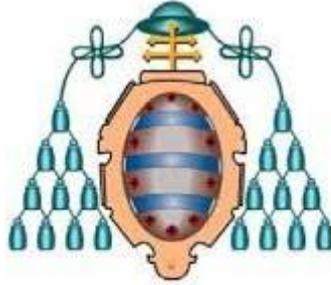


CENTRO INTERNACIONAL
DE POSTGRADO
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL



**ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID
EN ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.**

**CENTRO INTERNACIONAL
DE POSTGRADO**
CAMPUS DE EXCELENCIA
INTERNACIONAL



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

***ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID EN
ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.***

Nombre y Apellidos del Autor/a: Jenifer Fernández Fernández

Fecha: 17 de mayo de 2021

Tutor: Isolina Riaño Galán

Trabajo Fin De Máster



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Isolina Riaño Galán, Doctora en Medicina por la Universidad de Oviedo, Especialista en Pediatría, y Profesora del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Jenifer Fernández Fernández, titulado **“ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID EN ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS”**, realizado bajo la dirección del Dra. Isolina Riaño Galán, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 17 de junio de 2021

Isolina Riaño Galán



AGRADECIMIENTOS

Ha sido un periodo de aprendizaje, tanto a nivel académico como en el personal. Este trabajo ha generado un gran impacto en mí y por ello, quisiera agradecer a todas las personas que me ayudaron durante el proceso.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutora, la Dr. Isolina Riaño Galán, por su gran ayuda y saber guiarme durante todo el proceso.

Además, me gustaría dar las gracias a mis padres, por su apoyo y comprensión, sin sus consejos y ayuda, nada de esto hubiera sido posible.

Por último, agradecer a mis amigos por el apoyo y ánimo recibido en todo momento y a mis compañeras y amigas en especial a Belén, Patricia y Alba. Sin Su ayuda no habría conseguido obtener la fuerza necesaria para llegar a tiempo.

Muchas gracias a todos.



ÍNDICE:

ÍNDICE	6
<u>1.ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS:</u>	7
<u>2.INTRODUCCIÓN:</u>	8
<u>2.1 MARCO TEORICO:</u>	9
<u>2.1.1 Características estructurales, transmisión, clínica de la COVID-19.</u>	9
<u>2.1.2 Información epidemiológica de La COVID- 19 a nivel mundial y nacional.</u>	12
<u>2.1.3 Información epidemiológica de la COVID Asturias.....</u>	15
<u>2.1.4 Vacunación de la COVID-19 en trabajadores sanitarios del principado de Asturias.</u>	20
<u>3.RELEVANCIA DE LA INVESTIGACION</u>	26
<u>4.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN</u>	27
<u>5.HIPOTESIS</u>	27
<u>6. OBJETIVO GENERAL Y SECUNDARIOS.</u>	28
<u>7. METODOLOGÍA</u>	28
<u>7.1 Tipo de estudio:</u>	28
<u>7.2 Contexto donde se realiza el estudio.</u>	29
<u>7.3 Población diana, tamaño muestral</u>	29
<u>7.4 Criterios de inclusión y exclusión:</u>	30
<u>7.5 Instrumentos de medida y Variables a estudio.</u>	31
<u>7.6 Procedimiento de recogida de la información</u>	32
<u>7.7 Análisis estadístico de los datos.</u>	34
<u>7.8 originalidad del trabajo y conflicto de interés</u>	35
<u>7.9 Consideraciones éticas</u>	35
<u>7.9 Cronograma.</u>	36
<u>7.10 Presupuesto</u>	37
<u>8. POSIBLES SESGOS DEL ESTUDIO</u>	37
<u>9. BIBLIOGRAFIA</u>	38
<u>10. ANEXOS.</u>	47



1. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS:

COVID-19: Enfermedad producida por el coronavirus.

SARS-CoV-2:/ SARS Severe Acute Respiratory Syndrome

RSI: Reglamento Sanitario Internacional.

ESPII: Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional.

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSCBS: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

MERS: Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus

RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa.

TCAE: Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería

SDRA: Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo

EMA: Agencia Europea del Medicamento

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias.

AEV: Asociación Española de vacunas

UOC: Universitat Oberta de Catalunya

SNS: Sistema Nacional de Salud

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

Ag: Antígenos

Ac: Anticuerpos



2.INTRODUCCIÓN:

Cada 100 años aproximadamente el mundo experimenta un desafío sanitario que pone a prueba las estructuras sociales, productivas y especialmente las de la atención sanitaria. Actualmente nos encontramos inmersos en una profunda y globalizada crisis debido a la pandemia provocada por la aparición de una nueva cepa del coronavirus con enorme impacto sanitario, cultural y socioeconómico. ⁽¹⁾

En diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó de un grupo de pacientes afectados de una neumonía de etiología desconocida y similar, entre los cuales se incluían siete casos graves. El comienzo de los síntomas del primer caso fue el 8 de diciembre de 2019. ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

En el año que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha designado como el Año de la enfermería, coincidiendo con el 200 aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, emerge la enfermedad causada por este nuevo virus que se denominó por consenso internacional COVID-19, una pandemia que afecta a la salud pública sin distinción de fronteras, raza, sexo o ideologías y que ha causado millones de muertes, generando la necesidad de instaurar medidas para controlar su propagación. Ante este nuevo desafío mundial, las vacunas se postulan como la herramienta más eficaz para contener la pandemia y el mundo científico ha logrado la obtención de diferentes modelos vacunales en una lucha contrarreloj contra los desmesurados índices de morbimortalidad provocados por la COVID. Es precisamente esa rapidez histórica en la obtención de las vacunas la que, paradójicamente, ha dado lugar a una mayor controversia y a incontables debates en el ámbito científico, político y social, lo cual ha creado una gran incertidumbre y suspicacia



frente a ellas entre toda la población general y también entre los profesionales sanitarios, que por un lado se han tenido que enfrentar en primera línea al riesgo inmediato de contagio y por otro, han visto cómo se desarrollaban vacunas en un tiempo récord, totalmente novedosas para ellos y que les serían administradas por delante del resto de la población, tras ensayos clínicos relativamente cortos para un fármaco de este tipo.

2.1 MARCO TEORICO:

2.1.1 Características estructurales, transmisión, clínica de la COVID-19.

La enfermedad COVID-19, a la que se denominó SARS-CoV-2, que pertenece al síndrome respiratorio agudo severo, es producida por un coronavirus de la familia *Coronaviridae*, que se pueden dividir en 4 géneros: alfa, beta, delta y gamma. Estos virus pueden infectar a distintas especies de animales, pero solo los tipos alfa y beta infectan a los humanos, tratándose por tanto de una enfermedad zoonótica, es decir, que puede transmitirse de animales a humanos. ^(5,6,2,7,8).

Lo que se conoce del origen del SARS-CoV-2 es que es muy probable que la transmisión a las personas llegara a través de un animal, debido a la estrecha similitud que tiene con los coronavirus que se han visto en murciélagos. Hace 18 años el SARS-CoV se transmitió del mismo modo a los humanos en un mercado exótico de animales, y el MERS-CoV, a través de los camellos. ^(9,10)

Las vías de contagio son similares a las de otros coronavirus. Se considera que el SARS-CoV-2 puede transmitirse de persona a persona por diferentes vías: la principal es la inhalación de gotas o aerosoles por vía aérea, producidas al hablar, toser o estornudar por parte de una persona afectada, por lo que el uso de mascarillas es uno de los principales métodos

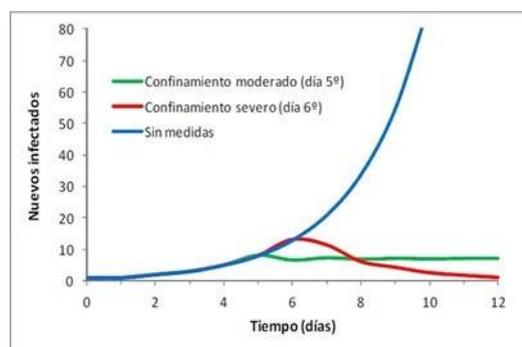


para contener su dispersión, así como ventilar espacios cerrados y evitar interiores. También puede transmitirse mediante la manipulación de objetos contaminados por esas secreciones que entrarían en contacto con la mucosa de la boca, ojos o nariz de una persona susceptible mediante el tacto, por lo que la higiene de manos se ha convertido en otra de las recomendaciones estándar dictadas por la OMS para prevenir la propagación de la infección. (2)(5)(11)

El estudio de Guiraro ⁽¹²⁾ proporciona las medidas necesarias para detener la epidemia desde tres aspectos. En primer lugar, para reducir las personas susceptibles de ser infectadas habría que realizar un aislamiento total, o bien, usar las vacunas. Además, se debe reducir el tiempo de exposición donde personas infectadas pueden contagiar a otras personas sin saberlo, por eso, es necesario realizar cribados a gran escala. Por ello, identificar y poner en cuarentena a personas, ya fueran casos sospechosos, casos probables o casos confirmados, ha sido eficaz para reducir la transmisión y contener brotes de la enfermedad, puesto que una persona podría infectar aproximadamente de 2 a 4 personas.

(5)

Gráfico 1. Evolución de una epidemia A según las medidas tomadas



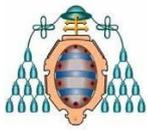
Fuente: Entender una epidemia (2020)



El concepto de cuarentena apareció en la Edad Media con las primeras epidemias que azotaron al mundo, la peste, la lepra y el cólera, las cuales llevaron a aislar a grupos de enfermos. Más adelante, Fracastoro definió el concepto de infecciosidad y describió cómo se transmitían las enfermedades en el siglo XVI, proporcionando así más conocimientos sobre las enfermedades infecciosas. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ Las epidemias han tenido un gran impacto a lo largo de la historia, aunque las medidas de protección de la salud actuales no se pueden comparar con las de otros siglos, han sido esenciales para el concepto de salud pública actual, ya que con el paso de los años aumenta la importancia de la salud pública y surgen los conceptos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. ⁽¹⁵⁾

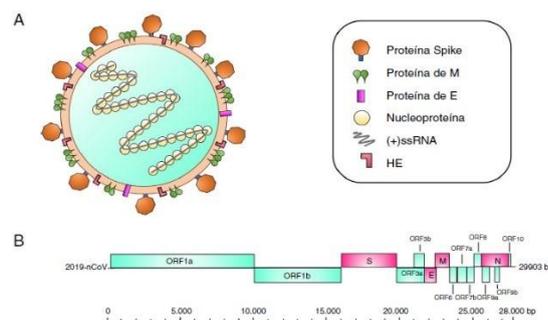
Las principales pruebas para el diagnóstico de la COVID-19, son la PCR (reacción en cadena de la polimerasa); la detección de antígenos mediante test rápidos, una prueba que permite identificar proteínas del virus con mayor rapidez que la PCR; y pruebas serológicas, que permiten detectar anticuerpos frente al coronavirus con una muestra de sangre.

Los síntomas clínicos no son los mismos en todas las personas; entre ellos se encuentran tos, fiebre, dolor muscular, fatiga, anosmia (perdida de olfato), ageusia (pérdida del gusto), diarrea, cefalea, o náuseas, donde en la mayoría de los casos se trata de una enfermedad leve. Se puede evolucionar desde neumonía sin signos de gravedad, donde no es necesaria la oxigenoterapia, hasta una neumonía severa, asociada al síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Síndrome que se define como un tipo de lesión pulmonar, inflamatoria, difusa y aguda cuyas características clínicas son opacidades bilaterales e hipoxemia, y que podría derivar en sepsis generalizada o shock séptico ⁽¹⁶⁾⁽¹¹⁾.



Es importante conocer la estructura y los mecanismos de replicación del virus para avanzar en el desarrollo de tratamientos y vacunas. El SARS-CoV-2 ha sufrido pequeñas mutaciones genéticas, cuyas variantes ayudan explicar el origen y la difusión. El estudio de la estructura permitió conocer desde los primeros meses de la pandemia que el virus utiliza una proteína situada en su superficie para penetrar en las células humanas, la proteína de la espícula o “Spike” (proteína S), la cual se junta con el receptor ACE-2 de nuestras células y actúa como una llave. Este mecanismo ha sido una de las claves para bloquear la interacción mediante las vacunas. (11)(5)

Figura 2: partícula de coronavirus



Fuente: COVID-19, una emergencia de salud pública mundial.

2.1.2 Información epidemiológica de La COVID- 19 a nivel mundial y nacional.

El virus SARS-CoV-2 pasa de ser un agente patológico desconocido en China a declararse por el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) en su reunión del 30 de enero de 2020 y posteriormente, pandemia global el 11 de marzo de 2020 por la OMS.

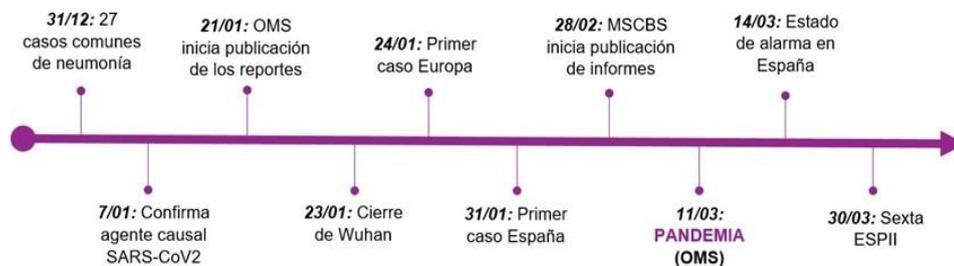
(17)(18)(19)(20)(21)



El primer caso se registra en Europa el 24 de enero, concretamente en Francia. ⁽⁶⁾⁽⁷⁾. La epidemia comienza a crecer exponencialmente en China, representando el 93% de los casos mundiales en febrero. En Europa, comienzan a ascender los enfermos encontrándose la mayoría de ellos en Italia.

En España, el primer caso se registra el 31 de enero y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) comienza a publicar informes sobre la epidemiología del COVID-19 a nivel nacional el 29 de febrero. ⁽¹⁸⁾⁽²²⁾

Gráfico 3. Línea temporal

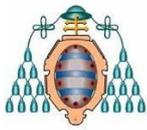


Fuente: El impacto de la enfermería en la pandemia del COVID-19.

Se denomina epidemia cuando una enfermedad infecciosa se propaga rápidamente en una población determinada y afecta simultáneamente a un gran número de personas dentro de un período de tiempo específico, pasando a considerarse una urgencia epidemiológica. Sin embargo, cuando un brote afecta un área geográfica más grande (por ejemplo, todos los continentes), se produce lo que conocemos como pandemia. ⁽¹⁴⁾

Anteriormente, otros coronavirus han provocado epidemias en dos ocasiones: la primera, provocada por el SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) que afectó a 26 países y la segunda, en Arabia Saudita por el MERS (Middle-East Respiratory Syndrome Coronavirus).

En España, a 12 de mayo 2021, según la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

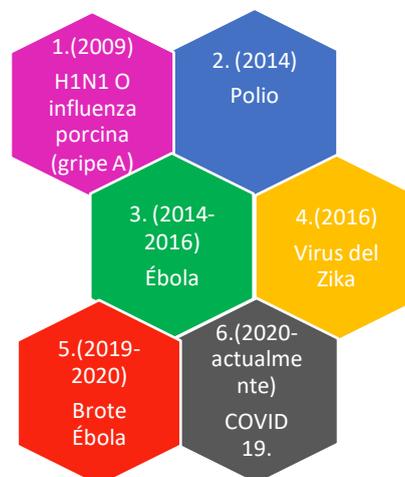


(RENAVE), el virus SARS-COV-2 ha provocado 243.696 hospitalizaciones, 23.594 admisiones en unidades de cuidados intensivos (UCI) y 49.346 defunciones, llegando a colapsar hospitales y saturando al sistema sanitario, ya que no solo se enfrentan a los casos de COVID-19, sino igualmente se ha de atender a los problemas de salud que se encuentran presentes en la población. Nuestro país declaró la COVID-19 como emergencia de salud pública en el Real Decreto - Ley 6/2020. ⁽²¹⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

Una ESPII se define en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) 2005 como: ⁽²⁷⁾

- Un evento extraordinario grave, inusual o inesperado.
- Que constituye un riesgo para la salud pública más allá de las fronteras del Estado afectado.
- Y que podría necesitar acciones internacionales coordinadas inmediatas.

Gráfico 4: Emergencias de salud pública de carácter internacional declaradas por la OMS.



Fuente: Elaboración propia.

A pesar de que el primer caso español de la COVID-19 se registra en enero, se considera que la epidemia en España no ha sido iniciada por un único paciente (paciente 0), sino que ha sido el resultado de numerosas entradas del virus en un corto periodo de tiempo,



posiblemente desde China o Italia. Su rápida expansión puede ser debido a múltiples entradas simultáneas por diferentes zonas de nuestra geografía, inicialmente Madrid, País vasco y Valencia, desde donde se propaga rápidamente al resto del país. ⁽¹⁵⁾

Gráfico 5: Diseminación en el inicio de la pandemia en España: casos procedentes de Italia que participaron en la feria del Arco de Madrid, así como en el partido de fútbol Atlanta de Bérghamo – Valencia, y un brote en un funeral en Vitoria.



Fuente: comas (18) Mapa del movimiento predicho de las cepas pertenecientes al SEC8 de acuerdo a NextSpain

(<http://seqcovid.csic.es/nextspain/>).

En la evolución de la pandemia de la COVID- 19 en España podemos distinguir cuatro etapas: ⁽²¹⁾

- **Primera etapa:** Desde el inicio de la pandemia hasta el 21 de junio 2020, momento en el que se terminó el estado de alarma tras la primera Ola de la COVID-19
- **Segunda etapa:** Del 22 de junio al 6 de diciembre del 2020.
- **Tercera etapa:** Del 7 de diciembre del 2020 al 14 de marzo 2020.
- **Cuarta etapa:** Del 15 de marzo de 2021 hasta la actualidad. El cual podrá ir variando en función del contexto que se encuentre la pandemia en España.

2.1.3 Información epidemiológica de la COVID Asturias.

El primer caso en Asturias se registra el día 29 de febrero del 2020, con una evolución en la aparición de casos estable durante la primera semana. Días más tarde aparece el primer



brote en un centro educativo de Oviedo y en la siguiente semana comienzan a registrarse casos localizados que se referencian a contactos.

Tras la cuarta semana del inicio de la pandemia en Asturias aparecen casos procedentes de exposiciones en Madrid y viajes al levante o sur español. Posteriormente se comienzan a observar los primeros brotes en residencias de personas mayores: Grado (19 y 20 marzo), Castrillón (24 marzo), Oviedo (29 marzo). Asimismo, con el anuncio del cierre de circulación y el confinamiento domiciliario se produce un gran número de retornos viajeros procedentes de Italia, Madrid y Barcelona, que provocan una entrada masiva del virus en la región. Las medidas implementadas mediante un modelo de intervención de contención, detección precoz, estudio y aislamiento de casos y contactos se hacen insuficientes, por lo que la gestión pasa a nivel comunitario. En este punto, se inicia lo que en epidemiología se conoce como “fase de mitigación”, que consiste en reducir la vulnerabilidad y los daños que causa una enfermedad en las personas, lo cual hizo necesario evaluar la pérdida de la trazabilidad de la Covid-19, ya que el aumento continuo de la transmisión local hacía imposible determinar el origen de ciertos contactos. ⁽²⁸⁾

En Asturias podemos distinguir tres grandes ondas u olas, las cuales están delimitadas por un valle intermedio en el que hubo 25 días sin ningún nuevo caso. ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾

- **Primera ola:** desde el comienzo de la Epidemia, la cual se puede identificar a partir del 8 de marzo hasta el 27 de junio. Entre la primera y segunda ola se da el valle intermedio.
- **Segunda ola:** comenzaría el 28 de junio y finalizaría el 1 de enero del 2021.
- **Tercera ola:** desde el 1 de enero de 2021 y continuaría hasta nuestros días.



ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID EN ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.

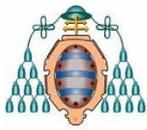
Gráfico 6: curva epidémica del Principado de Asturias.



Fuente: Datos notificados a la RENAVE (disponibles en el momento de la extracción).

Durante la primera ola se observa que el número de casos es mayor en el género femenino, por lo que se considera que podría estar ligado a las actividades laborales y a los roles de género como los cuidados. En la segunda ola, sin embargo, es similar en ambos géneros, lo que podría reflejar que la diseminación se debe al ocio, costumbres, actividades y tiempo libre, además de autoridades y profesionales que negaban su existencia. ⁽²⁸⁾

Según los datos recogidos por el informe 6 del Observatorio de la salud en Asturias desde el 29 de febrero del 2020, fecha del primer caso de COVID-19, se han confirmado un total de 43.051 casos atendiendo a los criterios de caso con prueba de confirmación de laboratorio (PCR): 2434 correspondientes a la primera ola, donde el culmen semanal supero los 800 casos; 24845 a la segunda ola, donde el culmen se dio concretamente el 12 de noviembre del 2020 con 807; y unos 14370 en la tercera. El punto más álgido se produjo la semana del 1 de marzo del 2021, donde el número alcanzado fue de 1900 casos



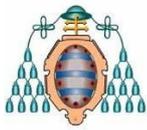
semanales. ⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾. En la primera ola predominan edades de 85-95 años, por el contrario, la segunda ola predomina edades de entre 55-65 años.

Gráfico 7: Número de casos de COVID-19 por edad y OLA. Asturias.



Fuente: Dirección general de la salud pública casos a 25.02.2021. Observatorio de la salud en Asturias. Sistema de vigilancia Epidemiológica de Asturias.

Los fallecimientos sucedieron principalmente en la primera ola en los meses de marzo y abril, con 69 fallecidos en una semana. En términos de morbilidad y mortalidad se observó un aumento en la segunda ola con respecto a la primera, disparándose en octubre, los casos y los fallecimientos, llegando a un pico en noviembre. En octubre fue necesario implementar medidas especiales en la población general, consiguiendo limitar la diseminación de la infección y la aparición de los fallecimientos por COVID-19. A finales del año 2020 comienzan a estabilizarse los fallecimientos gracias a la acción vacunal, observándose un descenso en el número de defunciones en personas institucionalizadas en residencias, quienes formaban parte del primer grupo en recibir la vacuna. Se puede estimar que desde el inicio de la vacunación se han evitado 217 muertes por la COVID-19 en residencias con la pauta de vacunación completa.



ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID EN ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.

Gráfico 8: Evolución de los fallecimientos semanales COVID-19. Asturias.



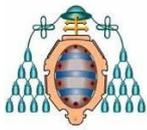
Fuente: Dirección general de la salud pública casos a 11.05.2021. Observatorio de la salud en Asturias. Grupo de vigilancia en residencias. <https://obsaludasturias.com/obsa/informacion-covid-19-en-asturias/>

Las mayores tasas de fallecimientos en septiembre del 2020 se dieron en el Área sanitaria V, seguido del IV y VIII. Por el contrario, el Área con menor tasa fue Área VII. Así mismo, en los datos recogidos hasta el 01 de enero del 2021, el Área con mayor número de fallecimientos sigue siendo el Área V seguido de la IV, pero las Áreas con menor afectación fueron la I y II ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

Gráfico 9: Número total de casos acumulados COVID-19 por Área sanitaria. Asturias.

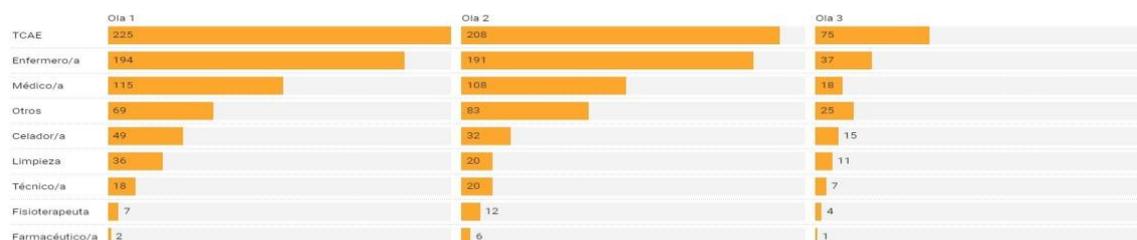
Area sanitaria	TOTAL
Area I	627
Area II	634
Area III	6 505
Area IV	11 346
Area V	12 272
Area VI	1 054
Area VII	2 363
Area VIII	3 112

Fuente: Dirección general de la salud pública casos a 25.02.2021. Observatorio de la salud en Asturias. Sistema de vigilancia Epidemiológica de Asturias.



En el ámbito asistencial y sociosanitario, desde el 13 de julio del 2020 hasta el 19 de abril del 2021, se detectaron en nuestra región 1.631 casos entre el personal sanitario y no sanitario de centros tanto públicos como privados, de un total de 49.541 de casos confirmados en la población general, de los cuales fueron hospitalizadas 73 personas, 7 de ellas precisaron ingreso en UCI y dos resultaron fallecidas, concretamente una Técnica en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) del área V (Gijón) y una Técnica de Radiología del área VI (Arriondas). Dentro de la profesión sanitaria las categorías más afectadas fueron los TCAE, seguido del personal de enfermería y por último, el personal médico. ⁽³²⁾

Gráfica 10: casos COVID en personal que trabaja en centros sanitarios y sociosanitarios por profesión y ola. Asturias.



Fuente: Dirección general de la salud pública a 07.05.21. Observatorio de la salud en Asturias. Sistema de vigilancia Epidemiológica de Asturias.

2.1.4 Vacunación de la COVID-19 en trabajadores sanitarios del principado de Asturias.

La inmunización frente a la COVID- 19 mediante un plan de vacunación, constituye actualmente una medida esencial a corto plazo para superar la pandemia en la que estamos inmersos. Teniendo en cuenta que las medidas de confinamiento y limitaciones de otros derechos y libertades no han servido para controlar la propagación de la infección, la vacunación se ha convertido en una nueva herramienta esperanzadora. ⁽³³⁾



En Europa ya se ha aprobado la comercialización de cuatro tipos de vacunas: ⁽²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾

- **La BNT162b2 (Comirnaty[®], Pfizer/BioNTech):** autorizada el 21 de diciembre de 2020, es una vacuna de ARN mensajero, la cual, codifica la glicoproteína de la superficie S (spike) del virus SARS-CoV-2. Esta vacuna al no contener virus vivos ni genoma completo no tiene capacidad de replicación y no puede producir la enfermedad. Se ha visto una eficacia en pacientes con o sin evidencia de infección previa por SAR-CoV-2 del 94,6%. ⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾
- **La ARNm-1273 (COVID-19 Vaccine Moderna[®]):** autorizada el 6 de enero de 2021. La vacunación consiste en dos dosis en los días 0 y 29. Se basa en el ARN mensajero.
- **La ChAdOx1-S (COVID-19 Vaccine AstraZeneca[®]):** autorizada el 29 de enero de 2021. La vacunación consiste en dos dosis.
- **La COVID-19 Vaccine Janssen[®]:** autorizada el 11 de marzo de 2021. La vacunación consiste en una dosis.

La BNT162b2 (Comirnaty[®], Pfizer/BioNTech) fue la administrada principalmente al personal sanitario de los hospitales asturianos, aunque en algún hospital también se vacuno con Moderna a alguno de sus profesionales. Las condiciones de conservación, la pauta de vacunación y la dosificación de los cuatro tipos de vacunas se encontrarán en las tablas disponibles en los **Anexos I, II, III, IV** del documento.

La compañía Novavax está diseñando una vacuna combinada frente a la gripe tetravalente y proteica adyuvada frente a la SARS-CoV-2 con buenos resultados de inmunidad.



A pesar del escaso tiempo que hubo para el desarrollo de las vacunas, los ensayos clínicos han mostrado que existe una elevada seguridad y protección frente a la enfermedad en las personas vacunadas. La encargada de acreditar la seguridad y efectividad de las vacunas es la Agencia Europea del Medicamento (EMA).⁽³⁴⁾

La Comisión Europea es la encargada de coordinar su gestión para garantizar suficientes existencias para todos los Estados Miembros, así como un acceso rápido para su administración.

En España, como en el resto de los países de la Unión Europea, la vacunación contra la COVID-19 se inició el 27 de diciembre de 2020. La estrategia de vacunación se actualiza a medida que se van autorizando y recibiendo vacunas y también como consecuencia del aumento de conocimientos por la evolución de la pandemia.

Dicha estrategia es común para todos los territorios españoles. Para su implantación en Asturias se constituyó un equipo de coordinación compuesto por profesionales de la Consejería de Salud y los Servicios Centrales del SESPA y el control se lleva a cabo por los equipos directivos de las 8 áreas sanitarias del Principado de Asturias, que se reúnen semanalmente.⁽³⁴⁾

La pauta a seguir consiste en ir vacunando de manera progresiva a los diferentes grupos que puedan presentar más riesgo de hospitalización, contacto, ingreso en UCI y muerte. En la primera fase, los grupos prioritarios fueron los residentes y el personal sociosanitario y sanitario de residencias de personas mayores y discapacitadas, así como el personal sanitario de primera línea de atención hospitalaria.



En estos momentos, el plan de vacunación se basa en la Actualización 7 de la Estrategia de Vacunación frente a la COVID-19 en España. La elección de la vacuna o vacunas a aplicar no se pueden determinar por elección personal, sino que debe basarse en la validez y en las indicaciones de la vacuna para diferentes grupos de población. ⁽³⁸⁾ La vacunación del Grupo 2 es la perteneciente al SESPA, que corresponde al personal de primera línea en el ámbito sanitario y que se ha llevado a cabo en diferentes puntos de vacunación, principalmente en los hospitales públicos del SESPA con la colaboración del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. En este grupo se incluye al personal que tiene mayor riesgo de exposición a la COVID-19 por tener una atención directa de pacientes o mayor probabilidad de tener contacto con personas infectadas por SARS-CoV-2:^{(34) (35)}

- Personal del ámbito sanitario que trabaja de cara al paciente (incluidos los no sanitarios como limpieza, estudiantes, administrativos...)
- Unidades de consultas o circuitos COVID.
- Puertas de entrada a los servicios de salud: servicio de admisión, urgencias, atención primaria.
- personal de unidades móviles y transporte sanitario urgente.
- UCIS.
- Servicios y unidades con pacientes de alto riesgo (oncología, hematología, hemodiálisis, etc.).
- Servicios centrales donde se toman y manipulan muestras que potencialmente Pueden contener virus viables.
- Personal de los equipos de vacunación, incluyendo a salud laboral y medicina preventiva.

Los profesionales sanitarios, tanto de centros públicos como privados, han sido obtenidos a través del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios de la Dirección General de Política Sanitaria de la Consejería de Salud. La mayoría de las personas pertenecientes a



este grupo ya han sido vacunadas y aquellas que estén pendientes de alguna dosis se completarán con vacunas de ARNm. ⁽³⁴⁾

Enfermería tiene un papel activo en el control de pandemias que va desde la prevención hasta la investigación. Según el informe anual del Sistema Nacional de Salud (SNS), en 2018 un 28,63% de los trabajadores que prestan asistencia son enfermeras. Aun así, España presenta una ratio de 5,5 enfermeras por 1000 habitantes, inferior de la media europea.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la OMS han lanzado el movimiento *Nursing Now* para visibilizar a las enfermeras por su papel en la salud global. Por ello, cabe destacar que los conocimientos sobre salud global, comunitaria y epidemiológica que maneja la enfermería resultan fundamentales para prevenir infecciones durante la epidemia. ⁽¹⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾

La Asociación Española de Vacunas (AEV) ha realizado un estudio de la aceptación de la vacunación por parte de los profesionales de la salud. Este estudio dirigido por la Dra. María Fernández Prada, responsable del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Álvarez Buylla de Mieres ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias. Los resultados que se obtengan, ya que aún se encuentra en desarrollo, serán de gran interés para conocer qué variables podrían predecir la aceptación de la vacuna y así plantear estrategias que las puedan mejorar. ⁽³⁷⁾

Un estudio de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) también investigó la aceptación de la vacunación Covid-19 por parte del personal sanitario español. En este estudio, sorprende que la aceptación del personal médico sea mayor que la de las enfermeras, ya que, las enfermeras están más cerca de los pacientes y es más probable que influyan las opiniones de estos. ⁴⁰⁾



Países como Reino Unido o Israel, plantean para el próximo otoño la utilización de dosis de recuerdo frente a nuevas variantes junto con la vacuna de la gripe. Las vacunas frente a la COVID-19 son nuevas y el tiempo de eficacia está aún por determinar por lo que es necesaria la planificación de estrategias bien diseñadas que ayuden a promover una mayor aceptación de la vacunación. ⁽³⁵⁾

El Grupo consultivo Técnico de la OMS sobre conocimientos y ciencias del comportamiento para la salud ha publicado una investigación en la que describen factores que condicionan la aceptación de las personas hacia las vacunas, entre ellos están: un entorno favorable, las influencias sociales y la motivación. ⁽⁴¹⁾

La vacunación ha de ser fácil, rápida y asequible para la mayoría de la población y se han de tener en cuenta factores como el lugar o la hora, facilitando el acceso en lugares seguros y cómodos. Además, las medidas deberían de acompañarse con mensajes específicos, claros, creíbles y fiables que muestren que vacunarse es beneficioso. Para ello es importante garantizar que los trabajadores sanitarios, en especial los enfermeros que son los encargados de administrar las vacunas dispongan de la formación adecuada.

En Asturias se ha desarrollado un plan de educación e información dirigido al personal de vacunación acerca de las vacunas Pfizer BioNTech, Moderna, AstraZeneca y Janssen. La formación y medidas que se han incluido en este plan son: ⁽³⁴⁾

- Envío de correos a todos los profesionales del SESPA con información acerca de:
 - Notificación de reacciones adversas de la vacunación.
 - Acceso a través del HUP a los registros de vacunación del paciente y sus resultados pruebas diagnósticas (PCR, Ag, Ac).
 - Enlaces a publicaciones y bibliografía



- Astursalud proporciona documentos para todos los profesionales (guías técnicas de vacunación COVID-19)
- Para profesionales formación especializada del personal:
 - Formación pública para los profesionales de la salud de todas las áreas sanitarias a través de la plataforma TEAMS.
 - Formación a los responsables de la vacunación por áreas sanitarias, así como del personal implicado en el registro para conseguir una formación en cascada.
 - Sesiones de información sobre la seguridad del paciente de manera pública a través de la plataforma TEAMS.

Por último, se han de aprovechar las influencias sociales, visibilizando las vacunas. A la mayoría de las personas les han surgido dudas con respecto ellas debido a la <<infodemia>>, es decir, la sobreinformación que ha tenido la vacunación a escala mundial y que ha sido tanto rigurosa como falsa. La población se encuentra expuesta a información que muchas veces es errónea, son rumores o incluso teorías conspirativas falsas que hacen minar su confianza en la vacunación. Según diversos estudios, las fuentes de información preferidas son los medios generalistas y el entorno social cercano (familiares, amigos etc.) Por ello es importante establecer estrategias y ofrecer fuentes fiables, así como formar al personal enfermero para poder, de manera empática, gestionar las dudas que surjan respecto a la vacunación y generar con ello transparencia y confianza para compensar las brechas que generan los medios de comunicación en esta crisis sanitaria. ⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾

3.RELEVANCIA DE LA INVESTIGACION

La COVID-19 ha desafiado a la gestión gubernamental y los sistemas de salud de todo el mundo, causando millones de muertes. En el año internacional de la enfermería, la COVID-19 nos ha recordado que todo el personal sanitario es fundamental para la lucha contra el coronavirus, pero la enfermería ha tenido un papel fundamental, ya que son los



profesionales que representan el grupo más numeroso, que influyen en la calidad asistencial y que más tiempo pasan con el enfermo.

Dado el grado de controversia relativo a la vacunación, el elevado coste sanitario, social e individual de la COVID-19 y la influencia directa del personal de enfermería sobre la población susceptible de ser vacunada, el presente estudio nos daría la oportunidad de conocer cuál es el grado de aceptación de las vacunas por parte de este grupo profesional y qué factores han podido influir en su decisión de inmunizarse o no. Podremos saber si su formación previa ha sido suficiente o si, por el contrario, la celeridad requerida por la pandemia ha hecho que no se hayan difundido lo suficiente los conceptos fiables y válidos avalados por la evidencia. Además, nos permitirá conocer cuáles son los principales temores a los que se enfrentan los profesionales de enfermería en contacto directo con la COVID-19 que han podido influir en su decisión de vacunarse o no, para proporcionar una gestión adecuada de la ansiedad y las dudas generadas, ya que su actitud frente a este tema es un ejemplo a seguir por una parte importante de la población. Por otra parte, serviría como precedente para líneas futuras de investigación, puesto que no existen demasiadas sobre este tema o aún se encuentran en desarrollo.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál ha sido el nivel de aceptación de la vacunación frente a la COVID en enfermeras de hospitales asturianos?

5. HIPOTESIS

Se plantea un estudio descriptivo, observacional y transversal, de tipo cualitativo, por lo que no precisa un planteamiento de hipótesis.



6. OBJETIVO GENERAL Y SECUNDARIOS.

➤ Objetivo general:

El objetivo principal de este proyecto sería conocer el nivel de aceptación de la vacunación frente a la COVID-19 por parte del personal enfermero de los hospitales asturianos de referencia.

➤ Objetivos secundarios:

Analizar si el lugar y las condiciones laborales han afectado en el nivel de aceptación de la vacuna por parte del personal de enfermería.

Definir si la formación previa ha sido la adecuada entre los profesionales de enfermería y en qué medida puede afectar al nivel de aceptación.

Conocer si los factores de riesgo personales y del entorno han determinado la actitud frente a la vacunación.

Analizar cuál ha sido el alcance y la influencia de los medios de comunicación públicos de carácter no científico en cuanto a la aceptación de la vacuna en la muestra analizada.

7. METODOLOGÍA

7.1 Tipo de estudio:

Este proyecto de investigación plantea un estudio de tipo descriptivo observacional y transversal, en el que intenta asociar los factores observados al grado de aceptación por parte del personal sanitario en cuanto a las vacunas frente a la COVID-19.



7.2 Contexto donde se realiza el estudio.

El ámbito de estudio de este proyecto incluye todos los hospitales de referencia de las ocho áreas del Principado de Asturias.

- **Área I:** Hospital de Jarrío
- **Área II:** Hospital Carmen y Severo Ochoa
- **Área III:** Hospital Universitario San Agustín
- **Área IV:** Hospital Universitario Central de Asturias, Hospital Monte Naranco
- **Área V:** Hospital Universitario de Cabueñes
- **Área VI:** Hospital del Oriente de Asturias
- **Área VII:** Hospital Álvarez Buylla
- **Área VIII:** Hospital Valle del Nalón.

La difusión y el desarrollo del proyecto se llevará a cabo mediante una entrevista con los responsables de docencia de cada hospital, a los cuales, se les explicará y enviarán los cuestionarios mediante email o a través de dichas unidades de docencia para que sean entregados a las supervisoras de cada unidad y de estas a los profesionales de enfermería que trabajen en dicho servicio. Este proyecto se desarrollará entre los meses de febrero a julio del año 2022.

7.3 Población diana, tamaño muestral

El tamaño muestral ha sido calculado para el total de Asturias, tomando como referencia los datos de recursos humanos, en concreto en el número de profesionales de enfermería, publicados en la memoria del SESPA del año 2017, cuya última revisión se ha llevado a cabo en enero del 2019. Según estos datos, el total de profesionales de enfermería de nuestra



Comunidad es de 3917, por lo que realizando el cálculo con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, se considera representativa una muestra total de 351 participantes.

7.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión:

Durante el periodo de investigación se incluirán todos aquellos sujetos que cumplan alguno de los siguientes criterios

- Todos los profesionales del personal de enfermería de los Hospitales de referencia asturianos.
- Todos los profesionales que hayan firmado el consentimiento accediendo así a participar en el estudio.

Exclusión:

- Profesionales de enfermería que trabajen en Hospitales privados y concertados del Principado de Asturias.
- Aquellos profesionales de enfermería que rechacen participar en el estudio
- Profesionales de enfermería que no se encuentren en activo durante el periodo de recogida de datos, ya sean por motivos de baja laboral o permiso por vacaciones.
- Profesionales de enfermería que no firmen el consentimiento correspondiente o no hayan completado el cuestionario en su totalidad.



7.5 Instrumentos de medida y variables a estudio.

Los instrumentos de evaluación que se van a utilizar para la realización de este estudio son los siguientes: Una hoja de recogida de datos de elaboración propia.

A continuación, se describen las variables que figuran en la hoja de recogida de datos y que serán clasificadas de la siguiente manera:

- **Variables sociodemográficas:**

Nos permiten conocer las características de la muestra a estudio.

- **Edad:** variable cuantitativa. Años cumplidos de la persona que participe en el estudio.
- **Sexo:** variable cualitativa nominal, dicotómica. Sexo del paciente que acredite en su tarjeta sanitaria o de identidad. Con dos opciones de respuesta (Mujer/hombre).

- **Variables laborales**

- **Tiempo ejercido como profesional de enfermería:** variable cuantitativa discreta, se expresa en años.
- **Personas a su cargo:** Variable cualitativa ordinal. personas que tiene bajo su cargo (hijos, suegros, padres...)
- **Presencia de comorbilidad de riesgo para el COVID -19** (Patología cardiovascular, patología respiratoria crónica, diabetes, embarazo).
Variable cualitativa nominal politómica. (Presenta patología; presenta más de una patología; no presenta patología.)



- **Nivel de estrés que le genera el trabajo realizado:** Variable cualitativa ordinal, politómica. Percepción del trabajador del estrés que le genera el trabajo. (mucho, normal, poco)
- **Antecedentes familiares con Covid 19:** Variable cualitativa, dicotómica. (Si/No)
- **Variables de formación académica:**
 - **Formación académica relacionada con el puesto de trabajo por parte de la empresa.** Variable cualitativa dicotómica (Si/No)

7.6 Procedimiento de recogida de la información

El método de recogida de información será a través de un cuestionario *ad hoc*, de carácter voluntario, en el que hemos incluido todas las variables del estudio. El cuestionario no validado está elaborado de forma específica para llevar a cabo este trabajo, siendo uno de los objetivos para el futuro su validación (incluido el uso de expertos para la validez aparente y de contenido del instrumento en el momento de conformar los ítems de 35 preguntas del cuestionario) para mejorar la calidad y rigor del estudio. (Anexo V)

Antes de llevar a cabo la recogida de información, se obtendrán los permisos necesarios para la realización del proyecto de investigación: solicitud del informe favorable al Comité Ético de la Investigación del Principado de Asturias, así como, la autorización de la dirección de enfermería de los hospitales regionales y a la supervisión de los diferentes servicios de enfermería de los hospitales. Se les informará de los objetivos y la metodología, así como los beneficios del estudio que superan a las posibles molestias, y de la fecha del inicio del estudio.



Para llevar a cabo la entrega de los instrumentos de información, así como para la captación de participantes, se contactará con las unidades de docencia para exponer detalladamente el contenido de la encuesta y la finalidad del estudio, con el fin de lograr la mayor participación posible. Según el criterio de los responsables, se procederá a la realización de la encuesta por los siguientes métodos:

- Vía email: a través del correo corporativo del personal de enfermería
- En papel: distribuyendo la encuesta en los diferentes servicios hospitalarios, utilizando como intermediarios a los responsables de cada unidad y a los propios responsables de las Unidades de Docencia

Sea cual sea el método utilizado, siempre se acompañará de un documento informativo para los participantes donde se explicará el objetivo principal de la investigación, las instrucciones para cumplimentar correctamente el cuestionario.

Para darle mayor visibilidad al estudio, se colocarán carteles informativos plastificados en los diferentes controles de enfermería de cada unidad, en las zonas comunes como vestuarios, etc.

En caso de que la participación a través de estos medios no sea suficiente, se pueden organizar sesiones informativas en los diferentes hospitales, tanto en el turno de mañana como en el de la tarde y siempre dentro del horario laboral, con permiso de la Dirección del centro. En ellas se realizará una breve presentación por medios audiovisuales y se recabará la colaboración de los asistentes para la realización “in situ” de la encuesta si es posible o, en caso contrario, por el medio más cómodo entre los propuestos.



Independientemente del método escogido para la cumplimentación, la documentación para los participantes estará formada por:

- Un cuestionario no validado de administración directa, para la autocumplimentación, de carácter anónimo y confidencial, con 35 preguntas cerradas y tres alternativas de respuesta (Si/No/No sé), agrupadas en diferentes bloques relacionados con los objetivos de análisis propuestos. Además, irán precedidas de una pregunta abierta que responderá al objetivo principal del estudio. (Anexo V).
- Una carta de presentación dirigida a los participantes en la que se les explicará el objetivo principal de la investigación, se asegurará el carácter confidencial y anónimo de los datos. (Anexo VI).
- Una hoja de consentimiento informado (Anexo VII)

7.7 Análisis estadístico de los datos.

Al tratarse de datos de tipo cualitativo, se realizará un análisis descriptivo relacionando los resultados con los objetivos del estudio. Una vez recabada la información, el primer paso será reorganizar los datos obtenidos con relación a la respuesta planteada en el objetivo principal. El resto de los datos serán organizados en bloques correspondientes cada uno de ellos a un objetivo secundario concreto que, a su vez, proporcionará una visión más detallada de su relación con la aceptación de la vacuna frente a la COVID-19.

Una alternativa es el uso de algún software libre para el análisis de variables cualitativas, como el Atlasti o el QDA Miner Lite. En este caso, para introducir los datos, se



categorizarán como “S” para las respuestas afirmativas, “N” para las negativas y “X” para las respuestas tipo “no sabe/no contesta”.

Independientemente del método elegido, el hecho de datos afirmativos o negativos en cada objetivo secundario propuesto nos irá perfilando la influencia de las diferentes variables sobre la decisión del encuestado de vacunarse o negarse a ello, determinando de esta forma sobre qué variables es recomendable efectuar modificaciones futuras y qué campos de actuación son los más aconsejables.

7.8 Originalidad del trabajo y conflicto de interés

El trabajo es original, no habiendo sido presentado en su totalidad o parcialmente en otros Congresos o Jornadas, ni enviado para su publicación a revistas nacionales o internacionales con anterioridad a la fecha de realización del presente Trabajo Fin de Máster.

La autora y sus tutores manifiestan no haber recibido ningún tipo de subvención económica.

7.9 Consideraciones éticas.

Se solicitará permiso al comité de Ética de investigación del Principado de Asturias. Esta investigación se realizará de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, siguiendo los principios de integridad, privacidad y teniendo en cuenta que los intereses de los participantes están por encima de la ciencia. Para garantizar el respeto de las personas y su derecho a la autodeterminación, la participación en esta investigación será voluntaria y libre, por lo que, los participantes pueden retirarse de la investigación en cualquier momento que lo consideren oportuno.



En cuanto a los datos obtenidos, a través del cuestionario cumplimentado por el personal de enfermería, que cumple con el tratamiento y la comunicación de los datos se realizará conforme a lo dispuesto con la Ley de Organización de Protección de Datos N ° 3/2018 de 5 de diciembre mediante la protección de datos personales y la garantía de los derechos digitales, se asegura confidencialidad, la preservación de los resultados y la garantía de los datos obtenidos tras la autorización del consentimiento informado. Una vez finalizada la investigación y obtenidos los resultados, se enviará el informe final a esta institución.

7.9 Cronograma.

2022	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión bibliográfica	■	■	■	■																				
Diseño del estudio					■	■	■	■	■	■	■	■												
Solicitud de permisos											■	■	■											
Entrega y recogida de los cuestionarios													■	■	■	■	■							
Análisis de los datos																			■	■	■			
Finalización del estudio y difusión de resultados																						■	■	■
Total:																					24 semanas			



7.10 Presupuesto

CONCEPTO	COSTE (€)
Contenido bibliográfico referente al tema del proyecto.	0
Ordenador portátil, impresora, tóner, USB 64GB	910
Bolígrafos, caja, geles desinfectantes para la exposición.	150
Folios para la carta de presentación, consentimiento informado, hoja de recogida de datos y cuestionarios correspondientes.	80
Plastificación de carteles informativos	40
Realización del análisis estadístico de los datos.	145
TOTAL	1325 €

8. Posibles sesgos del estudio

Durante la realización de este proyecto se pueden presentar algunos sesgos relacionados con errores sistemáticos y aleatorios que están presentes en la mayoría de los estudios.

Sesgo de elección: resulta de los criterios de inclusión y exclusión que son empleados para la ejecución del estudio, debido a que el personal de enfermería pueda encontrarse en situación de baja por enfermedad o con algún permiso, lo cual producirá una pérdida de sujetos.

También se ha de tener en cuenta que la participación de este estudio es voluntaria lo que puede dar lugar a un sesgo de voluntariedad, puesto que, habrá personas que se nieguen a participar en el proyecto.



Sesgo de información: se derivan de la obtención de datos, puesto que los cuestionarios empleados en este proyecto no son cuestionarios validados, podrían ocasionar sesgos en los datos obtenidos. También se podría mencionar que para asegurar la validez de un instrumento en diferentes culturas la adaptación y traducción pueden distorsionarse, constituyendo un sesgo de traducción para la validación en un futuro.

Por otro lado, debe mencionarse otras limitaciones como el sesgo de memoria ya que determinadas preguntas requieren recordar hechos o acciones del pasado, así como, el sesgo de complacencia relacionado con el grado de sinceridad de los participantes a la hora de responder los cuestionarios. Para ello es necesario garantizar a los individuos una seguridad a la hora de responder, garantizando su confidencialidad y codificación de los datos personales.

9. BIBLIOGRAFIA

[1] Castro R. Coronavirus, una historia en desarrollo. Rev Med Chile. 2020; 148(2).

Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872020000200143&script=sci_arttext&tlng=e

[2] Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus [Internet] Madrid: MSCBS; 2020[consultado 8 Febrero 2021]: Disponible en:

<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>



[3] Wuhan seafood market pneumonia virus isolate Wuhan-Hu-1, complete genome. 23 de enero de 2020; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/MN908947.3>

[4]. Yi Y, Lagniton PNP, Ye S, Li E, Xu RH. COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *Ins J Biol Sci* [Internet] 2020; 16(10): 1753-1766. [consultado 8 febrero 2021] Disponible en: <http://www.ijbs.com/v16p1753.htm>

[5]. Palacios Cruz .M, Santos .E , Velázquez Cervantes M.A., León Juárez M.

COVID-19, a worldwide public health emergency. *Rev Clín Esp (English Edition)*, 2021; 221 (1): 55-61. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256520300928>.

[6]. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020; 395:497-506, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).

[7]. Novel Coronavirus (2019-nCoV) situation reports [Internet] [consultado el 10 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports>

[8]. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections—More Than Just the Common Cold. *JAMA* [Internet]. 23 de enero de 2020; [consultado el 6 de marzo de 2021] Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2759815>

[9]. Zhou P, Yang X-L, Wang X-G, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.



- [10]. De Wit E, van Doremalen N, Falzarano D, Munster VJ. SARS and MERS: Recent insights into emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol.* 2016; 14: 523-4, <http://dx.doi.org/10.1038/nrmicro.2016.81>.
- [11]. Plaza J.A, Alcamí J, Oteo J, Pollán M. Informe científico - divulgativo: un año de coronavirus SARS-COV2. Instituto de Salud Carlos III. 2020. Disponible en: <https://www.isciii.es/Noticias/Noticias/Documents/informeunanodecoronavirus2020.pdf>
- [12]. Guirao Piñera A. Entender una epidemia. El coronavirus en España, situación y escenarios [Internet]. 25 de marzo 2020 [consultado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/88621>
- [13]. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29 de diciembre de 1978).
- [14]. Darías Curvo S, Cuellas Arroyo JA. Principios básicos de epidemiología. En: Darías Curvo S, Campo Osaba MA. *Enfermería Comunitaria*. Vol. I. 3ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p. 395-422
- [15]. Comas I. Proyecto COV20/00140 Una perspectiva genómica de la pandemia: lecciones en salud pública [Internet]. [consultado el 11 de marzo de 2021] Centro Superior de Investigaciones Científicas. Disponible en: <https://digital.csic.es/handle/10261/221802>
- [16]. Cardinal Fernández P, Correger E, Villanueva J, Rios F. Distrés respiratorio agudo: del síndrome a la enfermedad. *Med Intensiva* [Internet]. 2016 ; 40 (3): 169-175 [consultado 17 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210569115002508>.



[17]. Nursing Now [Internet]. London: Burdett Trust for Nursing; 2018 [actualizada el 20 de mayo de 2020]. [consultado el 5 abril del 2021]. Disponible en:

<https://www.nursingnow.org/>

[18]. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 2020 Coronavirus disease situation reports. Disponible en: <https://bit.ly/2Xg276s>.

[19]. Real Decreto 487/2020, de 21 de abril, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el Estado de alarma. Boletín Oficial del Estado, nº 101.

[20]. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus [Internet] Madrid: MSCBS; 2020 [consultado el 13 de febrero del 2021] Disponible en: <https://bit.ly/3bWCiJD>

[21]. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Informe sobre la situación de COVID-19 en España, nº 78 [Internet]. Madrid: MSCBS; 2020 [consultado el 12 de mayo de 2021]. Disponible en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20n%C2%BA%2078.%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2012%20de%20mayo%20de%202021.pdf>

[22]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Madrid: MSCBS; 2020]. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. [consultado el 1 de abril de 2021]Disponible en: <https://bit.ly/2Xg3xhi>



[23] Vargas Solorzano M. Diplomacia científica: el rol del científico en el manejo de pandemias. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2020; (50): 255-270. [consultado el 16 de marzo de 2021]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-

[24] Ministerio de sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Madrid: MSCBS; 2020. Informes COVID-19 [consultado el 11 de febrero]. Disponible en: <https://bit.ly/36l9Mo2>

[25]. Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. Boletín Oficial del Estado, nº 62.

[26]. Real Decreto-ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico del COVID-19. Boletín Oficial del Estado, nº 65.

[27]. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Valoración de la declaración del brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) [Internet] Madrid: MSCBS; 2020. [consultado el 15 de abril 2021] Disponible en: <https://bit.ly/3cU7Yoy>

[28]. Margolles Martins M, Huerta Huerta M, Huerta González I, Prieto García M Ángel, García Fernández E, Arguelles Suárez M, López Villar S. Coronavirus en Asturias [Internet]. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud; 2020.[consultado el 23 de febrero].Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/MORBILIDAD-CON-CORONAVIRUS-EN-ASTURIAS-20200928.pdf>



[29]. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. COVID-19 en Asturias. Análisis epidemiológico de casos confirmados [Internet]. Servicio de Vigilancia Epidemiológica; 2020. [consultado el 19 de marzo]. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/COVID-19_Asturias_Situacion_20200419.pdf

[30]. Margolles Martins M, Huerta Huerta M, Huerta González I, Prieto García M Ángel, García Fernández E, Arguelles Suárez M, López Villar S, García Salas A. Coronavirus en Asturias, 2020. Informe año 2020. [Internet]. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud; 2021. [consultado el 28 de enero]. Disponible en:

https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/MORBILIDAD-CORONAVIRUS-EN-ASTURIAS_INFORME-ANO-2020-1.pdf

[31]. Margolles Martins M, Huerta Huerta M, Huerta González I, Prieto García M Ángel, García Fernández E, Arguelles Suárez M, López Villar S, García Salas A. Coronavirus en Asturias. Informe año 2020-21. [Internet]. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud; 2021. [consultado el 17 de marzo]. Disponible en:

https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/MORBILIDAD-CORONAVIRUS-EN-ASTURIAS_INFORME-ANO-CALENDARIO-2021.pdf

[32]. Natal Ramos C, Morán Cadenas F. Informe sobre la situación de COVID-19 en Asturias. Casos confirmados en personal que trabaja en centros sanitarios y sociosanitarios públicos y privados. Olas 2 y 3. Dirección General de Salud Pública. Consejería de salud. 2021. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/20042021-Informe-trabajadores.pdf>



[33]. Gras-Valenti P, Chico-Sánchez P, Algado-Sellés N, Jiménez - Sepúlveda NJ, Gómez-Sotero IL, Fúster-Pérez M et al. Efectividad de la primera dosis de vacuna BNT162b2 para prevenir la COVID-19 en personal sanitario. Rev. Esp. Salud Pública [internet]. 2021;95.

[consultado el 1 de mayo]. Disponible en:

https://www.msrebs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr/om/VOL95/O_BREVES/RS95C_202104070.pdf

[34]. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Plan de vacunación COVID-19 en el Principado de Asturias. [Internet] Asturias; 2021. [consultado el 30 de abril de 2021].

Disponible en:

https://www.astursalud.es/documents/31867/1496836/SESPA_Plan+Vacunacion.pdf/11bfea2c-36f9-5b82-4ba4-e4072d6c7429

[35]. Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España.

[Internet] 2021. [consultado 12 de mayo del 2021] Disponible en:

https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion7_EstrategiaVacunacion.pdf

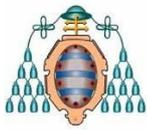
[36]. European Medicines Agency (EMA). Comirnaty -COVID-19 mRNA vaccine

(nucleoside-modified). EMA: Amsterdam, Netherlands; 2021. Disponible en: [https://](https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty)

www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty. Consultado el 21/02/2021.

[37]. Asociación Española de Vacunología. La AEV elabora una encuesta para conocer la aceptación del personal sanitario de la vacuna frente a la COVID. [Internet]

VACUNAS.ORG. 2020.[consultado el 17 de enero del 2021].Disponible en:



<https://www.vacunas.org/la-aev-elabora-una-encuesta-para-conocer-la-aceptacion-del-personal-sanitario-de-la-vacuna-frente-a-la-covid/#:~:text=Por%20este%20motivo%20la%20Asociaci%C3%B3n,obtenido%20m%C3%A1s%20de%203.000%20respuestas>

[38]. Hermosilla Ávila A, Paravic Klíjn T. Salud Global: Ébola y Enfermería. Index Enferm [Internet]. 2017 enero-junio; 26(1-2): 48-52. [consultado el 24 de enero 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2TpspC0>

[39]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Madrid: MSCBS; diciembre 2019. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. [consultado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2ZqRCQo>.

[40]. Vacunas en España: más aceptación entre médicos que entre enfermeros [Internet]. Enfermeriacyl.com. 2021. [consultado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://enfermeriacyl.com/vacunas-en-espana-mas-aceptacion-entre-medicos-que-entre-enfermeros/>

[41]. Organización Mundial de la Salud. El próximo obstáculo es la aceptación de las vacunas. [Internet]. OMS. 2020. [consultado el 3 de febrero del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/vaccine-acceptance-is-the-next-hurdle>

[42]. Ophir Y. Coverage of Epidemics in American Newspapers Through the Lens of the Crisis and Emergency Risk Communication Framework. Health Security [internet] 2018;16(3): 147-157. [consultado el 27 de marzo del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29870279/>



ACEPTACION DE LA VACUNACION FRENTE A LA COVID EN ENFERMERAS DE HOSPITALES ASTURIANOS.

[43]. Ramirez S, Freres D, Martinez SL, Lewis N, Bourgoin A, Kelly BJ, Lee C. Information seeking from media and Family/Friends increases the likelihood of engaging in healthy lifestyle behaviors. Health Communication [Internet] 2013 [consultado el 10 de abril de 2021]; 18(5): 527-542. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254799/>

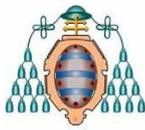


10. ANEXOS.

Anexo I.

Comirnaty (BioNTech/Pfizer)	
<p>DISTRIBUCIÓN</p> <p><i>Distintos componentes de la vacuna (se mezclan en los centros de vacunación):</i></p> <p>1. Vacuna:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cada vial multidosis (0,45 ml) contiene 6 dosis de 0,3 ml tras la dilución. Transportadas directamente desde el fabricante al centro de vacunación (utilizando hielo seco y cajas térmicas de transporte especiales). Cada caja de transporte puede contener entre 1 y 5 bandejas, cada bandeja tiene 195 viales. <p>2. Diluyente: 1,8 ml de solución inyectable de cloruro sódico 0,9% (suero fisiológico)</p> <ul style="list-style-type: none"> Transportadas a los lugares de vacunación a temperatura ambiente (hasta 30°C) <p>3. Caja térmica de transporte, debe devolverse después de su uso.</p>	<p>CENTRO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p><i>Almacenamiento:</i></p> <p>A. Congeladores con capacidad de ultracongelación (-90°C a -60°C) Máximo 6 meses</p> <p>B. Almacenamiento en las cajas térmicas de transporte (-90°C a -60°C):</p> <ul style="list-style-type: none"> Una vez recibida la caja, se debe recargar con hielo seco antes de que transcurran las primeras 24 horas (día 1). Cada 5 días la caja térmica se debe recargar de hielo seco. Cada recarga se realiza con 23 kg de hielo seco. El día 15, las vacunas se trasladan a las neveras (2-8°C). Las vacunas se deberán usar como máximo en 5 días. Las cajas térmicas sólo pueden abrirse 2 veces al día. <p>C. Guardar las dosis recibidas en nevera (2-8°C) y utilizar en 5 días</p> <p><i>Descongelada pero no reconstituída (2-8°C)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Debe usarse en periodo máximo de 5 días (desechar dosis no utilizadas si se supera este tiempo) <p><i>Reconstituída, a temperatura ambiente (máximo 30°C)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Para descongelar una vacuna ultracongelada (-90--60°C), mantener la vacuna 30 minutos a temperatura ambiental (máximo 30°C). Una vez que se ha descongelado la vacuna, debe reconstituirse en un máximo de 2 horas. Si no puede ser, conservar en nevera entre 2-8°C. Debe usarse como máximo 6 horas después de la reconstitución.
<p>DOSIS ASIGNADAS</p> <p><i>Sólo a centros logísticos identificadas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Solicitud mínima de 1 bandeja con 195 viales 	<p>ADMINISTRACIÓN</p> <p><i>Personas ≥16 años de edad</i></p> <p><i>Pauta con 2 dosis (intervalo de 21 días entre dosis)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Reconstitución con el diluyente, justo antes de la administración. Las 6 dosis de un vial deben administrarse en las 6 horas siguientes a la reconstitución. Si no se administran durante este tiempo, descartar las dosis. Administración intramuscular (IM).
<p>EFICACIA</p> <p>La eficacia en participantes con o sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2 fue del 94,6% (IC95%: 89,9%-97,3%).</p>	<p>SEGURIDAD</p> <p>Los efectos adversos más frecuentes fueron el dolor en el lugar de inyección (>80%), fatiga o sensación de cansancio (>60%), cefalea (>50%), mialgias y escalofríos (>30%), artralgias (>20%), fiebre e inflamación en el lugar de inyección (>10%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo en pocos días tras la vacunación. Estas reacciones son más frecuentes tras la segunda dosis y su frecuencia disminuye con la edad.</p>

Fuente: Ficha técnica Comirnaty



Anexo II.

Vacuna COVID-19 Moderna	
<p>DISTRIBUCIÓN</p> <p>Vacuna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directamente desde el distribuidor al centro logístico seleccionado (-25°C a -15°C). • Viales multidosis (10 dosis / vial) 	<p>CENTRO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Almacenamiento:</p> <p><i>Congelada (-25°C a -15°C)</i> Los viales congelados deben usarse en un periodo máximo de 7 meses.</p> <p><i>Refrigerada (2 a 8°C)</i> Los viales refrigerados deben usarse en un periodo máximo de 30 días.</p> <p>Para descongelar la vacuna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descongelar en la nevera, a temperatura entre 2-8°C durante 2,5 horas. Posteriormente, mantener el vial 15 minutos a temperatura ambiente antes de administrar. • Alternativamente, descongelar a temperatura ambiente (15-25°C) durante 1 hora. <p>Después de descongelar, no volver a congelar de nuevo.</p> <p><i>Temperatura ambiente (máxima 25°C)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde que el vial se saca de la nevera (2-8°C) debe usarse como máximo en 12 horas • Una vez que el vial se ha perforado, la totalidad de dosis deben administrarse en un máximo de 6 horas. • Desechar dosis no usadas si se supera el tiempo.
<p>DOSIS ASIGNADAS</p> <p><i>Sólo a centros logísticos identificados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud mínima de dosis una caja con 10 viales • Mantener a -20°C 	<p>ADMINISTRACIÓN</p> <p><i>Personas ≥18 años de edad</i></p> <p><i>Pauta con 2 dosis (intervalo de 28 días entre dosis)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No necesita reconstitución • Agite suavemente el vial antes de retirar una dosis. No agitar vigorosamente. • Administración intramuscular (IM).
<p>EFICACIA</p> <p>La eficacia en participantes con o sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2 a partir de 14 días tras la segunda dosis fue del 93,6% (IC95%: 88,5%-96,4%).</p>	<p>SEGURIDAD</p> <p>Los efectos adversos más frecuentes fueron el dolor en el lugar de inyección (92%), fatiga (70%), cefalea (64,7%), mialgias (61,5%), artralgias (46,4%), escalofríos (45,4%), náuseas/vómitos (23%), fiebre (15,5%), inflamación en el lugar de inyección (14,7%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo unos días tras la vacunación. Estas reacciones son más frecuentes tras la segunda dosis y su frecuencia disminuye con la edad.</p>

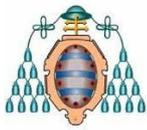
Fuente: Ficha técnica vacuna COVID-19 Moderna



Anexo III.

Vaxzevria (AstraZeneca)	
<p>DISTRIBUCIÓN</p> <p>Vacuna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directamente desde el distribuidor al centro logístico seleccionado (2-8°C) • Viales multidosis <ul style="list-style-type: none"> ○ (10 dosis / vial) • Cajas de 10 viales (100 dosis) 	<p>CENTRO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p><i>Almacenamiento:</i></p> <p><i>Refrigerada (2-8 °C)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los viales refrigerados deben usarse en un periodo máximo de 6 meses <p><i>A Tª ambiente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tras pinchar el vial para extraer la primera dosis, la vacuna debe usarse en las 6 horas siguientes si se conserva a temperatura ambiente (hasta 30°C) o 48h si se conserva en frigorífico entre 2 y 8°C; una vez transcurrido este tiempo, la vacuna debe desecharse.
<p>DOSIS ASIGNADAS</p> <p><i>Sólo a centros logísticos identificados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud mínima de dosis una caja con 10 viales • Mantener a 2-8 °C 	<p>ADMINISTRACIÓN</p> <p><i>Personas ≥60 años de edad</i></p> <p><i>Pauta con 2 dosis (de 0,5 ml) separadas entre 10 y 12 semanas, preferiblemente 12 semanas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No necesita reconstitución • Administración intramuscular (IM).
<p>EFICACIA</p> <p>La eficacia en participantes sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2 y con un intervalo entre dosis de 10-12 semanas, preferiblemente a las 12 semanas, a partir de 15 días tras la segunda dosis se sitúa alrededor del 80%.</p>	<p>SEGURIDAD</p> <p>Los efectos adversos más frecuentes fueron sensibilidad en el lugar de inyección (63,7%), dolor en el lugar de inyección (54,2%), fatiga (53,1%), cefalea (52,6%), mialgias (44%), artralgias (26,4%), escalofríos (31,9%), náuseas (21,9%), fiebre (7,9%) siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo unos días tras la vacunación. Estas reacciones son más leves y menos frecuentes tras la segunda dosis. Las personas de mayor edad presentaron menor frecuencia de reacciones adversas y de intensidad leve. Existe un riesgo muy infrecuente de trombosis con trombocitopenia, sobre todo en personas menores de 60 años y mujeres.</p> <p>Se puede utilizar paracetamol como tratamiento profiláctico o sintomático para reducir estos síntomas, sin que su uso interfiera en la respuesta inmune⁷².</p>

Fuente: Ficha técnica vacuna COVID-19 AstraZeneca y recomendaciones de las Administraciones Sanitarias



Anexo IV.

COVID-19 Vaccine Janssen	
<p>DISTRIBUCIÓN</p> <p>Vacuna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Directamente desde el distribuidor al centro logístico seleccionado (congelada a -25°C a -15°C o refrigerada a 2°C y 8°C) • Viales multidosis (al menos 5 dosis/vial) 	<p>CENTRO DE ADMINISTRACIÓN</p> <p>Almacenamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congelada (-25°C a -15°C) Los viales deben usarse un periodo máximo de 2 años • Refrigerada (2°C a 8°C) Los viales refrigerados deben usarse en un periodo máximo de 3 meses. <p>Para descongelar la vacuna:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En la nevera, entre 2°C a 8°C, durante 12 horas si es una caja completa de 10 viales o 2 horas los viales individuales. - A temperatura ambiente (máximo 25°C), para su uso inmediato, durante unas 2 horas si es una caja completa de 10 viales o 1 hora en caso de viales individuales. <p>Después de descongelar no se puede volver a congelar.</p> <p>Temperatura ambiente (entre 9°C y 25°C)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde que el vial se saca de la nevera (2°C-8°C) debe usarse como máximo en 12 horas. • Una vez que se ha perforado el vial, la totalidad de dosis deben administrarse en un máximo de 3 horas. • Desechar dosis si se supera ese tiempo.
<p>DOSIS ASIGNADAS</p> <p>Sólo a centros logísticos identificados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitud mínima de dosis una caja con 10 o 20 viales. • Mantener congelada (entre -25°C y -15°C) o refrigerada (entre 2°C y 8°C) 	<p>ADMINISTRACIÓN</p> <p>Personas ≥18 años</p> <p>Pauta con 1 dosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No necesita reconstitución. • Girar suavemente el vial en posición vertical durante 10 segundos, sin agitar. • Administración intramuscular (IM).
<p>EFICACIA</p> <p>En participantes sin evidencia de infección previa por SARS-CoV-2, a partir de 14 días tras la administración, se observó una eficacia del 66,9% (IC95%: 59-73,4); en 65 años o más la eficacia fue del 82,4% (IC95%: 63,9-92,4), en 75 años o más la eficacia fue del 100% (IC95%: 45,9-100) y en 18 a 64 años del 64,2% (IC95%: 55,3-71,6).</p> <p>La eficacia frente a enfermedad grave por COVID-19 fue del 76,7% (IC95%: 54,5-89,1) a los 14 días de la vacunación y del 85,4% (IC95%: 54,1-96,9) a los 28 días de la vacunación</p>	<p>SEGURIDAD</p> <p>Las reacciones adversas más frecuentes fueron el dolor en el lugar de inyección (>40%), cefalea, fatiga y mialgias (>30%), náuseas (<15%) y fiebre (9%), siendo mayoritariamente de intensidad leve o moderada y desapareciendo en pocos días tras la vacunación. (Pendiente de nueva evaluación de seguridad por la EMA).</p>

Fuente: Ficha técnica vacuna COVID-19 Janssen y recomendaciones de las Administraciones Sanitarias.



Anexo V.

ENCUESTA DE ACEPTACION DE VACUNACION FRENTE A LA COVID-19

TFM.

Presentación del encuestador

Buenos días/tardes,

Mi nombre es Jenifer Fernández Fernández. Me pongo en contacto con usted ya que estamos haciendo una encuesta sobre el nivel de aceptación de la vacunación frente a la COVID-19.

Me gustaría conocer su opinión, por lo que le pido que, por favor, conteste el siguiente cuestionario. La información que nos proporcione será utilizada para desarrollar un proyecto de investigación. El cuestionario dura 5 minutos aproximadamente. Gracias.

Perfil del encuestado

Edad

Sexo:

Hombre

Mujer

Aceptación de la vacunación

1. ¿Se ha vacunado usted de la COVID-19?

sí

No sé

No

2. En caso de respuesta negativa, explique brevemente las causas.

(por favor,
especifique)

Información laboral

3. ¿En qué área sanitaria realiza su labor profesional?

4. ¿En qué unidad o servicio trabaja o se encuentra actualmente trabajando?

5. ¿trabaja o ha trabajado en alguna unidad COVID o servicios especiales (urgencias, uci, planta de hospitalización)?

sí

No sé

No



6. ¿se ha negado a trabajar en alguna unidad específica COVID?

sí No sé No

7. ¿considera que las medidas de seguridad laboral que le han proporcionado en su centro desde el inicio de la pandemia han sido las adecuadas?

sí No sé No

8. ¿En su centro se realizan cribados de manera programada al personal sanitario?

sí No sé No

Formación sobre vacunación

9. ¿si ha recibido la vacuna hubiese preferido una vacuna con otro mecanismo de acción?

sí No sé No

10. ¿Al inicio de la pandemia consideraba usted la vacunación?

sí No sé No

11. En caso de respuesta negativa tras las diferentes oleadas ¿ha reconsiderado su opinión?

sí No sé No

12. ¿Ha recibido información por parte de su centro de trabajo previa acerca de la vacunación?

sí No sé No

13. ¿conocía los efectos secundarios de la vacuna que se le iba a administrar?

sí No sé No

14. ¿cree que existe información suficiente acerca de los efectos secundarios para considerar segura la vacuna?

sí No sé No

15. ¿considera suficiente los ensayos clínicos realizados con las vacunas antes de su comercialización?

sí No sé No

16. ¿Hoy en día estaría dispuesto a vacunarse anualmente (ej: gripe)?

sí No sé No



17. ¿cree usted que una vez pasada la enfermedad ya no es precisa la vacunación y es suficiente la protección con la inmunidad adquirida?

- sí No sé No

18. ¿considera que podría no ser necesario el uso de EPI tras la vacunación en plantas no COVID? (duda de si ponerla)

- sí No sé No

19. ¿crees que debería ser la vacuna obligatoria para toda la población?

- sí No sé No

20. En caso negativo ¿crees que debería ser obligatoria para el personal sanitario?

- sí No sé No

Factores de riesgo

21. ¿Ha sido usted diagnosticado por el SARS-CoV- 2 (COVID 19)?

- sí No sé No

22. Si su respuesta ha sido afirmativa ¿sabe si ha generado anticuerpos frente a la enfermedad?

- sí No sé No

23. ¿Ha tenido que permanecer en aislamiento preventivo por contacto estrecho de la enfermedad?

- sí No sé No

24. ¿Sufre usted algún tipo de enfermedad crónica?

- sí No sé No

25. ¿En tú núcleo de convivencia ha sufrido algún caso de enfermedad grave o fallecimiento por COVID-19?

- sí No sé No

26. ¿Tiene menores de edad a su cargo?

- sí No sé No

27. ¿En su unidad familiar hay alguna persona perteneciente al grupo de riesgo frente al COVID 19 (inmunodeprimidos, diabéticos, mayores de 80 años, ICC...)?

- sí No sé No



28. ¿considera que ha tenido mayor carga laboral?

- sí No sé No

29. ¿En este último año ha tenido problemas de insomnio?

- sí No sé No

30. ¿se ha sentido ansioso o con mayor nivel de estrés?

- sí No sé No

Alcance e influencia sobre la vacunación

31. ¿se mantiene actualizado frente a la evolución del COVID?

- sí No sé No

32. ¿se mantiene actualizado acerca de las novedades de las vacunas anticovid?

- sí No sé No

33. ¿Consideras que los medios de información pueden influir en la confianza de la sociedad en la vacunación?

- sí No sé No

34. ¿considera que a los sanitarios puede influirle?

- sí No sé No

35. ¿considera que a usted de la ha influido?

- sí No sé No

Muchas gracias por su amabilidad y por el tiempo dedicado a contestar esta encuesta

Fuente: Elaboración propia.



Anexo VI.

Hoja de información

Proyecto de investigación: Aceptación de la vacunación frente a la COVID en enfermeros de hospitales asturianos.

Usted está siendo invitado a participar en un estudio sobre el impacto nivel de aceptación de la vacunación frente a la Covid-19 en el personal de enfermería. La finalidad es meramente investigadora, es muy posible que los resultados obtenidos tengan poco valor diagnóstico o predictivo para usted, pero podrá ayudar a generar nuevos conocimientos y posibles mejoras.

Es importante que lea y entienda las siguientes instrucciones antes de firmar el consentimiento de participación que se le dará posteriormente:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria, debe saber que no tendrá ninguna compensación económica y que tampoco sufrirá ningún riesgo físico. Si no quiere participar o decide abandonar en cualquier momento del estudio no acarreará ninguna repercusión.

Este estudio consta de una encuesta formada por 37 ítems agrupados en ... bloques. Deberá marcar la respuesta que refleje su opinión. El resultado de su encuesta y sus datos personales se tratará manera confidencial según se dispone en la Ley de Organización de Protección de Datos N ° 3/2018 de 5 de diciembre. Si el estudio fuera susceptible de publicación en revistas científicas, en ningún caso se proporcionarán datos personales del encuestado. Es importante que si le surge cualquier duda antes de firmar el consentimiento se ponga en contacto vía email o a través del número de contacto. Así mismo, podrá solicitar cualquier explicación que desee sobre el estudio que se va a realizar y sus implicaciones a lo largo del mismo.

Muchas gracias por su atención, esperamos su participación.

Fuente: Elaboración propia



Anexo VII.

Consentimiento informado:



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

Proyecto: Aceptación de la vacunación frente a la COVID en enfermeros de hospitales asturianos.

Autora/s: Jenifer Fernández Fernández.

El objetivo de este proyecto de investigación es conocer cuál es el nivel de aceptación de la vacunación frente a la Covid-19 en el personal de enfermería. Firmar esta hoja significa que ha recibido y ha leído la hoja de información al participante sobre el estudio; ha contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía y todas las preguntas fueron respondidas a su entera satisfacción; y que también ha recibido información acerca de las características y objetivos del estudio, así como de sus posibles beneficios. Recuerde que según lo dispuesto en la Ley de Organización de Protección de Datos N ° 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, todos sus datos serán tratados de manera confidencial.

Una vez firmado este consentimiento implica su participación en el proyecto del que se podrá retirar en cualquier momento, por cualquier razón. Usted recibirá una copia de este consentimiento firmado.

- DOY** mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.
- NO DOY** mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

Fecha y firma:

Fuente: Elaboración propia