



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

TEMA: Cuidado enfermero del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía Hospital Luis G. Dávila 2017.

AUTORA:

Carla Elizabeth Quiroz Erazo

DIRECTORA DE TESIS:

Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal

Ibarra, 2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal en calidad de directora de tesis titulada: "CUIDADO ENFERMERO DEL RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS TEMPRANA Y TARDÍA HOSPITAL LUIS G. DÁVILA 2017", de autoría de Carla Elizabeth Quiroz Erazo. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de abril del 2018

Lo certifico



Mph. Sonia Revelo Villarreal

C.I: 040102698-4

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
Cédula de identidad:	0402051825		
Apellidos y nombres:	Quiroz Erazo Carla Elizabeth		
Dirección:	El Ángel: Parroquia la Libertad Barrio San Francisco		
Email:	carla-09junio@hotmail.com		
Teléfono fijo:	2212095	Teléfono móvil	0981791494
DATOS DE LA OBRA			
Título:	"CUIDADO ENFERMERO DEL RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS TEMPRANA Y TARDÍA HOSPITAL LUIS G. DÁVILA 2017"		
Autora:	Quiroz Erazo Carla Elizabeth		
Fecha:	2018/abril/19		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
Programa:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
Título por el que opta:	Licenciatura en Enfermería		
Directora:	Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal		

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **Carla Elizabeth Quiroz Erazo**, con cédula de ciudadanía Nro. **040205182-5** en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la biblioteca de la universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la ley de educación superior artículo 144.

3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrollo sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad del contenido de la misma y saldrá en defensa de la universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de abril del 2018

AUTORA:

.....


C.I. 0402051825

DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, **Carla Elizabeth Quiroz Erazo**, con cédula de identidad Nro. **040205182-5** manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“CUIDADO ENFERMERO DEL RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS TEMPRANA Y TARDÍA HOSPITAL LUIS G. DÁVILA 2017”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciada de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autora me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 19 días del mes de abril del 2018.

AUTORA:



.....
Carla Elizabeth Quiroz Erazo

C.I: 040205182-5

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS – UTN

Fecha: Ibarra, 19 de abril del 2018

QUIROZ ERAZO CARLA ELIZABETH “Cuidado enfermero del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía Hospital Luis G. Dávila 2017”, Cantón Tulcán, provincia del Carchi. // TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 19 de abril del 2018 75 pp. 2 anexos.

DIRECTORA: Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar si el personal de enfermería cumple con los parámetros de calidad de atención a recién nacidos con diagnóstico de sepsis temprana y tardía en relación a indicadores de atención y satisfacción del usuario, Hospital Luis G. Dávila 2017. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar socio y demográficamente a las madres de los recién nacidos, identificar cuáles son los principales factores de riesgo de sepsis, determinar el porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención, evaluar la satisfacción del usuario y elaborar un proceso de atención de enfermería estandarizado para la sala de neonatología relacionado con la atención del recién nacido con sepsis.

Fecha: Ibarra, 19 de abril del 2018

Mph. Sonia Revelo Villarreal
Directora

Quiroz Erazo Carla Elizabeth
Autora

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios por darme la vida y a la mejor familia del mundo, a mi ángel de la guarda, mi abuelita que desde el cielo me cuida, me bendice y me protege todos los días a cada paso que doy, por todo el amor que me brindó.

A mis padres por darme la oportunidad de vivir, por cuidarme, educarme y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi vida profesional, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su amor, paciencia, cariño y apoyo incondicional, por brindarme la oportunidad de seguir con mis estudios a pesar de diversas dificultades que pudimos superar, por su sacrificio y trabajo constante.

A mis hermanos por su amor y presencia única e indispensable para mí, por su apoyo y por estar conmigo en los momentos más difíciles de mi vida, a mi sobrino por ser mi motor, y una de las mejores bendiciones que Dios me pudo dar, a mi familia más cercana por su preocupación e interés. A mis amigas por su amistad y apoyo incondicional.

Carla Elizabeth Quiroz Erazo

AGRADECIMIENTO

Al creador de todas las cosas, por darme la vida y salud, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado.

A mis padres Javier y Sandra por su esfuerzo y sacrificio diario, por su amor y paciencia, a mis hermanos y sobrino por su apoyo y compañía.

A las autoridades y docentes de la Universidad Técnica del Norte por brindarme todos los conocimientos necesarios para ser una excelente profesional e inculcar en mí valores como la responsabilidad y el respeto.

A las autoridades del Hospital Luis G. Dávila y el servicio de Neonatología por permitirme realizar ésta investigación, gracias por su colaboración y participación.

Mis más sinceros agradecimientos a mi asesora de tesis, magister Sonia Revelo por toda su ayuda y apoyo, ya que sin sus recomendaciones no se hubiese podido realizar el presente trabajo.

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	ii
DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN	xii
SUMMARY	xiii
TEMA:.....	xiv
CAPÍTULO I	1
1. El Problema de Investigación	1
1.1 Planteamiento del Problema.....	1
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos.....	7
1.5 Preguntas de Investigación.....	8
2. Marco Teórico.....	9
2.1 Marco Referencial.....	9
2.2 Marco Contextual.....	12
2.2.1 Situación Geográfica.....	12
2.2.2 Misión y visión del Hospital Luis G. Dávila.....	12
2.2.3 Servicios Actuales.....	13
2.2.4 Descripción del servicio de Neonatología.....	14

2.3	Marco Conceptual	15
2.3.1	Teoría de Enfermería	15
2.3.2	Sepsis Neonatal	16
2.3.3	Epidemiología y fisiopatología de la sepsis neonatal	17
2.3.4	Clasificación de la sepsis neonatal.....	18
2.3.5	Tipos de sepsis según su mecanismo de transmisión.....	18
2.3.6	Etiología de la sepsis neonatal	20
2.3.7	Factores favorecedores del desarrollo de sepsis en el neonato.	21
2.3.8	Factores de riesgo para sepsis neonatal asociados con el cuidado de salud... 23	
2.3.9	Manifestaciones clínicas	24
2.3.10	Diagnóstico de la sepsis neonatal.....	26
2.3.11	Tratamiento de la sepsis neonatal.	28
2.3.12	Prevención de la sepsis neonatal.....	28
2.3.14	Profilaxis oftálmica (33).	30
2.3.15	Alimentación precoz con leche materna (33).....	31
2.3.16	Atención del profesional de enfermería en pacientes con sepsis neonatal.... 31	
2.3.17	Aplicación del proceso de atención de enfermería.....	35
2.3.18	Calidad en el sector salud.....	36
2.3.19	Pilares de desempeño en calidad.....	37
2.3.20	Calidad en salud de Avedis Donavedian.....	38
2.4	Marco Legal	39
2.4.1	Constitución de la República 2008	39
2.4.2	Plan del Buen Vivir.....	39
2.4.3	Objetivos del Milenio.....	40
2.5	Marco Ético.....	40
2.5.1	Derechos de los Pacientes	41
2.5.2	Código Deontológico de Enfermería	41
CAPÍTULO III.....		43
3.	Metodología de la Investigación	43
3.1	Diseño de la Investigación	43
3.2	Tipo de Estudio	43
3.3	Localización y población de estudio	44

3.4	Población.....	44
3.5	Criterios de Inclusión.....	45
3.6	Criterios de Exclusión.....	45
3.7	Métodos y técnicas para la recolección de la información.....	46
CAPÍTULO IV.....		48
4.	Análisis y discusión de resultados	48
CAPÍTULO V.....		71
5.	Conclusiones y Recomendaciones	71
5.1	Conclusiones	71
5.2	Recomendaciones	72
BIBLIOGRAFÍA		75
ANEXOS		83
Anexo 1. Operacionalización de Variables.....		83
Anexo 2. Autorización del Hospital Luis G. Dávila para desarrollar la investigación.		86
Anexo 3. Encuesta para el personal de Enfermería validada.....		87
Anexo 5. Revisión Summary		91
Anexo 6. Archivo Fotográfico		92

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas	48
Gráfico 2. Condición del recién nacido al nacimiento género masculino.....	49
Gráfico 3. Condición del recién nacido al nacimiento género femenino.....	51
Gráfico 4. Grado de satisfacción del usuario de acuerdo a indicadores de estructura.	65
Gráfico 5. Grado de satisfacción del usuario de acuerdo a indicadores de proceso. .	66
Gráfico 6. Grado de satisfacción del usuario de acuerdo a indicadores de resultado.	68
Gráfico 7. Porcentaje de satisfacción global de acuerdo a indicadores.	69
Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar sepsis neonatal.	21
Tabla 2. Factores de riesgo para sepsis intrahospitalaria	23
Tabla 3. Signos y síntomas de la sepsis neonatal.....	25
Tabla 4. Factores de riesgo para sepsis neonatal según diagnóstico al alta del recién nacido.	52
Tabla 5. Factores de riesgo en el proceso del cuidado del personal de enfermería. ..	54
Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención del recién nacido con diagnóstico de sepsis.	56
Tabla 7. Cumplimiento del cuidado directo de enfermería a recién nacidos diagnosticados con sepsis neonatal.	59

“CUIDADO ENFERMERO DEL RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS TEMPRANA Y TARDÍA HOSPITAL LUIS G. DÁVILA 2017”

DIRECTORA: Mph. Sonia Dayanara Revelo V.

AUTORA: Carla Elizabeth Quiroz E.

Email: carla-09junio@hotmail.com

RESUMEN

La sepsis neonatal es una situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, virus y hongos en el torrente sanguíneo del neonato, es considerada la segunda causa de muerte en la primera semana de vida del mismo. El objetivo de la investigación es determinar si el profesional de enfermería brinda cuidados de calidad a los recién nacidos con diagnóstico de sepsis temprana y tardía en relación a indicadores de atención y satisfacción del usuario, Hospital Luis G. Dávila 2017, en base a un diseño cualicuantitativo, no experimental, observacional de tipo descriptivo, exploratorio y transversal, en la que participaron 15 profesionales de enfermería, a quienes se aplicó una encuesta sobre el protocolo de atención y fueron observadas si cumplen con el mismo mediante un checklist, se realizó una revisión de historias clínicas de 66 recién nacidos diagnosticados con sepsis y 66 madres de familia a quienes se aplicó una encuesta y entrevista para conocer el grado de satisfacción de la atención de enfermería recibida. El análisis de la información demuestra que los principales factores de riesgo para desarrollar sepsis neonatal son el sexo masculino, bajo peso, parto por vía vaginal y antecedentes maternos. La mayoría de las madres se encuentran satisfechas con la atención recibida aunque existen aspectos que debería mejorar. Se concluye que los cuidados brindados por parte del profesional de enfermería en cuanto a indicadores de atención no son cumplidos adecuadamente.

Palabras clave: Sepsis Neonatal, Satisfacción, Calidad de Atención, Factor de Riesgo, Protocolo de Atención.

"NURSING CARE OF THE NEWBORN WITH DIAGNOSIS OF EARLY AND
LATE SEPSIS HOSPITAL LUIS G. DÁVILA 2017"

DIRECTOR: Mph. Sonia Dayanara Revelo V.

AUTHOR: Carla Elizabeth Quiroz E.

Email: carla-09junio@hotmail.com

SUMMARY

Neonatal sepsis is a clinical situation derived from the invasion and proliferation of bacteria, viruses and fungi in the newborn's bloodstream. It is considered the second cause of death in the first week of life. The objective of this research work is to determine if the nursing staff complies with the quality parameters of care for newborns diagnosed with early and late sepsis in relation to indicators of care and user satisfaction, Hospital Luis G. Dávila 2017, in based on a qualitative - quantitative, non - experimental, observational, exploratory, descriptive and cross - sectional design, in which 15 nurses participated, to whom a survey on the care protocol was applied and were observed if they comply with it through a checklist, A review of medical records was made to 66 newborns diagnosed with neonatal sepsis and to 66 mothers were evaluated trough a survey and an interview in order to determine the degree of satisfaction of the nursing care received. The analysis of the information shows that all the mothers are from Tulcán, they identify themselves as mestizas, and most of them have gone through high school, there are risk factors to develop sepsis such as male sex, low birth weight, delivery via vaginal and maternal history. Most mothers are satisfied with the care received although there are aspects to improve.

Keywords: Neonatal Sepsis, Satisfaction, Quality of Attention, Risk Factor, Protocol of Care.

TEMA:

Cuidado enfermero del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía
Hospital Luis G. Dávila 2017.

CAPÍTULO I

1. El Problema de Investigación

1.1 Planteamiento del Problema

Según el estudio Ending Newborn Deaths publicado en 2011 conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud y Save the Children, el número de recién nacidos que mueren en sus primeras semanas de vida ha descendido a escala mundial. La mortalidad de neonatos ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 en 2009, aunque a partir de 2000 se observa un ritmo más rápido de descenso. A nivel mundial, las principales causas de mortalidad de los recién nacidos son los problemas derivados del nacimiento prematuro, las complicaciones durante el parto y las infecciones adquiridas por el recién nacido durante o después del nacimiento (1).

Uno de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de una infección intrahospitalaria es principalmente el ingreso en la unidad de cuidados intensivos neonatales, debido al uso de catéteres centrales, nutrición parenteral, la administración de lípidos intravenosos y la antibioterapia profiláctica previa. La medida preventiva más importante es la higiene de las manos del personal sanitario que está en contacto con los recién nacidos. Otras medidas preventivas son: la introducción precoz de la alimentación enteral con leche materna, la limitación del uso de antibióticos de forma profiláctica, la limitación del uso de catéteres centrales y el entrenamiento para la manipulación y el mantenimiento de los mismos por parte del personal de enfermería (2).

Según las nuevas cifras, la mortalidad de recién nacidos, es decir las defunciones que se registran durante las cuatro primeras semanas de vida (periodo neonatal), corresponde en la actualidad al 41% del total de defunciones de menores de cinco años

(3). Cada año se presentan cuatro millones de muertes neonatales en el mundo y 35% son debidas a procesos infecciosos (4). En Estados Unidos de América la incidencia de sepsis neonatal temprana se estima en 1 a 2 casos por 1.000 nacidos vivos; la incidencia de infección en países subdesarrollados es de 2,2 a 9,8/1000 nacidos vivos; 48 % sucede en menores de 1 año y 27 % en el período neonatal. (5).

En Latinoamérica y el Caribe se plantea una mortalidad de 17/1000 nacidos vivos, con una incidencia de la sepsis entre 3,5 y 8,9 %. En Cuba, a partir de 1995, se registró un incremento de la mortalidad infantil, y fue la sepsis neonatal una de las causas principales, superada solo por afecciones perinatales y anomalías congénitas (6). En Colombia la incidencia y la mortalidad son más altas en los recién nacidos con peso bajo y muy bajo al nacer; 26 por 1.000 nacidos vivos en < 1.000 g y 8 por 1.000 nacidos vivos con peso entre 1.000 y 1.500 g (7).

La mortalidad neonatal en el Perú ha disminuido en los tres últimos quinquenios, en el 2013 se han reportado 12 defunciones por 1000 nacidos vivos; sin embargo, sigue siendo elevada en comparación con otros países de la región. En Perú, las principales causas de mortalidad neonatal son la prematuridad y las infecciones, en los recién nacidos de bajo peso (1500 a 2500 g) la primera causa son las infecciones. En un estudio realizado en Ucayali y Huánuco, se ha reportado que la sepsis neonatal es la principal causa básica de mortalidad neonatal (8).

En el Ecuador la sepsis bacteriana neonatal representa la tercera causa de mortalidad infantil mostrando una tasa de 5,46 por cada 1000 nacidos vivos, la misma que se ha mantenido poco variable en los últimos 5 años (9). Los modelos de asistencia a los niños sufrieron grandes transformaciones a través de los tiempos, sobre todo en los últimos 50 años. El equipo de enfermería corresponde por gran parte uno de los mecanismos de prevención más importantes, ya sea en actividades administrativas u operativas (10). La incidencia de infecciones adquiridas en el hospital en las unidades

de cuidado neonatal es muy alta comparada con las adquiridas en los demás sitios dentro del mismo hospital contribuyendo a mayor morbilidad y mortalidad tardías. Por otra parte, las tasas de colonización por gérmenes patógenos se han incrementado en las últimas décadas (11).

El principal factor involucrado en este fenómeno es el aumento de la supervivencia de recién nacidos de muy bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos.). Los recién nacidos de bajo peso han creado una población particular con grandes posibilidades de adquirir infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) por sus múltiples factores de riesgo, entre ellos la inmunosupresión y la exposición a procedimientos invasivos (11).

El inadecuado cuidado del personal de enfermería incluye fallas en procedimientos como la medicación, la higiene, el confort, así como en la sistematización de la asistencia de enfermería y la aplicación del método llamado Proceso de Atención de Enfermería. El no cumplir adecuadamente con las directrices del Proceso de Atención de Enfermería los profesionales enfermeros estarían dando paso a un retroceso en la evolución de la profesión; que su accionar obedezca a la rutina y los cuidados proporcionados se ejecuten de una manera mecánica, trayendo consigo consecuencias de tipo laboral, psicológicas, físicas, económicas, sociales; en donde está involucrado tanto el bienestar del profesional como del paciente (12).

El Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán es la única casa de salud que tiene una área de Neonatología en la provincia del Carchi, en el 2010 el hospital registró una tasa de mortalidad del 0,42% de 1637 nacidos vivos, 13 fallecieron a causa de prematuridad, parto séptico o por un inadecuado control prenatal. Estos casos se presentan en pobladores de las comunidades awá, que habitan al noroeste en zonas alejadas a la provincia. Las causas frecuentes por la que llegan los niños a esta área son la prematuridad, sepsis neonatal, neumonía y la enterocolitis necrotizante (13).

La sepsis neonatal es una de las causas más frecuentes de hospitalización en el servicio de neonatología del Hospital Luis G. Dávila. La etiología y la susceptibilidad antimicrobiana cambian con el tiempo, por lo que un estudio periódico de aquellas es necesario para un manejo racional y efectivo de las infecciones, la incidencia de infección bacteriana demostrada es baja (0,5 - 5/1.000 recién nacidos vivos), un porcentaje elevado de todos los recién nacidos (4 - 10%) es ingresado en una unidad neonatal y evaluado para descartar un posible proceso infeccioso (14).

La omisión de los cuidados de enfermería igualmente puede estar vinculada a la ausencia/deficiencia de organización y planificación de las demandas de cuidado, gerenciales y científicas. En este contexto, la sistematización de la atención de enfermería o el plan de atención de enfermería se revela un instrumento capaz de dirigir a los profesionales de enfermería en la ejecución de cuidados de forma consciente y competente, técnica y científicamente (15).

1.2 Formulación del Problema

¿Los cuidados de enfermería brindados a los recién nacidos con diagnóstico de sepsis temprana y tardía son de calidad?

1.3 Justificación

La sepsis neonatal es un problema de gran complejidad que alarma; ya que es una de las principales causas de muerte neonatal a nivel nacional y mundial, por ésta razón es importante investigar los riesgos de morbi - mortalidad que existen en recién nacidos con sepsis temprana o tardía y la calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería a estos pacientes, enfocándose en el cumplimiento del protocolo de atención, el proceso de atención de enfermería y la satisfacción del usuario.

La solución de los problemas de salud de los neonatos diagnosticados con sepsis neonatal es el principal propósito de la presente investigación, tomando en cuenta los resultados de los elementos antes mencionados como patrón para mejorar la calidad de atención, ya que es primordial la práctica del profesional encargado del cuidado y tratamiento del recién nacido con sepsis, puesto que la calidad de los cuidados de enfermería brindados son uno de los principales pilares para la pronta recuperación del neonato, evitando así las posibles complicaciones que produzcan una hospitalización prolongada o provocar la muerte del mismo. La mala práctica del personal sanitario en cuanto a conocimientos, procedimientos y cuidados son un factor altamente grave para producir complicaciones en el recién nacido. Por este motivo es justo sistematizar conocimientos, evaluar juiciosa y críticamente la evidencia científica y medir la calidad de atención brindada a estos pacientes.

Esta investigación beneficia principalmente al neonato y su familia, ya que la calidad de los cuidados brindados favorecen una pronta recuperación del estado de salud, permitiéndole al recién nacido incorporarse con su familia, también se beneficia el profesional enfermero mediante el uso del proceso de atención de enfermería estandarizado adjuntado, ya que la aplicación del mismo ayuda a reforzar conocimientos validados en la teoría científica y el desarrollo del pensamiento crítico del profesional, también hay un beneficio para el estado ya que disminuyen los costos de insumos médicos usados durante el período de hospitalización de los recién nacidos.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la calidad de atención de enfermería brindada a recién nacidos con diagnóstico de sepsis temprana y tardía en relación a indicadores de atención y satisfacción del usuario, Hospital Luis G. Dávila 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio y demográficamente a las madres de los recién nacidos con diagnóstico de sepsis temprana y tardía internados en el área de Neonatología del Hospital Luis G. Dávila.
- Identificar cuáles son los principales factores de riesgo de sepsis de inicio temprano o tardío en los neonatos relacionados con la calidad de los cuidados brindados por parte del profesional de enfermería.
- Conocer el porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención para el cuidado del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía.
- Evaluar la satisfacción del usuario con respecto a las dimensiones de calidad en los cuidados de enfermería brindados a los recién nacidos hospitalizados.
- Proponer un proceso de atención de enfermería estandarizado para la sala de neonatología relacionado con la atención del recién nacido con sepsis.

1.5 Preguntas de Investigación

¿Qué características sociodemográficas tienen las madres de los recién nacidos con diagnóstico de sepsis temprana y tardía internados en el área de Neonatología del Hospital Luis G. Dávila?

¿Cuáles son los principales factores de riesgo de sepsis de inicio temprano o tardío en los neonatos relacionados con la calidad de los cuidados brindados por parte del profesional de enfermería?

¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención para el cuidado del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía?

¿Para qué evaluar la satisfacción del usuario con respecto a la calidad de los cuidados de enfermería brindados a los recién nacidos hospitalizados?

¿Por qué la importancia de un proceso de atención de enfermería estandarizado específico para la sala de neonatología relacionado con la atención del recién nacido con sepsis?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 Natacha Alessandrini Garaboa, Yanett Sarmiento Portal, Yiliani Marquez. “El recién nacido pretérmino con infección de inicio precoz” 2015 llegaron a las siguientes conclusiones: la sepsis precoz es una morbilidad frecuente en neonatos pretérmino, constituyendo un importante problema de salud. Predominan los neonatos con peso inferior a 1500 gramos (62,1%), el sexo femenino (56,1%) y los adecuados para la edad gestacional (59,1%). Los recién nacidos que presentan asfixia perinatal con necesidad de reanimación en presencia de rotura prematura de membranas, se considera un importante predictor de sepsis. En este estudio el 37.9% de los casos requirieron reanimación en el salón de partos. En cuanto a la vía de nacimiento la cesárea fue la predominante en esta serie, coincidiendo con los autores que reportaron un 54,6%, sin embargo, el parto por vía vaginal se considera un riesgo elevado en la transmisión bacteriana en madres colonizadas por estreptococo beta hemolítico del Grupo B, reportan un riesgo de sepsis precoz 4,7 veces superior en neonatos con antecedentes de corioamnionitis, sobre todo si son menores de 32 semanas de gestación, coincidiendo con la casuística analizada. (16).

2.1.2 De acuerdo a Juan Carlos Lona “Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México” 2015 la sepsis neonatal temprana es la segunda causa de muerte en la primer semana de vida; la epidemiología difiere en países desarrollados y en vías de desarrollo. La incidencia de sepsis neonatal temprana y agentes bacterianos aislados con mayor frecuencia fue similar a lo reportado en estudios realizados en países en vías de desarrollo. Mediante análisis multivariado se identificó que la edad materna ≤ 15 años, la ruptura de membranas > 18 h, la presencia de fiebre en la madre durante el parto, la edad gestacional < 37 semanas y el peso al nacimiento ≤ 2.500 g incrementan

significativamente el riesgo de sepsis neonatal temprana. Es probable que la edad materna ≤ 15 años esté relacionada con diferentes patrones de colonización bacteriana del tracto genitourinario. En condiciones normales, la microbiota vaginal está compuesta predominantemente por *Lactobacillus* spp. Esta colonización es un mecanismo de protección contra procesos infecciosos por la reducción del pH vaginal y la producción de sustancias antimicrobianas como peróxido de hidrógeno. La edad de las mujeres, las modificaciones hormonales y el uso de medicamentos pueden alterar el ecosistema vaginal y causar colonización por bacterias diferentes como *E. coli*, *Enterococcus* sp, *Staphylococcus* sp, *Gardnerella* sp y *Mycoplasma*. Una alta prevalencia de colonización por *S. agalactiae* se ha observado en pacientes diabéticas, en mujeres que usan tampones y en adolescentes (17).

2.1.3 Margarito Marín Romero, José Iglesias Leboreiro “Características de la sepsis neonatal en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de atención privada” 2015 llegaron a las siguientes conclusiones: la sepsis neonatal sigue siendo un problema importante en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), por su alta letalidad, la cual puede llegar a superar 30% en recién nacidos (RN) con peso menor a 1,500 g. En cambio, aun a pesar de los pocos estudios informados, en México la tasa es de 4 a 15.4 por cada mil nacidos vivos. Según el momento de inicio, la sepsis neonatal se ha clasificado en formas temprana y tardía; la primera cuando acontece dentro de las primeras 72 horas de nacimiento, y se asocia a infecciones verticales maternas o adquiridas durante el nacimiento. La segunda se asocia con agentes infecciosos intrahospitalarios y se relaciona con el uso de líneas vasculares, ventilación asistida, procedimientos quirúrgicos y tratamientos antimicrobianos previos, entre otros factores. En la sepsis temprana, *Streptococcus* del Grupo B es el principal agente causal en países desarrollados, seguido de *Escherichia coli*. En México la frecuencia del primero es muy baja y es más común aislar *Staphylococcus* o enterobacterias. En la sepsis tardía, *Staphylococcus aureus* y estafilococos coagulasa-negativos, seguidos de enterobacterias, son los agentes más frecuentemente aislados. Es fundamental informar sobre el comportamiento de la sepsis neonatal y su etiología prevalente para poder mejorar la calidad de la atención perinatal. (18).

2.1.4 Paula Angélica Oliveira, Salge Ana Karina Marques, Palos Marinésia “Infecciones relacionadas con la asistencia a la salud en unidades de terapia intensiva neonatal: una revisión integradora” 2017 determinaron que la amplia divulgación en la literatura, las medidas de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia a la salud no son aún desempeñadas adecuadamente en los servicios de salud. Se puede afirmar, por medio de los estudios aquí analizados que surtos infecciosos ocurren con frecuencia en la unidad de terapia intensiva neonatal por falta de adhesión a higiene de manos, fallas en técnicas asépticas, y en la limpieza y desinfección de superficies y materiales hospitalarios. Resaltamos la importancia del enfermero en este contexto, pues este profesional es el principal responsable por el cuidado con el ambiente de salud, y, su equipo es el que más manipula y realiza procedimientos con los recién nacidos. Así, para garantizar la seguridad de estos recién nacidos ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal es necesario capacitar a los trabajadores en el intento de alcanzarse la concienciación y cambio de actitud para garantizar prácticas seguras en este ambiente, tanto para el paciente como para el trabajador de la salud (19).

2.1.5 Roberto Anaya Prado; Cuauhtémoc Valero Padilla “Sepsis neonatal temprana y factores asociados” 2016 concluyeron que aunque poco frecuente, la sepsis neonatal temprana tiene un impacto directo en la morbilidad y en el pronóstico del recién nacido. Lo importante para éste caso es que sigue siendo más frecuente en los países en desarrollo. Si se considera que en este país las complicaciones maternas y neonatales siguen siendo un problema importante derivado de un alto índice de operaciones cesáreas y consecuente de morbilidad, es de interés fundamental conocer el estado que guarda la atención primaria del recién nacido en los hospitales regionales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Se pudo identificar la enfermedad materna y la necesidad de reanimación con intubación como factores significativos para el desarrollo de SNT. El factor de riesgo predictivo más fuerte que ha sido reportado para el desarrollo de SNT es la baja edad gestacional; sin embargo, con una edad media similar en ambos grupos de dicha investigación, no se encontraron diferencias significativas, incluso entre los RN con edad promedio de menos de 37

semanas de gestación. Lo mismo sucede con el peso al nacer, el cual puede relacionarse con la baja edad gestacional. Sin embargo, dado que la prematurez fue un común denominador en ambos grupos del universo de estudio, sería interesante conocer si el comportamiento es similar para RN de término y que reingresan a la unidad por causas no infecciosas. Es decir, no hubo diferencia significativa entre los dos grupos de estudio en edad gestacional promedio general y en aquellos ≤ 37 semanas de gestación. Pero sí hay otros factores interesantes que contribuyeron de manera positiva en el desarrollo de SNT y en los que el sector salud y la población en general tenemos mucho trabajo preventivo que hacer (20).

2.2 Marco Contextual

2.2.1 Situación Geográfica

El Hospital General Provincial "Luis G. Dávila" se encuentra ubicado en la provincia del Carchi al Nororiente de la ciudad de Tulcán, en la Avenida San Francisco entre Gustavo Becker y García Lorca. La provincia del Carchi forma parte de la zona 1 y está limitada al norte, los ríos Carchi y San Juan le sirven de frontera con Colombia, al sur limita con la provincia de Imbabura, al este con la provincia de Sucumbíos, y al occidente con la de Esmeraldas. La provincia posee varios pisos climáticos, puesto que su territorio se encuentra desde los 1.000 msnm, con temperaturas de hasta 27° C en el subtrópico fronterizo con la provincia de Esmeraldas, hasta las nieves perpetuas de la cima del volcán Chiles a una altura de 4.723 msnm y con temperaturas inferiores a los 0° C (21).

2.2.2 Misión y visión del Hospital Luis G. Dávila

Misión: prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad

de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las Políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red en el marco de justicia y equidad social (22).

Visión: ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. Valores: respeto, inclusión, vocación de servicio, compromiso, integridad, justicia, lealtad (22).

2.2.3 Servicios Actuales

El Hospital General Provincial Luis G. Dávila, es una entidad operativa desconcentrada de segundo nivel que cuenta con las especialidades básicas de: pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y medicina general; para atender las necesidades de la comunidad en temas de salud y de acuerdo a su perfil epidemiológico ha desarrollado otras especialidades médicas como: Dermatología, cardiología, oftalmología, audiología, máxilo facial, salud mental, psiquiatría, terapia física, urología, emergencia, unidad de cuidados intensivos adultos y neonatales, traumatología, asesoría genética y nutrición. Así mismo cuenta con servicios complementarios como: Imagenología, Laboratorio, Central de mezclas, farmacia y trabajo social. Su capacidad es de 166 camas censables (22).

El Hospital Luis G. Dávila tiene la capacidad de brindar servicio a más de 250 mil beneficiarios de la provincia del Carchi así como parte de la población de Sucumbíos, Esmeraldas y el sur de Colombia. Una atención binacional que refleja la responsabilidad social y el trabajo coordinado e interinstitucional del Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Contratación de Obras y el Gobierno Central (21). Esta casa de salud cuenta con el talento humano necesario para garantizar la atención en

todas las especialidades. Se encuentran externalizados los servicios de lavandería, limpieza, alimentación y vigilancia, mismos que son supervisados de manera permanente con el fin de garantizar una adecuada atención para los usuarios (22).

La gerente del Hospital General Provincial "Luis G. Dávila" es la Dra. Ruth Elena Velasco Mera, el objetivo de su administración está centrado en garantizar que todos los usuarios accedan a los servicios de salud de manera gratuita con calidad y calidez (22).

2.2.4 Descripción del servicio de Neonatología

El servicio de Neonatología brinda atención al recién nacido durante la estadía de la madre y el patológico hasta su recuperación durante las 24 horas y los 365 días del año a pacientes de 1 a 28 días de vida, de sexo masculino y femenino que necesitan tratamientos clínicos (21). Éste servicio cuenta con diferentes áreas: Unidad de Paciente Crítico y la sección de Cuidados Básicos con el objeto de prestar cuidados en diferentes niveles de complejidad a neonatos con patología. La unidad de paciente crítico se subdivide en 2 secciones, Unidad de Cuidado Intensivo y la Unidad de Tratamiento Intermedio (23).

Unidad de Cuidados Intensivos: Esta dependencia del servicio de neonatología está destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuna a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con atención médica permanente, así como tecnología de alta complejidad (23).

Unidad de Tratamiento Intermedio: esta dependencia está destinada al manejo de pacientes estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente además de cuidados médicos (23).

Unidad de Cuidados Básicos: está destinada al manejo de pacientes totalmente estables sin riesgo conocido y que están hospitalizados por estudio o tratamiento de patologías no complejas, en espera de condiciones para el alta sin riesgo inminente y pacientes con fototerapia de bajo riesgo que no requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo o vigilancia permanente. También se hospitaliza en esta sección los pacientes que no puedan ser trasladados junto a su madre en el período de post-parto (23).

Asilamiento: unidad donde se realiza la separación de un neonato que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas (exceptuando a los trabajadores sanitarios). La finalidad de ésta sala son: la disminución de riesgo de infecciones para el paciente y el personal sanitario, disminución de la incidencia de infecciones nosocomiales, prevención y control de brotes y poder prestar una alta calidad de atención (23).

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Teoría de Enfermería

El cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera - paciente. De esta aportación, surge la necesidad de redimensionar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol, que el desarrollo de la profesión demanda ante las crecientes necesidades de salud, la reorganización de los servicios y los avances científicos y tecnológicos que imponen a enfermería un nuevo estilo de práctica. Es necesario resaltar que la importancia del cuidado de enfermería recae en el mejor modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios profesionales de enfermería y de las personas que la integran mediante la adopción de un enfoque global y ético para superar las expectativas y la normatividad en su conjunto (24). Florence Nightingale usó el razonamiento inductivo para extraer leyes de salud y de enfermería de sus

observaciones y experiencias, por ejemplo, advirtió que la enfermedad prosperaba en espacios limitados, oscuros y húmedos. También derivó de su observación y experiencia práctica que la enfermedad podía prevenirse o acelerar su curación proporcionando un ambiente distinto aquel donde se había originado. Entre los razonamientos que hizo estaba el de los beneficios de la luz solar directa (25).

Debemos admitir en nuestros días, que la luz solar tiene efectos germicidas y entre otros, permite la fijación de vitaminas necesarias para evitar el raquitismo, claro está en exposiciones dosificadas. También planteó la necesidad de la limpieza extendida al paciente, a la enfermera y al medio, pues estaba convencida que de no tenerse en cuenta se proporcionaban las condiciones para las infecciones: insistió en la necesidad de que las enfermeras se lavaran las manos frecuentemente y mantuvieran muy limpios a los pacientes y al medio que los rodeaba; avizó que las paredes, los pisos y la ropa sucia contenían materias orgánicas a partir de las cuales se producían infecciones (25).

Hoy sabemos con certeza que de no observarse estas medidas por ella promulgadas, se incurre en la posibilidad de que ocurran las infecciones cruzadas que tienen tanta importancia para los pacientes en el medio hospitalario e incluso familiar, dada la tendencia actual de la atención de algunos enfermos en el hogar incluyendo a los crónicos y a los adultos mayores (25). Esta teoría contiene 3 relaciones, que en nuestro tiempo son fundamentales: ambiente con paciente, enfermera con ambiente y enfermera con paciente, estas relaciones demuestran la atención al hombre como un ser biosicosocial (25).

2.3.2 Sepsis Neonatal

Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica derivada de la invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido (RN) y que se manifiesta dentro de los primeros 28 días de vida. La sepsis de origen

bacteriano constituye una de las principales causas de morbimortalidad en el período neonatal (26). Es causada por microorganismos que han variado a través del tiempo debido a estrategias globales de prevención por una parte, y por otra, a las características propias de los recién nacidos hospitalizados, procedimientos y tratamientos que ellos reciben (26).

2.3.3 Epidemiología y fisiopatología de la sepsis neonatal

La incidencia y la mortalidad son más altas en los recién nacidos con peso bajo y muy bajo al nacer es decir entre 1.000 y 1.500 g. Los patógenos causantes de sepsis neonatal de aparición temprana pueden invadir el torrente sanguíneo del recién nacido directamente por la adquisición transplacentaria del agente infeccioso durante una bacteriemia materna o más frecuente, por exposición al líquido amniótico infectado, o por el contacto con secreciones vaginales, cuello uterino o canal vaginal, colonizados por microorganismos patógenos. Por lo tanto, el neonato puede adquirir la infección, ya sea en el útero o durante el nacimiento (7).

Otra forma de presentación está relacionada con la colonización de la piel y las membranas mucosas por patógenos involucrados en la corioamnionitis, que pueden manifestarse clínicamente después del nacimiento, cuando las barreras pierden su integridad. Esta colonización también se puede dar por patógenos nosocomiales adquiridos a través de las manos del personal hospitalario o durante procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El patógeno ingresa en el espacio vascular activando una serie de mecanismos celulares y humorales que inician una reacción inflamatoria sistémica, dependiendo principalmente de factores como la virulencia del microorganismo, la cantidad del inóculo y su persistencia. La respuesta inflamatoria se manifiesta con la aparición de signos y síntomas que varían en su expresión y gravedad (27).

2.3.4 Clasificación de la sepsis neonatal

2.3.4.1 Sepsis de inicio temprano

La sepsis neonatal temprana se define como una infección demostrada en sangre o en líquido cefalorraquídeo en pacientes con 72 h de vida o menos, los recién nacidos presentan mayor riesgo de infecciones debido, entre otras condiciones, a su inmadurez inmunológica. Se ha observado que los pacientes más afectados por sepsis neonatal temprana son los recién nacidos prematuros o de muy bajo peso al nacimiento, principalmente los que son expuestos a infecciones maternas o con disrupción de las membranas amnióticas (28).

2.3.4.2 Sepsis de inicio tardío

La sepsis neonatal tardía se presenta luego de las primeras 72 horas de vida, refleja transmisión horizontal de la comunidad o intrahospitalaria (por ejemplo, la infección de vías urinarias nosocomiales) (29). Las bacterias aisladas con mayor frecuencia en sepsis neonatal tardía (nosocomial) son especies de *Staphylococcus* o enterobacterias. Para estas bacterias, el medio hospitalario es un ambiente que favorece la adquisición y transmisión de genes de resistencia antimicrobiana debido a la presión selectiva que ejercen los antibióticos (30).

2.3.5 Tipos de sepsis según su mecanismo de transmisión

2.3.5.1 Sepsis de transmisión vertical

Se producen como consecuencia de la colonización del feto, antes (vía ascendente) o durante el parto, por gérmenes procedentes del tracto genital materno, siendo por tanto la presencia de gérmenes patógenos en el canal genital de la gestante el principal factor

de riesgo relacionado con estas infecciones. Esta colonización genital materna está también relacionada con la aparición de rotura prematura de membranas amnióticas, corioamnionitis y parto prematuro. En mujeres gestantes la detección de gérmenes patógenos en vagina tiene una prevalencia variable y la mejor manera de predecir el estado de colonización vaginal en el momento del parto es el análisis del exudado vagino - rectal en las 5 semanas previas al mismo (entre las 35 - 37 semanas de gestación). Es causada por gérmenes localizados en el canal genital materno y contaminan al feto por vía ascendente o por contacto directo del feto con secreciones contaminadas al pasar por el canal del parto (31).

2.3.5.2 Sepsis de transmisión intrahospitalaria o asociada a cuidados sanitarios.

Las infecciones asociadas a cuidados sanitarios (IACS) son aquellas que se adquieren o desarrollan como consecuencia de la atención sanitaria. Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) americanos la han definido como: todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debida a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso hospitalario. Clásicamente se ha denominado infección nosocomial o infección intrahospitalaria (32).

Son causadas por gérmenes ubicados en los servicios de Neonatología (especialmente en la UCI neonatal) y por tanto los factores de riesgo que favorecen su aparición son: la sobreutilización de antibióticos y la insuficiencia de personal sanitario que haga difícil seguir los protocolos de limpieza, favoreciendo la permanencia y difusión de bacterias patógenas en detrimento de bacterias saprofitas; el lavado y desinfección insuficiente de las manos como vehículo de contaminación de la piel y/o mucosas del recién nacido y por tanto principal causa de colonización del neonato, si bien también tiene importancia la utilización del material que va a estar en contacto con el niño

(termómetros, fonendoscopios, sondas, tetinas, incubadoras, tubos endotraqueales, etc.) insuficientemente desinfectado (31).

En la contaminación de la mucosa respiratoria, los factores de riesgo más importantes son la intubación intratraqueal, las aspiraciones intratraqueales y la utilización de respiradores. En la contaminación de la mucosa digestiva, los factores de riesgo más importantes son la utilización de sondas nasogástricas inadecuadamente desinfectadas, la utilización de tetinas de biberones contaminadas y/o el empleo de fórmulas nutricionales elaboradas sin la debida limpieza (31).

Una vez que el neonato se contamina con bacterias patógenas, estas pueden atravesar la barrera cutáneo - mucosa e invadir el torrente circulatorio y en este sentido las punciones venosas y arteriales y sobre todo la utilización de catéteres invasivos para perfundir alimentación intravenosa, son factores de primer orden que favorecen la llegada de bacterias a la sangre (31).

2.3.6 Etiología de la sepsis neonatal

Los patógenos que producen sepsis neonatal en los países desarrollados difieren de los que la producen en los países en desarrollo. En los países del tercer mundo es causada principalmente por microorganismos Gram negativos (*Klebsiella*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas* y *Salmonella*), seguido de organismos Gram positivos (*Streptococcus agalactiae* del grupo B, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* o coagulasa negativos, *Streptococcus pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes*) (29).

La principal fuente de contaminación son las manos de los trabajadores de la salud en las unidades de cuidados intensivos. Los *Staphylococcus coagulasa-negativos*, gérmenes comensales de la piel, provocan cerca de 50% de los casos de sepsis

neonatal tardía (SNT). Dentro de los factores que provocan esta alta incidencia se encuentra el uso de dispositivos invasivos como catéteres centrales, bajo peso al nacer, prematurez, estancia hospitalaria prolongada. La exposición a *Streptococcus agalactiae* durante el nacimiento es común, lo que da como resultado la colonización de 1 de cada 10 recién nacidos. Generalmente es adquirido durante el trabajo de parto, es raro observarlo en neonatos nacidos por vía cesárea con membranas integra (29).

2.3.7 Factores favorecedores del desarrollo de sepsis en el neonato.

Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar sepsis neonatal.

FACTORES DE RIESGO DE SEPSIS DE INICIO TEMPRANO	FACTORES DE RIESGO DE SEPSIS DE INICIO TARDÍO
<p>Maternos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rotura prematura de membranas mayor a 18 horas. 2. Fiebre materna. 3. Corioamnionitis. 4. Colonización de microorganismos del tracto genital materno. 5. Infección genito – urinaria materna en el parto. 6. Líquido amniótico fétido. 7. Bacteriuria materna. <p>Neonatales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prematurez. 2. Peso bajo al nacer. 3. Género masculino. 4. Apgar a los 5 minutos menor a 6. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prematurez. 2. Procedimientos invasivos: <ol style="list-style-type: none"> a) Intubación endotraqueal prolongada. b) Colocación de catéteres intravasculares. c) Nutrición parenteral. d) Drenajes pleurales. 3. Hospitalización prolongada. Hacinamiento hospitalario, falta de espacio físico.

FUENTE: Guía de práctica clínica Sepsis Neonatal. MSP (33)

En la prematuridad, como principal factor de riesgo, se encuentra asociada la inmadurez del sistema inmune, esto incluye: 1) bajos niveles de inmunoglobulina relacionados con la disminución de la transferencia transplacentaria de IgG materna; 2) disminución de la función de los neutrófilos y monocitos que se manifiesta con la alteración de la función de quimiotaxis, opsonización y fagocitosis bacteriana; y 3) una función de barrera de la piel y las membranas mucosas disminuida (34). La inmadurez del sistema inmune, propia del recién nacido, lactante y el niño en general, lo hace especialmente susceptible a las infecciones, las que tienden a diseminarse y generar cuadros clínicos graves. Esto se observa con mayor frecuencia en neonatos prematuros o de bajo peso. La escasa madurez de estos pacientes al nacimiento constituye un factor limitante en su supervivencia y puede empeorar la gravedad de las patologías que pueden aparecer en ellos (35).

Existen una serie de factores obstétricos que aumentan el riesgo de un recién nacido de presentar un cuadro infeccioso principalmente colonización por estreptococo del grupo B, signos y síntomas de corioamnionitis y rotura prolongada de membranas > 18 h, recién nacido de bajo peso al nacer, neonatos de alto riesgo, sexo masculino, prematuridad, preeclampsia; la hipoxia perinatal (debido al fallo multiorgánico se afectan sistemas como el respiratorio, renal, digestivo y hemático con la presencia de infecciones de inicio precoz a nivel de estos órganos); ruptura prolongada de membranas amnióticas, fiebre materna (debido a la infección intraamniótica ascendente, se origina inicialmente una vaginosis que genera consecutivamente una deciduitis, corionitis y amnionitis, la que a su vez causa la infección del feto, pudiendo generalizarse a la madre y de ahí la presencia de fiebre) (36).

Durante el proceso del parto, o antes si se rompen las cubiertas ovulares, el feto/ recién nacido queda bruscamente expuesto a una gran variedad de agentes microbianos presentes en el canal del parto que son potencialmente patógenos. A pesar de la relativa inmadurez de sus mecanismos inmunitarios, los recién nacidos, por lo general, superan con éxito esta prueba de fuego y los microbios no suelen atravesar la barrera cutáneo-

mucosa (piel, mucosa del tracto digestivo, mucosa del tracto respiratorio superior), pero pueden contaminarlas y posteriormente, según sus características, dividirse y atravesarlas alcanzando el torrente circulatorio (36).

Una vez en la sangre, las bacterias, hongos, virus o protozoos pueden ser destruidos por las defensas del recién nacido o por el contrario continuar dividiéndose de forma logarítmica y dar lugar a sepsis neonatal. El sexo masculino está predispuesto a la sepsis y para esto propone la presencia de un factor de susceptibilidad relacionado con un gen localizado en el cromosoma X involucrado con la función del timo y síntesis de inmunoglobulinas por lo tanto la niña al poseer dos cromosomas X tiene mayor resistencia a la infección. Algunos autores, justifican la elevada incidencia de sepsis en estos niños tan pequeños e inmaduros, condicionadas por la infección perinatal, la inmadurez del sistema inmunitario, la disminución de las defensas naturales, la prolongada hospitalización, las complicaciones iatrogénicas relacionadas con la terapia intensiva y los estados prolongados, dada la enfermedad de base (36).

2.3.8 Factores de riesgo para sepsis neonatal asociados con el cuidado de salud.

Tabla 2. Factores de riesgo para sepsis intrahospitalaria

Variable	Factor de Riesgo
Accesos Vasculares	Periférico Central Umbilical
Uso de Medicamentos	Ranitidina Esteroides Antibióticos
Tipo de Alimentación	Enteral Parenteral
Uso de Sonda	Sonda Orogástrica Sonda Vesical
Ventilación Mecánica	Intubación Endotraqueal

FUENTE: Sepsis Neonatal: incidencia y factores de riesgo (37)

Estudios publicados mencionan que la colocación de accesos vasculares de tipo central en recién nacidos, en especial en los < 1000 g, se asocia con sepsis, sobre todo por la aplicación de líquidos parenterales, tener una infección neonatal previa, manipulación inadecuada de los mismos e inestabilidad clínica prolongada. Existe una asociación importante con la invasión por accesos venosos centrales, debido a las complicaciones que pueden presentar y, sobre todo, a estancia hospitalaria prolongada (37).

El uso de ranitidina, bloqueador competitivo de los receptores de H₂ utilizado para el tratamiento de diversos padecimientos en neonatos, se ha reportado como factor asociado con sepsis incluso siete veces mayor, y con aumento del riesgo de colonización por patógenos intestinales si se usa junto con glucocorticoides. Los pacientes críticamente enfermos requieren nutrición parenteral por tiempo prolongado, lo cual genera una vía de acceso para la presentación de infecciones, además, ocurre una disminución de las enzimas hepáticas, así como la inactivación de las mismas, que facilitan la presencia de sepsis (37).

El tubo endotraqueal contribuye sustancialmente a la adquisición de la neumonía en los pacientes, porque facilita la microaspiración y perturba las defensas del huésped. Múltiples estudios han identificado microfilmes de bacterias en el lumen de los tubos endotraqueales. La sonda orogástrica facilita la puerta de entrada y estimula el crecimiento de gérmenes del tracto gastrointestinal alto. La leche materna y las fórmulas administradas por infusión continua a temperatura ambiente por varias horas producen proliferación de microorganismos (37).

2.3.9 Manifestaciones clínicas

La observación y vigilancia clínicas hacen parte de los pilares fundamentales en el enfoque y manejo de los recién nacidos con riesgo de sepsis; la gran mayoría de los síntomas (90%) se presenta en las primeras 48 horas, el 85% en las primeras 24. Los

síntomas y signos son inespecíficos, y requieren de un alto índice de sospecha y una vigilancia estricta, que permita asociar esos hallazgos clínicos con los antecedentes previamente analizados, para poder tomar una decisión adecuada y oportuna, encaminada bien sea al inicio de terapia antibiótica o no, dado que ambas decisiones involucran comorbilidades asociadas. Estos hallazgos clínicos podríamos agruparlos en síntomas (38):

Tabla 3. Signos y síntomas de la sepsis neonatal

SISTEMA	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Neurológico	Irritabilidad, somnolencia, convulsiones.
Respiratorio	Signos de dificultad respiratoria, desaturación, apnea o cianosis de causa no cardiogénica.
Gastrointestinal	Intolerancia a la vía oral (vómito o poca aceptación).
Cardiovascular	Taquicardia, descartando otras causas; mala perfusión; hipotensión.
Termorregulación	Fiebre o hipotermia.
Metabólico	Hipoglucemia o hiperglucemia, además de evidencia de ictericia, mal aspecto general o simplemente “no se ve bien”.

FUENTE: Sepsis Neonatal (38)

Estos signos y síntomas de la sepsis en los recién nacidos clínicos varían según la edad gestacional y la gravedad de la infección. Rara vez los recién nacidos presentan fiebre a menos que nazcan de una madre febril, es más común que la primera manifestación sea hipotermia. La presencia de erupciones en la piel, compromiso neurológico dado por convulsiones o signos de meningoencefalitis, compromiso hepático o disfunción miocárdica debe hacer sospechar de una infección viral (38).

2.3.10 Diagnóstico de la sepsis neonatal

El diagnóstico de sepsis neonatal se basa en una combinación de la presentación clínica y el uso de marcadores no específicos, incluyendo: el hemograma, la proteína C reactiva (PCR), la procalcitonina y hemocultivos en primera instancia, evaluando en cada caso particular la indicación de cultivo de líquido cefalorraquídeo y urocultivo (38).

Hemograma: el conteo de glóbulos blancos, diferencial, recuento absoluto de neutrófilos y la relación entre inmaduros y totales han sido ampliamente utilizados como pruebas de detección para la sepsis neonatal(38).

Hemocultivos: en los cuadros de sepsis neonatal, no siempre es posible aislar e identificar el agente causal. Este hecho está relacionado con la sensibilidad y especificidad de los hemocultivos; algunos factores, como la utilización de antibiótico profiláctico a la gestante, el inicio de primeras dosis de manejo antibiótico antes de la toma y las condiciones y aspectos específicos a la hora de tomar las muestras, disminuyen aún más su capacidad de identificar el germen causante en el paciente con sepsis (38).

Reactantes de fase aguda: la proteína C reactiva (PCR) y la procalcitonina son los dos reactantes de fase aguda más comúnmente usados en el enfoque del paciente con riesgo o presencia de sepsis neonatal. Los niveles de PCR aumentan aproximadamente a las 6 u 8 horas de la infección posterior a la liberación de la IL-6, con un pico a las 24 horas. Existe una variabilidad en los rangos normales, relacionados directamente con la edad gestacional y el momento de la toma, dependiendo de los diferentes tipos de estudio; el valor de 1 mg/dl es el límite más comúnmente empleado (38).

La procalcitonina es un propéptido de calcitonina producido principalmente por monocitos y los hepatocitos que se elevaron significativamente durante las infecciones en los recién nacidos, niños y adultos. Específicamente en los recién nacidos se ha reportado un aumento fisiológico de su concentración en las primeras 24 horas del nacimiento, y los niveles normales se obtienen alrededor de las 72 horas de vida (0,1-0,5 ng/ml). Estos niveles se pueden encontrar más elevados en presencia de infecciones bacterianas que durante un cuadro de etiología viral, y, más aún, también disminuyen rápidamente con la terapia adecuada (38).

Uroanálisis: no se recomienda en las primeras horas de vida (72 horas - SNT), dado que la mayoría de las infecciones del tracto urinario en esta población son secundarias a una siembra hematógena del riñón por bacteriemia(38).

El estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) es quizás el examen más controversial en el enfoque inicial del recién nacido con sepsis neonatal tardía; en estos pacientes, se recomienda únicamente cuando hay signos clínicos de sepsis o cuando cursan con bacteriemia. En el cuadro de sepsis tardía, no cabe duda de su realización.

Acerca del estudio de líquido cefalorraquídeo en los pacientes con sepsis neonatal tardía, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos, los cuales orientan al pediatra a tomar decisiones: la probabilidad de meningitis en pacientes con riesgo de sepsis, en quienes al examen físico no se encuentra ningún hallazgo, es muy baja, se debe realizar el estudio del LCR en pacientes con manifestaciones clínicas de sepsis o meningitis, o si se reporta el aislamiento positivo en hemocultivos tomados inicialmente, el 38-40% de los recién nacidos con meningitis tienen un hemocultivo negativo, hasta el 23% de los recién nacidos con bacteriemia también tendrá meningitis concomitante, se debe efectuar en todo recién nacido con infección por herpes virus.

2.3.11 Tratamiento de la sepsis neonatal.

El tratamiento se debe iniciar ante la sospecha de sepsis vertical (terapéutica empírica) con ampicilina y gentamicina cuyo espectro cubre los principales gérmenes implicados en estas infecciones. Si se sospecha la existencia de meningitis asociada, se iniciará el tratamiento con ampicilina y cefotaxima. Una vez confirmada la sepsis con el hemocultivo, el tratamiento antibiótico se debe fundamentar en el antibiograma (39).

Además del tratamiento con antibióticos se ha de realizar una terapéutica de soporte que con frecuencia es compleja (dieta absoluta, soporte nutricional parenteral, ventilación mecánica en caso de apnea, drogas vasoactivas si hipotensión o shock, diuréticos y/o hemofiltración si insuficiencia renal, etc.). La duración del tratamiento no debe ser inferior a 10 días para la sepsis sin infección focal, y de 14 días para casos con meningitis asociada. No obstante, en nuestra experiencia este tiempo podría acortarse basándose en la monitorización seriada de la PCR, de manera que podrían suspenderse los antibióticos, cuando se obtienen dos valores normales (< 10 mg/L) separados al menos 48 horas (39).

2.3.12 Prevención de la sepsis neonatal.

Las medidas establecidas para la prevención de las infecciones relacionadas al cuidado de la salud incluyen rigurosa higiene de las manos, uso correcto de equipo de protección individual, y proceso de limpieza y desinfección de artículos y superficies del ambiente de salud. La no adhesión a tales prácticas expone al recién nacido a la colonización por microorganismos, configurando en incumplimiento de los principios de seguridad del paciente, pudiendo generar incidentes graves para la salud del niño (40).

Durante los años 80 diversos ensayos clínicos realizados buscando estrategias de prevención frente a estas infecciones, demostraron que la administración de antibióticos en el momento del parto a la madre colonizada por estreptococo del grupo B, era capaz de prevenir la enfermedad invasiva neonatal y que el cultivo recto-vaginal realizado entre la 35 - 37 semanas de gestación podía identificar a estas mujeres susceptibles de profilaxis (39).

Los principales puntos a destacar en estas pautas de prevención son: recomendación de realizar cultivo vaginal y rectal a todas las gestantes entre la 35 y 37 semanas de gestación, debiendo repetirse el estudio si han pasado más de 5 semanas desde su realización hasta el parto (disminuye el valor predictivo dada la naturaleza intermitente de la colonización) y recomendación de profilaxis antibiótica intraparto en las siguientes situaciones (39):

- a) Todas las mujeres identificadas como portadoras vaginales o rectales de EGB en un cultivo practicado durante las 5 semanas previas al parto.
- b) Todas las mujeres en que se detecte EGB en orina durante la gestación, independientemente del resultado del cultivo vaginal o rectal si éste se ha realizado.
- c) Todas las gestantes que previamente hayan tenido un hijo con infección.

2.3.13 Prevención de las infecciones relacionadas con el uso de catéter intravascular (33).

- Retirar y no sustituir los catéteres arteriales umbilicales si están presentes signos de infección, relacionados a la colocación de los mismos o aparecen insuficiencia vascular o trombosis de las extremidades inferiores.

- Retirar y no sustituir los catéteres venosos umbilicales si están presentes signos de infección asociada a la colocación de la vía umbilical o aparecen signos de trombosis.
- Limpiar el sitio de inserción umbilical con un antiséptico antes de la inserción del catéter. Evite el uso de tintura de yodo debido al efecto potencial sobre la tiroides neonatal. Otros productos que contienen yodo (por ejemplo, yodopovidona) pueden ser utilizados.
- No utilizar crema antibiótica tópica o cremas en los sitios de inserción del catéter debido a la posibilidad de promover las infecciones por hongos y la resistencia a los antimicrobianos.
- En condiciones óptimas, los catéteres de la arteria umbilical no deben dejarse en el lugar durante más de cinco días.
- Catéteres venosos umbilicales deben ser removidos tan pronto como sea posible cuando ya no sea necesario, pero puede ser utilizado hasta 14 días si se procede de forma aséptica.
- Para la manipulación de los catéteres centrales y umbilicales se recomienda el uso de guantes estériles.

2.3.14 Profilaxis oftálmica (33).

- Se recomienda la realización de la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria al recién nacido.
- La profilaxis oftálmica reduce de forma drástica la incidencia de oftalmía gonocócica y ceguera.
- Se recomienda colocar una dosis única de pomada oftálmica de eritromicina al 0,5% o de tetraciclina al 1%, para la profilaxis oftálmica del recién nacido.
- La solución de nitrato de plata puede producir conjuntivitis química transitoria en el recién nacido por lo que debe evitarse.
- El tiempo de administración de profilaxis oftálmica puede ampliarse hasta las cuatro horas luego del nacimiento.

2.3.15 Alimentación precoz con leche materna (33).

- La leche de la propia madre, en especial el calostro, favorece el desarrollo de la inmunidad en el recién nacido. La IgA secretora, lisozimas, glóbulos blancos y lactoferrina que contiene la leche humana han demostrado estimular el crecimiento de lactobacillus y reducir el crecimiento de E. coli y otras bacterias Gram negativos.
- Iniciar y mantener la alimentación siempre con leche materna en todo RN, salvo contraindicación médica sustentada.

2.3.16 Atención del profesional de enfermería en pacientes con sepsis neonatal.

El enfermero frente al recién nacido con sepsis neonatal es, muchas veces, el profesional que observa las primeras señales y los síntomas de la infección, tornándolo importante para el diagnóstico e intervención precoz, al interceder en nombre del niño y garantizar la oportuna complementación diagnóstica y la terapia empírica con antibióticos.

En ese aspecto del cuidado, la sistematización de la asistencia de enfermería presupone la organización del trabajo utilizando métodos, personal e instrumentos, y posibilita la operacionalización del Proceso de Enfermería, herramienta metodológica compuesta por cinco etapas interrelacionadas: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, implementación y evaluación (40).

Por medio del diagnóstico de enfermería el enfermero utiliza el raciocinio y juzgamiento clínicos y concluye el levantamiento de los datos referentes al estado de salud del paciente, permitiendo la estandarización e individualización de la asistencia (40).

2.3.16.1 Cuidado de enfermería en mantenimiento del catéter venoso periférico.

- Lavarse las manos con agua y jabón y usar guantes limpios para manipular el catéter. Valorar diariamente las condiciones del lugar de inserción del catéter mediante palpación y visualización directa a través del apósito transparente o retiro de la cinta adhesiva.
- Retirar el catéter venoso periférico si el paciente presenta signos de flebitis: calor, sensibilidad, eritema y cordón venoso palpable, infección o mal funcionamiento del catéter.
- Sustituir el apósito del sitio de inserción del catéter si se humedece, se afloja o está visiblemente sucio.
- Sustituir los catéteres periféricos cuando esté clínicamente indicado.
- Evitar el uso de agujas metálicas para la administración de fluidos y medicación, ya que puede producir necrosis por extravasación.
- Retirar rápidamente cualquier catéter intravascular que ya no sea imprescindible
- Retiro del catéter venoso periférico: técnica: lavarse las manos con agua y jabón, preparar el material, suspender el paso de flujo de la infusión, ponerse los guantes, retirar el apósito transparente estirando suavemente la película sobre sí misma, no utilizar alcohol para removerlo. Si es micropore, retirar suavemente en el orden en que está colocado, extraer el catéter con suavidad y desecharlo, hacer presión sobre el sitio de inserción con una torunda alcoholada de 3 a 5 minutos, verificar hemostasia, retirarse los guantes, retirar el material, realizar higiene de manos, dejar cómodo al paciente, realizar anotaciones en el formato correspondiente, hora de retiro y motivo de la misma.

2.3.16.2 Actuación de enfermería en la inserción del catéter venoso central.

- Identificar al paciente: nombre, edad, sexo, diagnóstico, alergias, antecedentes patológicos y procedimiento a realizar.
- Consentimiento del familiar o tutor.

- Reunir el material y equipo y colocarlo en una mesa limpia.
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Preparar la solución a utilizar.
- Asegurarse que en la actuación médica se utilicen las máximas precauciones de barrera estéril, incluyendo el uso de gorro, mascarilla, bata estéril, guantes, estériles y un paño quirúrgico de cuerpo entero para la inserción de catéter venoso central.

2.3.16.3 Cuidado de enfermería en el mantenimiento del catéter venoso central.

- Cambiar los apósitos transparentes utilizados en los lugares de inserción del catéter venoso central de corta duración, al menos cada 7 días, excepto en aquellos pacientes pediátricos en los que el riesgo de mover el catéter sea mayor que las ventajas derivadas del cambio de apósito.
- Asegurarse de la compatibilidad de la piel del paciente con el material del catéter y que los elementos utilizados para el cuidado del catéter son compatibles con el material del catéter.
- Evaluar a diario los sitios de inserción del catéter, ya sea visualmente al cambiar la fijación o al palpar a través del apósito transparente.
- Revisar de forma regular las manifestaciones que sugieren infección local o del torrente sanguíneo, la fijación debe ser removida para permitir el examen detallado del sitio de inserción.
- Mantener estériles todos los componentes del sistema de vigilancia de presión, incluidos los dispositivos de calibración y la solución de enjuague.
- Limpiar el diafragma con un antiséptico apropiado antes de acceder al sistema.
- Cambiar los sistemas utilizados para administrar sangre, hemoderivados o emulsiones lipídicas, las combinadas con aminoácidos y glucosa según una mezcla o con infusión separada, a las 24 horas del inicio de la infusión.
- Minimizar los riesgos de contaminación limpiando el puerto de acceso con un antiséptico apropiado, como clorhexidina, povidona yodada o alcohol al 70%, y accediendo al puerto sólo con dispositivos estériles.

2.3.16.4 Cuidado de enfermería en la curación del sitio de inserción del catéter venoso central.

- Indicaciones: a todos los pacientes que tengan uno o varios catéteres instalados, cada 7 días o antes si el apósito se encuentra desprendido, no integro o bien el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección.
- Material y equipo para la cura: bandeja, catéter venoso central con el número mínimo de puertos o luces/aberturas esenciales para el tratamiento del paciente, mascarilla, guantes estériles, pinza de Kelly, gasas estériles y micropore o adhesivo transparente, solución con equipo libre de aire, extensión y llave de 3 vías.
- Técnica para la cura del sitio de inserción del catéter venoso central: preparar y llevar el material al área del paciente, lavarse las manos con agua y jabón, colocarse la mascarilla abarcando nariz y boca, retirar la curación anterior sin tocar el catéter ni el sitio de inserción, desprender el apósito estirando suavemente, no utilizar alcohol para su remoción, revisar y valorar el sitio de inserción, realizar higiene de las manos, abrir el equipo de curación, colocarse el guante estéril en la mano dominante, realizar la limpieza con el alcohol, dejar actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente.
- Cubrir el sitio de inserción con una gasa seca, sin ejercer presión y retirar el exceso del antiséptico que la rodea con otra gasa o hisopo con alcohol en caso de yodopovidona.
- En caso de piel muy sensible utilizar película protectora sin alcohol en presentación de hisopo estéril para proteger la piel y prevenir daños a la misma, aplíquelo en la periferia del sitio de inserción respetando el área que se limpió con el antiséptico. Esperar que seque y cubrirlo con gasa estéril o adhesivo transparente.
- Colocar un membrete (rotulo) con fecha y nombre de quien instalo, así como nombre y fecha de quien realizo la curación.
- Cura y cambio de dispositivo e infusiones en catéter venoso central: preparar el material, lavarse las manos con agua y jabón, cerrar la pinza de seguridad del lumen y la llave de paso del equipo que se va a cambiar, colocar la solución a

infundir con el equipo libre de aire, colocar una gasa por debajo de la unión del catéter y el equipo que se va a retirar, remover el capuchón de protección del equipo nuevo, desconectar el equipo a remover y conectar el nuevo, evitando tocar el extremo estéril del mismo, abrir la pinza de seguridad del lumen y la llave de paso del nuevo equipo, verificar que la solución a infundir pase de forma correcta, Cambiar los apósitos utilizados en los sitios de inserción de CVC de corta duración cada 2 días en caso de apósitos de gasa.

- Indicaciones de retiro del CVC: por término de tratamiento, sospecha de bacteriemia; técnica: preparar el material, lavarse las manos con agua y jabón, colocarse la mascarilla abarcando la nariz y boca, cerrar las infusiones, retirar el apósito suavemente, sin tocar el catéter ni el sitio de inserción, realizar curación del sitio de inserción, retirar las suturas que sujetan el catéter, extraer suavemente el catéter en un ángulo de 90° de la piel durante la inspiración, evitar que la punta del catéter toque superficies no estériles al momento de salir, realizar presión con una gasa estéril en el sitio de inserción, si tiene indicación de tomar cultivo de la punta del catéter cortar 5 cm de la punta con la tijera estéril y colocar en un tubo de ensayo estéril (solo 5 cm, no más), cubrir el sitio de inserción con un apósito estéril con cojín absorbente no adherente y mantenerlo por 24- 48 horas, verificar que no haya sangrado importante en el lugar de inserción.

2.3.17 Aplicación del proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es el método más documentado a nivel internacional con el cual estructurar la práctica del cuidado científico, fundamentado en los procesos de resolución de problemas y toma de decisiones. Este se conforma de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación; y se caracteriza por fomentar la asistencia reflexiva y organizada, la continuidad e individualización de los cuidados, el uso racional del tiempo y el desarrollo del pensamiento crítico en el recurso humano (41).

Estudios como el de Gómez y Rodríguez, lo catalogan como un puente entre la academia y la disciplina profesional y le otorgan valor científico e integrativo en la práctica de enfermería. De hecho, se ha establecido que tanto estudiantes como profesionales, le adjudican confiabilidad y calidad a la atención derivada de los juicios obtenidos mediante él. Asimismo, se ha determinado que su aplicación favorece el desarrollo profesional e impacto de la carrera a nivel social. Sin embargo, en múltiples estudios en los que se analizaron planes de atención y registros de enfermería, se apreció que las fases del PAE no se cumplían a cabalidad, se omitían o no eran concordantes entre sí (41).

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen (41):

- **Valoración:** es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- **Diagnóstico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

2.3.18 Calidad en el sector salud.

En la literatura existen variadas definiciones para el concepto de calidad aplicado al sector salud. Veamos algunas (42):

"Desempeño adecuado (de acuerdo con las normas) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tiene la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición" (42).

"La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención provista logre el balance más favorable de riesgos y beneficios" (42).

"La calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad" (42). Calidad significa dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones sanitarias que inciden sobre una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad para con estos servicios (42).

La calidad de un servicio debe cumplir con ciertas dimensiones como son: la dimensión técnica referida a que el prestador cuente con conocimientos, habilidades para la realización de procedimientos clínicos adecuados y oportunos de conformidad con las necesidades del cliente, la dimensión interpersonal referida a la interacción entre prestador y cliente en la actividad de atención, respeto y cordialidad mutua, por último, la dimensión de infraestructura que son las características del lugar como la limpieza, iluminación y ventilación del ambiente (43).

2.3.19 Pilares de desempeño en calidad

Las mediciones e indicadores permiten al usuario tener información, poder elegir y aumentar el grado de satisfacción. El desempeño en calidad se sustenta en (42):

- Medición de resultados: midiendo los resultados se pueden mejorar los procesos, revisando los indicadores como mortalidad, morbilidad, natalidad, entre otros. No se saca nada con tener indicadores si no se es capaz de revisarlos y actuar.
- Mediciones de procesos: cumplimiento de los protocolos.
- Mediciones de satisfacción de los pacientes y sus familias: medir mediante indicadores cuán satisfechos están los usuarios con nuestro quehacer, el trato y el resultado final.

2.3.20 Calidad en salud de Avedis Donavedian

Avedis Donavedian sugiere que la calidad sea medida partiendo de tres aspectos: estructura, proceso y resultados. Desde este punto de vista, la calidad en la atención se muestra como una propiedad compleja, pero capaz de análisis sistemático y permite un grado de seguridad en la evaluación que lejos de ser perfecta, es suficiente para efectos prácticos (44).

- Estructura: determinada por los recursos materiales, talento humano y la estructura organizativa. Tiene relación con el ambiente físico, los recursos tecnológicos, las instalaciones, el talento humano, los sistemas de información, el estado financiero y la hotelería (44).
- Procesos: relacionado con lo que en realidad sucede en el proceso del cuidado de la salud, las acciones que realiza el paciente al buscar y llevar a cabo su cuidado, y las actividades del profesional para satisfacer las necesidades de los usuarios. Donabedian expresa que el proceso son las “actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes”; las características de la atención por una parte obedecen al estado de la ciencia y la tecnología y por otra se rige por principios, valores y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas (44).

- Resultados: significan un “cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuído al antecedente de atención médica, a las actitudes del paciente (incluyendo la satisfacción), el conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud”; considera que los resultados son un enfoque indirecto para evaluar la calidad (44).

Igualmente, la satisfacción es otro aspecto que evalúa la calidad del cuidado, busca lograr la complacencia tanto del cliente externo (trabajadores de la entidad y profesionales que prestan los servicios), como del cliente interno (paciente), con respecto al impacto de los procesos de la prestación de servicios de la institución (44).

2.4 Marco Legal

Para la elaboración de éste trabajo se tomará en cuenta a la Constitución de la República, el Plan del Buen Vivir, los Objetivos del Milenio y la guía de práctica clínica en pacientes con sepsis neonatal.

2.4.1 Constitución de la República 2008

Art. 32 La salud es un derecho que garantiza el Estado...

2.4.2 Plan del Buen Vivir

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población

Política 3.3. Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad.

2.4.3 Objetivos del Milenio

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez

Meta: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

2.4.4 Constitución de la República del Ecuador

En ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 151 y 154, numeral 1 y por el artículo 17 del estatuto del régimen jurídico y administrativo de la función ejecutiva, acuerda:

Art1. Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de práctica Clínica “SEPSIS NEONATAL”, adaptada por la Dirección Nacional de Normatización.

2.5 Marco Ético

Para éste trabajo investigativo se tomará en cuenta los Derechos de los Pacientes y el Código Deontológico de Enfermería.

2.5.1 Derechos de los Pacientes

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y ser tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- Derecho a la confidencialidad.- Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencialidad.

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse.

2.5.2 Código Deontológico de Enfermería

Art. 4.- Las faltas y violaciones a la Ética de acuerdo al presente Código, se refieren al comportamiento ético y serán

sancionadas por el respectivo Tribunal de Honor. Constituye falta grave contra la Ética, el no denunciar las infracciones en contra de este Código, cometidas por una enfermera o enfermero.

Art. 13.- La enfermera o enfermero deben respetar la escala de valores, la ideología y religión de la persona, familia y comunidad.

Art. 14.- La enfermera o enfermero deben respetar y no hacer discrimen por nacionalidad, raza, color, religión, edad, sexo, opinión política o condición social.

Art. 20.- La enfermera o enfermero podrán participar en investigaciones clínicas que no atenten contra la ética y la moral y además deberán obtener el consentimiento libre de la o las personas que autoricen realizarlas, luego de una explicación detallada de la naturaleza y riesgo de las mismas.

Art. 29.- La enfermera o enfermero deben tener fortaleza para rechazar imposiciones, adulaciones y cualquier otra acción que pudiera inducirlos a cometer irregularidades que falten a la ética.

Art. 31.- La enfermera o enfermero que se apropien de trabajos científicos ajenos, cometen una grave falta a la ética.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de la Investigación

El diseño de ésta investigación es observacional, cuali - cuantitativa no experimental.

- Observacional: el diseño de este estudio es observacional ya que se observó y registro diversos acontecimientos sin intervenir sobre el objeto de estudio.
- Cualicuantitativa: cuantitativa ya que implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos empleando medios matemáticos y estadísticos, por otra parte es cualitativa debido a que un porcentaje de la recolección de información es mediante la observación del comportamiento natural del objeto de estudio y el uso de una entrevista abierta.
- No experimental: ya que se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad y no se realizarán actividades experimentales en el lugar donde se va a realizar la investigación.
- Descriptiva: porque se observó y describió el comportamiento del sujeto en estudio sin influir sobre él de ninguna manera.

3.2 Tipo de Estudio

Se trata de una investigación de tipo exploratoria, descriptiva y transversal.

- Exploratoria: ya que se usó la formulación de un problema para posibilitar la investigación y el desarrollo de hipótesis o preguntas de investigación.
- Descriptiva: porque se observó y describió el comportamiento del sujeto en estudio sin influir sobre él de ninguna manera.
- Transversal: porque se examinó la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo.

3.3 Localización y población de estudio

La presente investigación fue realizada en el Hospital Luis G. Dávila, en el servicio de Neonatología, y se la realizó a través de una encuesta y guía de observación mediante una lista de chequeo dirigida al personal de enfermería, una encuesta y una entrevista abierta a la madre del recién nacido y la revisión de historias clínicas.

3.4 Población

3.4.1 Universo

Personal de enfermería del Hospital Luis G. Dávila, diagnósticos de sepsis neonatal y madres familia.

3.4.2 Población Objeto

La población objeto a estudiar son 15 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de Neonatología del Hospital Luis G. Dávila; 66 diagnósticos de sepsis neonatal durante el año 2017; 66 madres de familia.

3.4.3 Muestra

No aplica por ser una población pequeña.

3.5 Criterios de Inclusión

- a) Recién nacidos hospitalizados en el área de neonatología diagnosticados con sepsis neonatal.
- b) Profesionales de enfermería que trabajen en el área de neonatología, que estén de acuerdo con la investigación y hayan firmado el consentimiento informado.
- c) Familiares de niños con diagnóstico de sepsis que estén de acuerdo con la investigación y hayan firmado el consentimiento informado.

3.6 Criterios de Exclusión

- a) Recién nacidos que estén hospitalizados en el área de neonatología con diferente diagnóstico a sepsis neonatal.
- b) Profesionales de enfermería que estén de vacaciones, que no estén de acuerdo con la investigación y no hayan firmado el consentimiento informado.
- c) Familiares de niños con diagnóstico de sepsis que no estén de acuerdo con la investigación.

3.7 Métodos y técnicas para la recolección de la información.

3.7.1 Encuesta: Se realizará una encuesta con preguntas cerradas a cada profesional de enfermería para conocer sobre el conocimiento del protocolo de atención del recién nacido con diagnóstico de sepsis y una encuesta dirigida a las madres de los neonatos para medir el grado de satisfacción de la atención de enfermería recibida. Mismas que serán elaboradas mediante las dimensiones de estructura, proceso y resultado, se utilizó la escala de Likert de cinco puntos, escala psicométrica frecuentemente utilizada en cuestionarios y es la escala de uso más amplio en encuestas para la investigación.

Definición de la escala y criterios de evaluación a utilizar:

Negativo			Positivo	
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Ni Satisfecho Ni insatisfecho	Muy Satisfecho	Sumamente Satisfecho
Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy Bien
1	2	3	4	5

Variable

3.7.2 Guía Observacional: se observó las actividades que realiza el profesional de enfermería con el recién nacido para determinar el porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención a través de una lista de chequeo y la calidad del cuidado de enfermería brindado a estos pacientes.

3.7.3 Entrevista: se realizó un cuestionario con preguntas relacionadas a cada indicador: estructura, proceso y resultado. Dirigida a las madres de los recién nacidos, para poder corroborar la información obtenida en la encuesta antes

mencionada sobre satisfacción de la atención recibida, misma que se utiliza como indicador para medir la calidad de atención de enfermería.

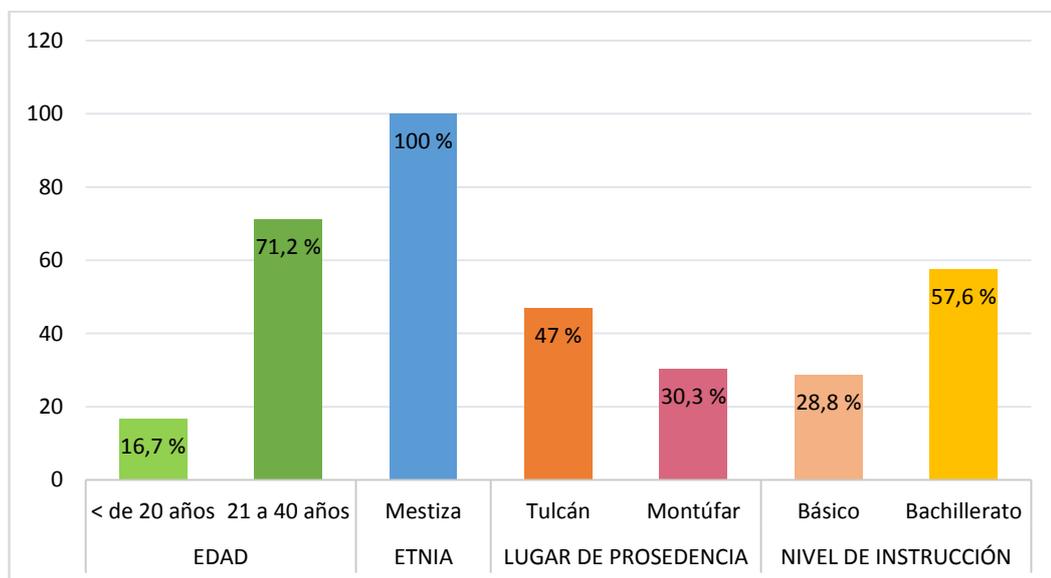
- 3.7.4 Revisión Bibliográfica: revisión de historias clínicas para identificar las condiciones al nacimiento del recién nacido y los principales factores de riesgo de los neonatos durante el período de gestación, el parto y su estancia hospitalaria.

CAPÍTULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

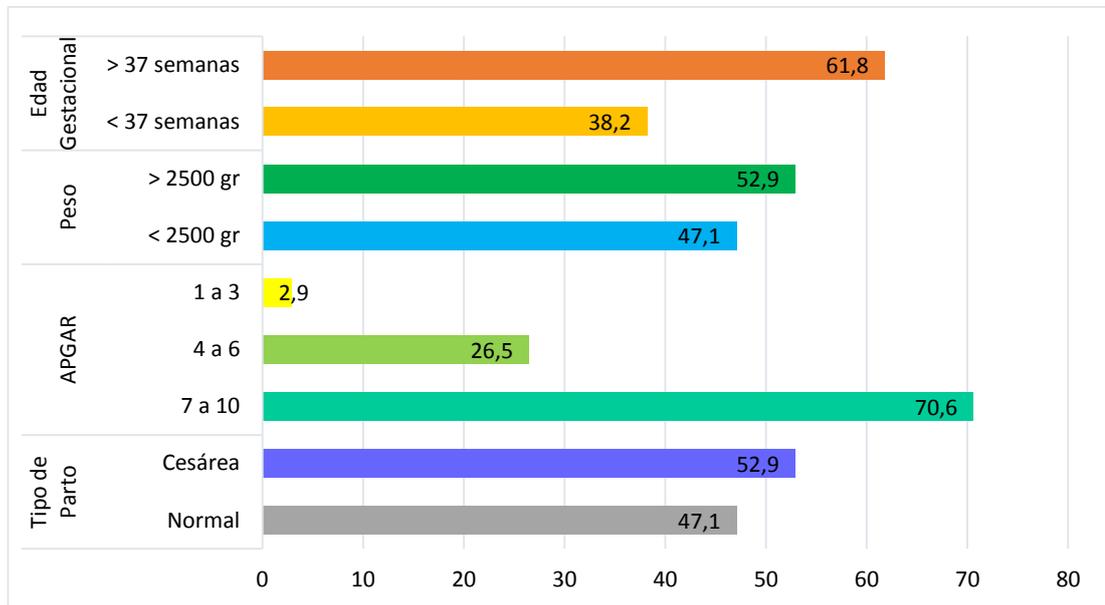
Luego de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se procede a la tabulación de los mismos a través del programa Microsoft Excel el cual nos ayudará al análisis y a la graficación de resultados.

Gráfico 1. Características sociodemográficas



Análisis: Según los datos obtenidos, el grupo de edad con mayor frecuencia está comprendida entre los 21 a 40 años de edad, se autoidentifican como mestizas, la mayoría de madres pertenece al cantón Tulcán quienes poseen instrucción hasta el bachillerato. Según el INEC en el censo del 2010 indica que a nivel país predomina el género femenino con el 50,5% de la población, en la provincia del Carchi de acuerdo a su cultura y costumbres, el mayor porcentaje de la población se identifica como mestiza con el 86,9%, el cantón Tulcán cuenta con el 52,7% del total de la población de género femenino de la provincia del Carchi (45), de acuerdo al INEC el mayor porcentaje de analfabetismo está en el género femenino con un 7,7% (46).

Gráfico 2. Condición del recién nacido al nacimiento género masculino.



Análisis: el 51,5% del total de ingresos de recién nacidos diagnosticados con sepsis neonatal corresponde al sexo masculino ya que probablemente el hombre está propenso a infecciones debido a la presencia de un factor de susceptibilidad relacionado con un gen localizado en el cromosoma X involucrado con la función del timo y síntesis de inmunoglobulinas por lo tanto la niña al poseer dos cromosomas X tiene mayor resistencia a la infección (47).

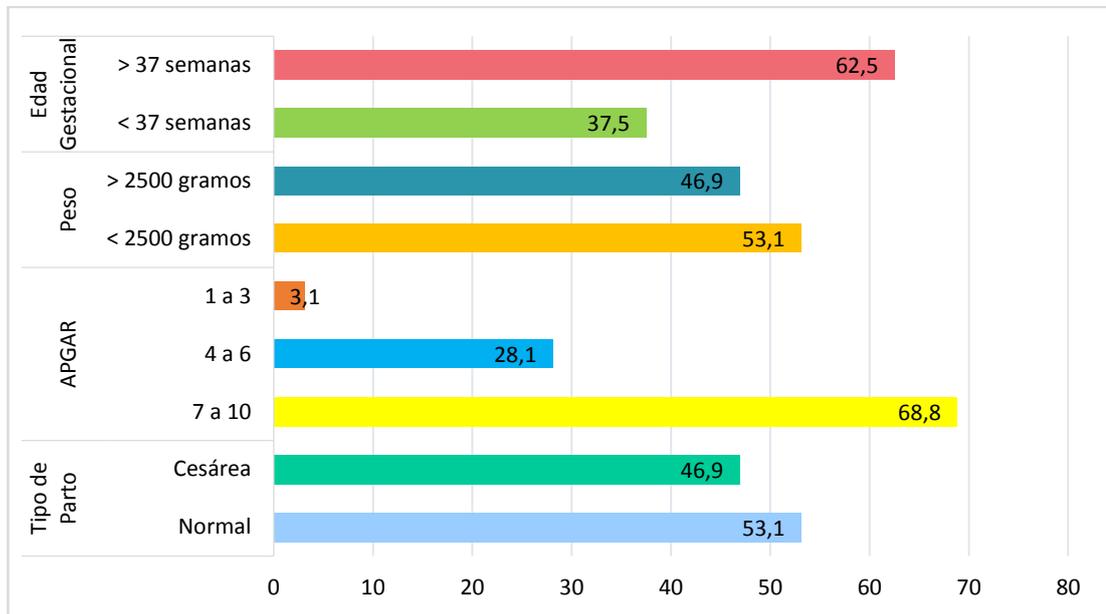
De acuerdo al estudio realizado más de la mitad de los recién nacidos de sexo masculino nacieron por cesárea, la cesárea aumenta los niveles de PCR (proteína C reactiva) en la madre, pero no en el recién nacido lo cual confirma que la PCR no atraviesa la barrera placentaria a diferencia del parto por vía vaginal, el cual está relacionado con la elevación transitoria de PCR debido al estrés físico en el recién nacido (48) y al posible desarrollo de sepsis de transmisión vertical como consecuencia de la colonización de bacterias en el feto antes o durante el parto, ya sea por gérmenes procedentes del tracto genital materno, siendo por tanto la presencia de gérmenes patógenos en el canal genital de la gestante el principal factor de riesgo relacionado con éstas infecciones (49).

El 70,6% de los recién nacidos obtuvieron una puntuación Apgar de 7 a 10 puntos considerada como una puntuación o estado del recién nacido normal, sin embargo existieron neonatos con puntuaciones apgar no favorables; según Escobar y Goldemberg factores como el sexo masculino y Apgar menor a 5 son factores que elevan el riesgo para desarrollar sepsis temprana (50).

En cuanto al peso la mayoría de los recién nacidos nacieron con un peso igual o mayor a 2,500 gramos y el 47,1% restante obtuvieron un peso menor a 2,500 gramos al nacimiento, el bajo peso al nacer es considerado como un problema mundial de salud que determina la probabilidad de vida de un recién nacido, los nacidos vivos con peso bajo presentan mayores riesgos de sufrir patologías serias durante el periodo neonatal (51). En diversos estudios realizados se ha encontrado una asociación altamente significativa entre bajo peso al nacer y edad gestacional, por lo que en el estudio elaborado se encontró un porcentaje de 61,8% de neonatos que nacieron después de las 37 semanas y un 38,2% antes de haber cumplido las 37 semanas de gestación.

El riesgo de desarrollar sepsis en recién nacidos prematuros se debe en parte a la mayor vulnerabilidad de las barreras naturales y en parte al compromiso del sistema inmune, la transferencia placentaria materna de IgG al feto inicia a las 32 semanas de gestación, la IgA secretora está muy disminuida tanto en los pulmones como en el sistema gastrointestinal (47).

Gráfico 3. Condición del recién nacido al nacimiento género femenino.



Análisis: el 48,5% del total de ingresos de recién nacidos diagnosticados con sepsis neonatal pertenece al género femenino, en cuanto a género las mujeres al poseer dos cromosomas X tendrán mayor protección contra infecciones ya que un gen localizado en éste cromosoma está relacionado con la función del timo y secreción de inmunoglobulinas (52). Al observar el gráfico se puede identificar que el mayor porcentaje de las niñas diagnosticadas con sepsis neonatal nació mediante parto vaginal, determinando así que ésta condición es un posible factor de riesgo por el cual las niñas contrajeron sepsis ya que durante el parto el feto/recién nacido queda bruscamente expuesto a una gran variedad de agentes microbianos presentes en el canal del parto que son potencialmente patógenos (47).

En cuanto a la puntuación Apgar el 68,8% de niñas obtuvieron una puntuación de 7 a 10 considerada como normal, no obstante existieron recién nacidas con puntuaciones Apgar inferiores, como se mencionó anteriormente una puntuación menor a 5 es un factor que eleva el riesgo para desarrollar sepsis temprana, el índice de evaluación de la puntuación de Apgar es importante porque nos muestra si los recién nacidos

precisaron intervenciones y procedimientos de un mayor nivel de complejidad, lo que puede significar mayores posibilidades de complicaciones y secuelas (53). Otro factor de riesgo predominante en el género femenino fue el peso menor a 2,500 gramos ya que el 53,1% de las niñas nacieron con esta condición, lo que nos indica que ésta situación fue una posible causa de ingreso a la sala de neonatología y considerada como un factor importante para desarrollar sepsis neonatal.

Al igual que los recién nacidos de sexo masculino la edad gestacional en la mayoría de las niñas 62,5% fue mayor a las 37 semanas, de acuerdo a diversos estudios realizados en la mayoría de países de ingresos medios y altos del mundo, la prematuridad es la principal causa de muerte infantil. Un 75 – 80% de las muertes perinatales ocurren en < 37 semanas de edad gestacional y aproximadamente 40% de estas muertes ocurren < 32 semanas, siendo la sepsis y otras enfermedades infecciosas las principales causas de muerte neonatal (54).

Tabla 4. Factores de riesgo para sepsis neonatal según diagnóstico al alta del recién nacido.

DIAGNÓSTICO AL ALTA	PORCENTAJE
Riesgo de sepsis por maniobras de Intubación	6,1%
Restricción del crecimiento Intrauterino	15,2%
Antecedentes Maternos (IVU)	47%
Corioamnionitis	1,5%
Parto Séptico	9,1%
Ruptura prematura de Membranas	6,1%
Síndrome de aspiración de líquido amniótico Meconial	6,1%
Meconio Pesado	6,1%
Sufrimiento fetal Agudo	1,5%

Análisis: al observar la tabla se puede identificar que el 47% de los recién nacidos diagnosticados con sepsis neonatal tuvieron como principal factor de riesgo antecedentes maternos, principalmente por infección de vías urinarias ya que

comúnmente esta infección condiciona una ruptura prematura de membranas y esta a su vez una corioamnionitis y la prematuridad (55).

Como se observa en el gráfico N° 3 el mayor porcentaje de niñas nacieron por parto vía vaginal, estando así, expuestas a las bacterias que provocaron infección de vías urinarias siendo este factor de riesgo uno de los más importantes encontrados en los antecedentes maternos. Otro factor importante relacionado con el neonato es la restricción del crecimiento intrauterino con un 15,2% es considerado como un factor para desarrollar sepsis ya que está íntimamente ligado con factores como el bajo peso al nacer y la prematuridad.

La restricción del crecimiento intrauterino está asociada de forma indirecta con complicaciones perinatales a corto plazo como son: la asfixia intraparto, hipoglucemia, hipotermia, policitemia, convulsiones, coagulopatías, sepsis, hiperbilirrubinemia y prematurez. Además de su relación con la prematurez misma que en el presente estudio predominó en el género femenino, aquellos recién nacidos antes de las 32 semanas de gestación, y que tienen restricción del crecimiento intrauterino presentan mayor incidencia de complicaciones y requieren soporte ventilatorio por periodos de tiempo más largos y fallecen en mayor cantidad que los prematuros con peso adecuado para la edad gestacional (56). El parto séptico institucional y extrainstitucional como factor de riesgo para desarrollar sepsis obtuvo un porcentaje del 9,1%.

Al identificar los diferentes factores de riesgo para desarrollar sepsis neonatal en el grupo de estudio se determina que existe un alto porcentaje en cuanto a factores relacionados con la madre y el recién nacido, y un bajo porcentaje está asociado a los cuidados de salud recibidos, en los cuales se incluye el riesgo de infección por maniobras de intubación y el parto séptico institucional.

Tabla 5. Factores de riesgo en el proceso del cuidado del personal de enfermería.

PREGUNTAS	OPCIÓN DE RESPUESTA	PORCENTAJE
¿Usted considera que los procedimientos invasivos realizados en el paciente son un factor de riesgo para desarrollar sepsis?	Si	100%
	No	
¿Cuáles de los siguientes procedimientos usted considera como un factor de riesgo para desarrollar sepsis?	Intubación Endotraqueal	93,3%
	Vía central y umbilical	86,7%
¿La hospitalización prolongada de un neonato es considerada como factor de riesgo cuando es menor o mayor a?	< 1 mes	66,7%
	< 2 meses	13,3%
¿Usted considera que las infecciones intrahospitalarias pueden deberse a la atención del personal de salud?	Si	73,3%
	No	26,7%
¿De acuerdo a su práctica profesional usted cree que el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta importante para mejorar la calidad de atención a los recién nacidos?	Si	100%
	No	

Análisis: en la presente tabla se puede observar un conjunto de preguntas realizadas al personal de enfermería sobre factores de riesgo para desarrollar sepsis enfocados en el cuidado del profesional al recién nacido. Los profesionales de enfermería consideran que los procedimientos invasivos realizados en el recién nacido son un factor de riesgo para desarrollar sepsis ya que al no realizar dichos procedimientos con la respectiva asepsia y antisepsia se corre el riesgo de un posible desarrollo de sepsis por mala práctica.

El personal profesional de enfermería respondió que si no existe un buen manejo de procedimientos como la intubación endotraqueal, la vía central y umbilical el riesgo para desarrollar sepsis es inminente.

La hospitalización prolongada de un neonato es considerada como factor de riesgo cuando la hospitalización es menor a un mes para el 66,7% de profesionales de enfermería, el 13,3% estima que menos de dos meses es un período que podría ser tomado como factor de riesgo, no olvidemos que para que la hospitalización prolongada sea considerada como un factor de riesgo debe tener un rango de 3 – 98 días (58).

El personal de enfermería respondió que las infecciones intrahospitalarias pueden deberse a procedimientos inadecuados en la atención brindada por el personal de salud, puesto que si el personal sanitario no respeta las medidas de seguridad y calidad en la atención es posible una complicación en la salud de los recién nacidos hospitalizados.

Se pregunta si de acuerdo a la práctica profesional creen que el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta importante para mejorar la calidad de atención a los recién nacidos, a lo que el 100% del personal responde que el Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta muy importante para mejorar la calidad de atención a los recién nacidos hospitalizados, ya que posibilita la aplicación del método científico en la práctica asistencial y permite al personal de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Tabla 6. Porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención del recién nacido con diagnóstico de sepsis.

PROTOCOLO	OPCIÓN DE RESPUESTA	PORCENTAJE
Tiempo usado para el lavado de manos	40 a 60 seg	80%
	60 a 90 seg	13,3%
Momentos del lavado de manos	Antes y después de tocar al paciente	100%
	Después del riesgo de exposición a líquidos corporales	100%
	Después de quitarse los guantes estériles o no estériles	100%
Uso de guantes	Al manipular catéteres centrales y umbilicales	100%
	Toma de muestras de sangre para laboratorio	100%
Toma de signos vitales	Según indicación médica	86,7%
	Cada que sea necesario	20%
Educación	En el momento que la madre alimenta al recién nacido	93,3%
	En el momento del ingreso	73,3%

Análisis: de acuerdo a los resultados mostrados en la tabla en cuanto al cumplimiento del protocolo de atención a recién nacidos con sepsis, el 80% del personal de enfermería aceptó usar un tiempo de lavado de manos de 40 a 60 segundos el mismo que se encuentra establecido en la guía de práctica clínica de sepsis neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

A pesar de que el personal de enfermería admitió usar el tiempo establecido del lavado de manos, durante la observación se pudo identificar que el tiempo mínimo del lavado de manos del personal de enfermería fue de 20 a 30 segundos lo cual nos indica que el proceso no está siendo realizado de manera correcta, tomando en cuenta que durante la atención de recién nacidos diagnosticados con sepsis es indispensable un correcto lavado de manos para evitar la contaminación del recién nacido, de acuerdo a la OMS

las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen habitualmente por transmisión de microorganismos cuando el personal sanitario toca al pacientes con sus manos (57).

En cuanto al momento del lavado de manos establecido en la guía de práctica clínica el personal de enfermería en su totalidad contestó que realiza el procedimiento de lavado de manos antes y después de tocar al paciente, después del riesgo de exposición a líquidos corporales y después de quitarse los guantes estériles o no estériles y el 93,3% dijo lavarse las manos antes y después de manipular un dispositivo invasivo para la atención de los pacientes.

Al observar la ejecución de los procedimientos de las profesionales, se pudo evidenciar que los momentos del lavado de manos mayormente realizados fueron después del riesgo de exposición a líquidos corporales y antes de manipular dispositivos invasivos siendo cumplidos por la mayoría del personal de enfermería, mientras que momentos como: si se mueve de un sitio del cuerpo contaminado a otra parte del cuerpo durante la atención del mismo paciente, en caso de contacto con superficies y objetos inanimados en las inmediaciones del paciente y después de quitarse los guantes estériles o no estériles no fueron realizados por la mayoría y en ocasiones no pudieron ser presenciados.

Con respecto al uso de guantes todo el personal de enfermería confirmó que utiliza guantes al realizar las siguientes actividades: toma de muestras de sangre para laboratorio y al momento de manipular catéteres centrales y umbilicales. El 93,3% del personal dijo usar guantes al momento de canalizar vías periféricas a los pacientes y al brindar alimentación enteral, mientras que el 26,7% del personal admitió usar guantes cuando administra medicación y al momento de realizar el baño del recién nacido. Al verificar con la observación en el servicio se pudo identificar que el personal de enfermería no usa guantes en la mayoría de actividades, en los únicos

procedimientos que se pudo observar el uso de guantes fueron: al manipular catéteres centrales y umbilicales, por otra parte al momento de brindar alimentación enteral de cada cuatro enfermeras una utiliza adecuadamente los guantes.

Referente a la toma y control de signos vitales el 86,7% del personal manifiesta realizar de acuerdo a la indicación médica de cada neonato, el 20% lo realiza cada que sea necesario, tomando en cuenta que según la normativa la medición de signos vitales en recién nacidos diagnosticados con sepsis debe ser continua y permanente.

Al realizar la observación se confirmó que la totalidad del personal si cumplió correctamente con el control de las diferentes constantes vitales. Se observó un monitoreo continuo, especialmente de recién nacidos que presentaban cierta inestabilidad hemodinámica. Referente a la educación brindada a las madres de los recién nacidos el 93,3% del personal contestó dar educación en el momento que la madre alimenta al recién nacido o en el momento del ingreso del mismo al área de neonatología, sin embargo en la observación realizada se evidenció que pocas veces el personal brinda educación a las madres de los recién nacidos y las escasas veces que lo realizaron fue en el momento de la lactancia.

Tabla 7. Cumplimiento del cuidado directo de enfermería a recién nacidos diagnosticados con sepsis neonatal.

Cuidados de Enfermería		Observaciones
Medidas Universales	Equipo de protección individual	Existe un bajo porcentaje de profesionales de enfermería que usan adecuadamente las medidas de barrera, se pudo observar únicamente el uso de: batas mismas que son individuales para cada paciente, raramente utilizan la mascarilla y el uso de guantes no es utilizado en todos los procedimientos, la mayoría de profesionales no usan gorro ni botas.
	Lavado de manos	Como se mencionó anteriormente el profesional de enfermería si realiza el lavado de manos, pero no lo realiza de forma correcta, es decir usan un tiempo de lavado mínimo de 30 segundos, y de acuerdo a los momentos establecidos del lavado de manos no son realizados en su totalidad.
	Uso de guantes	Dos de cada cuatro profesionales de enfermería usa guantes estériles al momento de manipular catéteres venosos centrales y umbilicales, durante la manipulación de la NPT; se pudo evidenciar que el uso de guantes no estériles lo realizaron pocas veces al momento de alimentar al bebé y al realizar el aseo de la boca en pacientes intubados, así como al aspirar secreciones.
	Limpieza profunda en los servicios hospitalarios	La desinfección del área del paciente es realizada en su totalidad por el profesional de enfermería al momento de iniciar el turno en la mañana.
	Educación del personal	Durante el proceso observacional no se pudo identificar si existe una constante educación al personal.
Ventilación Mecánica	Aseo Bucal	La totalidad del personal de enfermería encargado del cuidado del recién nacido con ventilación mecánica, realiza el aseo bucal del paciente, muchas de ellas realizan este procedimiento cada cuatro horas.
	Aspiración Orofaríngea	La aspiración orofaríngea es realizada cada vez que es necesario independientemente de la indicación médica.
	Aspiración Endotraqueal	La totalidad del personal de enfermería realiza la aspiración de secreciones endotraqueales debido a que se realiza sólo cuando es necesario.

	Posición de la cabeza en 30 o 45°	Por lo general las profesionales de enfermería realizan cambios de posición según el horario de alimentación, aprovechan para vigilar que la posición de la cabeza del recién nacido sea la adecuada, para evitar la aspiración de contenido gástrico.
	Limpieza y esterilización del ventilador mecánico y sus circuitos	El personal profesional de enfermería no es el encargado de realizar la desinfección de ventiladores, éste proceso lo realiza el auxiliar de enfermería o el personal de limpieza.
	Uso de agua estéril en el enjuague de los equipos	No se pudo evidenciar el uso de agua estéril al momento de enjuagar los equipos, las pocas veces que se visualizó esta actividad se pudo observar que lo realizan con el uso de agua corriente.
	Limpieza y esterilización de la parte interna del ventilador	No se pudo evidenciar si se realiza este procedimiento.
	Frecuencia del cambio de circuitos de ventilador	La mayoría del personal de enfermería cambia los circuitos del ventilador cada 48 horas.
	Vaciamiento del condensado acumulado en los circuitos del ventilador en forma rutinaria	No se pudo evidenciar si se realiza este procedimiento, a pesar que debería ser frecuente ya que se ha demostrado altos niveles de carga bacteriana en el condensado de los circuitos del ventilador.
	Manejo de humidificadores	De acuerdo a la norma la totalidad del profesional de enfermería observado realiza el cambio de agua del humidificador con agua estéril cada 24 horas.
Catéter venoso central	Verificar siempre la permeabilidad de cualquier catéter.	Al momento que el personal de enfermería brinda cuidados directos en el paciente se puede identificar que existe un adecuado manejo en cuanto a catéteres venosos centrales, se pudo observar que si se revisa la permeabilidad del catéter antes de administrar medicación o NPT.
	Las conexiones para una nueva infusión deben manejarse con técnica estéril.	En pocas ocasiones se pudo observar al profesional de enfermería realizar ésta actividad, se pudo visualizar que en su mayoría el profesional no siguió una norma correcta de la técnica estéril.

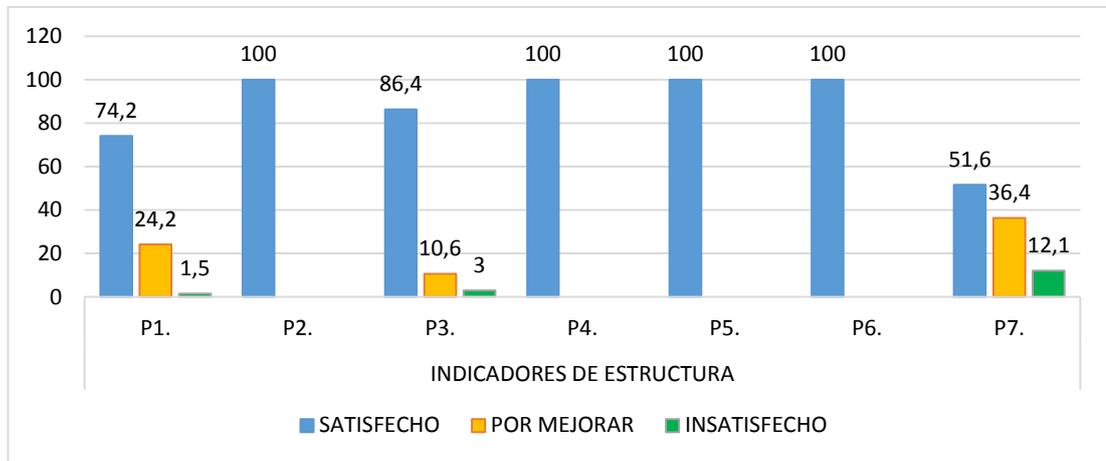
	Proteger la integridad de la piel.	Una de las actividades más realizada fue la revisión de la integridad de la piel, enfocándose en áreas en las que se encuentran insertados los catéteres y el área del tubo endotraqueal.
	Aseo periódico del área que circunda el catéter.	La totalidad de profesionales de enfermería realiza un aseo periódico del área donde se encuentran insertos los catéteres, evitando así la proliferación de bacterias, lo realizan siguiendo una norma aséptica.
	Limpieza del catéter en su totalidad.	No se pudo observar si el personal realiza la limpieza total del catéter, como se mencionó anteriormente se logró visualizar solamente la limpieza del área que circunda el catéter.
	Curación del sitio de inserción	Las curaciones son realizadas por la totalidad del profesional de enfermería observado, ya que está incluida en las indicaciones médicas del paciente con catéter venoso central.
Catéter venoso umbilical	Cambios de circuitos cada 24 horas.	Todo el personal profesional de enfermería realiza el cambio de circuitos cada día al iniciar el turno de la mañana, ya que es una norma para todos los pacientes internados en el área de neonatología.
	Protección de las llaves con gasas o compresas estériles.	En su mayoría el profesional de enfermería, protege las llaves del catéter umbilical con gasas estériles, para evitar la contaminación de los mismos.
	Lavado de manos y guantes en las extracciones de sangre y en la administración de medicamentos.	Como se mencionó anteriormente, el profesional si realiza el lavado de manos, pero no de una forma correcta, la mayoría de profesionales de enfermería usa guantes solo en el momento de la extracción de sangre en ocasiones se pudo observar que no existe el uso de guantes por parte del profesional enfermero al momento de la administración de medicación.
	Limpieza diaria de la zona con clorhexidina.	La limpieza de la zona del catéter umbilical es realizada por todo el profesional de enfermería, siguiendo normas de asepsia y antisepsia, misma que ayuda a prevenir la colonización de hongos o bacterias en ésta área.
	Cambios de esparadrapos.	Se puede observar que todo el profesional de enfermería se encarga de mantener el área de inserción del catéter lo más limpia posible, por lo que el cambio de esparadrapos es una forma para mantener ésta área limpia.
	Examinar periódicamente las extremidades	Se puede identificar que durante la valoración que realiza el personal de enfermería en la

	inferiores (palidez o cianosis).	entrega de turno, algunos profesionales no examinan el estado de los miembros inferiores.
Catéter venoso periférico	Rotar los lugares de inserción del catéter luego de 72 horas de la colocación.	Al realizar la observación se puede identificar que ésta medida es tomada para la atención de todos los recién nacidos, siendo cumplida por todo el profesional de enfermería.
	Verificar la permeabilidad de la vía.	Todo el profesional de enfermería verifica la permeabilidad de la vía antes de cada infusión y antes de administrar medicación.
	Observar la zona de inserción mediante la palpación.	Se pudo observar que cada entrega de turno el profesional de enfermería realiza la valoración de ciertos aspectos en el paciente, entre ellos las vías periféricas, valorando la fecha de colocación, permeabilidad, y estado general de la vía, observando si existen signos de flebitis.
	Cambiar el catéter si el paciente presenta signos de flebitis.	Todos los profesionales de enfermería verifican el estado del catéter, observando signos de flebitis y proceden a retirarlo en caso de que exista este problema.
	Vigilar el punto de punción.	Como se mencionó anteriormente, el profesional si cumple con los cuidados necesarios en pacientes con vías periféricas, esto incluye vigilar el estado del catéter desde su punto de punción hasta la presencia de signos de flebitis.
	Cambio de apósito de la zona de inserción.	El cambio de apósitos se lo realiza en casos que lo requieran, previa vigilancia del estado de la vía, y cuando ha transcurrido el tiempo establecido para la permanencia de la vía.
	Cambio de sistemas de infusión antes de cumplir 72 horas de colocación.	Todo el material que incluyen los sistemas de infusión son retirados y cambiados antes de cumplir las 72 horas, esta norma rige a todos los pacientes que indiquen infusiones, es cumplido por la totalidad de los profesionales de enfermería.
Alimentación Enteral	Mantener al recién nacido en decúbito supino con la cabeza ladeada, con una elevación de 30 - 45°.	La mayoría del personal profesional de enfermería, verifica que el paciente este en una posición correcta, colocando al paciente en decúbito supino y con la cabeza ladeada, para evitar broncoaspiración en caso de que ocurra regurgitación o vómito.
	Verificar que la leche que se va a administrar al recién nacido se	La totalidad del personal de enfermería al momento de alimentar al bebé, verifica la capacidad gástrica del mismo y el tipo de leche que debe recibir de acuerdo a su patología, el

	corresponda con la indicada por el médico, en cuanto a cantidad y composición.	profesional se encarga de que la alimentación siga las indicaciones médicas prescritas.
	Administrar la leche con la cantidad, concentración y flujo adecuado.	Se pudo observar que al alimentar al recién nacido, el profesional de enfermería en muchas ocasiones lo realiza a una concentración y flujo adecuado, pero cierto porcentaje de profesionales lo hacen de forma muy rápida, propiciando así la regurgitación y vómito del bebé.
	Verificar la tolerancia de la leche midiendo el contenido gástrico.	Todos los profesionales de enfermería miden el contenido gástrico del recién nacido, y valoran su estado y consistencia.
	Lavar la sonda con agua después de la administración de la leche.	Durante la observación se pudo verificar que en efecto, todos los profesionales de enfermería realizan el lavado y limpieza de la sonda después de la alimentación del recién nacido, evitando así la proliferación de bacterias en la sonda.
	Cambiar las sondas cada 48 o 72 horas.	El uso de sonda para la alimentación neonatal propicia un alto porcentaje de crecimiento bacteriano, por lo que el personal de enfermería realiza su cambio cada 72 horas, esta es una norma establecido en el área de neonatología, siendo cumplida por la mayoría del personal profesional de enfermería.
	Extremar las medidas asépticas, con lavado de manos antes, durante y después de la manipulación.	Éste es un factor de riesgo muy importante para los recién nacidos, ya que como se ha explicado anteriormente los profesionales de enfermería no realizan un adecuado lavado de manos, ni respetan los momentos establecidos para realizarlo. La mayoría de profesionales lo realizan pero escasamente cumplen con las medidas de un correcto lavado de manos.
Alimentación Parenteral	Utilizar siempre una bomba de infusión para la administración de la NPT.	Todos los profesionales de enfermería administran la nutrición parenteral total usando una bomba de infusión.
	Utilizar la hidratación siempre dentro de las primeras 24 h	La totalidad de los profesionales enfermeros administran la nutrición parenteral total inmediatamente después de su preparación, misma que es realizada en el área de central de

posteriores a su preparación.	mezclas, siguiendo las adecuadas medidas de asepsia y antisepsia.
Medir e interpretar los signos vitales cada 4 horas.	Todos los profesionales de enfermería mantienen un monitoreo continuo de los signos vitales, se pudo observar que la mayoría del personal presta mayor atención a recién nacidos con cierta inestabilidad hemodinámica.
Pesar diariamente al recién nacido.	Todos los profesionales de enfermería pesan al recién nacido diariamente, para vigilar su estado nutricional.
Llevar un control del balance hidroelectrolítico.	Durante la observación se pudo verificar que todos los profesionales realizan un balance hidroelectrolítico del paciente al finalizar cada turno.
Evitar usar esta vía para otros propósitos.	Todo el profesional de enfermería conoce que la vía para la administración de NPT es exclusiva, por lo que ninguno utiliza esta vía para otros medios.
Cambiar el equipo de venoclisis y filtros cada 24 horas.	El equipo usado para la infusión de NPT es retirado al finalizar la misma, siendo cumplida esta actividad por todo el profesional encargado del cuidado de recién nacidos con NPT
Evitar utilizar llaves de tres vías para la administración de la NPT.	De acuerdo a la observación no se identifica el uso de llave de tres vías para la administración de nutrición parenteral total.
Impedir que el frasco o bolsa de la NPT permanezca instalado en el paciente por más de 24 horas.	En la guía de observación se pudo evidenciar que todo el profesional de enfermería retira la bolsa y equipo de NPT al terminar la infusión prescrita.
Mantener refrigerada la mezcla a una temperatura de 4°C.	De acuerdo a lo observado la NPT es administrada inmediatamente después de su preparación, no se pudo observar si la NPT era refrigerada.
Observar la mezcla constantemente en el momento que se está administrando al paciente.	El mayor porcentaje del personal de enfermería realiza un adecuado manejo de la administración de NPT, por lo que siguen todos los cuidados de forma correcta, verificando si la mezcla no tiene cambios en su aspecto.

Gráfico 4. Grado de satisfacción del usuario de acuerdo a indicadores de estructura.



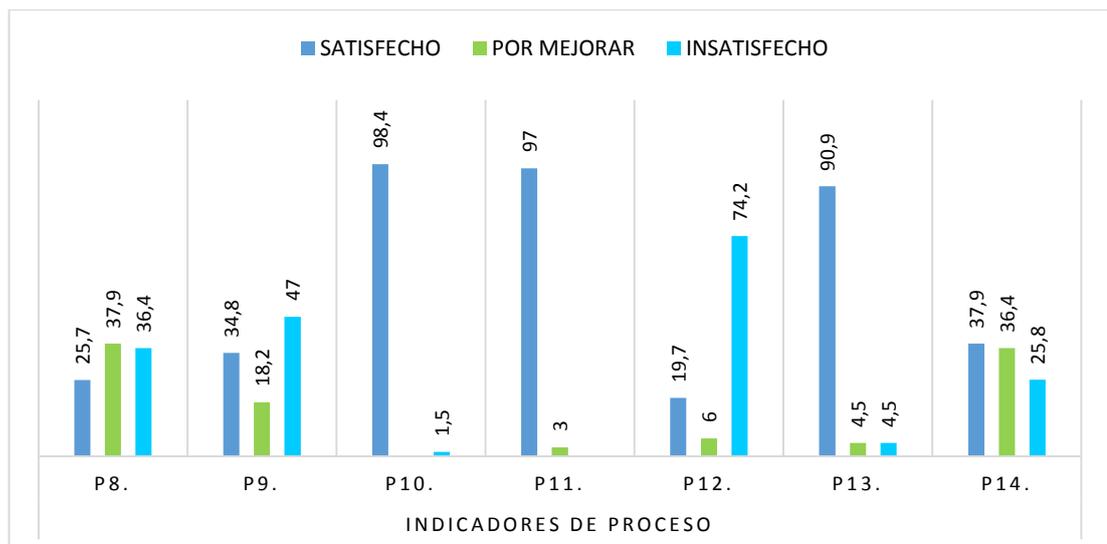
Análisis: En cuanto a indicadores de calidad en la modalidad de estructura el mayor porcentaje de usuarios se encuentran satisfechos, en relación a la disponibilidad de medicamentos pero el 24,2% piensa que se podría mejorar; esta pregunta fue parte de la entrevista realizada algunas madres de familia quienes manifiestan criterios como: “no, a veces me mandaron a comprar la fórmula, y medicinas que no hay en el hospital como el Eptavis” por otro lado otra mamá contestó: “no, a mi esposo le dijeron que tenía que ir a comprar vitaminas, leche y un frasquito, porque me dijeron que no había en el hospital”. Con respecto a la segunda pregunta: sobre si el cambio de ropa de cuna o incubadoras se realizó de acuerdo a la necesidad, todas las madres encuestadas se encuentran satisfechas con respecto a éste parámetro.

Consideran que la cantidad de personal de enfermería que le atiende es suficiente en un 86,4%, el 3% se encuentra insatisfecho, ya que todo depende de la cantidad de recién nacidos que se encuentre hospitalizados. Las madres encuestadas se encuentran satisfechas en cuanto al espacio físico del hospital y del área de neonatología, así como la comodidad hospitalaria, situación corroborada durante la entrevista donde la opinión que dieron las mamás entrevistadas fueron: “sí, el hospital es muy bonito y la comodidad es muy buena” “sí, el hospital nos brinda muchas comodidades y el espacio es muy bueno”.

Para las madres la temperatura, ventilación e iluminación de la sala de Neonatología son adecuadas, existe un 100% de satisfacción al respecto, al igual que al valorar las facilidades y comodidad de las instalaciones, pasillos y accesos del hospital mismas que permiten una circulación sin obstáculos.

Las madres se sienten satisfechas en relación a la temperatura adecuada con la que llegan los alimentos que se sirven en la sala, sin embargo el 12,1% se encuentra insatisfecho, debido a que los alimentos por lo general se encuentran un poco fríos.

Gráfico 5. Grado de satisfacción del usuario de acuerdo a indicadores de proceso.



Análisis: Al observar el gráfico se puede identificar que en cuanto a indicadores de proceso existe un cierto grado de insatisfacción en relación al trato que el personal de enfermería brinda al paciente y sus familiares mismos que durante la entrevista realizada emitieron comentarios como: “no son todas las licenciadas, pero si hay una o dos que no tienen paciencia con las mamás que somos nuevas y entonces se molestan cuando nos olvidamos de hacer algo, entonces ahí nos hablan”, “la verdad a mi si me han tratado con respeto cada vez que voy a verlo a mi bebé”, “no, algunas licenciadas son aburridas y no hay como preguntarles nada, porque da miedo”, el 37,9% piensa

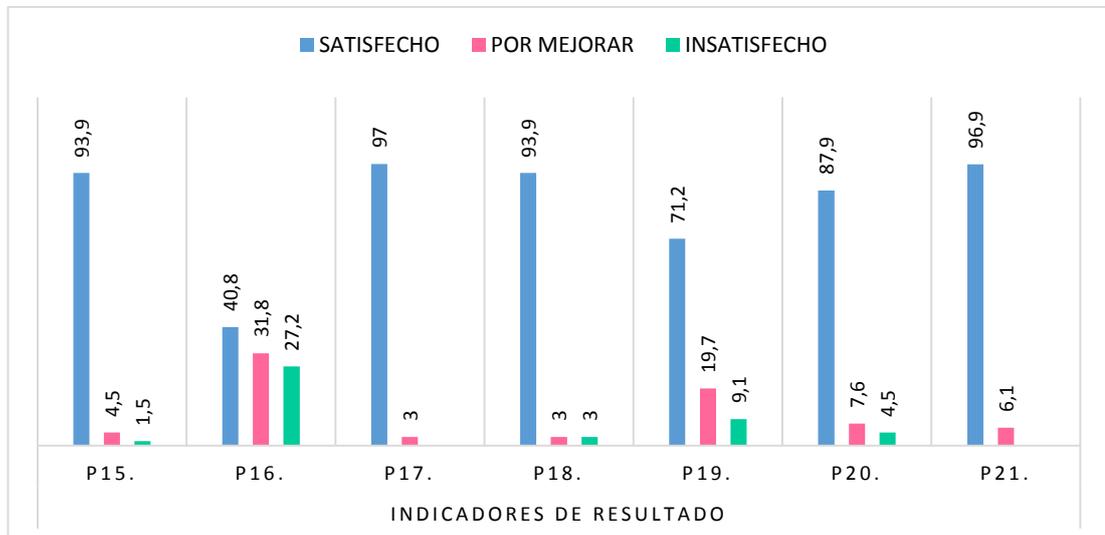
que se podría mejorar la actitud del personal de enfermería y el 36,4% se encuentran insatisfechos, de acuerdo a los comentarios antes mencionados las madres manifiestan que no todo el personal de enfermería tiene una actitud negativa, sin embargo la puntuación del test aplicado no es tan favorable ya que algunas mamás al evaluar la pregunta lo realizan en forma general.

El 47% de madres menciona que no es tratada por su nombre, al 18,2% nunca y pocas veces las tratan por su nombre, más bien son llamadas solamente por el apellido o utilizando palabras subjetivas como “mamita”. Según las madres la aptitud del personal de enfermería cuando realiza procedimientos como la administración de medicinas, intravenosa, curaciones es adecuado, solamente el 1,5% piensa que se podría mejorar.

Para la totalidad de las madres encuestadas el personal de enfermería procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor, por otro lado, el 74,2% de madres manifiesta no recibir apoyo emocional, solo un 19,7% se encuentra satisfecho. Algunas de las opiniones vertidas durante la entrevista fueron: “no, nunca se han acercado a preguntarme como me siento, pero ha der ser porque pasan muy ocupadas atendiéndolos a los bebés” “no, a mí no me han dicho nada sobre eso, no se han preocupado en ese sentido” “no, pasan muy ocupadas haciendo otras cosas entonces no les da tiempo para sentarse a conversar, aunque alguna que otra si sabe armar platica”.

Existe alta satisfacción en relación a si el personal de enfermería se interesa porque dentro de lo posible la estancia del paciente y los familiares sea agradable. El 37,9% de las madres encuestadas se encuentran satisfechas con la capacitación recibida sobre los cuidados que debe tener según al padecimiento del bebé el 36,4% piensan que se podría mejorar un poco en cuanto a la comunicación del personal de enfermería con las madres o familiares de los recién nacidos.

Gráfico 6. Grado de satisfacción del usuario de acuerdo a indicadores de resultado.



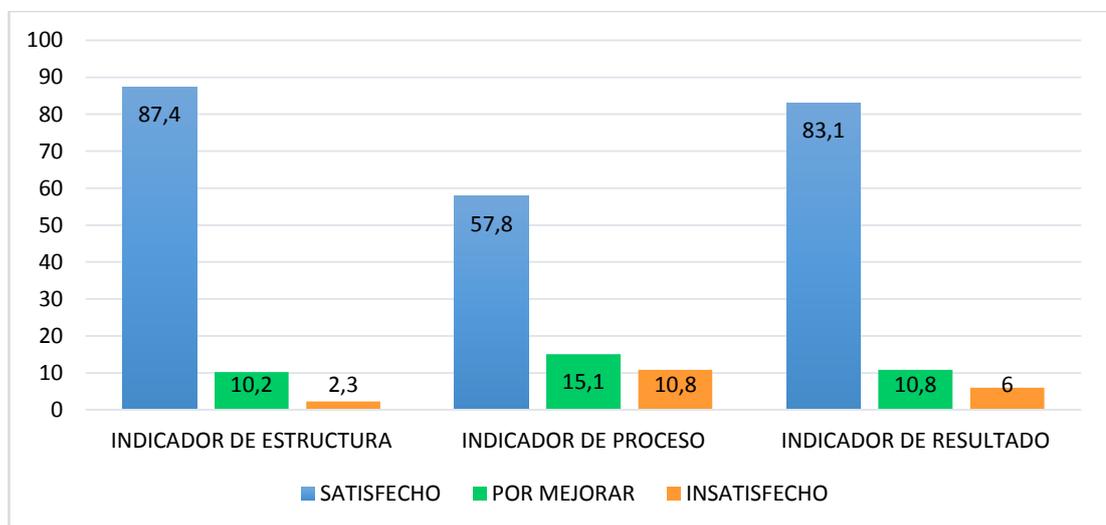
Análisis: En cuanto a indicadores de resultado el mayor porcentaje de satisfacción está relacionado con la continuidad en los cuidados de enfermería durante el tiempo de hospitalización. Menos del 50% de madres encuestadas refieren que el personal de enfermería le responde a las preguntas que realiza sobre el estado de salud de su niño/a, el 31,8% piensa que se podría mejorar y el 27,2% se encuentra insatisfecho ya que las opiniones de las mamás fueron las siguientes: “algunas veces, solamente lo que ellas pueden responder o si no dicen pregúntele al doctor” “no, una vez que pregunté no me contestaron ni sí ni no y una vez que me contestaron solo me dijeron pregúntele al doctor porque yo no puedo dar información”. Al preguntar si el personal de enfermería satisface las necesidades de higiene, eliminación y descanso, el 97% de las madres encuestadas se encuentran satisfechas.

Es importante conocer más ampliamente la opinión de la madre en cuanto a identificar si el bebe ha sufrido alguna complicación de salud durante el periodo de hospitalización a lo que el 93,9% responde estar satisfecho ya que sus bebés no han sufrido ninguna complicación durante su tiempo de hospitalización según la madre, más del 71,2% manifiesta sentir seguridad en el personal de enfermería cuando atiende a su bebé, de acuerdo a lo expresado por las madres se debe a la confianza que

una enfermera transmite, ya que si la ven muy joven o con poca destreza piensan que no tiene experiencia en el cuidado de recién nacidos y de ahí nace la inseguridad.

La madre del niño/a hospitalizado manifiesta estar satisfecha al observar que el paciente es atendido en todo momento y en el momento que se requería, el 7,6% piensa que se podría mejorar, de acuerdo a lo descrito por las madres se debe al exceso de trabajo del personal. Las madres precian el trabajo y la atención del personal, por lo tanto sí recomendarían la atención brindada en el servicio de salud; esta pregunta fue parte de la entrevista realizada a las madres de familia, a lo que respondieron: “sí, recomendaría a mis familiares ya que a pesar de algunas dificultades la atención si ha sido buena” “sí lo recomendaría ya que es el único hospital aquí, el más cercano entonces no hay de otra”.

Gráfico 7. Porcentaje de satisfacción global de acuerdo a indicadores.



Análisis: al observar el gráfico se puede identificar claramente que de forma global en todos los indicadores hay un alto grado de satisfacción, en cuanto a indicador de estructura el 87,4% está satisfecho, dicho indicador evalúa las características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la

organización que se adopta, en la estructura se incluyen tanto talento humano, recursos físico y financieros así como la organización. Una buena estructura es importante para la calidad en cuanto aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación, aunque no se puede asumir que una buena estructura sea garantía de unos buenos resultados sobre la calidad de atención.

La satisfacción en relación a indicadores de proceso llega al 57,8% de satisfacción; aquí no se evalúa únicamente elementos científico-técnicos, sino además interacción personal que se establece entre el paciente y la enfermera que provee los cuidados, que deben ser de buena calidad para lograr la satisfacción de los pacientes ya que, como lo menciona Donabedian, son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos.

En cuanto a indicadores de resultado la satisfacción del usuario llega al 83,1%, hay que tomar en cuenta que la modalidad de resultados es la consecuencia de las modalidades de estructura y de proceso, para garantizar la calidad en la atención de enfermería y por ende la satisfacción de la madre con la atención que recibe su hijo hospitalizado.

El rol del profesional de enfermería juega un papel muy importante, pues es quien debe fortalecer sus conocimientos, valores, actitudes y aptitudes con el fin de lograr el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios, proponiendo activamente estrategias que favorezcan la “atención con calidad” en los pacientes recién nacidos.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- De la totalidad de madres encuestadas se determinó que su edad se encuentra entre los 21 a 40 años, se autoidentifican como mestizas, pertenecen al cantón Tulcán y su nivel de instrucción es el bachillerato.
- Los principales factores de riesgo para desarrollar sepsis neonatal encontrados en la presente investigación están relacionados con antecedentes maternos por infección de vías urinarias, corioamnionitis y la ruptura prematura de membranas y por antecedentes neonatales como son la restricción del crecimiento intrauterino, la prematurez, el bajo peso al nacer y el sexo masculino; la sepsis asociada al cuidado de salud no mostró una significancia estadística importante debido a que existe un bajo porcentaje de pacientes que necesitaron utilizar procedimientos invasivos considerados como factor de riesgo para desarrollar sepsis como son la ventilación mecánica y el uso de catéteres venosos centrales y umbilicales.
- El cuidado de enfermería brindado a recién nacidos con sepsis neonatal en el área de asilamiento no se lo realiza de forma correcta ya que se pudo evidenciar que el protocolo de atención a recién nacidos con ésta patología no es cumplido en su totalidad ya que no se respetan todas las normas que se establecen, desencadenando así una inadecuada calidad de atención, a pesar de que el personal posee un alto nivel de conocimientos es muy preocupante que no los ponga en práctica durante la atención que brindan a los pacientes. En la unidad de cuidado intensivo neonatal se pudo demostrar que el personal de enfermería cumple con la totalidad de

cuidados necesarios para cada paciente, aun así no se pudo evidenciar que la totalidad del personal de enfermería brinde una atención de calidad.

- La mayoría de las madres de familia se encuentran satisfechas con la atención recibida, sin embargo existen parámetros en los cuáles se encuentran insatisfechas y piensan que se podría mejorar, en lo que concierne a indicadores de estructura existe cierto grado de insatisfacción en cuanto a la dotación de medicamentos y la cantidad de personal de enfermería encargado del cuidado; respecto a indicadores de proceso existe un alto grado de insatisfacción en cuanto al respeto del personal de enfermería hacia la madre del paciente, el uso de palabras subjetivas en lugar del nombre de la madre, falta de apoyo emocional, y sobre la enseñanza de los cuidados que debe tener la madre con su hijo de acuerdo a su estado de salud; en cuanto a indicadores de resultado existe un mínimo grado de insatisfacción debido a que el personal de enfermería no responde de manera clara las preguntas que realiza la madre del recién nacido, lo cual indica que la atención brindada por el personal de enfermería debe mejorar.
- El proceso de atención de enfermería al ser considerado como una herramienta para mejorar la calidad de cuidados individualizados del recién nacido y la madre no es puesto en práctica por parte del profesional de enfermería, ya que se rigen únicamente a las indicaciones prescritas por el médico, dando un retroceso a la evolución de la enfermería con una pobre actuación independiente y no ocupa en el equipo de salud el lugar que le corresponde.

5.2 Recomendaciones

- El cuidado de enfermería por parte del profesional debe basarse en una atención de calidad, para contribuir de ésta manera a la recuperación de la salud de los neonatos ya que son un grupo de edad vulnerable y necesitan cuidados minuciosos,

individualizados y de calidad, evitando así el desarrollo de posibles complicaciones relacionadas con la atención de salud recibida, y disminuir aún más los factores de riesgo relacionados con los cuidados del personal de salud.

- El protocolo y los cuidados de enfermería deben ser cumplidos en su totalidad, ya que una mala atención brindada a los neonatos puede ser un factor de riesgo para posibles complicaciones en su salud y está a su vez relacionada con la insatisfacción de las madres en cuanto a indicadores de proceso. De esta manera se podrá brindar atención cumpliendo todos los parámetros de calidad durante la atención del recién nacido, contribuyendo así a cumplir con la misión, visión y objetivos del Hospital Luis G. Dávila que se centran en brindar una atención de calidad y calidez humana.
- Se debe mejorar la interacción del profesional de enfermería y la madre o familiar del recién nacido, ya que es de vital importancia atender no solo las necesidades del neonato si no el aspecto psico social de la madre que es participante activo desde la admisión hasta el alta hospitalaria de su hijo debido a que se emplean diversas formas, a través de las cuales se intercambia y valora la información para interpretar las necesidades, los valores y los deseos de la persona, que en ocasiones se establece como expresiones de cuidado, componentes propios de la afectividad que deben estar presentes a la hora de ofrecer un cuidado de enfermería humanizado, lo que implica atender las necesidades de manera oportuna.
- Se debe mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en cuanto a los diferentes indicadores establecidos: estructura, proceso y resultado ya que al valorarlos de forma individual existe cierto grado de insatisfacción por parte de la madre, en lo que concierne a la dotación de medicamentos, la cantidad de personal de enfermería encargado del cuidado, el respeto del personal de enfermería hacia la madre del paciente, el uso de palabras subjetivas en lugar del nombre de la madre,

falta de apoyo emocional, y sobre la enseñanza de los cuidados que debe tener la madre con su hijo de acuerdo a su estado de salud, y por otro lado es importante mejorar la comunicación del personal de enfermería con la madre del recién nacido.

- Se recomienda al personal profesional enfermero la aplicación del proceso de atención de enfermería al momento de brindar cuidados a los recién nacidos, ya que el mismo garantiza cuidados de calidad y ayuda a desarrollar el pensamiento crítico enfermero permitiendo focalizar la valoración, emitir diagnósticos enfermeros y sustentar las demás etapas del proceso de atención de enfermería, además está involucrado en la calidad de lo que se hace o produce durante el ejercicio profesional, por lo tanto desarrollar el pensamiento crítico es una tarea que se debe ejercitar de manera sistemática para otorgar un cuidado enfermero de excelencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD . Unidades de Neonatología - Estándares y recomendaciones de calidad. España : MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD CENTRO DE PUBLICACIONES Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID , 2014.
2. Sepsis Nosocomiales en el período neonatal. Gutiérrez Benjumea A., Alonso Romero L., Aller García A., Leal Ramírez, A.M., Millán Jiménez A. 2012, Vox Paediatrica , págs. 14-17.
3. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Sepsis Neonatal Guía de práctica Clínica. Sepsis Neonatal. [En línea] 2015. <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Sepsis-neonatal.pdf>.
4. López-Candiani, Carlos. Morbilidad y mortalidad por sepsis neonatal en un hospital de tercer nivel de atención. [En línea] 2010. <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v45n2/v45n2a04.pdf>.
5. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. René Oswaldo Pérez, Juan Carlos Lona, Moisés Quiles, Miguel Ángel Verdugo., 32, GUADALAJARA / MÉXICO : Rev Chilena Infectol, 4 de MAYO de 2015, Vol. 4. 387-392.
6. Sepsis neonatal grave en una unidad de cuidados intensivos. Santana, Yuleiny Pérez, y otros. 87, Villa Clara - Cuba : Rev SCIELO, 2015, Vol. I. 333 - 8.
7. Sepsis Neonatal. Sánchez, César Augusto Gaitán y Moreno, Germán Camacho. 2, Bogotá - Colombia : Revista Colombiana, 2015, Vol. 13. 939 - 59.
8. CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS DE LA SEPSIS NEONATAL CONFIRMADA EN UN HOSPITAL DE LIMA, PERÚ. Alvarado-Gamarra, Giancarlo, y otros. 33, Lima - Perú : Rev Peru Med Exp Salud Publica . SCIELO, 2016, Vol. I. 36903.
9. UNIVERSIDAD DE AZUAY. Parra, Tamara Avilés y Cabrera, Paola. CUENCA / ECUADOR : s.n., 2013. 43466.

10. Cuidados de enfermería en la unidad de hospitalización neonatal: medidas para prevenir las infecciones hospitalarias. I, Ivone Kamada y Rocha, Semiramis Melani Melo. 2010, SCIELO, págs. 1-4.
11. Secretaria Distrital de Salud - Bogotá. Guía de prevención, vigilancia epidemiológica, y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud en las unidades de recién nacidos. [En línea] 11 de Junio de 2011. <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20IIH/Gu%C3%ADa%20Recien%20Nacido%20pdf.pdf>.
12. Vele Bacuilima Sandra Lorena, Veletanga León Diana Estefanía. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS ENFERMERAS/OS, QUE LABORAN EN EL HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2015. [En línea] 03 de DICIEMBRE de 2015. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23234/1/TESIS.pdf>.
13. La Hora. Áreas de neonatología vulnerables. Lo que necesitas saber. Quito, 2011, Vol. II, 1.
14. Salazar Mejía, Santiago Edgar. Tesis. Implementación de un Banco de Leche Materna en el Hospital Luis G.Dávila, Tulcán 2016. [En línea] 26 de Septiembre de 2017. [Citado el: 7 de Abril de 2018.] <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7394/1/06%20ENF%20844%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>. 1356.
15. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Juliana Santana de Freitas, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Ruth Minamisava, Ana Lúcia Queiroz Bezerra, Maiana Regina Gomes de Sousa. 2014, SCIELO, pág. 458.
16. El recién nacido pretérmino con infección de inicio precoz. Natacha Alessandrini Garaboa, Yanett Sarmiento Portal, Yiliani Marquez. 6, Pinar del Río - Cuba : Rev. Ciencias Médicas, 2015, Scielo, Vol. 19, págs. 2 - 14. 1014-1027.
17. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. Lona, Juan Carlos. 2015, SCIELO, págs. 1 - 6.

18. Características de la sepsis neonatal en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de atención privada. Romero, Margarito Marín, y otros. 3, México : Revista Mexicana de Pediatría, 2015, SCIELO, Vol. 82, págs. 4 - 11. 9397 - 24.
19. Infecciones relacionadas con la asistencia a la salud en unidades de terapia intensiva neonatal: una revisión integradora. Paula Angélica Oliveira, Salge Ana Karina Marques, Palos Marinésia. 2017, Scielo, pág. 519.
20. Sepsis neonatal temprana y factores asociados. Prado, Roberto Anaya, y otros. 3, Guadalajara - Jalisco - México : Rev Med Inst Mex Seguro Soc., 2016, SCIELO, Vol. 55, págs. 1-7. 317 - 23.
21. Dávila, Hospital Luis G. Tulcán oneline. Hospitales, servicios. [En línea] Agosto de 2012.
http://www.tulcancomercial.com/index.php?option=com_content&view=article&id=151:tulcan-hospitales-hospital-civil-luis-g-davila&catid=75:hospitales&Itemid=94.
22. Ministerio de Salud Pública. Hospital Luis G. Dávila. MSP. [En línea] Dirección Nacional de Comunicación, Imagen y Prensa, 26 de Enero de 2013. [Citado el: 3 de Marzo de 2018.] <http://hlgd.gob.ec/index.php/hospital>. 269 - 384.
23. Recomendaciones de organización, características y funcionamiento en servicios o unidades de Neonatología . P, José M. Novoa., y otros. 2, Chile : Revista Chilena de Pediatría, 2010, Vol. 80. 1682 - 1874.
24. La importancia del cuidado de enfermería. Rodríguez, Paula Alina Juárez y Campos, María de Lourdes García. 17, Yucatán - México : Rev Enferm Inst Mex Seguro , 2010, Vol. II. 109 - 111.
25. FUENTES TEÓRICAS DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. SU INFLUENCIA EN LA ATENCIÓN AL HOMBRE COMO SER BIOSICOSOCIAL. Romero, Lic. Zoila Barroso y Esperón, Lic. Julia Maricela Torres. 27, Cuba : SCIELO - Revista Cubana, 2010, Vol. I. 1134 - 2286.
26. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. GPC Sepsis Neonatal. Guía de práctica Clínica de Sepsis Neonatal. [En línea] 4 de Noviembre de 2015. <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Sepsis-neonatal.pdf>.

27. Gaitán Sánchez, César Augusto y Camacho Moreno, Germán . Sepsis Neonatal. Sepsis Neonatal. [En línea] 27 de 1 de 2014. https://scp.com.co/precop-old/pdf/2_1.pdf.
28. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. René Oswaldo Pérez, Juan Carlos Lona, Moisés Quiles, Miguel Ángel Verdugo, Elba Patricia Ascencio y Edith Adriana Benítez. 2015, SCIELO, págs. 1-2.
29. Sepsis neonatal. Dr. Wilfrido Coronell, Dr. Carlos Pérez, Dr. Carlos Guerrero, Dr. Hernando Bustamante. 2010, Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría, págs. 57 - 58.
30. Etiología y patrones de resistencia antimicrobiana en sepsis neonatal temprana y tardía, en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Dr. Juan Carlos Lona Reyesa, Dr. René Oswaldo Pérez Ramírez, Dr. Miguel Ángel Verdugo Robles, Dr. J. Jesús Pérez Molina, Lic. Elba Patricia Ascencio Esparza, Dra. Edith Adriana Benítez Vázquez. 2015, SCIELO, pág. 317.
31. B. Fernández Colomer, J. López Sastre, G. D. Coto y A. Ramos Aparicio, A. Ibáñez Fernández. Sepsis Neonatal. Sepsis del Recién Nacido. [En línea] 20 de Abril de 2011. [Citado el: 26 de Febrero de 2018.] https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_0.pdf. 435 - 527.
32. Infección asociada a cuidados sanitarios (infección nosocomial). Álvarez, C. Fariñas, Cobo, R. Teira y Cundín, P. Rodríguez. 49, Cantabria - España : Medicine - Facmed, 2011, Vol. 10. 3293 - 300.
33. Ministerio de Salud Pública. Sepsis Neonatal. Guía de práctica Clínica. [En línea] 20 de Noviembre de 2015. [Citado el: 04 de Marzo de 2018.] <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Sepsis-neonatal.pdf>. 978 - 9942.
34. Sepsis Neonatal. Sánchez, César Augusto Gaitán y Moreno, Germán Camacho. 2, Bogotá - Colombia : SCIELO, 2014, Vol. 13. 134 - 158.

35. El recién nacido pretérmino con infección de inicio precoz . Garaboa, Natacha Alessandrini, y otros. 19, Oinar del Río : Revista de Ciencias Médicas, 2015, Vol. 6. 1014 - 1027.
36. Factores de riesgo de la sepsis en el recién nacido. . Montoya, Rafael Ferrer, Fuente, Francisco Rodríguez de la y Mojena, Oreste Mojena. 2, Bayamo - Cuba : SCIELO, 2013, Vol. 17. 939 - 59.
37. Sepsis neonatal intrahospitalaria. Incidencia y factores de riesgo. Torres, Cinthya Yanet Tijerina y Balderrama, Isaías Rodríguez. 6, Monterrey - Nuevo León - México : Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 2011, Vol. 49. 643 - 648.
38. Sepsis Neonatal. Sánchez, César Augusto Gaitán y Moreno, Germán Camacho. 2014, Bogotá - Colombia : SCIELO, Vol. 13. 135 - 1428.
39. Sepsis del recién nacido . Colomer, B. Fernández, y otros. 4, Asturias : Revista SCIELO, 2010, Vol. 28. 309 - 315.
40. Diagnósticos de enfermería de recién nacidos con sepsis en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Santos, Ana Paula de Souza, y otros. 22, Río Grande - Brasil : Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2014, Vol. 2. 255 - 61.
41. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. Sanabria, F. Jara y Pérez, A. Lizano. 4, México : Enfermería Universitaria, 2016, Vol. 13. 2018 1298.
42. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Barrios, MSc. Mariela Forrellat. 30, La Habana - Cuba : Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia. , 2013, Vol. 2. 179-183.
43. Calidad de servicio: satisfacción usuaria desde la perspectiva de enfermería . Ferrada, Amanda Gallardo y Grandón, Katuska Reynaldos. 36, Chile : Enfermería Global, 2014, Vol. 3. 1695 - 6141.
44. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Perdomo, Claudia Andrea Ramírez,

Romero, Alix Yaneth Perdomo y González, Edna Fabiola Galán. 1, Bogotá - Colombia : SCIELO, 2013, Vol. XXXI. 4236 - 5128.

45. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo provincial del Carchi. [En línea] 04 de Febrero de 2015. [Citado el: 24 de Febreo de 2018.] <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/carchi.pdf>.

46. —. INEC. Noticias. [En línea] 7 de Marzo de 2014. [Citado el: 24 de Febrero de 2018.] <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/la-mujer-ecuatoriana-en-numeros/>.

47. Factores de riesgo de la sepsis en el recién nacido. . Montoya, Rafael Ferrer, Fuente, Francisco Rodríguez de la y Mojena, Oreste Mojena. 17, Bayamo - Cuba : MEDIAGRAPHIC, 2013, Vol. 2. 1602 .

48. Sepsis Neonatal. Coronell, Dr. Wilfrido, y otros. 90, Cartagena : Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría , 2010, Vol. XXIII. 3.

49. Sepsis del recién nacido. Colomer, B. Fernández, Sastre, J. López y Aparicio, A. Ramos. 28, Asturias : Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología, 2010, Vol. IV. 309 - 315.

50. Riesgo de sepsis neonatal temprana en recién nacidos de madre con corioamnionitis. Estudio de casos y controles. Maldonado, Silvia Romero, Cruz, Manuel Ortega y Contreras, Rafael Galván. 4, México D.F : Mediagraphic, 2013, Vol. 27. 217 - 221.

51. Análisis de los factores de riesgo de bajo peso al nacer a partir de un modelo logístico polinómico. Ibarra, Kennedy Hurtado, y otros. 1, Barranquilla : SCIELO, 2014, Vol. 13. 76 - 85.

52. SEPSIS. FACTORES DE RIESGO EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO . Valverde, Jeannegda y Farías, Egda. 1, Caracas : Revista SCIELO, 2010, Vol. 30. 0798 - 0469.

53. Factores intrínsecos predisponentes a infección hospitalaria y a óbito neonatal. Ribeiro, Lara Chaves y Aguiar, Beatriz Gerbassi Costa. 30, Río de Janeiro - Brasil : Enfermería Global, 2013, Vol. II. 1695-6141.
54. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro . Tascón, Luis Alfonso Mendoza, y otros. 81, Tulúa - Colombia : Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología - SCIELO, 2016, Vol. 4. 330 - 342.
55. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal. Valdez, Claudia Verónica Rodríguez, y otros. 13, La Paz : SCIELO, 2010, Vol. 4. 1189 - 230.
56. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Infante, Laura Marcela Pimiento y Avendaño, Mónica Andrea Beltrán. 80, Santander - Colombia : Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia - SCIELO, 2015, Vol. 6. 493 -502.
57. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Una buena higiene de las manos por parte de los profesionales de la salud protege a los pacientes de las infecciones farmacorresistentes. [En línea] Comunicado de prensa, 2 de Mayo de 2014. [Citado el: 28 de Febrero de 2018.] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/hand-hygiene/es/>. 1214.
58. Factores de riesgo de sepsis adquirida en una unidad de cuidados intensivos . Ortiz, MsC. Yamile Arias, y otros. 17, Bayamo - Cuba : SCIELO, 2013, Vol. 7. 508 - 10.
59. SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA. OMS. CENTRO DE PRENSA. [En línea] 30 de AGOSTO de 2011. [Citado el: 25 de MAYO de 2016.] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/.
60. Yomayra, Perez Benavides Nancy. VINCULACIÓN DE LOS PADRES CON LOS NEONATOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA DE LA CIUDAD DE TULCÁN EN EL PERIODO MAYO - AGOSTO 2011. TULCÁN - ECUADOR : s.n., 2011.
61. Sepsis neonatal temprana, incidencia y factores de riesgo asociados en un hospital público del occidente de México. René Oswaldo Pérez, Juan Carlos Lona, Moisés

Quiles, Miguel Ángel Verdugo. 32, Guadalajara -México : Rev Chilena Infecto, 2015, Vol. 4. 387-392.

62. Etiología y patrones de resistencia antimicrobiana en sepsis neonatal temprana y tardía, en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Dr. Juan Carlos Lona Reyesa, Dr. Miguel Ángel Verdugo Roblesa. 113, Jalisco - México : Arch Argent Pediatr , 2015, Vol. 4. 317-323 .

63. Sepsis neonatal grave en una unidad de cuidados intensivos. Dra. Yuleiny Pérez Santana, I MSc. Ana Miriam Clemades Méndez. 87, Cuba : Revista Cubana de Pediatría, 2015, Vol. 1. 50 - 60.

64. Amaya de Gamarra, Inés Cecilia y Suárez de Betancourt, Maria de Jesús. CUIDADO DE ENFERMERÍA AL NEONATO CRÍTICO. GUIA DE INTERVENCION EN ENFERMERIA BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA. [En línea] AGOSTO de 2010. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.pdf>.

65. Diagnósticos de enfermería de recién nacidos con sepsis en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal. Santos, Ana Paula de Souza. 2011, SCIELO, págs. 1 - 7.

66. —.Silva, Maria de Lourdes Costa da. 2014, SCIELO, págs. 1 - 7 .

67. UNIFICAR LOS CRITERIOS DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA: PROPUESTA DE UN ALGORITMO DE VIGILANCIA DIAGNÓSTICA. Alonso Zea-Vera, Christie G. Turin, Theresa J. Ochoa. 2014, Revista Peruana de Medicina Exp Salud Pública, págs. 4-6.

68. Acevedo, Claudia Elena Gonzáles. Intervenciones de Enfermería. Adaptación del neonato. [En línea] 4 de Julio de 2010. [Citado el: 4 de Marzo de 2018.] <http://eprints.uanl.mx/409/1/1080072437.PDF>. 1256 - 8736.

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de Variables

Objetivo 1. Caracterizar socio y demográficamente a las madres de los recién nacidos con diagnóstico de sepsis temprana y tardía internados en el área de Neonatología del Hospital Luis G. Dávila.				
Variable	Dimensión	Concepto	Indicador	Escala
Edad	Características Socioeconómicas	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Porcentaje de población por grupo de edad en años cumplidos	< de 20 años 21 a 40 años Más de 40 años
Lugar de procedencia		Lugar de origen de una persona.	Porcentaje de madres de acuerdo al lugar de procedencia	Tulcán Montufar Huaca Bolívar Espejo Mira Otros
Etnia		Conjunto de personas que tienen en común rasgos culturales	Porcentaje de madres de acuerdo a su etnia	Mestiza Afrodescendiente Indígena
Nivel de Instrucción		Grado más elevado de estudios realizados.	Porcentaje de acuerdo a nivel de educación	Básica Bachillerato Superior

Objetivo 2. Identificar cuáles son los principales factores de riesgo de sepsis de inicio temprano y tardío en los neonatos hospitalizados.				
Variable	Dimensión	Concepto	Indicador	Escala
Conocimiento o Factor de riesgo	Maternos	Ruptura prematura de membranas.	Porcentaje de factores de riesgos maternos.	< 18 h > 18 h
		Fiebre materna		< 38°C >38°C
		Líquido amniótico		Claro Meconial Espeso
		Bacteriuria materna		Positivo Negativo
		Peso bajo al nacer	Peso menor a 2500 gramos.	Porcentaje de factores de

	Neonatales	Prematurez	Edad gestacional de menos de 35 semanas.	riesgos neonatales.	< 35 semanas >35 semanas
		- Género	Es considerado como factor de riesgo ser de sexo masculino.		Masculino Femenino
		- Apgar	Apgar menor a 6		< 6 >8
		- Procedimientos invasivos	Grupo de procedimientos que involucran un alto riesgo de contraer una infección.		Vía periférica, Vía central y umbilical, Intubación Endotraqueal Nutrición Parenteral Drenajes
		- Hospitalización prolongada	Tiempo de hospitalización mayor a tres meses.		< 1 mes > 3 meses

Objetivo 3. Determinar el porcentaje de cumplimiento del protocolo de atención del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Protocolo de atención	Conjunto de aplicaciones estandarizadas desarrolladas mediante un proceso formal que incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta.	Tiempo usado para realizar el lavado de manos	Porcentaje del cumplimiento del protocolo de atención a recién nacidos con sepsis.	20 a 30 seg 30 a 40 seg 40 a 60 seg 60 a 90 seg
		Momentos del lavado de manos		- Antes y después de tocar al paciente. - Antes y después de manipular un dispositivo invasivo para la atención de los pacientes. - Después del riesgo de exposición a líquidos corporales. - Después de quitarse los guantes estériles o no estériles.
		Uso de Guantes		- Administrar medicación - Canalizar vías periféricas a los pacientes - Realizar el baño al paciente - Brindar alimentación enteral - Toma de muestras de sangre para laboratorio - Al manipular catéteres centrales y umbilicales
		Medición continua y		2 veces 3 a 5 veces Cada que sea necesario

		permanente de los signos vitales		Según indicación medica
		Educación a familiar		-En el momento del ingreso -En cada visita del familiar al servicio -En el momento que la madre alimenta al RN -En el momento del alta del RN

Objetivo 4. Evaluar la satisfacción del usuario con respecto a las dimensiones de calidad en los cuidados de enfermería brindados a los recién nacidos hospitalizados.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Satisfacción del usuario	El concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad.	Los medicamentos estuvieron disponibles	Porcentaje de calidad de atención.	Nunca Pocas Veces Algunas veces Casi siempre Siempre
		La comodidad hospitalaria es buena		Nunca Pocas Veces Algunas veces Casi siempre Siempre
		El personal de enfermería lo trata con respeto		Nunca Pocas Veces Algunas veces Casi siempre Siempre
		El personal de enfermería le brinda apoyo emocional		Nunca Pocas Veces Algunas veces Casi siempre Siempre
		El personal de enfermería le responde a las preguntas que realiza		Nunca Pocas Veces Algunas veces Casi siempre Siempre
		Recomendaría a sus familiares la atención del personal de enfermería		Nunca Pocas Veces Algunas veces Casi siempre Siempre

Anexo 2. Autorización del Hospital Luis G. Dávila para desarrollar la investigación.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Universidad Acreditada Resolución 002 – CONEA -2010 – 129 – DC
Resolución No. 001 – 073 CEAACES – 2013 -13

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
SUBDECANATO**

1104

Ibarra, 13 de enero 2017.
Oficio 281 –SD

Doctora
Ruth Velasco
GERENTE HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA
Presente

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo del Subdecanato de la Facultad Ciencias de la Salud, augura éxito en el desarrollo de sus actividades diarias.

Solicito comedidamente autorice a la estudiante de la Carrera de Enfermería CARLA ELIZABETH QUIROZ ERAZO CÉDULA. 0402051825, a fin de que aplique las encuestas al Personal de Enfermería que labora en el área de Neonatología referente al trabajo de investigación con el tema: CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS TEMPRANA Y TARDÍA HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA.

Por su gentil atención a este pedido, reitero mi agradecimiento

Atentamente,
CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO

M.Sc. Susana Meneses D.
SUBDECANA FCS



Autorizado

SM/CA.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Teléfono(s): 3814400

Documento No. : MSP-CZ1-HLGD-2017-0103
Fecha : 2017-04-03 15:36:34 GMT -05
Recibido por : Sandra Elizabeth Enriquez Landázuri
Para verificar el estado de su documento ingrese a
<https://www.gestiondocumental.gob.ec>
con el usuario: "9997757332"

Anexo 3. Encuesta para el personal de Enfermería validada.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN

La Universidad Técnica del Norte, Carrera de Enfermería está realizando la investigación: Cuidado enfermero del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía Hospital Luis G. Dávila 2017, solicita a Usted participar en la aplicación de esta encuesta para conocer sobre el protocolo de atención a los recién nacidos con sepsis neonatal y los factores de riesgo para desarrollar esta patología. Sus respuestas tendrán un tratamiento confidencial, y solamente serán tomados los datos con fines académicos.

Marque con una X en la opción que usted crea conveniente.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN:

1. ¿Cuánto tiempo usa para realizar el lavado de manos?

- 20 a 30 segundos
- 30 a 40 segundos
- 40 a 60 segundos
- 60 a 90 segundos

2. ¿En qué situaciones se realiza un lavado de manos mientras usted está trabajando?

- Antes y después de tocar al paciente.
- Antes y después de manipular un dispositivo invasivo para la atención de los pacientes.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de quitarse los guantes estériles o no estériles.

3. Usa guantes al momento de:

- Administrar medicación.
- Canalizar vías periféricas a los pacientes.
- Realizar el baño al paciente.
- Brindar alimentación enteral.



Dr. Roberto Páez
11-08-2018.

Anexo 4. Encuesta para madres sobre satisfacción



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE A SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE INVESTIGACIÓN

La Universidad Técnica del Norte, Carrera de Enfermería está realizando la investigación: Cuidado enfermero del recién nacido con diagnóstico de sepsis temprana y tardía Hospital Luis G. Dávila 2017, solicita a Usted participar en la aplicación de esta encuesta para conocer su pensamiento como usuario sobre la calidad de atención recibida por parte del personal de Enfermería durante la estancia hospitalaria de su hijo/a en el servicio de Neonatología. Sus respuestas tendrán un tratamiento confidencial, y solamente serán tomados los datos con fines académicos.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- | | |
|---|---|
| <p>1. Edad</p> <p>..... < de 20 años</p> <p>..... 21 a 40 años</p> <p>..... Más de 40 años.</p> | <p>3. Etnia</p> <p>..... Mestiza</p> <p>..... Afrodescendiente</p> <p>..... Indígena</p> |
| <p>2. Lugar de procedencia</p> <p>..... Tulcán</p> <p>..... Montufar</p> <p>..... Espejo</p> <p>..... Mira</p> <p>..... Otros.</p> | <p>4. Nivel de Instrucción</p> <p>..... Básica</p> <p>..... Bachillerato</p> <p>..... Superior</p> |

Instrucciones: En las siguientes preguntas que se le formulan de acuerdo a la escala indicada, marque con una "X" sobre la casilla que considere adecuada.

		Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1 E	¿Los medicamentos estuvieron disponibles?					
2 E	¿El cambio de ropa de cuna o incubadoras se realizó de acuerdo a la necesidad?					
3 E	¿La cantidad de personal de					



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE A SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

	enfermería que le atiende es suficiente?					
4 E	¿La comodidad hospitalaria es buena?					
5 E	¿La temperatura, ventilación e iluminación de la sala de Neonatología son adecuadas?					
6 E	¿Las facilidades y comodidad de instalaciones, pasillos y accesos del hospital permiten una circulación sin obstáculos?					
7 E	¿Los alimentos que le sirven llegan a temperatura adecuada?					
8 P	¿El personal de enfermería lo trata con respeto?					
9 P	¿Cuándo el personal de enfermería se dirige a usted lo hace por su nombre?					
10 P	¿El procedimiento de administración de medicinas, intravenosa, curaciones, del personal de enfermería es adecuado?					
11 P	¿El personal de enfermería procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?					
12 P	¿El personal de enfermería le brinda apoyo emocional? (le proporciona seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión).					
13 P	¿El personal de enfermería se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?					
14 P	¿El personal de enfermería le enseña a usted o de los cuidados que debe tener respecto al padecimiento de su bebé?					
15 R	¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería durante el tiempo de hospitalización?					
16 R	¿El personal de enfermería, le responde a las preguntas que realiza?					
17 R	¿El personal de enfermería, satisface las necesidades de higiene, eliminación, descanso?					



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE A SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

18 R	¿Durante el periodo de hospitalización su bebé ha sufrido alguna complicación en su salud? (caídas, padecimientos agregados)					
19 R	¿El personal de enfermería le hace sentirse segura cuando atiende a su bebé?					
20 R	¿La atención del personal de enfermería lo recibió en el momento que requirió su bebé?					
21 R	¿Recomendaría a sus familiares la atención del personal de enfermería?					

Con su firma y el llenado de esta encuesta usted está formando parte de esta investigación voluntariamente sin haber sido obligado ni extorsionado para las respuestas de la misma.

Por su colaboración, muchas gracias.

.....

Anexo 5. Revisión Summary

"NURSING CARE OF THE NEWBORN WITH DIAGNOSIS OF EARLY AND LATE SEPSIS HOSPITAL LUIS G. DÁVILA 2017"

DIRECTOR: Mph. Sonia Dayanara Revelo V.

AUTHOR: Carla Elizabeth Quiroz E.

Email: carla-09junio@hotmail.com

SUMMARY

Neonatal sepsis is a clinical situation derived from the invasion and proliferation of bacteria, viruses and fungi in the newborn's bloodstream. It is considered the second cause of death in the first week of life. The objective of this research work is to determine if the nursing staff complies with the quality parameters of care for newborns diagnosed with early and late sepsis in relation to indicators of care and user satisfaction, Hospital Luis G. Dávila 2017, based on a qualitative - quantitative, non - experimental, observational, exploratory, descriptive and cross - sectional design, in which 15 nurses participated, to whom a survey on the care protocol was applied and were observed if they comply with it through a checklist, A review of medical records was made to 66 newborns diagnosed with neonatal sepsis and to 66 mothers were evaluated through a survey and an interview in order to determine the degree of satisfaction of the nursing care received. The analysis of the information shows that all the mothers are from Tulcán, they identify themselves as mestizas, and most of them have gone through high school, there are risk factors to develop sepsis such as male sex, low birth weight, delivery via vaginal and maternal history. Most mothers are satisfied with the care received although there are aspects to improve.

Keywords: neonatal sepsis, satisfaction, quality of attention, risk factor, protocol of care.



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Carla Quiroz".

Anexo 6. Archivo Fotográfico



Encuesta realizada a madres de familia del Hospital Luis G. Dávila sobre satisfacción.



Encuesta realizada a madres de familia del Hospital Luis G. Dávila sobre satisfacción.