

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEON
CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL JINOTEGA “MARLON ZELAYA CRUZ”
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA



Monografía para optar al título de Técnico Superior en Enfermería

Factores de riesgos para la sepsis neonatal temprana y tardía en pacientes ingresados a sala de neonato del Hospital Victoria Motta, Jinotega abril 2020

Autoras:

Br. Aryeri de los Ángeles Averruz Zeledón
Br. Aunner Jonathan Torrez Rivera
Br. María Elizabeth Zeledón Chavarría

Tutora:

Cruz Verónica Ramírez
Lic. En ciencias de Enfermería

Jinotega, Diciembre de 2020

“A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEON
CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL JINOTEGA "MARLON ZELAYA CRUZ"
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA



Monografía para optar al título de Técnico Superior en Enfermería
Factores de riesgos para la sepsis neonatal temprana y tardía en pacientes ingresados a sala de neonato del Hospital Victoria Motta, Jinotega abril 2020

Autoras:

Br. Aryeri de los Ángeles Averruz Zeledón

Br. Aunner Jonathan Torrez Rivera

Br. María Elizabeth Zeledón Chavarría

Msc. Cruz Verónica Ramírez
MASTER EN DOCENCIA CON ENFASIS
EN CURRÍCULO
UML / COD. MINSA 20969

Tutora:

Cruz Verónica Ramírez
Lic. En ciencias de Enfermería

Jinotega, Diciembre de 2020

"A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD"

Resumen

El siguiente trabajo investigativo, se realizó con el título de Factores de riesgos para la sepsis neonatal temprana y tardía en pacientes ingresados a sala de neonato del Hospital Victoria Motta, mes de Abril, Jinotega del año 2020; se efectúa con el objetivo de analizar los Factores de Riesgo asociados a la sepsis neonatal de los niños que ingresaron en la sala de neonatología, Identificar las Edad Gestacional, Identificar los Factores Específicos asociados a la sepsis neonatal de Madres e hijos, Determinar la clasificación de Sepsis que presentaron los niños en Estudio. El estudio es de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal con una población que constituida por 37 bebés ingresados en sala de neonato del mes de abril del año 2020; con una muestra de 16 bebés con ingreso por sepsis, con una fuente de información secundaria. El proceso de recolección de información fue a través de la encuesta con preguntas abiertas y de selección múltiple a través de los expedientes clínicos, para luego ser los resultados y levantamiento de texto ser analizados por medio de gráficos del programa de Microsoft Excel 2015. Para los aspectos legales se realizó una carta para el previo consentimiento de la unidad de salud. Los datos de la investigación muestran datos de los factores de riesgo asociados a la sepsis neonatal, madres menores de 20 años, acompañadas, con edad gestacional al nacimiento de 28 a 36 semanas, la mayoría amas de casa, con nivel académico primaria, con 1 y 2 partos previos, sexo de los bebés en estudio con 50% para masculino y femenino con un peso al nacer de 1500 a 2400grs, con manifestaciones clínicas corioamnionitis, asfixia perinatal y ruptura prematura de membrana, con edades de los bebés al ingreso de la sala de neonato en las primeras 48 a 72 horas de vida con clasificación de sepsis temprana.

OPINIÓN DEL TUTOR

APGAR, Asiento, Pulso, Irritabilidad (del inglés Gmace), Actividad y Respiración.

La Sepsis neonatal temprana y tardía en nuestro país ha venido ocupando la segunda causa de ingresos a los neonatos en los últimos años; asociando factores de riesgo de diversas índoles tanto maternos como propios del recién nacido.

Por lo que es necesario intervenir de manera temprana en la educación Sobre la importancia de los controles prenatales continuos, precoz, periódicos y de amplia cobertura, apoyándose de manera integral de diversas instituciones para reducir aquellos factores de riesgos asociados a dicha problemática de salud.

A los autores del presente trabajo, les felicito por su esfuerzo en la realización de este trabajo, por el interés en esta problemática de salud pública; y que los resultados sirvan de línea base para futuros trabajos orientados a la mejora de los indicadores de la salud pública.

Las autoridades locales de salud deben de tomar el compromiso, de atender estos resultados y recomendaciones, para elaborar un plan de intervención, con el fin de mejorar la esperanza de vida de la población en general y del recién nacido en particular.

En calidad de tutor del trabajo presentado por las autoras doy fe de que dicho trabajo, reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a revisión ya que las autoras demostraron durante la realización capacidad científica, disciplina y responsabilidad.



Mcs. Cruz Verónica Ramírez - tutor

Lista de siglas

APGAR. Aspecto, Pulso, Irritabilidad (del inglés Grimace), Actividad y Respiración.

DIU. Dispositivo intra uterino.

F C F. Frecuencia cardiaca fetal.

M I N S A. Ministerio de salud.

N P T. Nutrición parenteral total.

O P S. Organización Panamericana de la salud.

P C R. Proteína cérica reactiva

R P M. Ruptura prematura de membrana.

R N P T. Recien nacido pretermino.

R N. Recien nacido.

S A R M. Infección por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina.

Agradecimiento

A Dios.

Por danos la vida y permitirnos concedernos el conocimiento y perseverancia para poder culminar nuestros estudios y la realización de nuestro trabajo investigativo.

A nuestros padres.

Por su esfuerzo para instarnos a completar nuestros estudios, motivarnos a la superación y acompañarnos cada momento en nuestro caminar.

A nuestra Tutora.

Por su compañía en el proceso de nuestro estudio el tiempo y dedicación para la realización de este trabajo investigativo.

A nuestros maestros.

Por su entrega a cada momento, en los diferentes componentes de la carrera y motivarnos a culminar nuestros estudios profesionales.

Dedicatoria

A Dios.

Que nos regaló la vida, fortaleza e entendimiento, cada día para poder regalarnos la oportunidad de culminar nuestros estudios y crecimiento como profesionales en humildad al servicio de los demás.

A nuestros padres.

Quienes nos motivan cada día, por el apoyo incondicional en cada momento de nuestras vidas, los cuales fueron nuestros primeros maestros en la formación personal y académica quienes nos permitieron forjarnos como personas útiles en humildad para la sociedad.

Índice.

I. Introducción.....	1
II. Objetivos.....	2
2.1 Objetivo General:	2
2.2 Objetivos Específicos:	2
III. Marco teórico.....	3
3.1 Definición:	3
3.2 Los factores de riesgo para la sepsis pre-disponible:	3
3.2.1 Factores de riesgo mayores:.....	3
3.2.2 Factores de riesgo menores:.....	4
3.3 Clasificación de la sepsis:.....	4
3.3.1 Sepsis temprana.....	4
3.3.2 Sepsis tardía.....	4
3.3.3 Sepsis nosocomial.....	5
3.4 Vías de contagio por sepsis.....	5
3.4.1 Vía ascendente	5
3.4.2 Por vía hematología	6
3.4.3Vía retrograda de la cavidad peritoneal	6
3.5 Manifestaciones clínicas:	6
3.5.1 Ruptura prematura de membrana mayor de 24 horas:.....	7
3.5.2 Fiebre materna intraparto:.....	8
3.6 APGAR método para la evaluación del recién nacido.....	9
3.7 Los Gérmenes más Frecuentes:	10
3.8 Laboratorio y gabinete:	13
3.9 Tratamiento:	14

3.10	Criterios de egreso y control.....	16
IV.	Diseño metodológico:.....	17
4.1	Tipo de Estudio:	17
4.2	Área de Estudio:.....	17
4.3	Periodo de estudio:.....	17
4.4	Población:.....	17
4.5	Muestra:	17
4.6	Tipo de muestra:	17
4.7	Unidad de Análisis:	18
4.8	Fuente de información:.....	18
4.9	Criterios de inclusión y exclusión:	18
4.10	Método e Instrumento de Información:	18
4.11	Proceso de Recolección de Datos:.....	18
4.12	Procedimiento de recolección de la información:	18
4.13	Análisis de la información:.....	19
4.14	Operalización de las variables:	19
4.15	Aspectos Legales:.....	21
V.	Resultados	22
VI.	Análisis de resultados.....	28
VII.	Conclusiones	30
VIII.	Recomendaciones.....	31
IX.	BIBLIOGRAFIA.	32
X.	Anexos	34

I. Introducción

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una desregulación de la respuesta del huésped a la infección.

Los cuidados y manejo para cada momento del recién nacido, en el área hospitalaria la identificación y el manejo tempranos en las primeras horas posteriores a la aparición de la sepsis, mejoran los resultados por lo tanto es necesario tener siempre presentes los factores de riesgos asociados a esta infección. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

Las infecciones neonatales ocurren en la primera semana de vida y son consecuencia de la exposición a microorganismos de los genitales maternos durante el parto, es un síndrome clínico caracterizado por la presencia de los signos sistémicos de infección acompañados de bacteriemia durante el primer mes de vida, se presenta generalmente como una enfermedad fulminante y multisistémica durante los primeros cuatro días de vida, es causada por microorganismos que varían por características propias de los recién nacidos (RN) hospitalizados, procedimientos y tratamientos que ellos reciben. (MINSA.norma-077, 2011)

Estos pueden ser factores del medio como las maniobras pediátricas invasivas, cirugías, uso de catéteres intravenosos, sondas, asistencia a la ventilación, nutrición parenteral total (NPT), etcétera, que varían de acuerdo con el tipo de atención en cada unidad y el tratamiento la enfermedad base. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

El Hospital “Victoria Motta” (HVM) es la principal unidad de salud en Jinotega, y nace la necesidad de identificar los factores que predisponen a la patología en estudio, por lo que se realizará esta investigación en dicha unidad, tomando en cuenta el mes de abril del año 2020.

II. Objetivos

2.1 Objetivo General:

Analizar los Factores de Riesgo asociados a la sepsis neonatal de los niños que ingresaron en la sala de neonatología del hospital Victoria Motta Jinotega mes de Abril año 2020.

2.2 Objetivos Específicos:

Identificar las Edad Gestacional de los niños que presentaron Sepsis en Estudio.

Identificar los Factores Específicos asociados a la sepsis neonatal de Madres e hijos, para presentar Sepsis neonatal en el periodo del mes de Abril año 2020.

Determinar la clasificación de Sepsis que presentaron los niños en Estudio.

III. Marco teórico

3.1 Definición:

La palabra sepsis viene del significado griego de “descomposición” o “podrirse”. En términos médicos, sepsis se define ya sea como “la presencia de organismos patógenos o sus toxinas en la sangre y los tejidos” o “el estado de envenenamiento que resulta de la presencia de gérmenes patógenos o sus toxinas, como en la sepsis”. (INFORMED-STAY, 2020)

La sepsis neonatal es un síndrome clínico de infecciones hematógena en respuesta sistémica a una posible infección con o sin localización, en diferentes sitios del organismo con hemocultivo positivo o no que se producen dentro de las primeras 4 semanas de vida.

Los gérmenes son adquiridos de la Flora materna Vaginal o de las heces, estreptococo del grupo B y la Escherichia coli. En países desarrollados, en nuestro medio se denominan E. Coli y Klebsiella.

El neonato (recién nacido), se denomina al niño proveniente de una gestación de 22 semanas o más desde que es separado de la madre hasta que cumple los 28 días de vida extrauterina. Se considera periodo perinatal al comprendido en las 2 semanas de gestación y los 7 días posnatal. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

3.2 Los factores de riesgo para la sepsis pre-disponible:

Se han demostrado que hay un número de factores que predisponen a neonatos para la enfermedad bacteriana neonatal entre estos están la edad y paridad materna, el cuidado prenatal, el sexo del lactante, la edad gestacional, anomalías congénitas asociadas y asfixias perinatales.

3.2.1 Factores de riesgo mayores:

Ruptura prematura prolongada de membranas de 24 horas.

Fiebre materna intraparto mayor 38 grados.

Corioamniotitis (trabajo materno mayor de 38 grados, FCF mayor de 160 latidos por minutos, sostenida dolor uterino, taquicardia materna, secreción vaginal fétida, glóbulos blancos mayores de 20,000).

Frecuencia cardíaca fetal sostenida mayor de 160 latidos por minuto.

3.2.2 Factores de riesgo menores:

Ruptura prematura antes del trabajo de parto o prolongado, con trabajo de parto activo de membrana mayor de 12 horas.

Glóbulos blancos maternos mayores de 15. 000 mm³

APGAR bajo (menor de 5 a 1 min. Menor de 7 a 5 min)

Peso al nacer menor de 1. 500gr. Recién nacido pre término menor de 37 semanas. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

3.3 Clasificación de la sepsis:

3.3.1 Sepsis temprana

(Transmisión vertical). Se presenta en las primeras 48-72 horas de vida. La infección generalmente ocurre "in útero", el neonato nace enfermo y la evolución suele ser fatal. Predomina el compromiso pulmonar. Los neonatos de bajo peso suelen tener respuesta inflamatoria deficiente, por lo que la positividad de las pruebas de respuesta inflamatoria puede ser más lenta, lo cual se puede detectar con una segunda prueba.

3.3.2 Sepsis tardía.

Se presenta después de las 48-72 horas hasta los 28 días de vida. Refleja transmisión horizontal de la comunidad o intrahospitalaria (en el ambiente postnatal), la evolución es más lenta. Predomina el compromiso del sistema nervioso central.

3.3.3 Sepsis nosocomial.

Se presenta 48 horas después del nacimiento y se deben a patógenos no transmitidos por la madre, o 48-72 después de la hospitalización del RN, sin existir infección previa o en período de incubación. (MINSA.norma-077, 2011)

La sepsis temprana.

Transmisión vertical son gérmenes adquiridos de la flora materna vaginal o de las heces.

En nuestra región predomina la Etiopatogenia de la Sepsis Neonatal Precoz es causada principalmente por agentes bacterianos, el mayor número de casos son producidos por Streptococcus agalactiae (Streptococcus β hemolítico del Grupo B) y la enterobacterias Escherichia coli, incluye un espectro de otras Enterobacteriaceae (Klebsiella, Pseudomonas, Haemophilus, y Enterobacter sp) y el especies de Bacteroides anaeróbicas. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

El feto o recién nacido puede entrar en contacto con gérmenes patógenos antes, durante, y después del nacimiento, los gérmenes pueden alcanzar la cavidad amniótica y al feto por diferentes vías.

3.4 Vías de contagio por sepsis.

3.4.1 Vía ascendente: gérmenes del canal vaginal y cérvix, es la más frecuente se clasifica en 4 estadios.

Estadio1-hay sobre crecimiento de la flora normal o presencia de patógenos en la vagina o cérvix(vaginitis bacteriana)

Estadio2-los microorganismos alcanzan las cavidades uterinas y se localizan en la decidua.

Estadio3-los gérmenes alcanzan cavidad amniótica, vasos fetales, provocando infección intra-amniótica (Corioamniotitis)

Estadio 4-cuando se producen infecciones fetales, al acceder los microorganismos por diferentes vías: respiratoria, oídos, conjuntivas, ombligo a la circulación fetal provocando bacteriemia y sepsis.

3.4.2 Por vía hematología: diseminándose a través de la placenta (transplacentaria).

3.4.3 Vía retrograda de la cavidad peritoneal:

A través de las trompas de Falopio. (MINSA-GUIA-CLINICA, 2013)

Contaminación fetal: al realizar procedimientos invasivos amniocentesis, toma de muestra de sangre del cordón, de biopsias de vellosidades coriónicas.

Al nacer y en el periodo neonatal, el microorganismo en el recién nacido es colonizado por bacterias aeróbicas y anaeróbicas, virus, hongos y protozoos para establecer su flora normal.

Así mismo puede adquirir gérmenes del medio ambiente intrahospitalario o en su hogar, presentan distintos comportamientos en cuanto a virulencia y resistencia a los antimicrobianos.

Una vez que los microorganismos acceden al torrente circulatorio, con o sin localización focal, se desencadenan una serie de mecanismos de respuestas del huésped, orientado y evitar esta invasión.

Como resultado de la interacción de los productos bacterianos y los mediadores pro. Inflamatorios, se activan otras vías inmunológicas y bioquímicas para controlar la invasión bacteriana y regular los desajustes fisiológicos.

3.5 Manifestaciones clínicas:

Suelen ser inespecíficas sobre todo en los neonatos menores de 7 días de edad.

Los síntomas y signos que se observan más frecuentemente son:

Distermia, Dificultad respiratoria, Apnea, Cianosis, Ictericia, Hematomegalia, Anorexia, Decaimiento, Llanto débil, Vómitos, Distensión abdominal, Diarrea. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

3.5.1 Ruptura prematura de membrana mayor de 24 horas:

Debido a la alta frecuencia de complicaciones materna fetal asociadas como infección prematuridad síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.

Si la ruptura prematura de membrana se produce en cualquier momento del embarazo antes del inicio del trabajo de parto aumenta la mortalidad materna y perinatal a expensa de la infección la frecuencia y su gravedad se encuentra relacionado con el periodo de la latencia sobre todo cuando este excede las 24 horas, la ruptura prematura de membrana expone a la mujer en riesgo de sufrir prolapso de cordón umbilical o partes fetales.

También aumenta la mortalidad perinatal ya que tiene que ver con la inmadurez del recién nacido cuya complicación más frecuente es la presencia de membrana y alina la frecuencia con que se presenta la ruptura prematura de membrana es de 10%. (MINSA-GUIA-CLINICA, 2013)

Factores de riesgo RPM:

Infecciones en el tracto genital inferior.

Antecedentes del parto pretérmino.

Embarazo con DIU.

Debilidad inherente de las membranas.

Iatrogenia (procedimientos medicaos).

Coriomnioitis.

Esfuerzo excesivo.

Infección urinaria.

Sobre distensión urinaria.

Desproporción cefalopelvica.
Déficit nutricional.
Incompetencia itsmicocervical.
Antecedente de ruptura de membrana.
Hemorragia preparto.
Disminución del colágeno de la membrana.
Desnutrición.
Tabaquismo. (MINSA.norma-077, 2011)

3.5.2 Fiebre materna intraparto:

La bolsa rota más de 12 horas, puede ser considerada como causa de fiebre intraparto, la fiebre percute de forma negativa del bienestar del recién nacido.

La fiebre intraparto tiene una prevalencia muy variada a (de 10 a 38) en nulíparas, puede ser debido a una causa infecciosa, interacción intra-amniótica urinaria o respiratoria y no infeccioso principalmente la anestesia epidural.

El mejor manejo de la fiebre intraparto reduce la consistencia materna como neonatales. (MINSA-GUIA-CLINICA, 2013)

La hemorragia o sangre vaginal que se inicia después del parto se denomina loquios. Dura aproximadamente 2 semanas los primeros días son de color rojizos, posteriormente son rosados hasta adquirir el aspecto de un

Flujo normal, Se forma por la sangre que mana de la herida placentaria y de las excoriaciones del cuello y la vagina y a la que se agregan el líquido de exudación de dichas lesiones, fragmentos de caduca en degeneración grasa por las células de descamación de todo el trayecto genital. Este flujo líquido recibe el nombre de loquios.

La ausencia de loquios significa su retención (loquiómetra) en caso de infección los fétidos son de mejor pronóstico infección por colibacilo o anaerobios) que los no fétidos (infección por estreptococo y estafilococo, más grave).

El olor de los loquios, recuerda a los de los espermas, olor a hipocloritos de sodio, a veces en cambio puede ser desagradable y fétido; característico de algunos procesos infecciosos. (MINSA.norma-077, 2011)

3.6 APGAR método para la evaluación del recién nacido.

Desde que la Dra. Virginia Apgar anesthesióloga, propusiere su nuevo método para la evaluación del recién nacido en 1953, este se adoptó universalmente y es sin duda el elemento indispensable y valioso en la evaluación del recién nacido al nacer. (Apgar, Julio-1953)

El uso de la clasificación de Apgar también posibilita estudiar en series cronológicas, su relación con la asfixia, el riesgo de la mortalidad y de quedar con secuelas han sido establecidos por varios autores por eso es que internacionalmente la OMS, a considerado como asfixia grave a aquel niño que tiene un Apgar igual o inferior a 3, al minuto, y leves este es de 4 a 7 al minuto. (Apgar, Julio-1953)

Puntaje de Apgar:

Mayor de 8-10 es normal

4-7 depresión leve-moderada

0-3 depresión severa

La frecuencia respiratoria (Fr) del recién nacido es de 40-60 por/min. La frecuencia cardíaca en reposo es de 120-160 p/m, el color es rosado total es generalizado o con acrocianosis.

Con esta prueba se le evalúa:

Frecuencia cardíaca

Respiración

Tono muscular

Reflejos

Color de la piel

Valoración del Apgar:

El APGAR no se usa para valorar la presencia de asfixia o la necesidad de reanimación, el Apgar es una evaluación del estado general del recién nacido que se efectúa al primer y quinto minuto de vida.

El primer minuto tiene mayor valor diagnóstico que el que se hace a los cinco minutos tiene mayor valor pronóstico, entre más la puntuación de apgar, peor pronóstico neurológico o mayor mortalidad neonatal.

El Apgar, al primer minuto, en este momento o prácticamente todos sus componentes ya sea 3 evaluado desde el nacimiento durante la atención inmediata. Si la puntuación es mayor o igual a 8, el niño o niña normal se mantiene junto a la madre se continúa con el apego precoz.

3.7 Los Gérmenes más Frecuentes:

Colonización materna por estreptococo del grupo B:

Es uno de los principales agentes causantes de sepsis neonatal precoz, la mortalidad de los afectados oscila entre el 6 y 20%

Es una bacteria que abunda en todo el mundo y que es responsable directa de la sepsis temprana y uno de los programas de prevención más relevante de la medicina.

Coco pirógenos gran positivo.

Estreptococo del grupo B:

Diplococo gran positivo aerobio, puede encontrarse en el aparato digestivo, urinario y genital, puede provocar una enfermedad grave a la madre, y al bebé durante la gestación y después del parto usualmente ocurre entre las primeras 24 horas de vida. (OPS/MINSA.NORMA., 2015)

Enfermedades:

Perinatales.

Endometritis.

Bacteriemia.

Corioamniotitis.

Infecciones del tracto urinario.
Infecciones focales.
Osteomielitis.
Artritis aséptica adenitislulitis.

En diabetes mellitus.
Enfermedades renales o hepáticas
crónicas.

Escherichia coli:

Son más comunes en mujeres por la corta longitud de la uretra (25 a 50 mm, o bien 1 a 2 Pulgadas) en comparación con los hombres (unos 15 cm, o unas 7 pulgadas. Entre los ancianos, las infecciones urinarias tienden a ser de la misma proporción entre hombres y mujeres.

Debido a que la bacteria invariablemente entra al tracto urinario por la uretra (una infección ascendente), los malos hábitos sanitarios pueden predisponer una infección, sin embargo, otros factores cobran importancia, como el embarazo, hipertrofia benigna o maligna de próstata, y en muchos casos el evento iniciante de la infección es desconocido.

Aunque las infecciones ascendentes son las causantes de infecciones ascendentes son las causantes de infecciones del tracto urinario bajo y cistitis, no es necesariamente esta la causa de infecciones superiores como la pielonefritis, que puede tener origen hematógeno.

Produce diarrea líquida abundante, usualmente sin fiebre, vómitos.

Mecanismo de acción:

Produce enterotoxina.

Se adhiere a la mucosa intestinal por medio de factores de colonización.

Se produce en la superficie sin provocar daños.

Bloquea la absorción de agua, excreción de Cl, Na, K y agua.

Klebsiella:

Patógeno oportunista responsable de infecciones nosocomiales y adquiridas en comunidad, son bacilos gramnegativos inmóviles.

Está presente de forma natural en ambientes acuáticos y pueden multiplicarse y alcanzar concentraciones elevadas en aguas ricas en nutrientes. Estos organismos pueden proliferar en sistemas de distribución de agua y se sabe que colonizan las arandelas de los grifos.

Puede causar infecciones intrahospitarias, y el agua y los aerosoles contaminados pueden ser fuentes de estos organismos en ambientes hospitalarios y de otros centros sanitarios. (OPS/MINSA.NORMA., 2015)

Estafilococo aureus:

En una bacteria grampositiva que a veces se torna resistente a los antibióticos como meticilina (SARM).

El estafilococo aureus pertenece a la familia Micrococcaceae en la que hay 20 especies diferentes, aunque el estafilococo aureus es el que con mayor frecuencia causa infecciones en el ser humano.

Los que se exponen a riesgo mayor son las personas con sistemas inmunitarios pocos activos, como las personas ancianas o muy jóvenes.

Enfermedades que causa:

El estafilococo aureus causa enfermedad mediante toxina, manifestaciones clínicas, o por la invasión y destrucción de los tejidos, lo que provoca otras enfermedades debido a la proliferación de estafilococo.

En ocasiones, el estafilococo aureus puede entrar en el torrente sanguíneo desde el sitio de la infección y alcanzar otros tejidos distantes, como el cerebro o los pulmones.

Las enfermedades cuya responsabilidad recae en el estafilococo aureus son muy diversas. (OPS/MINSA.NORMA., 2015)

Entre ellas las más destacadas se pueden citar:

Osteomielitis.	Meningitis.	Neumonía
Conjuntivitis.	Otitis media.	Estafilocócica
Artritis.	Mastoiditis	Primaria.
Infecciones orbitales graves.	Orzuelos.	Paroditis.
Sinusitis.	Bronquitis.	Enterocolitis.

3.8 Laboratorio y gabinete:

Pruebas diagnósticas específicas a. Cultivo de sangre. El aislamiento de la bacteria en sangre es el método estándar para diagnosticar la sepsis neonatal.

Pruebas diagnósticas no específicas Al nacer, el feto realiza la transición abrupta de su entorno protección del útero al mundo exterior; debe someterse a extremo intercambiar fisiológico para sobrevivir en la transición.

Recuento y fórmula de células blancas.

El total de leucocitos es una señal importante de respuesta inflamatoria cuando:

Leucocitosis $\geq 20,000 \times \text{mm}^3$; sin embargo, es más significativo cuando hay

Neutropenia igual o menor a $1,500$ neutrófilos $\times \text{mm}^3$.

Guía Clínica para la Atención del Neonato 273

Relación de neutrófilos inmaduros en relación con el total de neutrófilos ≥ 0.2 .

Las plaquetas $< 150.000 \times \text{mm}^3$, suelen disminuir cuando la infección está avanzada, por lo tanto no es un marcador temprano de infección.

Las vacuolas de los neutrófilos y las granulaciones tóxicas también sugieren infección bacteriana.

La proteína C reactiva (PCR) valores $> 1\text{mg/dL}$ (10 mg/L).

Procalcitonina PCT $> 2 \text{ ng/ml}$ (donde este disponible).

Interleuquina IL-8 $> 70 \text{ pg/ml}$ (donde este disponible).

Realizar una sola prueba que refleje la respuesta inflamatoria no es suficiente para comprobar la presencia de sepsis neonatal. Ninguna de las pruebas que a continuación se describen tiene una sensibilidad del 100%, la combinación de una

prueba crucial respaldada por otra menos sensible, ha probado ser la mejor combinación para detectar tempranamente la sepsis neonatal:

La primera de éstas, el hemocultivo, se recomienda 2 muestras dentro de las primeras 24 horas las que se tomarán a las 4 horas, el segundo a las 12 horas de vida, se requiere 1 ml de sangre para un frasco que contenga 5 ml de medio de cultivo.

Las pruebas que marcan alguna respuesta inflamatoria (índice de bandas/neutrófilos, total de leucocitos y PCR) se tomarán en sangre venosa, a las 4 horas, 12 horas y 48 horas después del nacimiento y el recuento de plaquetas se debe incluir en la solicitud. Rayos X Tórax dado que las manifestaciones respiratorias son las más frecuentes en sepsis. La interpretación se realiza de la siguiente manera: Índice bandas/neutrófilos ≥ 0.2 MÁS positividad a uno de los siguientes: – Leucocitosis $\geq 20,000 \text{ mm}^3$ o neutropenia $\leq 1,500 \text{ mm}^3$ – PCR igual $> 1 \text{ mg/dL}$ o 10 mg/L . – Las vacuolas de los neutrófilos y/o las granulaciones tóxicas. Guía Clínica para la Atención del Neonato 274 Plaquetas $\leq 150,000$. Se presentan cuando la infección ha avanzado, sobre todo por gramnegativos. Se debe repetir el mismo paquete de 4 pruebas a las 12 horas del nacimiento.

Los resultados se deben interpretar según cuadro. Si hay evidencias de positividad en la relación banda/neutrófilos más la positividad de una de las otras dos pruebas marcadoras de reacción inflamatoria, queda confirmado el diagnóstico y se continúa el tratamiento. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

3.9 Tratamiento:

Criterios para decidir manejo:

El diagnóstico y tratamiento lo basaremos en la confirmación de FR maternos para sepsis neonatal y la utilización de un paquete de pruebas sensibles de laboratorio.

Manejo Inicial:

Resucitación estándar inicial debe ser iniciada tan pronto como se reconoce que el bebé tiene sepsis grave o shock séptico inminente que a menudo es difícil de reconocer temprano.

Esquema antibiótico empírico inicial: Ampicilina (o Penicilina Cristalina) + Amikacina es eficaz contra todas las cepas de GBS y la mayoría de las cepas de E coli.

Si se sospecha Sepsis Intrahospitalaria (Infección de Torrente Sanguíneo asociado a catéter venoso), conocida también a infección asociados a los cuidados en sal.

En Nicaragua, las bacterias aisladas ocasionalmente han estado relacionadas con infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso, cuya característica es presentar multiresistencia a los betalactámicos con excepción de carbapenemes y algún betalactámico con inhibidor de betalactamasas (piperacilina/tazobactam). Duración de la antibióticoterapia: Nos podemos auxiliar con el reporte de laboratorio: debe reportar el primer resultado del hemocultivo a las 24 horas, indicando si hay crecimiento bacteriano y el resultado del Gram: crecimiento de grampositivos o gramnegativos.

Un resultado de hemocultivo positivo y reacción inflamatoria negativa debe sugerir contaminación a la hora de la toma de la muestra.

Si no hay crecimiento bacteriano en el segundo reporte y el segundo paquete de 4 pruebas de laboratorio indica que no hay respuesta inflamatoria que sugiera sepsis, se le debe suspender los antimicrobianos y autoriza el egreso (sin antimicrobianos) a las 48 horas de su ingreso; así mismo, citarlo a las 48 horas para constatar que todo marcha bien, salvo en aquellos casos en los que exista otra causa por la cual el recién nacido deba permanecer ingresado en la sala.

En sospecha no confirmada en RN asintomático: 3 días de tratamiento antibiótico. En probable sepsis: 7 a 10 días de antibiótico.

En sepsis con Meningitis de 14 a 21 días. Medidas generales de soporte: Ambiente térmico adecuado, terapia hidroelectrolítica necesaria, oxígeno terapia, corrección de equilibrio ácido-base, inotrópicos de ser necesarios.

Terapia coadyuvante: lactancia materna, estimulación temprana.

Nutrición: La alimentación enteral es preferible, ya que reduce la translocación bacteriana desde el intestino en la circulación sistémica. Si la alimentación enteral es fuente de energía no es posible adicionar nutrición parenteral

Manejo ventilatorio: insuficiencia respiratoria en la sepsis severa o shock séptico es frecuente debido a pulmonar aguda daño causado por la infiltración de activado neutrófilos, y el consumo de agente tensioactivo dando lugar a una rápida caída en funcional residual capacidad que puede requerir ventilación temprano apoyo y la terapia con tensioactivo. Se debe cuidar para evitar la hiperoxia.

3.10Criterios de egreso y control.

Evolución clínica favorable, Buena tolerancia oral, Cumplimiento del tratamiento, Ganancia adecuada de peso, Hemograma y PCR (proteína C reactiva) normal. Control: RNT(recién nacido a termino) control a los 48 hor en consulta externa, RNPT(recién nacido prematuro): Según manejo de prematuridad. (MINSA.NORMATIVA-108, 2013)

IV. Diseño metodológico:

4.1 Tipo de Estudio:

Estudio de enfoque cuantitativo, tipo retrospectivo, descriptivo, y de corte transversal.

Descriptivo: tienen mayor nivel de profundidad, se inicia el establecimiento de relación entre factores que pueden estar influyendo.

Prospectivo: La investigación se realiza con casos nuevos a partir de la fecha del inicio de la investigación, siendo un orden cronológico hacia adelante.

De corte transversal: refleja lo que está sucediendo en un determinado momento en una población definida en un tiempo particular.

4.2 Área de Estudio:

Este trabajo investigativo se realizó en pacientes ingresados a sala de neonato del Hospital Victoria Motta, Jinotega abril 2020

4.3 Periodo de estudio:

Comprendido desde el 01 del mes de Abril al 30 de abril año 2020.

4.4 Población:

Lo constituyeron 37 bebés ingresados durante el mes abril año 2020 registrados en el censo de la sala de neonato Hospital Victoria Motta Jinotega del año 2020.

4.5 Muestra:

Representada por 16 bebés ingresados constituyendo el 100% a sala de neonatología con diagnóstico de sepsis neonatal para un 43% de la población en el mes de abril año 2020. $16 \times 100 \div 37 = 43\%$ de niños con sepsis neonatal

4.6 Tipo de muestra:

Aleatorio simple donde la población con diagnóstico en estudio tuvo la misma oportunidad de participar en el estudio.

4.7 Unidad de Análisis:

Recién nacidos que fueron ingresados a la sala de neonatología, con el diagnóstico de sepsis neonatal, temprana y tardía del Hospital Victoria Motta Jinotega, mes de Abril, Jinotega del año 2020.

4.8 Fuente de información:

Fuente secundaria, se tomaron datos a través de los expedientes clínicos con previa autorización de la dirección interna del Centro Hospitalario.

4.9 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterio de Inclusión:

Todos los niños que nacieron dentro y fuera del Hospital Victoria Mota y que fueron ingresados a la sala de neonatología con diagnóstico de sepsis neonatal.

Criterio de Exclusión:

Todos los niños que ingresaron al hospital o al servicio de neonato que no fueron diagnosticados con Sepsis Neonatal.

4.10 Método e Instrumento de Información:

A través de la encuesta estructurada y diseñada donde se plantearon los objetivos del estudio de investigación.

4.11 Proceso de Recolección de Datos:

Los datos recolectados fueron a través de una encuesta con preguntas cerradas y de selección múltiple donde posteriormente fueron procesadas.

4.12 Procedimiento de recolección de la información:

Los datos a recolectar son de tipo cuantitativo para la recolección de los mismos se realizó una encuesta para obtener los datos del expediente clínico de la historia neonatal del recién nacido una vez elaborada la encuesta se procedió a recoger datos de cada expediente de la bebés con diagnóstico de sepsis.

4.13 Análisis de la información:

Obteniendo toda la información de la encuesta los datos fueron procesados mediante Microsoft Word 2019, para levantado de texto, Excel 2013 en el cual se realizaron los cruces de variables y se generaron las tablas respectivas y gráficas de pastel.

4.14 Operalización de las variables:

Variable	Concepto	Indicadores	Valores a escala
Edad Materna	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la hospitalización por el neonato diagnosticado con Sepsis dado en años cumplidos.	En años	–Menor de 20 años. –De 20 a 35 años. –Mayor de 35 años.
Ocupación	Actividad realizada por la mujer en el ámbito laboral.	Trabajo que desempeña la mujer.	• Ama de casa • Profesional. • Comerciante. • Otros
Estado Civil	Condiciones políticas de compañera de vida.	Tipo de relación de pareja.	– Soltera. – Casada. – Acompañada. – Separada. – Viuda.
Escolaridad Materna	Condición que determina el grado de conocimiento que posee una persona.	Nivel académico.	▪ Analfabeta. ▪ Primaria. ▪ Secundaria. ▪ Técnico. ▪ Licenciatura.
Procedencia materna	Área geográfica de donde procede,	Área donde vive la madre.	✓ Rural. ✓ Urbano.

	relacionado con la evaluación de los accesos a los servicios básicos.		
Paridad de la madre	Cantidad de partos que la mujer ha tenido a lo largo de su vida.	Número de partos.	– Bigesta 2 partos previos. – Trigesta: 3 partos previos. – Multípara: 4 partos previos. – Gran multípara: más de 4 partos previos.
Edad gestacional	Tiempo transcurrido desde el último día del periodo menstrual al nacimiento.	Semana de Gestación.	• Pretérmino: 22 a 27 semanas. • Prematuro: 28 a 36 semanas. • A término: 37 a 41 semanas. • Postérmino: 42 semanas o más.
Peso al nacer	Es la medida del producto de la concepción, feto o recién nacido hecha después del parto.	Peso en Kilogramos.	▪ 1,000-1494 g. ▪ 1,500-2,494 g. ▪ 2,500-2994 g. ▪ 3,000-4,000 g. ▪ 4,000 grs a más.
Factores de riesgo	Se definen los tipos de factores de riesgo de probabilidad que tiene la madre, su hijo o ambos de enfermar o morir;	Patología asociada a la sepsis neonatal.	– I.V.U – R.P.M – Anomalía congénita. – Asfixia perinatal. – Fiebre materna. – Carioamniotitis.

	según asociación con el daño que produce.		– Fiebre intraparto. – Otros.
Variable	Concepto	Indicadores	Valores a escala
Edad del bebe al ingreso a sala de neonato	Edad del bebe al ingreso hospitalario a sala de neonatología, con diagnosticado de Sepsis neonatal.	En horas, días o semanas	– Temprana primeras 48-72 hrs de vida.____ – Tardías después 48-72 hrs de vida.____ – Nosocomial desde las 48 a 72 horas hasta 28 días de nacimiento.____

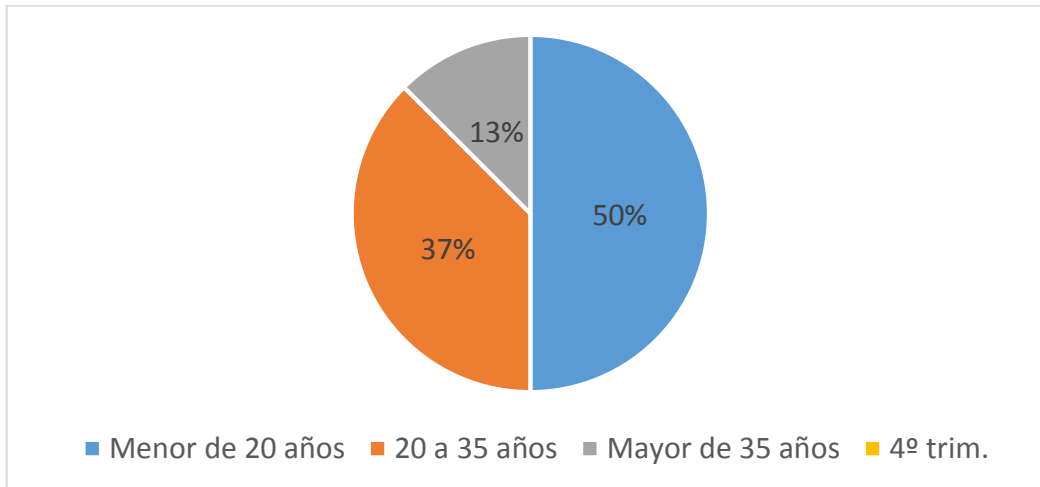
4.15 Aspectos Legales:

Para obtener el consentimiento informado, se realizara una carta de solicitud para poder acceder a expediente clínico de las madres y al libro de ingreso en la sala de neonato, está fue dirigida a la director del Hospital victoria Mota, y entregada al departamento de Estadísticas.

V. Resultados

5.1 Características sociodemográficas de la madre.

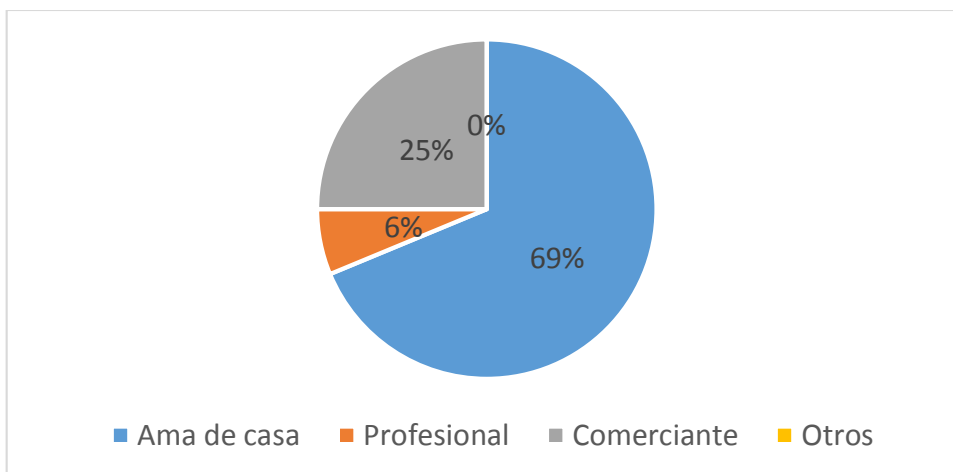
Grafico # 1. Edad de las madres de los bebes en estudio.



Fuente: secundaria.

La edad de las madres de los bebes en estudio, fue representado por el 50% en edades de menos de 20 a años, continuando con el 37% en edades entre los 20 a 35 años, seguido por madres mayores de 35 años con el 13%.

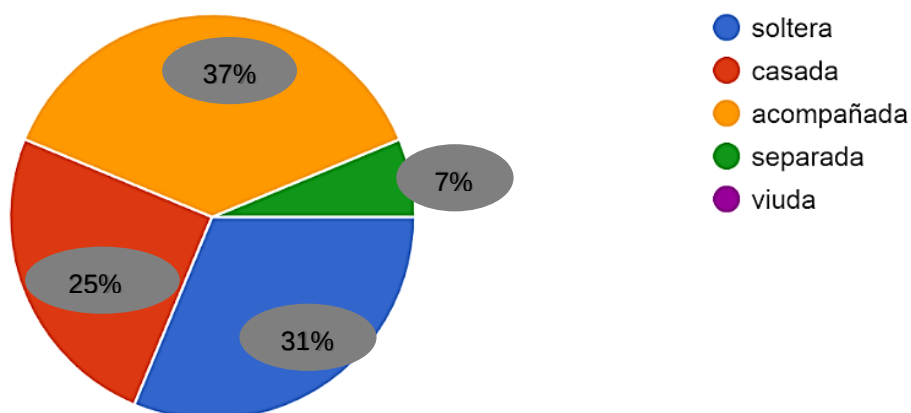
Grafico #2. Ocupación de las madres de los bebes en estudio.



Fuente: secundaria.

Los resultados para la ocupación de las madres fueron del 69% para las ama de casa, 6% son profesionales, 25% se dedican como comerciantes.

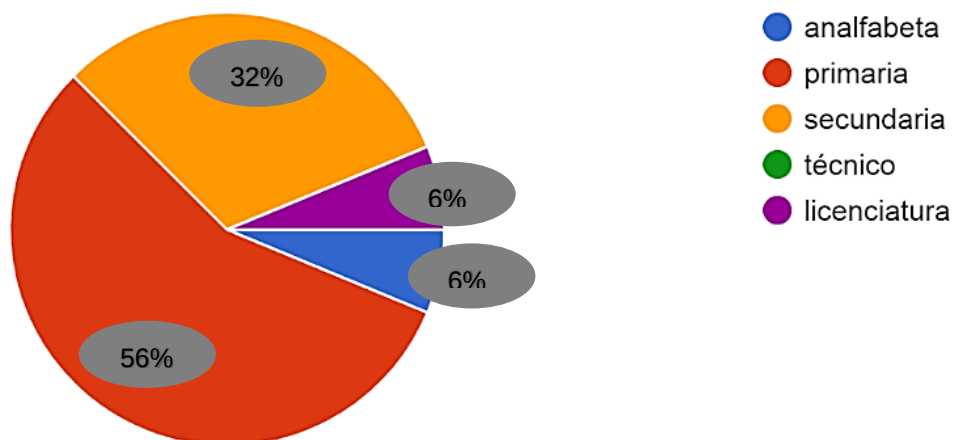
Grafico #3. Estado civil materno.



Fuente: secundaria.

Se obtuvieron los siguientes resultados del 37% se encuentran acompañadas, 31% de las mamás son solteras, el 25% están casadas seguidas por el 7% separadas, para la casilla de viuda no hubo resultado.

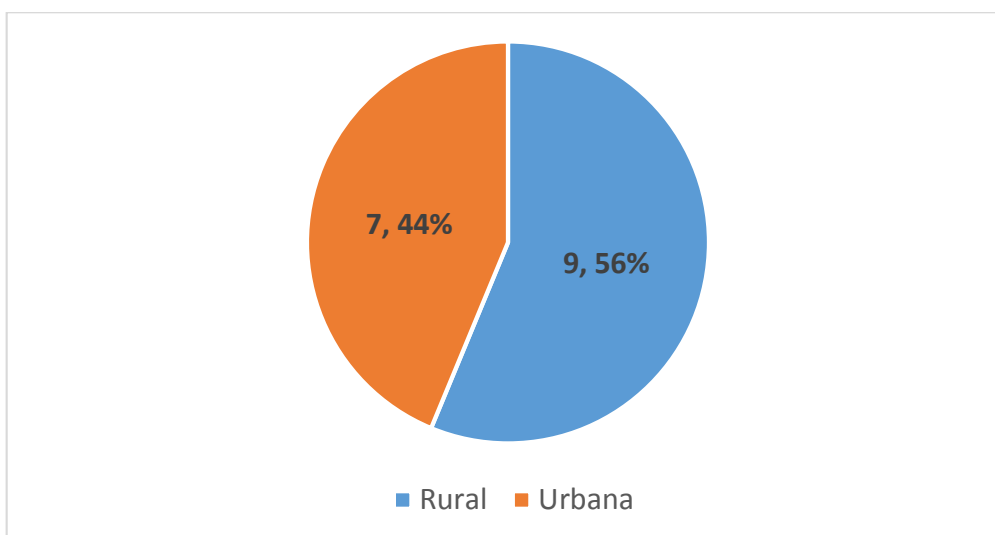
Grafico #4. Nivel académico materno.



Fuente: secundaria.

Referente al nivel académico de las madres de los bebe, es del 56% están en nivel de primaria, el 32% tiene un nivel académico de secundaria, un 6% tiene un nivel académico de licenciatura y un 6% respectivamente son analfabetas.

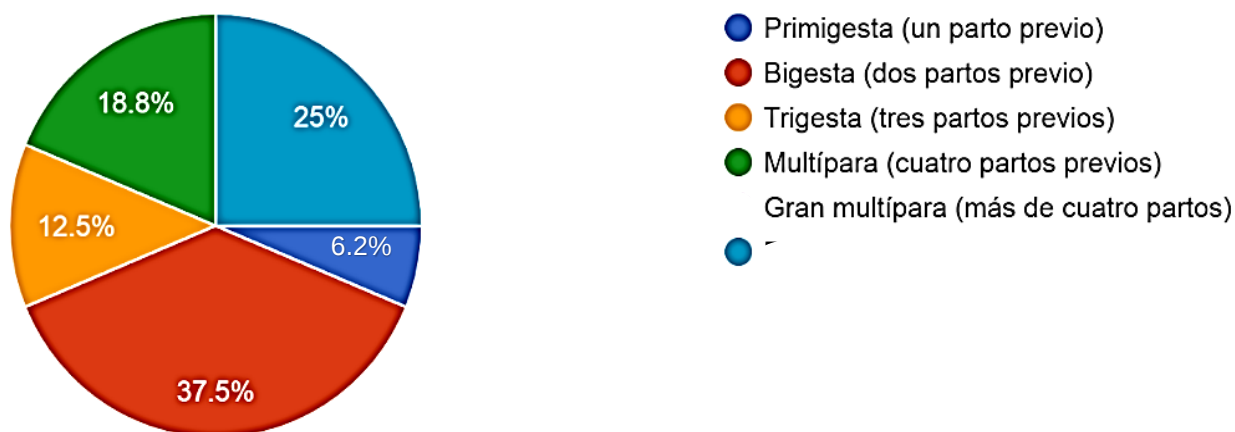
Grafico #5. Procedencia materna.



Fuente: secundaria.

En cuanto a la procedencia de las madres de los bebe, encontramos que el 56% son del área rural y el 44% de las madres pertenecen al área urbana.

Grafico #6. Paridad de la madre.

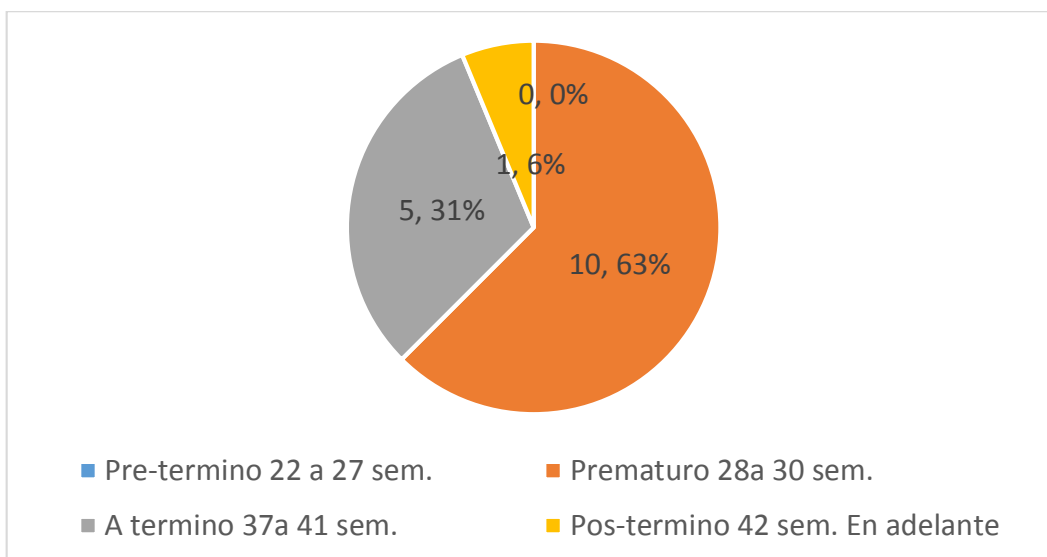


Fuente: secundaria.

En el número de partos de las madres de los bebe en estudio, representa que el 37.5% de las madres tenían dos partos previos, el 25%, presentaban un parto previo, el 18,8% tenían cuatro partos previos, 12,5% tenían tres partos previos y el 6,2% más de cuatro partos.

5.2 edad gestacional que presentaron los niños

Grafico #7. Edad gestacional de los bebes con sepsis.

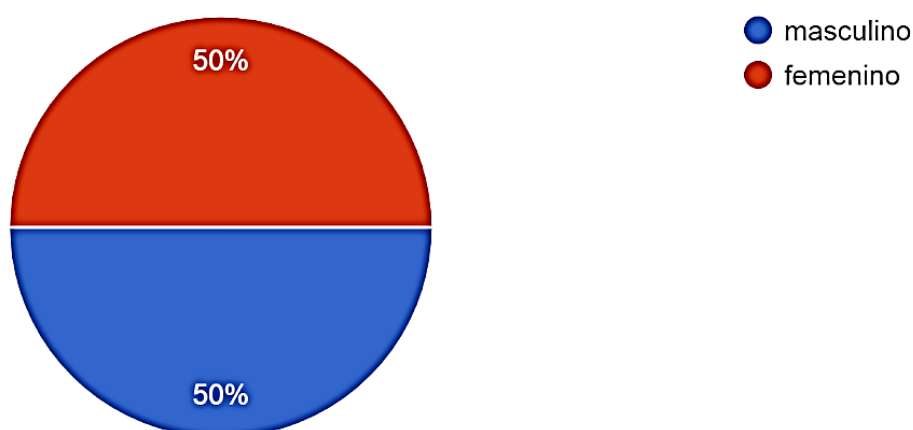


Fuente: secundaria.

En las edades gestacionales se revela que el 63% de los bebes con sepsis eran prematuros, el 31% en edad gestacional a término y el 6% eran pos término.

5.3 factores específicos asociados a la sepsis neonatal de Madres e hijos, para presentar Sepsis neonatal.

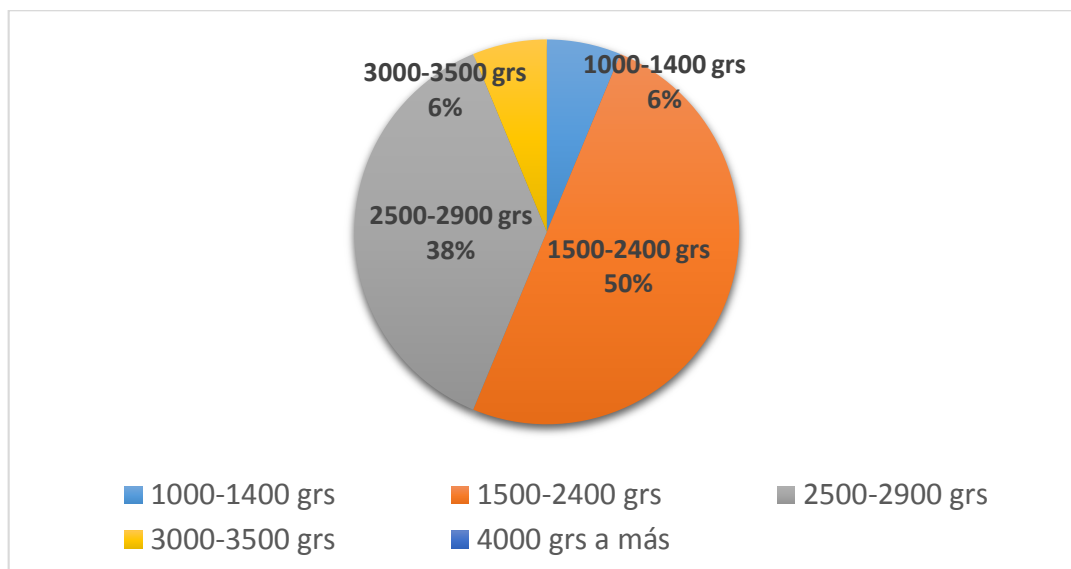
Grafico #8. Sexo del recién nacido.



Fuente: secundaria.

En este aspecto, se obtuvo que de la muestra que se tomó para el estudio el 50% fueron de sexo masculino y el 50% respectivamente de sexo femenino.

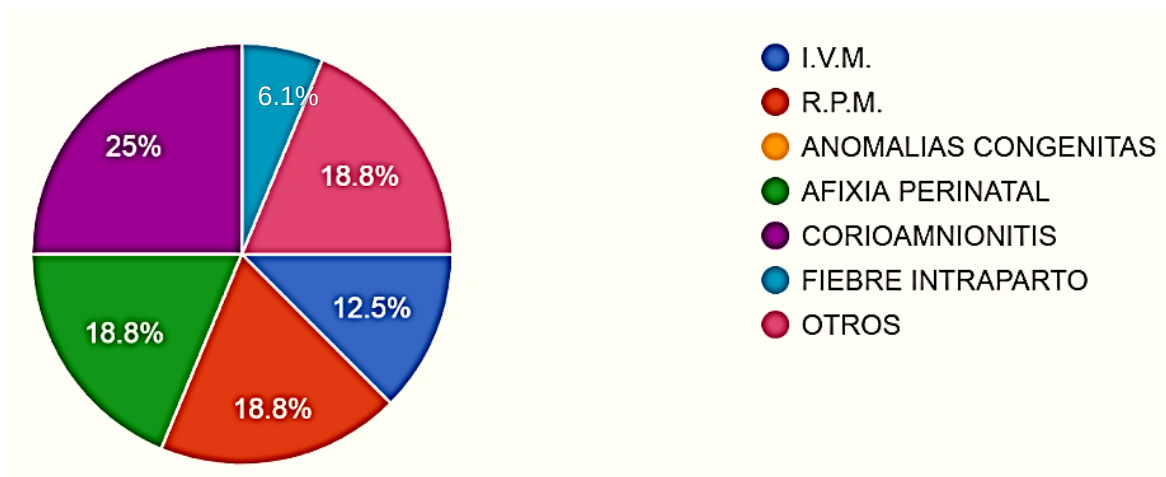
Grafico #9. Peso al nacer del recién nacido.



Fuente: secundaria.

Los porcentajes del peso que presentaron los bebes al nacer son 50% con un peso entre 1500 a 2400 grs, el 38% tenían un peso entre 2500 a 2900 grs, el 6% con el peso de 1000 a 1400 grs y el 6% respectivamente con el peso entre los 3000 a 3500 grs, el peso de 4000 grs a mas no se obtuvo resultados.

Grafico #10. Patologías asociadas para la sepsis como factores de riesgos.

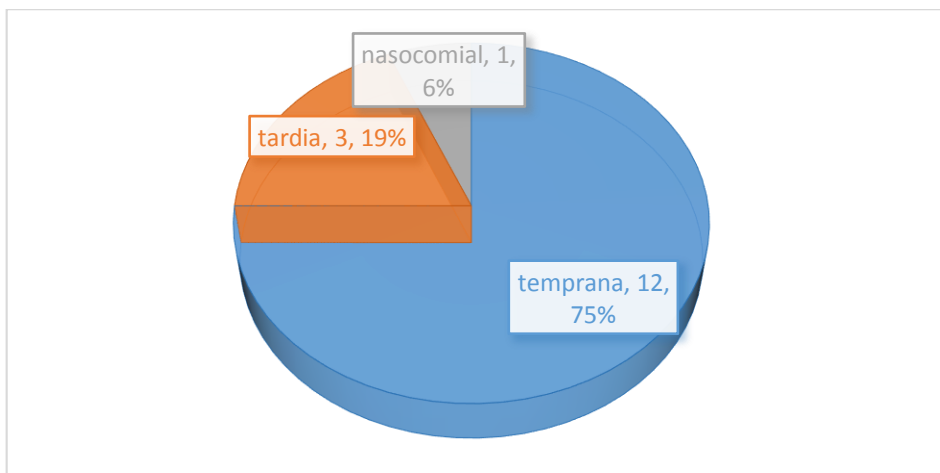


Fuente: secundaria.

Los resultados obtenidos en los factores de riesgos para la sepsis son que el 18.8% para la asfixia perinatal, también un 18.8% la ruptura prematura de membrana, al igual que el 18.8% para otros factores relacionados para la sepsis, el 25% con corioamnionitis, un 12.5% I.V.M, y el 6.1% para la fiebre intraparto.

5.3 Clasificación de sepsis que presentaron los bebés.

Grafico #11. Edad de los bebés al ingreso a sala de neonato.



Fuente: secundaria.

En estos datos se obtuvo los siguientes resultados, el 75% de los bebés ingresados a sala de neonato fueron en las primeras 48 a 72 horas de vida en clasificación de sepsis como temprana, seguido por el 19% para los bebés ingresados después de las 48 a 72 horas de vida en la clasificación para sepsis como tardía, y el 6% de los bebés ingresaron a neonato fueron en clasificación nosocomial desde las 48 a 72 horas hasta los 28 días de nacimiento.

VI. Análisis de resultados

La sepsis es la disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección, amplificada significativamente por factores endógenos, con alta morbilidad y mortalidad, y representa un desafío para los servicios de neonatología.

La importancia de conocer los factores de riesgo que en nuestro medio llevan al desarrollo de una sepsis ya sea precoz o tardía y su relación con la mortalidad, es definir cuáles de los niños son los que tendrán prioridad en atención, en los métodos de cuidados y su adecuado tratamiento y atención. (INFORMED-STAY, 2020)

Esta investigación tiene por objetivo general analizar los Factores de Riesgo asociados a la sepsis neonatal de los niños que ingresaron en la sala de neonatología del hospital Victoria Motta Jinotega mes de Abril año 2020. Se obtuvo los siguientes resultados.

Las edades de las madres de los bebés que fueron ingresados a la sala de neonato por factores asociados a sepsis fueron del 50% eran menores de 20 años, el 37% de 20 a 25 años seguido por el 13% para las madres mayores de 35 años. Los porcentajes del estado civil en las que se encuentran las madres de los bebés es del 37% están acompañadas, el 31% eran solteras, continuando con el 25% casadas y el 7% se encontraban separadas.

La procedencia de las madres de los niños que presentaron sepsis fue de 56% del área y el 44% del área urbana.

La edad estacional en la que se encontraban las madres en gestación al momento del nacimiento de los bebés en estudio fueron de 28 a 36 semanas de 62.5% de 42 semanas a más de 6.2% y de 37 a 41 semanas con los porcentajes de 31.3%.

La ocupación a la que se dedican las madres de los bebés con los porcentajes son del 68% para las amas de casa, el 25% son comerciantes el 7% son profesionales.

Según nivel académico el 56% de las madres han cursado la primaria el 32% han cursado secundaria seguido por el 6% de las madres que han cursado licenciaturas y el 6% respectivamente para las madres con un nivel de analfabetismo.

La paridad de las madres de los bebe ingresados en neonato fueron del 37.5% bigestas lo cual presentaban 2 partos previos, 25% de ellas primigestas 1 parto previo, el 18.8% se encontraban con 4 partos previos es decir multípara, 12.5% fueron trigestas 3 partos previos y solo el 6.2% eran gran multigesta más de 4 partos.

edad gestacional que presentaron los niños al momento del ingreso por sepsis fue de a término 31%, pre terminó 63% y pos terminó 6%.

El sexo de los bebes ingresados en la sala de neonato fue de 50% masculino 50% femenino.

El peso que presentaron los bebe al nacer fue de 3000 a 3500 grs. Con un porcentaje del 6%, los de peso entre 1500 a 2400grs fue del 50%, para los de peso de 2500 a 2900grs es del 38% y los de 1000 a 1400grs es de 6% los de peso de 4000 grs a mas no hubo datos.

Los datos de los porcentajes para los factores de riesgos para sepsis es del 25% para corioamnionitis, el 18.8% los que presentaron asfixia perinatal, al igual que 18.8% presentaron ruptura prematura de membrana y otro 18.8% presentaron otros datos como factores de riesgos, el 12.5% de las madres presentaron infección de vías urinarias y solo el 6.1% presentaron fiebre intraparto.

La edad de los bebes al ingreso a sala de neonatos fue de 75% entre las 48 y 72 primeras horas de vida clasificadas como sepsis temprana, el 19% entre las 48 y 72 horas después del nacimiento clasificado como tardía, el 6% entre los 48 a 72 horas hasta los 28 días de nacimiento clasificados como nasocomial.

VII. Conclusiones

Con la información recolectada llegamos a la siguiente conclusión.

Características sociodemográfica de las madres y edad gestacional al nacimiento. La edad de las madres de los, predomino las de edad con menos de 20 años, estado civil acompañadas de procedencia rural el porcentaje mayor en las edades gestacionales fue de 28 a 36 semanas de gestación al nacimiento, la ocupación que predomino fue de ama de casa, con nivel académico de primaria.

Factores asociados para sepsis.

Los datos de la paridad o número de partos previos de las madres de los bebés ingresados por sepsis, fue de relevancia las madres bigestas dos partos previos seguido por las primigestas un parto previo.

El sexo de los bebés que ingresaron a la sala de neonatología fue de 50% para el sexo masculino y femenino.

El peso al nacer que presentaron los bebés al nacimiento que más se destacó fueron los de 1500 a 2400grs seguido por los 2500 a 2900grs.

Patologías asociadas para la sepsis como factores de riesgos con más ocurrencia fue la corioamnionitis, seguido por asfixia perinatal y ruptura prematura de membrana.

Clasificación para sepsis que presentaron los bebé ingresado a neonatos.

Edad de los bebés al ingreso a sala de neonato fue entre las primeras 48 a 72 horas de vida, clasificado como sepsis temprana.

VIII. Recomendaciones

La sepsis neonatal asociada a los diversos factores de riesgo entre los que se citan los factores asociados al proceso prenatal, los factores asociados al proceso del nacimiento, y los factores asociados a los diversos procedimientos realizados en las actividades diarias que realiza el personal de salud del servicio, y debido a la gran cantidad de factores asociados al problema.

Se recomienda al personal de salud.

Promover la realización de uro cultivos, a toda embarazada que ingresa con datos clínicos de infección de vías urinarias.

Insistir en el cuidado al recién nacido ingresado, extremar las medidas de bioseguridad, disminuir la transmisión nosocomial que involucra al personal en el proceso de enfermedades.

Concientizar a las pacientes embarazadas acerca del tema ruptura prematura de membranas, infección urinaria durante el embarazo la realización del control prenatal que permita la detección temprana de factores de riesgo para sepsis neonatal.

IX. BIBLIOGRAFIA.

- Apgar, D. (Julio-1953). «A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant.». *Current Reasearches in Anesthesia and Analgesia*, 10.
- INFORMED-STAY. (2020). *SepsisAlliance*. Obtenido de informacio sobre la sepsis: <https://www.sepsis.org/espanol/>
- MINSA.NICARAGUA. (2009). *NORMAS Y PROTOCOLOS.MINSA*. Obtenido de Atencion integral al recien nacido: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/search/>
- MINSA.NICARAGUA. (2013). *NORMAS Y PROTOCOLOS*. Obtenido de Gua para el manejo del neonato: www.minsa.gob.ni
- MINSA.norma-077. (SEPTIEMBRE de 2011). *NORMATIVA.077*. Obtenido de Protocolos de atención integral al Recién Nacido: <https://nicaragua.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PROTOCOLO-DE-ALTO-RIESGO.pdf>
- MINSA.NORMATIVA-108. (MARZO de 2013). *NORMATIVA-108*. Obtenido de GUÍA CLINICA PARA LA ATENCIÓN DEL NEONATO-Pag.270: https://www.siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6356.pdf
- MINSA-GUIA-CLINICA. (2013). Atencion de complicaciones obstetricas 3ra. ediccion. En M. D. NICARAGUA, *PROTOCOLO* (pág. 200). MANAGUA: Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud.
- Nicaragua, M. d. (2009). *Normas y protocolos. Impresiones Troqueles S.A* . Obtenido de atención integral al Recién Nacido : <https://repositorio.unan.edu.ni/3256/12/97618.pdf>
- Ocampo, M. J. (2003). *Tesis.universidad nacional autónoma de*. Obtenido de “Comportamiento de Ruptura Prematura de membrana en la sala ARO Hospital Bertha: <https://repositorio.unan.edu.ni/3256/12/97618.pdf>
- OPS/MINSA.NORMA. (2015). *NORMATIVA-108*. Obtenido de Atencion integral al recien nacido : www.nicasalud.org.ni
- OPS/OMS. (2015). *GUIA INTEGRAL PARA ELMANEJO DEL RECIEN NACIDO Pag.41*. Obtenido de Boletin informativo:

https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=773-guia-para-el-manejo-integral-del-recien-nacido-grave&category_slug=boletines-en-web&Itemid=518

Sequeira, M. (septiembre de 2005). *Tesis. universidad nacional autónoma de Nicaragua*. Obtenido de Factores de riesgo asociados a Sepsis Neonatal del Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños. :
<https://repositorio.unan.edu.ni/3256/12/97618.pdf>

Vivian.Osiris. (Octubre de 1999). *Tesis.universidad nacional autónoma de Nicaragua*. Obtenido de "Sepsis temprana y Sepsis tardía en la sala de:
<https://repositorio.unan.edu.ni/3256/12/97618.pdf>

X. Anexos

ANEXOS

11 de agosto del 2020.

Dr. José Luis Reyes Largaespada.

Director del Hospital Departamental de Jinotega

Victoria Motta.

Sus manos.

Reciba un cordial saludo de mi parte, que reciba bendiciones en su trabajo y derrame sabiduría.

Nosotras somos estudiantes de la carrera del **Técnico Superior en Enfermería** de la Universidad Nacional de Nicaragua UNAN-LEON, CUR-Jinotega. Nos dirigimos a usted para solicitarle la **autorización para poder acceder a los datos estadísticos y expedientes** de los niños con ingreso y egreso por sepsis en el mes de Abril del año 2020 para el llenado de encuesta ya que en este momento nos encontramos realizando el trabajo monográfico, para la posterior defensa y así poder llegar a obtener el título como enfermeros profesionales.

Tema.

Factores de riesgos para la sepsis neonatal temprana y tardía en pacientes ingresados a sala de neonato del Hospital Victoria Motta, mes de Abril, Jinotega del año 2020.

Objetivo General

Analizar los Factores de Riesgo asociados a la sepsis neonatal de los niños que ingresaron en la sala de neonatología del hospital Victoria Motta Jinotega mes de Abril año 2020.

Objetivos Específicos.

Identificar las Edad Gestacional de los niños que presentaron Sepsis en Estudio.

Identificar los Factores Específicos asociados a la sepsis neonatal de Madres e hijos, para presentar Sepsis neonatal en el periodo del mes de Abril año 2020.

Determinar la clasificación de Sepsis que presentaron los niños en Estudio.

Integrantes.

Br. Aryeri de los Ángeles Averruz Zeledón

Br. Aunner Jonatan Torrez Rivera

Br. María Elisabeth Zeledón Chavarría

Esperando su apoyo, nos despedimos.



*Dr. Reyes.
este estudio es
incompleto para
fines educativos
no para el postgrado.*

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEON
CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL JINOTEGA “MARLON ZELAYA CRUZ”
TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERIA



Encuesta de recolección de datos de la sepsis neonatal. (Expediente clínico)

Datos generales:

Edad materna: menor de 20 años___ 20 a 35 años___ mayor 35___

Ocupación materna: ama de casa___ profesional___ comerciante___
otros_____

Estado civil materno: soltera___ casada___ acompañada___ separada___ viuda___

Escolaridad materna: analfabeta___ primaria___ secundaria___ técnico___
licenciatura___

Procedencia materna: rural___ urbana___

Paridad de la madre:

primigesta (un parto previo) ___

Bigesta (dos partos previos) ___

Trigesta (tres partos previos) ___

Múltipara (cuatro partos previos) ___

Gran múltipara (más de cuatro partos) ___

Edad gestacional: ___ Pre término (22 a 27 semanas)

___ Prematuro (28 a 36 semanas)

___ A término (37 a 41 semanas)

___ Pos término (42 en adelante)

Sexo del recién nacido: ___ masculino ___ femenino

Peso al nacer: 1000-1400 grs. ___ 1500—2400 grs. ___ 2500—2900 ___
3000—3500 grs ___ 4000 grs a más ___

Factores de riesgo para la sepsis:

- I.V.M. ___
- R.P.M. ___
- ANOMALIAS CONGENITAS ___
- AFIXIA PERINATAL ___
- CORIOAMNIONITIS ___
- FIEBRE INTRAPARTO ___
- OTROS ___

PARAMETROS DE APGAR:

Signos	Puntaje-0-	Puntaje-1-	Puntaje-2-
Respiración	Ausente	Irregular(lanto débil)	Regular(lanto fuerte)
Frecuencia cardíaca	Ausente	Mayor de 100 ipm	Menor de 100 ipm
Color de piel y mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Acrocianosis, cuerpo rosado	Rosado total
Tono muscular	Flacidez	Flexión moderada de extremidades	Flexión completa/movimiento activo
Respuesta a estímulos del pie(irritabilidad refleja)	Sin respuesta	Algunos movimientos	Llanto vigoroso

- De 0 a 3 (asfixia grave)___
- De 4 a 7 (asfixia moderada) ____
- De 8 a más (normal) ____