



**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER
DE CHUQUISACA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL
MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES DEL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER, SUCRE – BOLIVIA, JUNIO
DE 2025**

Autor: Lic. Sonia Dayci Ramos Soto

Tutor:
MSC. Dr. José Reynaldo Quintanilla Muriel

**Tesis de grado para optar maestría en enfermería en medicina crítica y
terapia intensiva**

2025

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y DERECHOS DE AUTOR

Como autor declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citas en el estilo requerido.

Autorizo a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica por medio de una herramienta establecida para este propósito.

Autorizo a la USFX hacer de este trabajo académico un documento disponible para su lectura en el repositorio institucional.

Finalmente, manifiesto mi consentimiento para que este trabajo académico pueda ser publicado, total o parcialmente, respetando la propiedad intelectual del autor.

Sonia Dayci Ramos Soto

Junio, 2025.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo mi cariño a mi familia, quienes han sido mi motor y mi mayor fuente de inspiración. Gracias por su amor, paciencia y apoyo incondicional en cada paso de este camino.

Y a todos aquellos que confiaron en mí, incluso cuando yo dudaba. Este logro también es suyo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, por darme la fuerza, salud y sabiduría para culminar esta etapa importante de mi formación.

A mis docentes y tutores, por su guía, paciencia y valiosas observaciones que enriquecieron el desarrollo de este trabajo.

A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo constante y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Su compañía ha sido fundamental a lo largo de este proceso.

Y finalmente, a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron al logro de este trabajo.

A todos, muchas gracias.

INDICE GENERAL

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y DERECHOS DE AUTOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIMBOLOS.....	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
CAPITULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. ANTECEDENTES O GENERALIDADES	1
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.3. JUSTIFICACIÓN	4
1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.4. OBJETIVOS	5
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.5. HIPÓTESIS O IDEA A DEFENDER	5
1.6. CONTRIBUCIÓN AL ESTADO DEL CONOCIMIENTO	6
CAPITULO II.....	7
2. MARCO TEORICO	7
2.1. DEFINICIÓN	7
2.2. ETIOLOGÍA.....	7
2.3. FACTORES DE RIESGO	8
2.4. CUADRO CLÍNICO	9
2.5. DIAGNÓSTICO	10
2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	10
2.7. EXÁMENES AUXILIARES.....	10
2.8. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO.....	13
2.9. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	13
2.10. COMPLICACIONES	15
CAPITULO III.....	20
3. MARCO METODOLÓGICO	20
3.1. ENFOQUE, TIPO, NIVEL, DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	20
3.1.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN:.....	20
3.1.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
3.1.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	20

3.1.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	21
3.2. POBLACIÓN O UNIVERSO Y MUESTRA	21
3.2.1. UNIVERSO O POBLACIÓN	21
3.2.2. MUESTRA	21
3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	21
3.4. VARIABLES	22
3.4.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES	22
3.4.2. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES	22
3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.5.1. TÉCNICA	24
3.5.2. INSTRUMENTO	24
3.6. PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN	25
3.7. PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS	25
CAPITULO IV	27
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	27
CAPITULO V	44
5. PROPUESTA:	44
5.1. NOMBRE DE LA PROPUESTA:	44
5.2. INTRODUCCIÓN:	44
5.3. JUSTIFICACIÓN:	44
5.4. OBJETIVO GENERAL DE LA PROPUESTA:	44
5.5. DESARROLLO DE LA PROPUESTA:	45
5.6. METODOLOGÍA DE APLICACIÓN:	46
5.7. RECURSOS NECESARIOS:	47
5.8. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:	47
5.9. ANÁLISIS DE RESULTADOS:	47
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	53
ANEXOS	55

INDICE GENERAL

TABLA N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	27
TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL COMO ENFERMERA, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	28
TABLA N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA EN UCIN, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	30
TABLA N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SI ASISTIÓ A UN PROGRAMA DE FORMACIÓN O CAPACITACIÓN, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	31
TABLA N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	33
TABLA N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	34
TABLA N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	36
TABLA N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LAS COMPLICACIONES A CORTO PLAZO DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	37
TABLA N° 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LAS COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	39
TABLA N° 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	40
TABLA N° 11: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SEPSIS NEONATAL SEGÚN TIPO DE FACTOR, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	42

INDICE DE GRAFICOS

GRÁFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	27
GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL COMO ENFERMERA, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	29
GRÁFICO N° 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN AÑOS DE EXPERIENCIA EN UCIN, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	30
GRÁFICO N° 4: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SI ASISTIÓ A UN PROGRAMA DE FORMACIÓN O CAPACITACIÓN, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	32
GRÁFICO N° 5: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	33
GRÁFICO N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CONOCIMIENTO DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	35
GRÁFICO N° 7: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CONOCIMIENTO SOBRE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	36
GRÁFICO N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LAS COMPLICACIONES A CORTO PLAZO DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	38
GRÁFICO N° 9: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN LAS COMPLICACIONES A LARGO PLAZO DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	39
GRÁFICO N° 10: DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA SEPSIS NEONATAL, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	41
GRÁFICO N° 11: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA SEPSIS NEONATAL SEGÚN TIPO DE FACTOR, EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DE LA CIUDAD DE SUCRE, JUNIO 2025.	42

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

- **UCIN:** UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
- **OMS:** ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
- **GBD:** CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD
- **AVAD:** AÑOS DE VIDA AJUSTADAS POR DISCAPACIDAD
- **IC:** INDICE DE CONFIANZA
- **SPP:** SEPSIS NEONATAL PRECOZ
- **SNT:** SEPSIS NEONATAL TARDIA
- **LCR:** LIQUIDO CEFALORAQUIDEO
- **PCR:** PROTEINA C REACTIVA
- **PCT:** PROCALCITONINA
- **ITU:** INFECCION DEL TRACTO URINARIO
- **SNP:** SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

RESUMEN

El presente estudio evaluó el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital San Pedro Claver. Los resultados evidencian un conocimiento mayormente bajo a moderado en el reconocimiento de signos y síntomas clínicos, factores de riesgo, medidas de prevención y complicaciones relacionadas con la sepsis neonatal.

Este estudio demostró que el 66.7% como nivel de conocimiento bajo en signo sintomatología referente a la sepsis neonatal, si bien el personal mostró un adecuado reconocimiento de ciertos signos clínicos y complicaciones graves, existen importantes brechas en el conocimiento sobre factores maternos y ambientales de riesgo, así como en prácticas preventivas fundamentales. Además, la experiencia laboral y edad del personal no se correlacionaron con un conocimiento adecuado, subrayando la necesidad de capacitación formal y continua.

En consecuencia, se recomienda la implementación de la propuesta presentada en este estudio, actualización permanente y evaluación constante, con el fin de optimizar la atención y mejorar los resultados en neonatos afectados por sepsis. Este esfuerzo contribuirá a fortalecer la calidad de la atención neonatal y a reducir la morbilidad asociada a esta condición crítica.

Palabras clave: *sepsis neonatal, licenciada en enfermería, nivel de conocimiento.*

ABSTRACT

This study evaluated the nursing staff's level of knowledge regarding the management of neonatal sepsis in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) at San Pedro Claver Hospital. The results show a mostly low to moderate level of knowledge regarding the recognition of clinical signs and symptoms, risk factors, preventive measures, and complications related to neonatal sepsis.

This study demonstrated that 66.7% had a low level of knowledge regarding signs and symptoms related to neonatal sepsis. Although the staff demonstrated adequate recognition of certain clinical signs and serious complications, there are significant gaps in knowledge regarding maternal and environmental risk factors, as well as in fundamental preventive practices. Furthermore, staff work experience and age did not correlate with adequate knowledge, highlighting the need for formal and ongoing training.

Consequently, the implementation of the proposal presented in this study, along with ongoing updating and evaluation, is recommended to optimize care and improve outcomes for newborns affected by sepsis. This effort will contribute to strengthening the quality of neonatal care and reducing the morbidity and mortality associated with this critical condition.

Keywords: neonatal sepsis, nursing degree, level of knowledge.

CAPITULO I

1. Introducción

1.1. Antecedentes o Generalidades

La sepsis neonatal es una de las patologías que con mayor frecuencia se observa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), se define como una infección sistémica que ocurre durante los primeros 28 días de vida, caracterizada por una respuesta desregulada del huésped frente a una infección, la cual puede desencadenar una disfunción orgánica potencialmente mortal. Se considera una de las principales causas de morbimortalidad en los recién nacidos y representa la tercera causa directa más frecuente de muerte neonatal, con una estimación aproximada del 26 % de las muertes neonatales a nivel mundial. Clínicamente, la sepsis neonatal se manifiesta como un síndrome caracterizado por signos de infección bacteriana sistémica. Según el momento de aparición, se clasifica en dos tipos: sepsis neonatal temprana, que se presenta dentro de las primeras 72 horas de vida, y sepsis neonatal tardía, que ocurre después de ese período. Los recién nacidos se ven afectados de manera desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde la alta prevalencia de enfermedades infecciosas, junto con el acceso limitado a servicios de salud adecuados y personal capacitado, agrava significativamente la situación. (1)

El conocimiento sobre la enfermedad, clínica, factores de riesgo diagnóstico, tratamiento y manejo de recién nacidos con sepsis; es de gran significado ya que puede condicionar el desarrollo de esta enfermedad. La aplicación de cuidados de enfermería específicos para sepsis permite brindar cuidados de forma racional, lógica y sistemática mediante un proceso de planificación en la ejecución, dando como consecuencia resultados óptimos en la evolución de los recién nacidos. Los cuidados de enfermería deben ser encaminados a disminuir los factores de riesgo que puedan complicar aún más el cuadro clínico del recién nacido, tales como; lavado de manos en los cinco momentos, uso adecuado del equipo de protección personal (casos de asilamiento) reducción de procedimientos invasivos, administración de antibióticos con horario estricto y de acuerdo a los 11 correctos; todo esto con el fin de mantener la vida de recién nacido. (2)

De esta manera es importante que el personal de enfermería conozca la patología y comprenda el gran riesgo que conlleva la sepsis en el recién nacido con el fin de brindar un manejo basado

en la evidencia científica, de la misma forma es importante recordar que la sepsis neonatal alarga la estancia y consume más recursos dentro del sistema de salud por los diferentes procedimientos y tratamientos que abarca. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 se registraron aproximadamente 2,4 millones de muertes durante los primeros 28 días de vida, es decir, en el período neonatal, muchas de las cuales fueron atribuidas a sepsis de inicio temprano y tardío. La OMS ha declarado la sepsis neonatal como una prioridad de salud pública y señala que una parte significativa de estas muertes podría prevenirse mediante la identificación y el manejo oportuno de los factores de riesgo maternos, una adecuada atención posparto y cuidados inmediatos del recién nacido. (4)

Según el Estudio de la Carga Global de Enfermedad (GBD) 2016/2017, se estimaron aproximadamente 1,3 millones de casos incidentes anuales de sepsis neonatal a nivel mundial (IC del 95 %: 0,8 a 2,3 millones), con alrededor de 203 000 muertes atribuibles a esta condición (IC del 95 %: 178 700 a 267 100). La sepsis neonatal constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial, con una incidencia que varía según el nivel de desarrollo de cada región. Se han reportado tasas que oscilan entre 7,1 y 38 casos por cada 1 000 nacidos vivos en Asia; entre 6,5 y 23 por 1 000 en África; y entre 3,5 y 8,9 por 1 000 en América del Sur y el Caribe. En contraste, en países desarrollados como Estados Unidos, la incidencia es considerablemente menor, con tasas de entre 1,5 y 3,5 por cada 1 000 nacidos vivos para la sepsis de inicio temprano y aproximadamente 6 por 1 000 para la sepsis tardía. (5)

Dentro del continente africano, las cifras son particularmente alarmantes. En África subsahariana, se estimó que en 2014 se perdieron entre 5,3 y 8,7 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) debido a la sepsis neonatal, con una carga económica estimada de hasta 469 000 millones de dólares estadounidenses. A nivel de países, la prevalencia alcanzó el 29,7 % en África Oriental, el 49,8 % en Nigeria y el 20 % en Tanzania.

De manera similar, en países de ingresos bajos y medios como México, se han reportado tasas de sepsis neonatal de entre 15 y 30 casos por cada 1 000 recién nacidos, con tasas de letalidad que oscilan entre el 25 % y el 30 %, evidenciando una problemática común asociada a deficiencias en el acceso a servicios de salud adecuados y en la atención oportuna del recién nacido. (6)

En un metanálisis de Desalegne, A et. al (2019) publicado por Elsevier, se estudiaron las estadísticas en países en vía de desarrollo como Nigeria, Nepal, Tanzania, Etiopía, Egipto, Bangladesh, Sudán, Indonesia, Zambia, India, Sri Lanka, Uganda, Haití, Kenya, Ghana, Sudáfrica, Camerún, Brasil, México, Jamaica y Nepal donde se encontró que aproximadamente 7000 neonatos mueren diariamente, lo que corresponde al 47% del total de las muertes en niños menores de 5 años. La causa principal de sepsis en estos países es de origen bacteriano siendo los patógenos más frecuentes las especies Klebsiella, los staphylococcus coagulasa negativos y el staphylococcus aureus. (7)

En Bolivia la tasa de mortalidad neonatal se estima que 27 muertes se producen por cada 1000 nacido vivos, Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003, la tasa de mortalidad neonatal en la zona urbana es de 21 x 1000 nacidos vivos y en la zona rural de 35 x 1000 nacidos vivos. Estas muertes llegan al 60% del total de muertes en menores de 5 años y a los dos tercios de la mortalidad infantil en Bolivia. Un estudio realizado en La Paz por el Dr. Díaz, en el Servicio de Neonatología del Hospital de la Mujer el año 2003, encontró que la mortalidad alcanzó al 30%. (8)

1.2. Problema de investigación

La sepsis neonatal constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los recién nacidos hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), especialmente en países de ingresos bajos y medios. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, su evolución clínica continúa dependiendo en gran medida del reconocimiento oportuno de signos y del manejo adecuado por parte del personal de salud.

El profesional licenciado en enfermería cumple un rol fundamental en la atención del recién nacido crítico, ya que participa de forma directa en la vigilancia clínica continua, la prevención de infecciones, la administración de tratamientos y la aplicación de cuidados basados en protocolos. Sin embargo, el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal puede variar en función de la formación académica, la experiencia laboral y el acceso a procesos de capacitación continua.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital San Pedro Claver, de la ciudad de Sucre, no se dispone de información sistematizada que permita conocer el nivel de conocimientos del personal licenciado en enfermería respecto al manejo de la sepsis neonatal. Esta situación dificulta la identificación de posibles brechas formativas que podrían influir en la calidad de la atención brindada al recién nacido y en la aplicación oportuna de medidas preventivas y terapéuticas.

Ante esta realidad, surge la necesidad de evaluar el nivel de conocimientos del profesional licenciado en enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal en la UCIN del Hospital San Pedro Claver, con el propósito de generar evidencia que sirva de base para la implementación de estrategias de capacitación orientadas a fortalecer el cuidado neonatal y mejorar los resultados clínicos.

1.3. Justificación

La sepsis neonatal constituye una patología crítica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, cuya evolución clínica depende en gran medida del reconocimiento oportuno de signos, la aplicación de protocolos y la toma de decisiones adecuadas por parte del personal de salud. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental en la vigilancia continua del recién nacido y en la ejecución de cuidados especializados. Evaluar el nivel de conocimientos de las licenciadas en enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal permitirá disponer de información objetiva que sustente la planificación de estrategias de capacitación orientadas a fortalecer la práctica clínica basada en evidencia científica y mejorar la calidad de la atención en la UCIN.

Desde el ámbito profesional, el desarrollo de este estudio contribuye a la formación académica y científica de la investigadora en el campo de la enfermería en medicina crítica y terapia intensiva neonatal. Asimismo, permite consolidar conocimientos teóricos y prácticos relacionados con el manejo de la sepsis neonatal, reforzando el compromiso con la actualización permanente y el ejercicio de una práctica de enfermería segura, ética y de calidad, acorde a las demandas del cuidado del recién nacido crítico.

A nivel social e institucional, los resultados de esta investigación aportarán insumos relevantes para la mejora de los procesos de atención en la UCIN del Hospital San Pedro Claver, favoreciendo la optimización del cuidado neonatal. El fortalecimiento del conocimiento del personal de enfermería puede traducirse en una atención más oportuna y eficaz, con impacto positivo en la evolución clínica de los recién nacidos y en la confianza de las familias. Asimismo, los hallazgos del estudio podrán servir como referencia para la implementación de programas de capacitación en otros servicios de salud con características similares.

1.4.Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal en enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal en la UCIN del Hospital San Pedro Claver, en Sucre Bolivia, en junio de 2025?

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital San Pedro Claver, en junio de 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- Establecer las características sociodemográficas de las pacientes en estudio (edad, años de experiencia laboral, UCIN)
- Identificar el conocimiento del personal de enfermería sobre los signos y síntomas clínicos de la sepsis neonatal.
- Determinar el grado de conocimiento del personal de enfermería sobre los factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales asociados a la sepsis.
- Determinar las medidas de prevención, complicaciones a corto y a largo plazo de la sepsis neonatal.

1.5.Hipótesis o idea a defender

Hipótesis afirmativa (H_1): El nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal en la UCIN del Hospital San Pedro Claver es insuficiente para

garantizar una atención óptima y oportuna, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la capacitación en esta área.

Hipótesis nula (H_0): El nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal en la UCIN del Hospital San Pedro Claver es suficiente para garantizar una atención óptima y oportuna.

1.6. Contribución al estado del conocimiento

Este estudio aportará información actualizada y específica sobre el nivel de conocimientos del personal de enfermería en el manejo de la sepsis neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital San Pedro Claver. Al identificar las fortalezas y deficiencias en la formación y aplicación de protocolos, la investigación permitirá fundamentar la necesidad de implementar programas de capacitación y mejora continua orientados a optimizar la atención neonatal.

Además, al sistematizar estos datos en el contexto local, se contribuirá a enriquecer el cuerpo de conocimiento sobre la gestión clínica de la sepsis neonatal en entornos hospitalarios de países en vías de desarrollo, proporcionando evidencia útil para diseñar políticas institucionales y estrategias educativas que reduzcan la morbilidad neonatal asociada a esta patología.

CAPITULO II

2. Marco Teorico Conceptual

2.1. Definición

La sepsis neonatal es una afección sistémica de origen bacteriano, viral o fúngico, caracterizado por cambios hemodinámicos y otras manifestaciones clínicas, como respuesta desregulada a la infección en los primeros 28 días de nacido o 44 semanas de edad postnatal en los recién nacidos prematuros. De acuerdo al tiempo del inicio de los síntomas la sepsis se clasifica en: (9)

- a) Sepsis neonatal precoz (SNP) es la que se presenta antes de las 72 horas de nacido, se transmite en el parto y se considera de transmisión vertical.
- b) Sepsis neonatal tardía (SNT) se presenta a las 72 horas o más de nacido y es de transmisión horizontal, se atribuye a organismos adquiridos del ambiente hospitalario o de la comunidad. (9)

2.2. Etiología

La etiología de la sepsis neonatal varía según la presentación, precoz o tardía. En los países de altos ingresos los microorganismos predominantes son las bacterias grampositivas, tanto en la sepsis precoz como en la tardía. Sin embargo, en los países de bajos ingresos predominan los gérmenes gramnegativos y esto está en relación a las condiciones sanitarias de los países. (9)

La SNP es causada por microorganismos del tracto genitourinario de la madre, se adquiere en el parto, antes o durante el parto, ya sea por transmisión transplacentaria, por el ascenso de gérmenes a través de la vagina o por diseminación hematogena en madres con bacteremia o viremia. Además, el neonato puede infectarse durante su paso por el canal del parto. La Red Americana de Neonatología reporta que la SNP es causada por microorganismos grampositivos (62%) siendo el más frecuente *Streptococcus agalactiae*. Y microorganismos gramnegativos (37%), con *Escherichia coli* como más frecuente. La infección por *Listeria* tiene alta mortalidad y se asocia con antecedentes de líquido amniótico teñido de meconio en partos prematuros. (9)

La sociedad iberoamericana de neonatología (SIBEN) señala que Los patógenos más comunes son principalmente la *Escherichia Coli* y otros Gram negativos y el *Estreptococo b hemolítico*

del grupo B. En un estudio realizado en un hospital público de México, se encontró que la incidencia de SNP fue de 4,7 eventos por 1.000 RN vivos. El 72% de las bacterias aisladas correspondió a bacilos gramnegativos, las más frecuentes *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. (9)

La SNT ocurre en neonatos que requieren hospitalización prolongada y procedimientos invasivos, siendo los microorganismos más comunes los adquiridos en el ámbito hospitalario. En países desarrollados se reporta que 70%-79% de los microorganismos son grampositivos, siendo *Staphylococcus coagulasa negativo* (CoNS) el más frecuente. Los microorganismos gramnegativos constituyen el 19%-25% del total, *Escherichia coli* es el más común. Los hongos se encuentran en el 5%-6% de los casos de sepsis neonatal tardía. La meningitis es más frecuente en la SNT que en la precoz, la sepsis o meningitis por *S. aureus* tiene una alta mortalidad (hasta un 25%). *Candida spp* (más comúnmente *C. albicans* y *C. parapsilosis*) son responsables de casi todas las infecciones fúngicas. (9)

2.3. Factores de riesgo

Sepsis neonatal precoz

La historia clínica materna nos brinda información importante acerca de la exposición a enfermedades infecciosas y los factores de riesgo obstétricos. La infección invasiva materna durante el parto o 24 horas antes o después del parto, como sepsis o pielonefritis, es un factor muy importante, la colonización materna por *Streptococcus agalactiae*, sin profilaxis antibiótica intraparto, aumenta en 25 veces el riesgo de SNP, la rotura de la membrana amniótica mayor a 18 horas, aumenta cuatro veces más probabilidades de tener una SNP, la fiebre intraparto mayor de 38°C, la presencia de corioamnionitis en la madre, la infección del tracto urinario en la madre sin tratamiento, especialmente durante el tercer trimestre de gestación y la labor de parto y en caso de gestación múltiple, infección sospechada o confirmada en el otro bebé. (12)

Sepsis neonatal tardía

Los neonatos prematuros con hospitalizaciones prolongadas, están expuestos a organismos ambientales que pueden ser patógenos para aquellos con un sistema inmunológico inmaduro.

La contaminación de las manos es la fuente más común de infecciones posnatales en los neonatos hospitalizados, por lo que se debe recalcar la importancia de la higiene de las manos, la alteración de barreras naturales: lesiones y laceraciones de la piel y las mucosas pueden ser una puerta de entrada para la invasión bacteriana, el uso prolongado de catéteres centrales, la nutrición parenteral, múltiples procedimientos invasivos, la ventilación mecánica prolongada, el uso prolongado de antibioticoterapia empírica para la SNP durante más de cinco días, altera la microbiota y aumenta la incidencia de SNT, especialmente en unidades con escaso uso de leche materna y prescripción excesiva de cefalosporinas de tercera generación, así mismo aumenta el riesgo de resistencia bacteriana. (12)

2.4. Cuadro clínico

Sepsis neonatal precoz

Los signos clínicos en estadios iniciales no son específicos, e incluyen: dificultad respiratoria, taquipnea o apnea, alteración del comportamiento, respuesta o tono muscular, signos de encefalopatía, alteración de la alimentación, intolerancia, vómitos, distensión abdominal, inestabilidad térmica, menos de 36° C o mayor a 37.8° C, llenado capilar lento, taquicardia o bradicardia. Se deben identificar los signos clínicos que se asocian con alta probabilidad de sepsis como dificultad respiratoria que inicia después de 4 horas del nacimiento, necesidad de ventilación mecánica en bebé de término, convulsiones y signos de choque. (12)

Sepsis neonatal tardía

Suele ser de inicio súbito y no específico. Aumento de la dificultad respiratoria, desaturación, aumento del requerimiento de oxígeno y apnea, letargia, intolerancia a la alimentación, inestabilidad térmica, llenado capilar lento, hiperglicemia, acidosis láctica, cianosis y choque, los ruidos intestinales pueden estar disminuidos, debido a un íleo funcional como consecuencia de la sepsis. El llanto agudo, movimientos anormales, opistótonos y fontanela tensa son características tardías de la meningitis neonatal. (12)

2.5. Diagnóstico

El diagnóstico de sepsis neonatal es complicado, debido a que los síntomas clínicos, especialmente en la etapa inicial, son muy difíciles de diferenciar de otras afecciones. Un neonato con signos y síntomas de sepsis requiere una evaluación rápida, la identificación de los factores de riesgo y el inicio del tratamiento con antibióticos. Las pruebas negativas no deben descartar la sepsis. Sin embargo, si son positivos, pueden ser útiles para respaldar el diagnóstico.

Los cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo se han considerado como el estándar de oro para el diagnóstico de sepsis, sin embargo, la tasa de positividad es bastante baja, se reporta el 26% de cultivos positivos y el 21% tiene sepsis clínica con probable infección. La baja positividad de los cultivos se justifica por el uso de antibióticos en las madres durante el parto, el volumen pequeño de la muestra de sangre y porque la bacteriemia en los neonatos es baja o intermitente. (9) (12)

2.6. Diagnóstico diferencial

Signos o síntomas asociados a condiciones no infecciosas, como: dificultad respiratoria del recién nacido; taquipnea transitoria, enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial, cardiopatía descompensada. Deshidratación. Anomalías congénitas; cardiopatía congénita, disritmia, hiperplasia suprarrenal congénita, patología gastrointestinal, errores innatos del metabolismo. Letargia; trastornos metabólicos (hipoglucemia, hipocalcemia) asfixia perinatal, trauma. Convulsiones; hemorragia intraventricular. (9)

2.7. Exámenes auxiliares

Para confirmar el diagnóstico y realizar el diagnóstico diferencial se debe solicitar:

- Hemocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) cuando se sospecha meningitis. Debe utilizarse medios de cultivo pediátricos y tomar por lo menos 1ml de sangre, para lograr mejores tasas de positividad. El resultado puede tenerse a las 36 48 horas. Siempre se debe realizar la punción lumbar (PL) como parte del estudio de la SNT, los neonatos

con infecciones localizadas muy manifiestas como neumonía o enterocolitis necrotizante (NEC) se les podría exceptuar, así como los bebés en estado muy crítico y que no puedan tolerar el procedimiento. (13)

- Estudio de líquido cefalorraquídeo, la meningitis de inicio temprano es extremadamente infrecuente (0,01-0,02 / 1 000 nacidos vivos). Por lo tanto, en la SNP no debería realizarse la PL de rutina; sin embargo, debe considerarse en caso de signos clínicos que sugieran meningitis o un hemocultivo positivo. El recuento normal de leucocitos en el LCR de todos los neonatos no infectados es inferior a 10 células/mm³, y más del 95% tiene recuentos inferiores a 20 células/mm³. Sin embargo, los niveles más altos se registran en la primera semana. La proteína en el LCR suele estar elevada, aunque no siempre y el nivel de glucosa en el LCR (normalmente del 70 al 80% del nivel sérico) por lo general desciende significativamente con la meningitis bacteriana pero también puede permanecer normal. (13)

Proteína C reactiva (PCR) > 10 mg/l, tiene un mejor valor predictivo negativo. Se eleva como respuesta a un proceso inflamatorio entre las 12 a 24 horas, con un pico a las 48 horas después del inicio de la infección. La PCR puede aumentar en procesos inflamatorios no específicos como la asfixia, el síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial y la rotura prolongada de membranas. La PCR se eleva más en la sepsis neonatal tardía, comparada con la temprana. La PCR de alta sensibilidad a un punto de corte de >140 ng/ml muestra una sensibilidad de 97,06% y especificidad de 100%. Con VPP 100 y VPN de 93,7. La PCR de alta sensibilidad es más sensible que la PCR convencional para el diagnóstico de sepsis. (9)(13)

La procalcitonina (PCT), es el biomarcador más confiable para la sepsis neonatal. Los niveles de procalcitonina son indetectables en individuos sanos, lo que demuestra su alto valor predictivo negativo. El punto de corte de 2,4 ng/ml tiene una alta especificidad y sensibilidad. La PCT puede elevarse en algunas condiciones no infecciosas, como asfixia perinatal, hipoxemia neonatal, dificultad respiratoria, falla hemodinámica, neumotórax y hemorragia intraventricular. Pero a pesar de estas limitaciones, la PCT tiene mayor exactitud diagnóstica que la PCR de alta sensibilidad, PCR cualitativa, e Interleucina-6 (IL-6) para el diagnóstico de sepsis.

Hemograma con recuento leucocitario, la leucopenia tiene una baja sensibilidad (29%) pero alta especificidad (91%) para el diagnóstico de sepsis. Puede detectarse neutropenia o neutrofilia, la mortalidad es mayor cuando hay una falla en la respuesta de los neutrófilos. El valor normal máximo de la relación I / T es 0,16 durante las primeras 24 h de vida, 0,14 a las 48 h, 0,13 a las 60 h hasta los 5 días de edad y 0,12 hasta el final del primer mes. La relación I / T >0,2 es un marcador útil de infección, con un alto valor predictivo negativo. La asociación de leucopenia, neutropenia e I/T >0.2 tienen una baja sensibilidad, alta especificidad y alto valor predictivo negativo para el diagnóstico de sepsis. Otra característica que sugiere infección es la presencia de granulaciones tóxicas en los neutrófilos. (13)

Urocultivo y examen de orina, la infección del tracto urinario (ITU) es una infección común en la etapa neonatal, puede presentarse en el 0,1 1 % de todos los neonatos y del 4 25% de los neonatos prematuros. La ITU en neonatos se asocia a sepsis neonatal tardía, especialmente en los recién nacidos de extremo bajo peso al nacer. (13)

La muestra para el urocultivo puede ser tomada por tres métodos, por catéter uretral, punción suprapúbica y bolsa colectora estéril, este último no se recomienda porque tiene el 46% de probabilidad de contaminación, mientras que los otros métodos varían entre 9 12%. La punción suprapúbica es el método con menor probabilidad de contaminación. (13)

El diagnóstico de ITU se realiza con el crecimiento de cualquier número de UFC/ml para un solo germen patógeno en muestras tomadas por punción suprapúbica o $\geq 10\ 000$ UFC/ml para muestras tomadas por catéter uretral, cuando se acompaña de un análisis de orina con piuria, definida como más de 5 leucocitos en campo de gran aumento de orina, o utilizando el método mejorado en el que los leucocitos se cuentan utilizando un hemocitómetro en orina sin centrifugar, se considera >10 leucocitos/ml. O la presencia de signos clínicos de infección o marcadores de laboratorio alterados como PCR, hemograma. Otros parámetros del examen de orina como los nitritos y la esterasa leucocitaria no son de ayuda en el diagnóstico de UTI en los neonatos, probablemente debido a la micción frecuente de los neonatos no permite que se desarrollen estas sustancias. Para neonatos asintomáticos y con análisis de orina normales, se debe considerar $\geq 50\ 000$ UFC/ml para muestras tomadas por catéter uretral. (13)

2.8. Tratamiento no farmacológico

El tratamiento de la sepsis neonatal dependerá del estado clínico del paciente, mantener una temperatura corporal neutral, si se sospecha sepsis con compromiso intestinal, suspender la alimentación enteral e iniciar hidratación endovenosa, brindar asistencia respiratoria de ser necesario, monitorización de las funciones vitales y la glucosa sérica. (12)

Si se trata de una sepsis intrahospitalaria y se sospecha de una infección por la vía venosa central, debería retirarse el catéter venoso central de inserción periférica. Los casos graves con choque e hipotensión deben tratarse de inmediato. (12)

2.9. Tratamiento farmacológico

Antibioticoterapia empírica: Considerar el uso racional de antibióticos, iniciar el tratamiento posterior a la toma de hemocultivo, salvo si éste va a tardar horas en realizarse. Evitar el uso sistemático de antibióticos de última generación. Es importante monitorear dinámicamente la epidemiología local de sepsis neonatal y detectar gérmenes predominantes y sensibilidad antimicrobiana para garantizar un tratamiento antibiótico empírico adecuado. la terapia empírica debe guiarse por los patrones de resistencia a los antimicrobianos de aislados bacterianos comúnmente detectados en la unidad de cuidados intensivos neonatales o en entornos comunitarios. (12)

Dado que cada antibiótico tiene sus propios beneficios y efectos secundarios, se deben usar antibióticos de espectro reducido siempre que sea posible, y solo se deben indicar cuando se tenga una infección probable. Es importante iniciar el tratamiento antibiótico dentro de la primera hora de sospechada la infección y deben ser suspendidos tan pronto se descarta el diagnóstico de sepsis. Las dosis de los antibióticos más usados en neonatología, pueden variar de acuerdo a las diferentes recomendaciones de fuentes internacionales, la dosificación neonatal por peso y edad gestacional optimiza el uso de antimicrobianos. (13)

Para la SNP iniciar tratamiento con penicilina o ampicilina y un aminoglucósido, preferentemente gentamicina, la combinación de estas drogas tiene una buena cobertura para *Escherichia coli*. De preferencia iniciar con penicilina si se sospecha *Streptococcus*

agalactiae y ampicilina en caso de *Listeria monocytogenes*. Evitar el uso de la cefotaxima, por el riesgo de desarrollar resistencia y su asociación con infecciones sistémicas por *Candida spp*, sin embargo, se recomienda su uso en caso de meningitis por su buena penetración al LCR y en casos críticos asociada a otros antibióticos. (12)

En la SNT intrahospitalaria iniciar la terapia empírica de acuerdo a los gérmenes más frecuentes de la institución. En el caso de SNT sin meningitis, iniciar tratamiento con flucloxacilina o vancomicina, asociada a aminoglucósidos como gentamicina o amikacina. Y en la sepsis adquirida en la comunidad iniciar con penicilina o ampicilina más un aminoglucósido y en casos críticos con meningitis bacteriana (si no se cuenta con un resultado de examen de coloración de Gram del LCR) se recomienda iniciar empíricamente con una triada antibiótica (penicilina, cefotaxima y aminoglucósido) e ir desescalando en las siguientes 24 a 48 horas según evolución clínica y resultados del cultivo del LCR y de sangre. En estos mismos casos críticos con meningitis bacteriana (si se cuenta con un resultado de examen de coloración de Gram del LCR), se indica iniciar empíricamente con penicilina o ampicilina más cefotaxima si se comprueba un resultado con morfología bacteriana a Gram positivo del LCR y aminoglucósido más cefotaxima si se comprueba un resultado con morfología bacteriana a Gram negativo del LCR. Cuando se sospecha *S. aureus* por acompañarse de infección de tejidos blandos, iniciar con vancomicina asociada a aminoglucósidos, pero este último no debe prolongarse más de 72 horas por la sinergia de toxicidad renal. (12)

Antibioterapia específica: Tanto para la sepsis precoz como tardía el tratamiento antibiótico debe cambiarse, según el germen recuperado y sensibilidad antimicrobiana.

Tiempo de administración de antibióticos: si se inició tratamiento por sospecha de infección y el bebé está asintomático, PCR normal y cultivos negativos a las 48-72 horas, se deben suspender los antibióticos. Si la evolución es desfavorable a 48 horas de tratamiento considerar rotación de antibiótico de acuerdo al antibiograma. Si la terapia se inició con una alta sospecha de infección, los cultivos negativos y PCR elevada, se puede administrar 5 días de antibióticos. Si la neumonía es evidente en la radiografía de tórax, pero los hemocultivos son negativos, administrar 5-7 días de tratamiento antibiótico. Si los hemocultivos son positivos y los cultivos de LCR negativos, trate durante un mínimo de 10 días en microorganismos grampositivos y 14

días en gramnegativos. Si el urocultivo es positivo en prematuros tratar 10 a 14 días endovenoso, si es un neonato a término sin bacteriemia considerar tratar por 3 a 4 días por vía endovenosa (siempre que no haya anomalías del tracto urinario en el ultrasonido del riñón y vías urinarias), pasando a la vía oral después de contar con una evolución clínica favorable y un urocultivo evolutivo negativo realizado a las 48 a 72 horas de iniciado el tratamiento antibiótico parenteral, con un ciclo total de tratamiento parenteral-oral de 10 días. Con cultivos de LCR positivos y clínica de meningitis, tratar por vía endovenosa según el microorganismo aislado, en el caso de *S. agalactiae* por 10 a 14 días y para los Gram negativos por 14 a 21 días. Si el diagnóstico incluye osteomielitis, artritis séptica, endocarditis y abscesos profundos el tratamiento antibiótico debe ser por 4 a 6 semanas. Si la sepsis es por *Candida spp*, el tratamiento debe ser durante 4 semanas con fluconazol o anfotericina B. (12)

Manejo del choque séptico

El choque se define como un trastorno de la perfusión debido a deterioro circulatorio que se caracteriza por un suministro de oxígeno deficiente a los tejidos. La oxigenación celular o tisular normal depende del flujo sanguíneo, la saturación de oxígeno, la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre y la demanda de oxígeno por los tejidos. Si esta deficiencia es por un período corto de tiempo, el metabolismo celular podría verse afectado pero reversible; sin embargo, si se prolonga, puede volverse irreversible. (12)

El tratamiento debe estar enfocado a la causa, por ello se debe conocer la fisiopatología de los problemas hemodinámicos. Para estimar la oxigenación y perfusión tisular se pueden utilizar varios biomarcadores y criterios tecnológicos y clínicos. En las primeras etapas del choque en el neonato ocurren muchos mecanismos compensadores sutiles que pueden enmascarar el grado de deterioro circulatorio y cuando el choque se vuelve clínicamente obvio, el bebé se encuentra en un estado no compensado. (12)

2.10. Complicaciones

La injuria de la sustancia blanca por la sepsis, puede causar a largo plazo un desarrollo psicomotor anormal. Uno de los mecanismos que inducen al daño de la sustancia blanca es el flujo sanguíneo cerebral alterado y la hipoxemia, que pueden ser el resultado de un compromiso

en los parámetros vitales como la presión arterial, debido a infección. Otro mecanismo es la liberación de mediadores inflamatorios, que pueden inducir e incrementar el daño cerebral.

Los sobrevivientes de sepsis neonatal tienen más probabilidades de tener un crecimiento deficiente, desarrollar parálisis cerebral, tener puntajes más bajos en las escalas de desarrollo neurológico y tener discapacidad visual. Los episodios múltiples, la candidiasis invasiva y la enterocolitis necrotizante se asocian con un mayor riesgo de deterioro del desarrollo neurológico. (12)

2.11. Rol del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es un servicio altamente especializado destinado a la atención de recién nacidos con compromiso vital o riesgo elevado de morbilidad, que requieren monitorización continua y cuidados complejos. En este contexto, el personal de enfermería desempeña un rol esencial en la provisión de cuidados integrales, continuos y humanizados, orientados a la estabilización clínica y a la prevención de complicaciones.

El personal de enfermería en la UCIN es responsable de la vigilancia permanente del estado hemodinámico y respiratorio del recién nacido, la identificación precoz de signos de deterioro clínico, la ejecución de procedimientos técnicos especializados y la administración segura de tratamientos farmacológicos. Asimismo, participa activamente en la implementación de medidas de bioseguridad y control de infecciones, fundamentales para reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Además de las funciones asistenciales, el rol de enfermería en la UCIN incluye actividades educativas dirigidas a los padres y cuidadores, el trabajo interdisciplinario con el equipo de salud y la aplicación de cuidados basados en protocolos y guías clínicas. La toma de decisiones oportunas por parte del personal de enfermería se sustenta en el nivel de conocimientos científicos, habilidades técnicas y experiencia clínica, elementos indispensables para garantizar una atención de calidad al recién nacido crítico.

2.12. Rol del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

En el manejo de la sepsis neonatal, el personal de enfermería cumple un papel determinante en la prevención, detección temprana y seguimiento de la evolución clínica del recién nacido. La identificación oportuna de signos y síntomas de sepsis, tales como alteraciones en la temperatura, cambios en el patrón respiratorio, intolerancia alimentaria o alteraciones hemodinámicas, permite activar de manera precoz las intervenciones terapéuticas necesarias.

Entre las principales responsabilidades del personal de enfermería se encuentran la aplicación estricta de medidas de asepsia y antisepsia, el cumplimiento del lavado de manos en los cinco momentos, el uso adecuado del equipo de protección personal, la correcta manipulación de dispositivos invasivos y la administración segura y oportuna de la antibioticoterapia. Estas acciones requieren un conocimiento actualizado sobre protocolos institucionales y recomendaciones basadas en la evidencia científica.

Asimismo, el personal de enfermería participa en el monitoreo de la respuesta al tratamiento, la vigilancia de posibles efectos adversos y la documentación sistemática de la evolución del recién nacido. Un nivel adecuado de conocimientos sobre el manejo de la sepsis neonatal contribuye a la reducción de complicaciones, la disminución de la estancia hospitalaria y la mejora de los resultados clínicos en la UCIN.

2.13. Conocimiento del personal de enfermería y calidad del cuidado neonatal

El conocimiento del personal de enfermería constituye un componente fundamental para la prestación de cuidados seguros y de calidad en la UCIN. Diversos estudios han demostrado que un mayor nivel de conocimientos en enfermería se asocia con una mejor adherencia a protocolos, una mayor capacidad de identificación temprana de complicaciones y una reducción de eventos adversos en el recién nacido.

En el contexto de la sepsis neonatal, el nivel de conocimientos del personal de enfermería influye directamente en la eficacia de las intervenciones preventivas y terapéuticas. La evaluación del conocimiento permite identificar áreas de fortaleza y debilidad, constituyéndose en una herramienta clave para el diseño de programas de capacitación continua orientados a fortalecer la práctica clínica y optimizar la calidad del cuidado neonatal.

2.14. Marco teorico contextual

Contexto de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital San Pedro Claver

El Hospital San Pedro Claver, ubicado en la ciudad de Sucre, Bolivia, cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que atiende recién nacidos de alto riesgo derivados tanto de la atención obstétrica del hospital como de otros centros de salud de la región. La UCIN dispone de equipos esenciales para la monitorización y el tratamiento de neonatos críticos, incluyendo incubadoras, ventiladores, bombas de infusión y equipos de soporte vital avanzado.

El personal de enfermería en esta unidad es responsable de brindar atención especializada, incluyendo el monitoreo constante del estado clínico, la administración de medicamentos, la aplicación de cuidados preventivos y la comunicación con las familias. Sin embargo, como muestran los resultados de este estudio, existen brechas en el conocimiento sobre sepsis neonatal, lo que limita la identificación temprana de signos de alerta y la aplicación de medidas preventivas efectivas.

Situación epidemiológica de la sepsis neonatal en Bolivia y en la región

La mortalidad neonatal en Bolivia se estima en 27 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, alcanzando hasta 35 por cada 1 000 en áreas rurales (ENDSA, 2003). La sepsis neonatal constituye una de las principales causas de mortalidad en recién nacidos, especialmente en contextos con recursos limitados y escasa disponibilidad de personal capacitado. Estudios locales indican que la sepsis prolonga la estancia hospitalaria y requiere de procedimientos invasivos y tratamientos específicos, aumentando la carga sanitaria y económica del sistema de salud.

En el Hospital San Pedro Claver, la frecuencia de casos de sepsis neonatal es significativa, siendo necesario mejorar la capacidad del personal de enfermería para detectar factores de riesgo y signos tempranos de esta enfermedad, lo cual justifica la implementación de programas de formación continua como los talleres prácticos propuestos en esta investigación.

El personal de enfermería en la UCIN desempeña un papel central en la prevención, detección y manejo de la sepsis neonatal. Sus responsabilidades incluyen:

- Vigilancia continua del neonato crítico, identificación de signos clínicos de infección y registro de parámetros vitales.
- Aplicación de medidas preventivas, como lavado de manos, técnicas asépticas y uso adecuado de antibióticos.
- Participación en la planificación y ejecución del cuidado integral del recién nacido, considerando factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales.
- Educación y apoyo a las familias, fomentando prácticas como la lactancia materna y cuidados domiciliarios adecuados.

El fortalecimiento de estas competencias es esencial para mejorar los resultados clínicos, reducir la mortalidad y optimizar la atención neonatal en el contexto local.

CAPITULO III

3. Marco Metodológico

3.1. Enfoque, tipo, nivel, diseño de la investigación:

3.1.1. Enfoque de la investigación:

La presente investigación se enmarca dentro del **enfoque cuantitativo**, ya que se basa en la recolección y análisis de datos numéricos con el fin de medir y describir el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal. Este enfoque permite objetivar la información, identificar patrones o tendencias y presentar los resultados a través de indicadores estadísticos confiables.

3.1.2. Tipo de la investigación

Básica (Descriptiva) “no experimental”: Porque tiene como finalidad generar conocimientos y comprensión sobre una problemática específica en este caso, el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal sin que su propósito inmediato sea la aplicación práctica directa, aunque puede servir como base para futuras intervenciones o programas formativos.

3.1.3. Nivel de la investigación

Según Hernández, el nivel de investigación fue **observacional y descriptivo (I y II): Nivel I:** El estudio es observacional porque no se manipulan las variables, ni se interviene en la población de estudio. Se limita a observar, medir y registrar el nivel de conocimientos del personal de enfermería tal como se presenta en la realidad, sin alterar el entorno y descriptivo (II) porque tiene como objetivo principal caracterizar y describir una situación específica: el nivel de conocimientos sobre el manejo de la sepsis neonatal. Se recopilan datos a través de un instrumento estructurado para analizarlos con técnicas estadísticas básicas (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central) que permitan comprender el fenómeno en estudio.

(10)

3.1.4. Diseño de la investigación:

El diseño de estudio fue de tipo **Descriptivo (no experimental) y transversal**, porque no se realiza manipulación de variables, el investigador se limita a observar y recolectar datos tal como se presentan en el contexto natural, sin intervenir en la población de estudio y transversal debido a que la recolección de datos se llevará a cabo en un único momento en el tiempo y el diagnóstico fue dado en un momento dado (junio de 2025).

3.2. Población o universo y muestra

3.2.1. Universo o Población

El universo y población del estudio está conformado por un total de 12 licenciadas en enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital San Pedro Claver durante el mes de junio de 2025.

Se trata de una población finita, accesible y homogénea en cuanto a sus funciones asistenciales dentro del área neonatal, especialmente en el manejo y cuidado de recién nacidos con sepsis o con riesgo de desarrollarla.

3.2.2. Muestra

Debido al tamaño reducido y manejable de la población, se aplicará un muestreo no probabilístico de tipo censal, es decir, se incluirá a la totalidad de las 12 licenciadas en enfermería que cumplan con los criterios de inclusión. Esto garantiza mayor representatividad y confiabilidad de los datos y permite realizar un análisis completo del grupo

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: fueron incluidos en el estudio:

- Licenciadas en enfermería activas en la UCIN del Hospital San Pedro Claver.
- Con una experiencia mínima de seis meses en el servicio.
- Que acepten participar voluntariamente y firmen el consentimiento informado.
- Licenciadas que tengan empatía con los o las pacientes.

Criterios de exclusión: se excluyeron de nuestro estudio a:

- Licenciadas que se encuentren ausentes por vacaciones, licencia médica o personal durante el periodo de recolección de datos.
- Quienes no completen adecuadamente el instrumento o decidan no participar.
- Dificultad física de las licenciadas.

3.4. Variables

3.4.1. Identificación de las variables

- Variable dependiente:

Nivel de conocimientos del profesional de enfermería sobre la sepsis neonatal, que incluye:

- Conocimiento sobre signos y síntomas clínicos de la sepsis neonatal
- Conocimiento sobre factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales asociados a la sepsis.
- Conocimiento sobre medidas de prevención de la sepsis neonatal.
- Conocimiento sobre complicaciones a corto y largo plazo de la sepsis neonatal
- Variables independientes:
 - Edad
 - Años de experiencia laboral en enfermería
 - Años de experiencia en la UCIN
 - Asistencia a programas de capacitación

3.4.2. Operalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Categorías-Escalas
Edad	Edad en años del profesional de enfermería	Edad cumplida en años	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • 26-30 años • 31-35 años • 36-40 años • > 41 años
Años de experiencia laboral	Tiempo trabajado como enfermera	Número de años trabajando en el área de enfermería	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3 años • 4-6 años • 7-9 años • >10 años

Años de experiencia en UCIN	Tiempo específico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Número de años trabajando en UCIN	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • <1 año • 1-3 años • 4-6 años • 7-9 años • >10 años
Asistencia a capacitación	Participación en cursos o talleres sobre sepsis neonatal	Registro de asistencia a cursos (Sí/No)	Cualitativa Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Conocimiento sobre signos y síntomas	Saber identificar correctamente signos/síntomas de sepsis neonatal	Puntaje obtenido en cuestionario sobre identificación correcta (ítems: apnea, fiebre, etc.)	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alto ($\geq 80\%$) • Moderado (50-79%) • Bajo (<50%)
Conocimiento sobre factores de riesgo	Saber identificar factores maternos, neonatales y ambientales que influyen en sepsis	Puntaje obtenido en cuestionario sobre factores de riesgo (maternos, neonatales, ambientales)	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alto ($\geq 80\%$) • Moderado (50-79%) • Bajo (<50%)
Conocimiento sobre medidas de prevención	Conocer las medidas para prevenir la sepsis neonatal	Puntaje obtenido en cuestionario sobre medidas de prevención (higiene, manejo de catéter, lactancia materna)	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alto ($\geq 80\%$) • Moderado (50-79%) • Bajo (<50%)
Conocimiento sobre complicaciones	Conocer las complicaciones a corto y largo plazo de la sepsis neonatal	Puntaje obtenido en cuestionario sobre complicaciones (shock séptico, convulsiones, etc.)	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Alto ($\geq 80\%$) • Moderado (50-79%) • Bajo (<50%)

Fuente: elaboración propia

3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos

3.5.1. Técnica

Para la recolección de datos se empleará la técnica de encuesta estructurada mediante un cuestionario autoadministrado, diseñado específicamente para evaluar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre la sepsis neonatal.

Dicho cuestionario se realizó en base a la literatura actual sobre el manejo de la sepsis neonatal.

3.5.2. Instrumento

El nivel de conocimiento de las licenciadas en enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal será evaluado a través de un cuestionario estructurado que abarca cuatro dimensiones clave:

- Signos y síntomas clínicos de la sepsis neonatal.
- Factores de riesgo maternos y neonatales asociados.
- Protocolos institucionales para el manejo de la sepsis neonatal.
- Datos sociodemográficos y profesionales (formación académica, experiencia en UCIN, capacitaciones).

Cada ítem del cuestionario tendrá una respuesta correcta, asignándose un punto por cada respuesta acertada y cero puntos por respuestas incorrectas. La puntuación total obtenida se convertirá en porcentaje y, en función de este resultado, se clasificará el nivel de conocimiento en tres categorías: alto (igual o mayor al 80%), moderado (entre 50% y 79%) y bajo (menor al 50%). Esta clasificación permitirá identificar el grado de preparación teórica del personal de enfermería respecto a la sepsis neonatal en la UCIN del Hospital San Pedro Claver.

Nivel de conocimiento	Porcentaje de respuestas correctas
Alto	$\geq 80\%$
Moderado	50% – 79%
Bajo	$< 50\%$

Fuente: elaboración propia

3.6. Procedimientos que garantizan aspectos éticos en la investigación

El estudio respeto los principios éticos de la investigación en salud, siguiendo las pautas de la **Declaración de Helsinki**. Por lo que garantizo la confidencialidad y el consentimiento informado de las participantes. (11)

Privacidad y confidencialidad: Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la privacidad de los participantes de la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento libre e informado: en la investigación médica con participantes humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada potencial participante debe recibir información adecuada en lenguaje sencillo acerca de los objetivos, métodos, beneficios anticipados y posibles riesgos y costos, cualificaciones del investigador, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, estipulaciones para proteger la privacidad y la confidencialidad, incentivos para los participantes, estipulaciones para tratar o compensar a los participantes que son dañados como consecuencia de su participación y todo otro aspecto pertinente de la investigación.

El potencial participante debe ser informado del derecho de rechazar participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información y comunicación de cada potencial participante, como también a los métodos utilizados para proveer la información.

Después de asegurarse de que el participante ha comprendido la información, el encuestador deberá solicitar el consentimiento informado y voluntario del participante, documentado formalmente en papel o electrónicamente. Si el consentimiento no se puede otorgar en papel o electrónicamente, el consentimiento que no se realice por escrito debe realizarse ante un testigo y ser formalmente documentado.

Todas las personas que participaron en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales de la investigación.

3.7. Procedimiento para el análisis de los datos

La recolección de datos fue realizada por el investigador, garantizando la confidencialidad del participante. Los datos obtenidos a través del cuestionario fueron codificados en una base de

datos digital utilizando Microsoft Excel, cada variable fue codificada para facilitar el ingreso y análisis estadístico, asignando valores numéricos a las respuestas categóricas. Se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas para caracterizar la muestra en función de variables. Se realizará un análisis descriptivo donde:

- Se calcularán frecuencias y porcentajes para variables categóricas como formación académica y participación en capacitaciones.
- Se establecerán rangos de niveles de conocimiento (bajo, medio, alto) según los puntajes obtenidos.
- Los resultados se mostrarán en tablas, gráficos y análisis narrativos para facilitar su comprensión y discusión.

CAPITULO IV

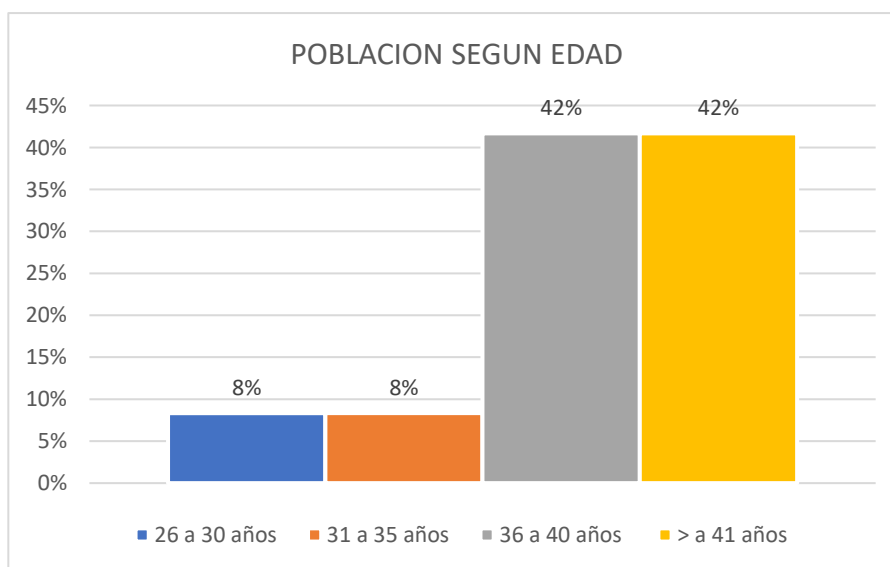
4. Análisis y discusión de resultados

Tabla N° 1: Distribución de la población según grupo etario, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

EDAD	N° (frecuencia)	% (porcentaje)
26 a 30 años	1	8%
31 a 35 años	1	8%
36 a 40 años	5	42%
> a 41 años	5	42%
TOTAL	12	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 1: Distribución de la población según grupo etario, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

La tabla evidencia que la mayoría de los participantes (84%) se encuentra en los rangos de 36 a 40 años y mayores de 41 años, con una frecuencia de 5 personas en cada grupo, lo que representa un 42% respectivamente. En contraste, los grupos de 26 a 30 años y 31 a 35 años cuentan con

solo un participante cada uno (8%), lo que refleja una baja representación de profesionales jóvenes.

Este perfil etario sugiere que gran parte de la muestra está conformada por personal con experiencia clínica acumulada. Sin embargo, es importante destacar que mayor edad no garantiza mayor nivel de actualización académica, especialmente en temas sensibles como la sepsis neonatal, que requiere un conocimiento actualizado y alineado a las guías más recientes.

El hecho de que el grupo más numeroso esté en una etapa avanzada de la carrera profesional puede tener implicaciones directas en los resultados de conocimiento: por un lado, podrían tener una mejor base clínica; pero por otro, pueden presentar vacíos formativos si no han recibido capacitación reciente en diagnóstico neonatal.

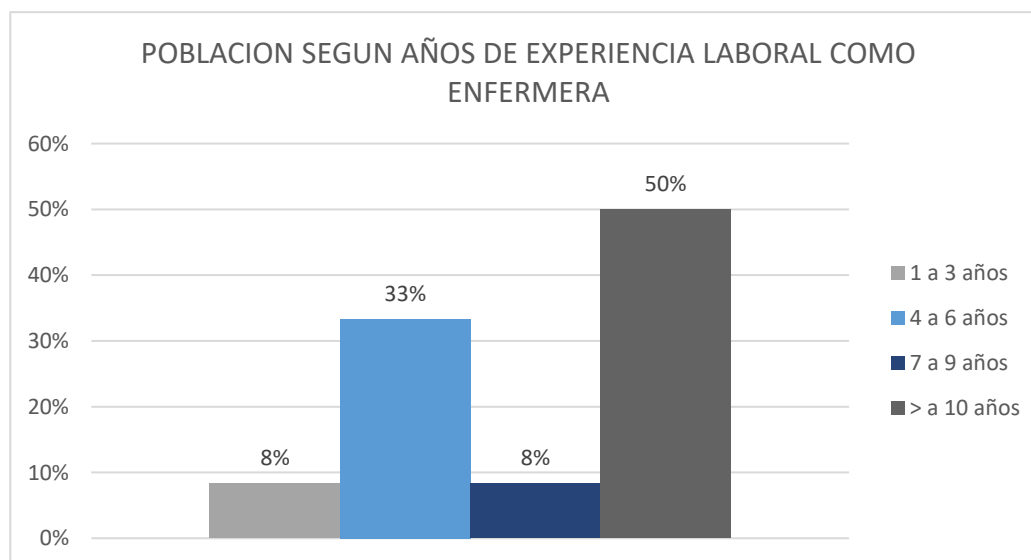
Por tanto, este perfil etario es un factor importante a considerar al momento de interpretar los niveles de conocimiento obtenidos en las siguientes tablas. Podría ser necesario implementar programas de educación continua enfocados en personal de mayor edad que, si bien tiene experiencia, puede requerir actualización en áreas específicas.

Tabla N° 2: Distribución de la población según años de experiencia laboral como enfermera, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL COMO ENFERMERA	N°	%
1 a 3 años	1	8%
4 a 6 años	4	33%
7 a 9 años	1	8%
> a 10 años	6	50%
TOTAL	12	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 2: Distribución de la población según años de experiencia laboral como enfermera, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

La distribución según los años de experiencia laboral muestra que el 50% de las participantes (6 de 12) tiene más de 10 años de ejercicio profesional como enfermera, lo que indica una amplia trayectoria clínica en la mayoría de la muestra. Además, un 33% cuenta con entre 4 a 6 años de experiencia, mientras que solo un 8% posee entre 1 a 3 años y otro 8% entre 7 a 9 años.

Este perfil sugiere que la mayoría de las participantes tiene experiencia consolidada en el ámbito asistencial, lo cual es un aspecto positivo en términos de contacto con pacientes y resolución de situaciones clínicas. Sin embargo, también plantea una necesidad de evaluar si dicha experiencia se ha acompañado de procesos de actualización continua, especialmente en temas críticos como la sepsis neonatal.

El hecho de que el mayor porcentaje tenga más de una década de servicio no garantiza un conocimiento actualizado, ya que los protocolos, guías clínicas y criterios diagnósticos evolucionan con el tiempo. En este contexto, la formación continua y la capacitación específica se vuelven fundamentales para asegurar que la experiencia práctica esté alineada con las recomendaciones actuales de atención neonatal.

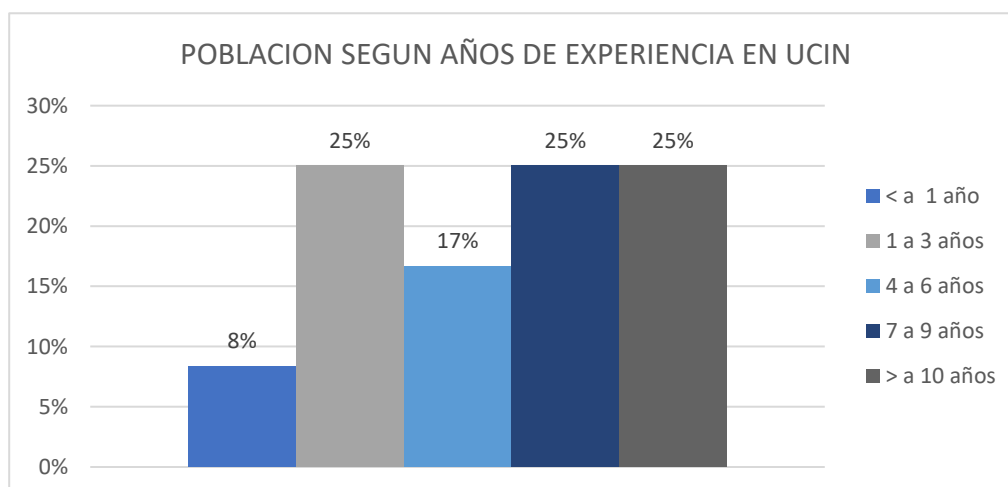
Por tanto, esta variable será clave para analizar posibles relaciones entre experiencia profesional y nivel de conocimiento, una vez se presenten los resultados correspondientes.

Tabla N° 3: Distribución de la población según años de experiencia en UCIN, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

AÑOS DE EXPERIENCIA EN UCIN	N°	%
< a 1 año	1	8%
1 a 3 años	3	25%
4 a 6 años	2	17%
7 a 9 años	3	25%
> a 10 años	3	25%
TOTAL	12	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 3: Distribución de la población según años de experiencia en UCIN, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

La distribución revela que el 75% de las participantes tiene más de 1 año de experiencia en UCIN, destacando que un 25% tiene entre 1 a 3 años, otro 25% entre 7 a 9 años, y un 25% más con más de 10 años de trayectoria en esta área especializada. Solo un 8% cuenta con menos de un año de experiencia, y un 17% con entre 4 a 6 años.

Este perfil refleja que la mayoría de las participantes ha estado expuesta de forma sostenida al cuidado de recién nacidos críticos, lo que debería traducirse en una familiaridad práctica con condiciones como la sepsis neonatal. No obstante, el hecho de que exista un grupo significativo (33%) con experiencia menor a 3 años indica que aún hay profesionales en etapas tempranas de especialización, lo cual puede influir en el nivel de conocimiento específico, sobre todo si no han recibido una formación sistematizada en este campo.

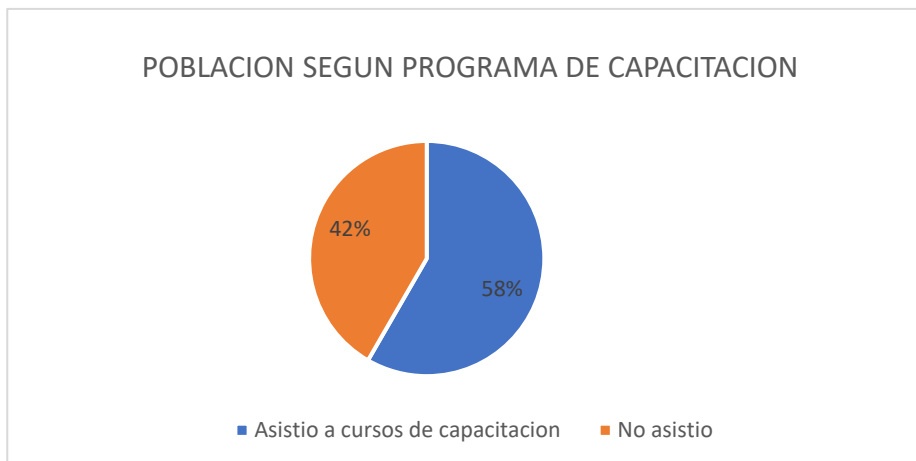
Es importante considerar que la experiencia prolongada en UCIN no siempre garantiza conocimientos actualizados, especialmente si no se acompañan de programas de educación continua. Por tanto, esta variable será relevante al analizar si existe o no correlación entre los años de experiencia en UCIN y el nivel de conocimiento demostrado en los resultados del estudio.

Tabla N° 4: Distribución de la población según si asistió a un programa de formación o capacitación, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

PROGRAMA DE CAPACITACION	N°	%
Asistió a cursos de capacitación	7	58%
No asistió	5	42%
TOTAL	12	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 4: Distribución de la población según si asistió a un programa de formación o capacitación, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

El resultado muestra que el 58% de los participantes ha asistido a cursos de capacitación relacionados con el tema, mientras que el 42% no ha participado en ningún tipo de formación específica sobre sepsis neonatal u otra área clínica relacionada.

Este dato es fundamental, ya que refleja que casi la mitad del grupo carece de actualización formal, lo cual podría explicar en parte los niveles bajos de conocimiento observados en los resultados del estudio. Aunque más de la mitad sí ha recibido capacitación, la efectividad de esos programas también debe ponerse en cuestionamiento, especialmente si no se reflejan en un rendimiento alto en la evaluación del conocimiento.

Por otro lado, el hecho de que una proporción considerable del grupo no haya recibido capacitación reciente evidencia la necesidad de fortalecer los planes de formación continua institucionales, especialmente en áreas críticas como la atención neonatal y el reconocimiento temprano de sepsis.

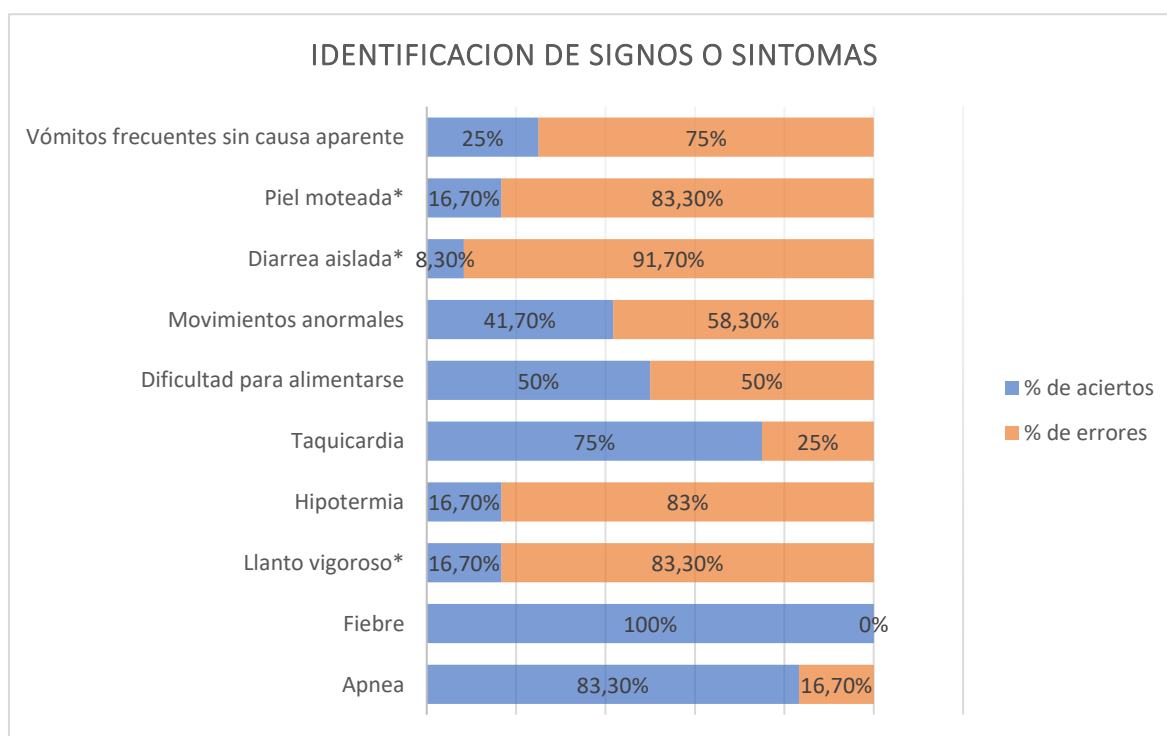
En conjunto, esta variable se convierte en un factor clave de intervención: promover capacitaciones sistemáticas, actualizadas y accesibles podría mejorar significativamente el conocimiento y la calidad del cuidado brindado en unidades como la UCIN.

Tabla N° 5: Distribución de los participantes según la identificación de los signos y síntomas clínicos de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

Signos y síntomas	Verdadero (aciertos)	% de aciertos	Falso (errores)	% de errores
Apnea	10	83.3%	2	16.7%
Fiebre	12	100%	0	0%
Llanto vigoroso*	2	16.7%	10	83.3%
Hipotermia	2	16.7%	10	83%
Taquicardia	9	75.0%	3	25%
Dificultad para alimentarse	6	50.0%	6	50%
Movimientos anormales	5	41.7%	7	58.3%
Diarrea aislada*	1	8.3%	11	91.7%
Piel moteada*	2	16.7%	10	83.3%
Vómitos frecuentes sin causa aparente	3	25.0%	10	75%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 5: Distribución de los participantes según la identificación de los signos y síntomas clínicos de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Interpretación y análisis:

La tabla muestra el porcentaje de aciertos y errores para cada signo o síntoma evaluado como parte del conocimiento sobre sepsis neonatal; se observa que solo fiebre (100%) y apnea (83.3%) fueron ampliamente reconocidos como síntomas verdaderos, lo que evidencia que estos signos están bien interiorizados entre los participantes.

Sin embargo, varios signos clínicos importantes como hipotermia (16.7%), movimientos anormales (41.7%) y dificultad para alimentarse (50%) presentaron bajos porcentajes de aciertos, indicando una falta significativa de conocimiento clínico específico. Este hallazgo es preocupante, ya que estos signos son característicos de sepsis en recién nacidos y su desconocimiento podría retrasar la identificación del cuadro clínico.

Asimismo, se evidenció una alta confusión frente a signos no típicos: el llanto vigoroso y la diarrea aislada, ambos incorrectamente marcados como síntomas verdaderos en el 83.3% y 91.7% de los casos respectivamente. Esto sugiere la presencia de conceptos erróneos o falta de diferenciación entre signos verdaderos y signos comunes no relacionados directamente con la sepsis.

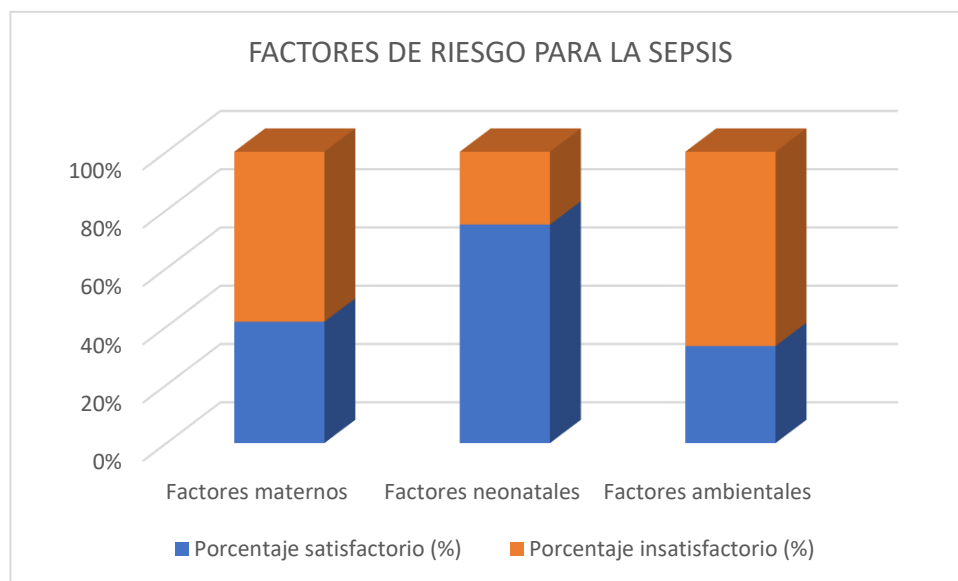
En general, la distribución de aciertos y errores refleja un conocimiento limitado y desigual, con tendencia a sobrestimar o subestimar ciertos signos clínicos, lo que refuerza la necesidad de capacitación focalizada en el reconocimiento adecuado de los signos clínicos de sepsis neonatal.

Tabla N° 6: Distribución de la población según el conocimiento de los factores de riesgo para la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

FACTORES DE RIESGO PARA LA SEPSIS	Conocimiento satisfactorio	Porcentaje satisfactorio (%)	Conocimiento insatisfactorio	Porcentaje insatisfactorio (%)
Factores maternos	5	42%	7	58%
Factores neonatales	9	75%	3	25%
Factores ambientales	4	33%	8	67%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 6: Distribución de la población según el conocimiento de los factores de riesgo para la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

Los resultados muestran una variabilidad importante en el conocimiento según el tipo de factor de riesgo evaluado:

El mayor porcentaje de respuestas correctas se obtuvo en los factores neonatales, donde el 75% de los participantes alcanzó un conocimiento satisfactorio. Esto indica que la mayoría tiene claridad sobre elementos directamente relacionados con el recién nacido, como prematuridad, bajo peso o procedimientos invasivos.

En contraste, solo el 42% identificó correctamente los factores maternos, y apenas el 33% los factores ambientales, reflejando un conocimiento insatisfactorio en estas áreas (58% y 67%, respectivamente). Esta situación es preocupante, ya que los factores maternos como infecciones perinatales y los ambientales como condiciones del entorno hospitalario son igualmente determinantes en la aparición de sepsis neonatal.

Estos datos revelan que el conocimiento del personal está enfocado principalmente en los factores inmediatos al neonato, descuidando aspectos clave del contexto materno y ambiental,

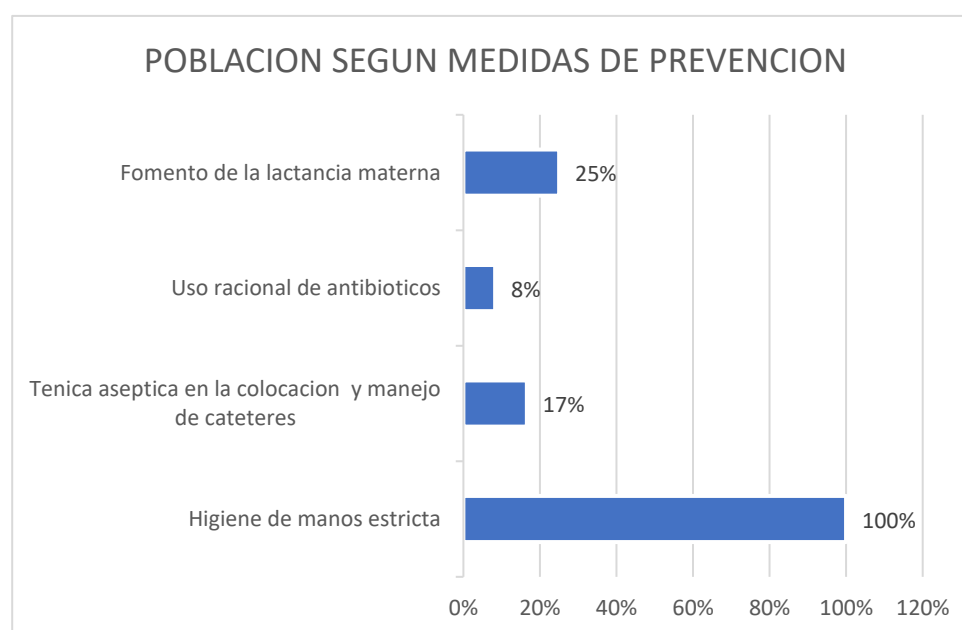
lo cual puede limitar la detección integral del riesgo. Esta fragmentación del conocimiento sugiere la necesidad de reforzar la formación del personal en un enfoque más holístico y preventivo de la sepsis neonatal, abarcando todos los determinantes.

Tabla N° 7: Distribución de la población según el conocimiento sobre medidas de prevención de sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN	N° (afirman)	% Afirman	N° (no afirman)	% no afirman	Nivel
Higiene de manos estricta	12	100%	0	0%	Alto
Técnica aseptica en la colocacion y manejo de catéteres	2	17%	10	83%	Bajo
Uso racional de antibioticos	1	8%	11	92%	Bajo
Fomento de la lactancia materna	3	25%	9	75%	Bajo

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 7: Distribución de la población según el conocimiento sobre medidas de prevención de sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

La tabla muestra que el 100% de los participantes reconoció la higiene de manos estricta como una medida fundamental de prevención, lo cual refleja un buen grado de sensibilización sobre esta práctica básica pero crucial.

Sin embargo, se observa un bajo nivel de conocimiento en el resto de las medidas:

Solo el 17% identificó la técnica aséptica en la colocación y manejo de catéteres, a pesar de ser una intervención clave para evitar infecciones intrahospitalarias, el uso racional de antibióticos fue afirmado únicamente por el 8%, lo que representa una debilidad crítica en la comprensión del manejo terapéutico adecuado, el fomento de la lactancia materna, medida preventiva ampliamente respaldada en la literatura, solo fue reconocido por el 25%.

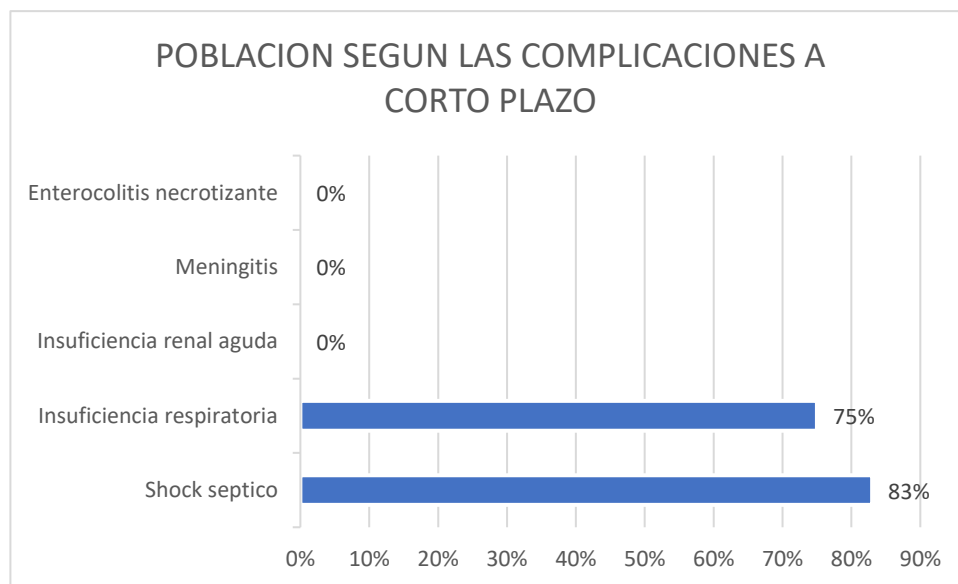
Estos resultados evidencian que, aunque se cumple con lo más básico (como el lavado de manos), existe un conocimiento limitado o fragmentado sobre otras medidas preventivas esenciales, lo cual puede comprometer el control efectivo de la sepsis neonatal. Esto resalta la necesidad urgente de reforzar programas de capacitación, especialmente en estrategias preventivas integrales.

Tabla N° 8: Distribución de los participantes según las complicaciones a corto plazo de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

COMPLICACIONES A CORTO PLAZO	N° (afirman)	% Afirman	N° (no afirman)	% no afirman
Shock séptico	10	83%	2	17%
Insuficiencia respiratoria	9	75%	3	25%
Insuficiencia renal aguda	0	0%	12	100%
Meningitis	0	0%	12	100%
Enterocolitis necrotizante	0	0%	12	100%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 8: Distribución de los participantes según las complicaciones a corto plazo de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

En cuanto al conocimiento sobre las complicaciones a corto plazo de la sepsis neonatal, se observa que:

La mayoría de los profesionales identifican correctamente las complicaciones clásicas y más frecuentes, como el shock séptico (83%) y la insuficiencia respiratoria (75%), lo que refleja un buen nivel de conocimiento en estos aspectos críticos.

Sin embargo, existe un conocimiento insuficiente respecto a otras complicaciones importantes, pero menos evidentes para algunos participantes, como la insuficiencia renal aguda (0% afirmaron), la meningitis (0%), y la enterocolitis necrotizante (0%). Esto puede indicar falta de formación o experiencia en el manejo integral de la sepsis neonatal.

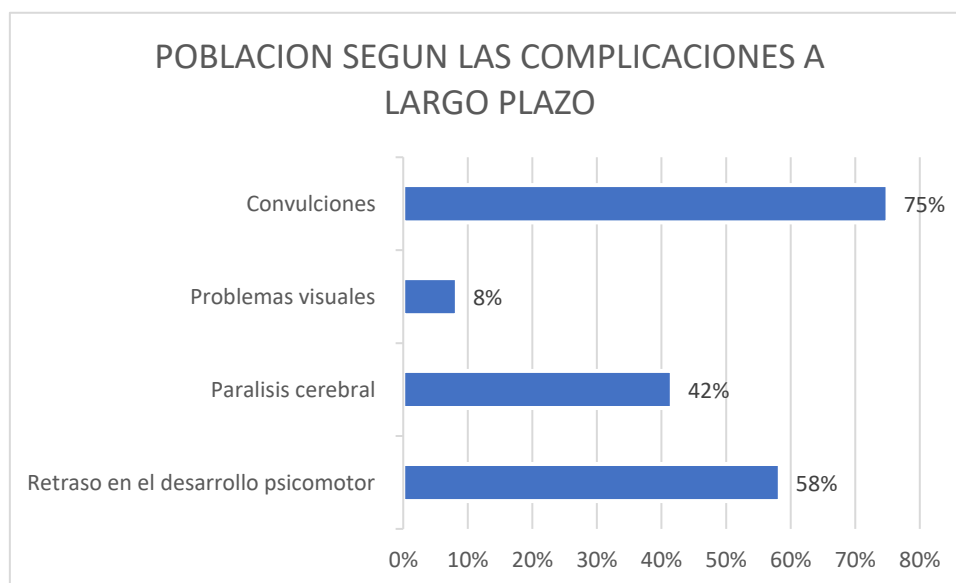
La ausencia de reconocimiento de estas complicaciones puede limitar la capacidad de anticipar y manejar estas condiciones, lo que es vital para la supervivencia y calidad de vida del neonato.

Tabla N° 9: Distribución de los participantes según las complicaciones a largo plazo de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO	N° (afirman)	% Afirman	N° (no afirman)	% no afirman
Retraso en el desarrollo psicomotor	7	58%	5	42%
Parálisis cerebral	5	42%	7	58%
Problemas visuales	1	8%	11	92%
Convulsiones	9	75%	3	25%

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 9: Distribución de los participantes según las complicaciones a largo plazo de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

El nivel de conocimiento sobre complicaciones a largo plazo varía entre moderado y bajo. Los profesionales tienen un conocimiento moderado sobre retraso psicomotor y convulsiones, pero

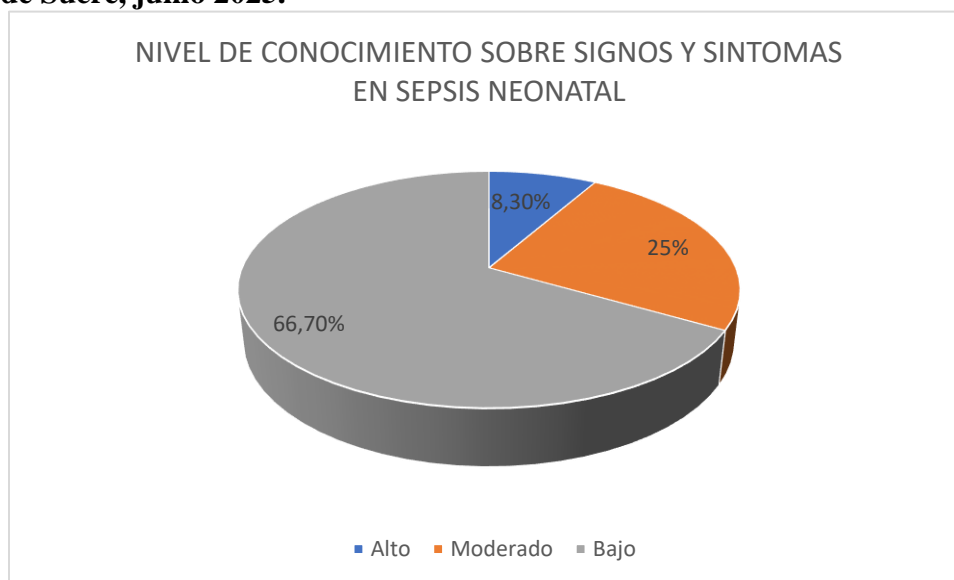
bajo conocimiento sobre parálisis cerebral y problemas visuales, lo que evidencia la necesidad de reforzar la capacitación en estas áreas para una mejor atención y prevención.

Tabla N° 10: Distribución de los participantes según el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

Pacientes	Aciertos	% Aciertos (10 ítems)	Desaciertos	% Desaciertos (10 ítems)	Nivel
1	8	80%	2	20%	Alto
2	6	60%	4	40%	Moderado
3	7	70%	3	30%	Moderado
4	4	40%	6	60%	Bajo
5	4	40%	6	60%	Bajo
6	4	40%	6	60%	Bajo
7	2	20%	8	80%	Bajo
8	2	20%	8	80%	Bajo
9	4	40%	6	60%	Bajo
10	5	50%	5	50%	Moderado
11	3	30%	7	70%	Bajo
12	4	40%	6	60%	Bajo

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 10: Distribución de los participantes según el nivel de conocimiento sobre los signos y síntomas de la sepsis neonatal, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Fuente: elaboración propia

Interpretación y análisis:

Los resultados evidencian que el 66.7% (8 de 12 participantes) presenta un nivel de conocimiento bajo, al haber respondido correctamente menos del 50% de los ítems evaluados. Esto refleja una deficiencia importante en la identificación de signos y síntomas clínicos de la sepsis neonatal, lo cual podría afectar directamente la capacidad diagnóstica y la respuesta oportuna ante casos reales.

Un 25% (3 participantes) alcanzó un nivel moderado (50–79% de aciertos), mostrando un conocimiento parcial, con margen de mejora. Solo un 8.3% (1 participante) logró un nivel alto ($\geq 80\%$ de aciertos), indicando un adecuado reconocimiento de los signos clínicos evaluados.

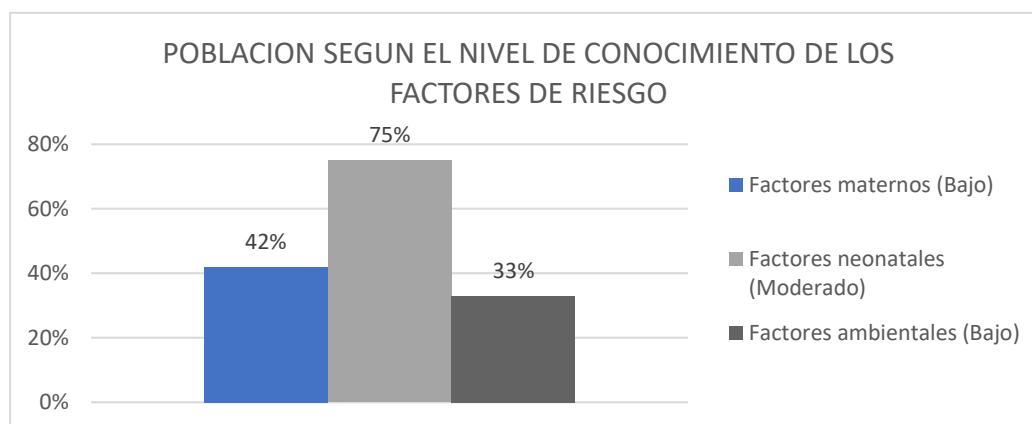
Esta distribución indica que la mayoría del grupo no cuenta con el conocimiento necesario para identificar correctamente los signos de sepsis neonatal, lo cual representa una alerta importante en términos de formación profesional y capacitación clínica continua.

Tabla N° 11: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para la sepsis neonatal según tipo de factor, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.

Tipo de factor	Conocimiento satisfactorio (%)	Nivel de conocimiento
Factores maternos	42%	Bajo
Factores neonatales	75%	Moderado
Factores ambientales	33%	Bajo

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 11: Nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para la sepsis neonatal según tipo de factor, en el Hospital San Pedro Claver de la ciudad de Sucre, junio 2025.



Interpretación y análisis:

El conocimiento moderado sobre factores neonatales indica que la mayoría de los participantes reconoce adecuadamente los riesgos clínicos directos del recién nacido, aunque no alcanza un nivel óptimo.

En cambio, el conocimiento sobre factores maternos (42%) y factores ambientales (33%) es bajo, lo que refleja una importante limitación en la comprensión integral de los determinantes de la sepsis neonatal.

Este patrón sugiere que el personal tiende a enfocarse en el neonato una vez nacido, pero subestima la influencia de la salud materna y del entorno hospitalario, los cuales son

fundamentales en la prevención. Por tanto, se recomienda incorporar estos contenidos con mayor énfasis en los programas de formación y capacitación clínica.

:

CAPITULO V

5. PROPUESTA:

5.1. Nombre de la propuesta:

Taller teórico - práctico trimestral sobre la identificación de factores de riesgo para sepsis neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital San Pedro Claver.

5.2. Introducción:

La sepsis neonatal representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en recién nacidos hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). La identificación temprana de los factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales es fundamental para prevenir su aparición y mejorar los resultados clínicos. Sin embargo, los hallazgos de este estudio revelan deficiencias en el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre estos factores. Por ello, se plantea la implementación de un taller práctico de carácter trimestral que permita reforzar de manera continua y actualizada las competencias del personal, con un enfoque en la prevención y detección temprana de sepsis neonatal.

5.3. Justificación:

La implementación de esta propuesta busca reducir las complicaciones asociadas a la sepsis neonatal, mejorar la capacidad de respuesta del personal de enfermería y disminuir el tiempo de internación de los neonatos. Al fortalecer la identificación oportuna de factores de riesgo, se podrán tomar decisiones clínicas más acertadas y aplicar medidas preventivas con mayor eficacia. Además, esta intervención formativa fomentará una cultura de actualización continua, elemento clave en contextos de alta complejidad como la UCIN. Se podrá ejecutarla mediante la Jefatura de Enfermeras.

5.4. Objetivo general de la propuesta:

Fortalecer las competencias del personal de enfermería de la UCIN del Hospital San Pedro Claver para la identificación oportuna de los factores de riesgo asociados a la sepsis neonatal, mediante la implementación de talleres prácticos trimestrales, dirigido a la jefa de enfermeras.

5.5. Desarrollo de la propuesta:

El taller se desarrollará trimestralmente y estará dirigido al personal de enfermería que trabaja en la UCIN. Tendrá una duración de 4 horas por sesión y combinará actividades teóricas y prácticas. Se organizarán en tres bloques:

a. Bloque 1: Actualización teórica sobre sepsis neonatal

Duración: 1 hora

Este bloque tiene como finalidad reforzar los conocimientos teóricos del personal de enfermería sobre la sepsis neonatal. Se abordarán los siguientes contenidos:

- Definición y clasificación de la sepsis neonatal (inicio temprano y tardío).
- Factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales.
- Principales signos y síntomas clínicos de alarma.
- Importancia del reconocimiento temprano y su impacto en la evolución del recién nacido.

La metodología será expositiva–participativa, apoyada en presentaciones multimedia, con espacio para preguntas y aclaración de dudas.

b. Bloque 2: Taller práctico y simulaciones clínicas

Duración: 2 horas

En este bloque se desarrollarán actividades prácticas orientadas a la aplicación de los conocimientos adquiridos. Incluye:

- Identificación de signos clínicos de sepsis neonatal mediante escenarios simulados.
- Uso de listas de verificación para la detección temprana de factores de riesgo.
- Práctica de medidas de prevención: lavado de manos, técnica aséptica, manejo de dispositivos invasivos y administración segura de antibióticos.

- Simulación de situaciones clínicas frecuentes en la UCIN, promoviendo la toma de decisiones oportunas.

Las actividades se realizarán en grupos pequeños, fomentando el trabajo colaborativo y la discusión guiada por el facilitador.

c. Bloque 3: Análisis de casos clínicos y evaluación del aprendizaje

Duración: 1 hora

Este bloque estará orientado a consolidar los conocimientos adquiridos mediante:

- Análisis y discusión de casos clínicos reales de sepsis neonatal atendidos en la UCIN.
- Identificación de aciertos y oportunidades de mejora en el manejo de cada caso.
- Aplicación del postest de conocimientos para evaluar el aprendizaje alcanzado.
- Retroalimentación grupal, donde los participantes podrán expresar dudas, sugerencias y experiencias.

Este espacio permitirá reforzar el aprendizaje significativo y promover la reflexión crítica sobre la práctica diaria del personal de enfermería.

La propuesta incluirá guías impresas, presentación multimedia y simulaciones clínicas.

5.6. Metodología de aplicación:

La metodología será de tipo participativa y activa, basada en el aprendizaje significativo. Se utilizarán estrategias como:

- Estudio de casos reales.
- Simulaciones clínicas.
- Resolución de problemas en grupos.
- Evaluación formativa (antes y después del taller).

La actividad será coordinada por un facilitador (enfermero/a jefe o especialista en neonatología), con el apoyo del equipo médico y del área de docencia del hospital San Pedro Claver de la Ciudad de Sucre.

5.7. Recursos necesarios:

Tipo de recurso	Detalle
Humanos	Facilitador, enfermeras participantes, apoyo docente.
Materiales	Proyector, laptop, guías impresas, pizarra, marcadores
Tecnológicos	Presentaciones PowerPoint, videos educativos
Financieros	Bajo costo; se sugiere uso de recursos internos del hospital

5.8. Recolección de la información:

Se aplicará un cuestionario pretest y postest en cada taller, con el fin de medir el cambio en el nivel de conocimiento del personal participante. También se recogerá retroalimentación cualitativa a través de encuestas de satisfacción y observaciones del facilitador.

5.9. Análisis de resultados:

Los datos obtenidos del pretest y postest serán analizados cuantitativamente mediante estadística descriptiva (promedios, porcentajes, comparación de resultados antes y después). Se valorará el impacto del taller en la mejora del conocimiento. La información cualitativa se analizará mediante categorización temática para identificar fortalezas, debilidades y sugerencias para futuras ediciones.

5.10. Cronograma del taller práctico trimestral sobre el manejo integral de la sepsis neonatal

Actividad	Responsable	Duración	Frecuencia	Mes de ejecución
Planificación del taller y coordinación con Jefatura de Enfermería	Investigadora / Jefa de Enfermería	1 semana	Trimestral	Marzo, Junio, Septiembre, Diciembre
Elaboración y actualización del material educativo (guías, presentaciones, casos clínicos)	Investigadora / Facilitador	1 semana	Trimestral	Previo a cada taller
Convocatoria al personal de enfermería de la UCIN	Jefatura de Enfermería	3 días	Trimestral	Previo al taller
Aplicación del pretest de conocimientos	Facilitador	30 min.	En cada taller	Día del taller
Desarrollo del Bloque 1 (actualización teórica)	Facilitador	1 hora	En cada taller	Día del taller
Desarrollo del Bloque 2 (taller práctico y simulaciones)	Facilitador / Equipo de apoyo	2 horas	En cada taller	Día del taller
Desarrollo del Bloque 3 (análisis de casos y evaluación)	Facilitador	1 hora	En cada taller	Día del taller
Aplicación del postest de conocimientos	Facilitador	30 min.	En cada taller	Día del taller
Análisis de resultados y retroalimentación	Investigadora / Facilitador	1 semana	Trimestral	Posterior al taller
Elaboración de informe y recomendaciones	Investigadora	1 semana	Trimestral	Posterior al taller

5. Discusión, Conclusiones y recomendaciones

5.1. Discusión

La presente investigación evaluó el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo de la sepsis neonatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital San Pedro Claver, evidenciando brechas significativas que afectan la detección temprana, la prevención y el manejo integral de esta condición. La discusión de estos hallazgos permite comprender mejor la problemática y resalta la importancia de implementar estrategias educativas que fortalezcan la práctica profesional en el área neonatal.

Respecto al conocimiento sobre los signos y síntomas de la sepsis neonatal, los resultados muestran un nivel bajo a moderado en la mayoría del personal de enfermería. Este hallazgo refleja dificultades para identificar tempranamente a los neonatos en riesgo, lo que puede retrasar la intervención y aumentar la mortalidad. Estudios internacionales, como el metanálisis de Desalegne et al. (2019), reportan situaciones similares en países de ingresos bajos y medios, donde la identificación temprana de signos como letargo, dificultad respiratoria, fiebre o hipotermia es limitada. Este hallazgo subraya la necesidad de reforzar la formación del personal en la detección precoz, integrando la teoría con la práctica clínica mediante talleres y simulaciones.

En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales, se observó que los factores neonatales fueron reconocidos de manera más satisfactoria, mientras que los maternos y ambientales fueron menos comprendidos. Esto coincide con los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), que destacan la importancia de una identificación integral de factores de riesgo para prevenir la sepsis neonatal, especialmente en contextos con recursos limitados. La falta de comprensión sobre antecedentes maternos, condiciones de parto y factores ambientales limita la capacidad de implementar medidas preventivas adecuadas, lo que justifica la necesidad de educación continua y específica en estas áreas.

Aunque la higiene de manos fue reconocida como práctica esencial, otras estrategias preventivas como la técnica aséptica en el manejo de catéteres, el uso racional de antibióticos y el fomento de la lactancia materna fueron menos identificadas. La literatura indica que la adherencia parcial

a estas medidas aumenta la incidencia de sepsis neonatal (OMS, 2019). Esto evidencia la importancia de implementar talleres prácticos y simulaciones clínicas, que permitan reforzar de manera efectiva la aplicación de medidas preventivas y asegurar la seguridad del neonato.

El personal mostró un conocimiento heterogéneo sobre las complicaciones de la sepsis neonatal. Mientras que identificaron adecuadamente situaciones como shock séptico y convulsiones, otras complicaciones relevantes, como enterocolitis necrotizante, insuficiencia renal aguda y alteraciones visuales, fueron poco reconocidas. Esta disparidad limita la capacidad de anticipar y manejar las consecuencias de la enfermedad. Programas educativos enfocados en las complicaciones a corto y largo plazo son necesarios para garantizar un manejo integral y basado en evidencia.

El análisis de los datos sociodemográficos y de la experiencia laboral indicó que la práctica cotidiana en la UCIN no garantiza un conocimiento adecuado sobre la sepsis neonatal. Esto demuestra que la experiencia sin capacitación formal no asegura competencias suficientes, reafirmando la necesidad de formación continua y sistemática, como la propuesta de talleres trimestrales, que permitan actualizar y reforzar conocimientos teóricos y prácticos.

Las brechas identificadas en el conocimiento del personal pueden afectar la calidad de la atención y los resultados clínicos de los neonatos. Por ello, la implementación de programas educativos, como los talleres prácticos trimestrales, es fundamental para fortalecer las competencias del personal de enfermería. Estas intervenciones promueven un aprendizaje activo, mejoran la identificación de factores de riesgo, fomentan la aplicación de medidas preventivas y contribuyen a un manejo integral de la sepsis neonatal. Además, favorecen un trabajo colaborativo y multidisciplinario, mejorando la comunicación entre el equipo y la toma de decisiones basada en evidencia.

Entre las fortalezas del estudio se destacan la aplicación directa en el contexto de la UCIN del Hospital San Pedro Claver y la identificación clara de brechas de conocimiento del personal. Como limitaciones, se encuentra que la muestra se restringió al personal de una unidad específica, lo que limita la generalización de los resultados. Además, la evaluación del conocimiento se centró en cuestionarios y observaciones inmediatas, sin seguimiento longitudinal del impacto en la práctica clínica.

5.2. Conclusiones

1. El análisis del nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre los signos y síntomas clínicos de la sepsis neonatal reveló que la mayoría posee un conocimiento bajo a moderado, evidenciando una brecha significativa en la identificación temprana de esta condición. Este hallazgo subraya la necesidad de fortalecer los procesos de formación y actualización en esta área específica, para mejorar la capacidad diagnóstica y la atención oportuna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).
2. El conocimiento respecto a los factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales asociados a la sepsis neonatal mostró variabilidad considerable. Mientras que los factores neonatales fueron reconocidos satisfactoriamente por la mayoría del personal, los factores maternos y ambientales fueron menos comprendidos, lo que refleja una insuficiencia en la formación integral sobre los determinantes que contribuyen a la aparición de la sepsis.
3. En cuanto a las medidas de prevención de la sepsis neonatal, si bien la higiene de manos fue universalmente reconocida como práctica esencial, otras estrategias preventivas como la técnica aséptica en el manejo de catéteres, el uso racional de antibióticos y el fomento de la lactancia materna fueron poco identificadas, lo que indica una deficiencia significativa en la capacitación y sensibilización sobre prácticas preventivas cruciales para la reducción de la incidencia de sepsis.
4. El personal mostró un conocimiento heterogéneo sobre las complicaciones a corto y largo plazo derivadas de la sepsis neonatal. Se evidenció buen reconocimiento de complicaciones como el shock séptico y las convulsiones, mientras que otras complicaciones relevantes, como la enterocolitis necrotizante, la insuficiencia renal aguda y los problemas visuales, fueron poco identificadas. Esta disparidad señala una oportunidad para mejorar la formación sobre el manejo integral y las consecuencias clínicas de la sepsis neonatal.
5. Los datos sociodemográficos y la experiencia laboral del personal en la UCIN no fueron determinantes suficientes para garantizar un nivel de conocimiento alto sobre el manejo de la sepsis neonatal, lo que sugiere que la experiencia práctica sin capacitación formal no es suficiente para asegurar competencias adecuadas en este ámbito.

6. En conjunto, el estudio evidencia que el nivel general de conocimiento del personal de enfermería sobre el manejo integral de la sepsis neonatal en la UCIN del Hospital San Pedro Claver es insuficiente. Esta insuficiencia puede afectar negativamente la calidad de la atención y los resultados clínicos en los neonatos, por lo que se recomienda la implementación de programas de capacitación sistemáticos, continuos y basados en evidencia para optimizar la competencia del personal y mejorar la atención neonatal.

5.3. Recomendaciones

1. Implementar programas de capacitación periódicos y actualizados para el personal de enfermería en la UCIN, enfocados en el reconocimiento temprano de signos y síntomas de la sepsis neonatal, así como en la identificación integral de los factores de riesgo maternos, neonatales y ambientales.
2. Fortalecer la formación sobre las medidas preventivas esenciales, incluyendo técnicas asépticas en el manejo de catéteres, uso racional de antibióticos y fomento de la lactancia materna, para reducir la incidencia de sepsis y mejorar los resultados clínicos.
3. Desarrollar talleres prácticos y sesiones educativas para profundizar el conocimiento sobre las complicaciones a corto y largo plazo de la sepsis neonatal, asegurando que el personal pueda anticipar y manejar adecuadamente estas condiciones.
4. Establecer un sistema de evaluación continua del conocimiento del personal, con retroalimentación y actualización constante, para mantener altos estándares de competencia en el manejo de la sepsis neonatal.
5. Promover un ambiente de aprendizaje colaborativo que involucre a todo el equipo multidisciplinario, fortaleciendo la comunicación y el trabajo en equipo en la atención neonatal.
6. Aplicar la propuesta diseñada en este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Traoré FB, Camara BS, Diallo EM, Sidibé CS, Diallo A, Sidibé S, et al. Prevalence and factors associated with neonatal sepsis in Mali: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 1 de enero de 2025;15(1):e082066. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11749796/>
2. Coaquira F, Rivero E. Proceso enfermero a neonato prematuro con sepsis neonatal post operado de cierre de gastrosquisis e el servicio de cuidados intermedios neonatales. 2021. [Internet]. [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6031/>
3. Glaser MA, Hughes LM, Jnah A, Newberry D. Sepsis neonatal: una revisión de la fisiopatología y las estrategias de tratamiento actuales. 12 de septiembre de 2020;21(1):49-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32956076/>
4. Vega A, Zevallos B. Sepsis neonatal: Diagnóstico y tratamiento. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* [Internet]. 6 de junio de 2023 [citado 20 de junio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2023.161.1714>
5. Fleischmann C, Reichert F, Cassini A, Horner R, Harder T, Markwart R, et al. Global incidence and mortality of neonatal sepsis: a systematic review and meta-analysis. *Archives Of Disease In Childhood* [Internet]. 22 de enero de 2021;106(8):745-52. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8311109/>
6. Aparicio Aragon YM. Prevalencia y factores asociados a sepsis neonatal precoz en el Hospital Manuel Nuñez Butrón de Puno 2016. 2017. Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/3824>
7. Amare D, Mela M, Dessie G. Unfinished agenda of the neonates in developing countries: magnitude of neonatal sepsis: systematic review and meta-analysis. *Heliyon* [Internet]. 1 de septiembre de 2019;5(9):e02519. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6819861/>
8. Rios C.V, Navia MP, Díaz M., Salazar F. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal. *Rev. bol. ped.* [Internet]. 2005 Jun [citado 2025 Jul 05] ; 44(2): 87-92. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000200004&lng=es.](http://www.scielo.org.bo/sciELO.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000200004&lng=es)

9. Vega A.Z, Vargas B. Sepsis neonatal: Diagnóstico y tratamiento. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. 2023 [citado 2025 Jul 05] ; 16(1): 94-101. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312023000100013#B4
10. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P.. *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (7.^a ed.). McGraw-Hill. 2022.
11. Belmont, I. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. *Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación*.2003 url: [https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10. INT L Informe Belmont.pdf](https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10_INT_L_Informe_Belmont.pdf)
12. Kariniotaki C, Thomou C, Gkentzi D, Panteris E, Dimitriou G, Hatzidaki E. Neonatal Sepsis: A Comprehensive Review. *Antibiotics* [Internet]. 25 de diciembre de 2024;14(1):6. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/antibiotics14010006>
13. Cortés José S, Fernández Cruz Laura X., Beltrán Zúñiga Emilce, Narváez Carlos F, Fonseca-Becerra Carlos Eduardo. Sepsis neonatal: aspectos fisiopatológicos y biomarcadores. *Médicas UIS* [Internet]. Diciembre de 2019 [consultado el 16 de agosto de 2025]; 32(3): 35-47.

Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192019000300035&lng=en. Publicación electrónica del 9 de diciembre de 2019. <https://doi.org/10.18273/revmed.v32n3-2019005>.

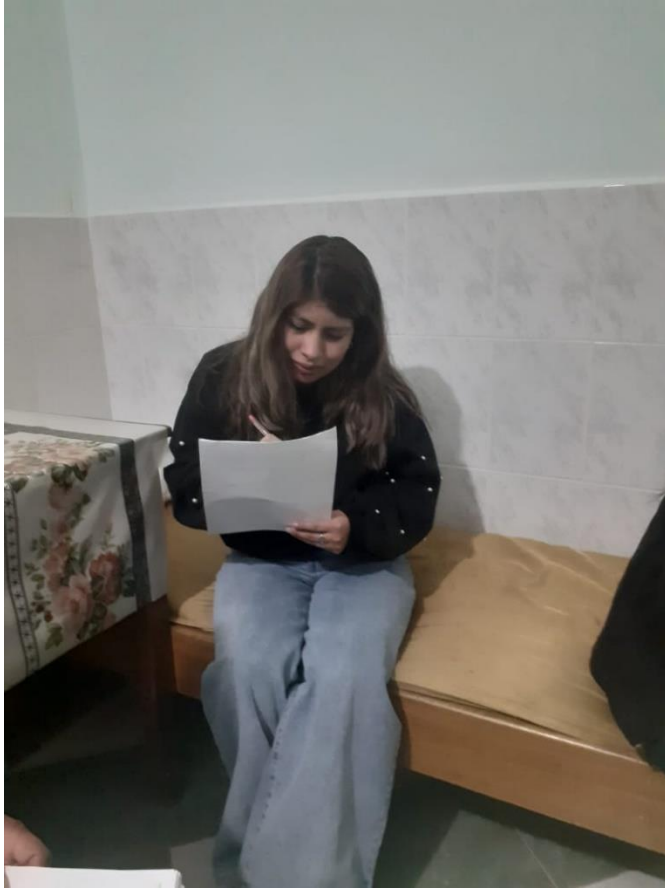
ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo he sido informada del trabajo de investigación que se está realizando en la **MAESTRIA EN ENFERMERÍA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA** del postgrado de la **UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA** sobre: **"NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL LICENCIADA EN ENFERMERIA SOBRE EL MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL EN LA UCIN DEL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER, SUCRE - BOLIVIA, JUNIO 2025"**, cuya investigadora principal es la Lic. Sonia Dayci Ramos Soto. Declaro haber sido informada del trabajo de investigación, donde se menciona el propósito del mismo procedimiento a seguir y beneficios que serán obtenido durante la investigación. Estoy informada(o) que toda la información que brinde será estrictamente confidencial. Al firmar este consentimiento llenare el siguiente cuestionario, que tomara 20 minutos máximo y expreso que mi participación es totalmente voluntaria y que no recibiré ningún beneficio económico por participar. Una vez concluido el estudio, la investigadora entregará una copia del informe final a las autoridades correspondientes del Hospital San Pedro Claver - Sucre, a la que podré acceder para informarme de los resultados. Al firmar este consentimiento, acepto de manera voluntaria









Sucre 2 de junio 2025

A: Lic. Estefanía Soto Mamani

RESPONSABLE DE NEONATOLOGIA HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER

PRESENTE:

Ref. SOLICITUD DE PERMISO PARA LA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION

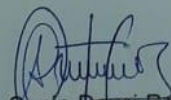
DISTINGUIDA LICENCIADA.

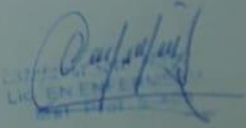
Mediante la presente reciba un cordial saludo deseándole muchos éxitos en la función que desempeña.

El motivo de la presente es para solicitar muy respetuosamente el permiso para la ejecución de trabajo de tesis de grado que lleva como título: **NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL LICENCIADA EN ENFERMERIA SOBRE EL MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL EN LA UCIN DEL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER, SUCRE -BOLIVIA, JUNIO 2025**, requisito indispensable para optar al título de **MAESTRIA EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA**, la cual será con fines académicos y posteriormente un aporte a la institución.

Sin otro particular, esperando una respuesta favorable y apoyo, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atte.


Sonia Dayci Ramos Soto
Lic. Enfermería


Recibido es de junio
Se autoriza la aplicación su cuestionario

Sucre 2 de junio 2025

A. Lic. Estefanía Soto Mamani

RESPONSABLE DE NEONATOLOGIA HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER

PRESENTE:

Ref. SOLICITUD DE PERMISO PARA LA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION

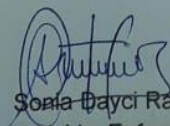
DISTINGUIDA LICENCIADA.

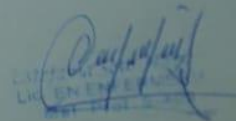
Mediante la presente reciba un cordial saludo deseándole muchos éxitos en la función que desempeña.

El motivo de la presente es para solicitar muy respetuosamente el permiso para la ejecución de trabajo de tesis de grado que lleva como título: **NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PROFESIONAL LICENCIADA EN ENFERMERIA SOBRE EL MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL EN LA UCIN DEL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER, SUCRE -BOLIVIA, JUNIO 2025**, requisito indispensable para optar al título de **MAESTRIA EN ENFERMERIA EN MEDICINA CRITICA Y TERAPIA INTENSIVA**, la cual será con fines académicos y posteriormente un aporte a la institución.

Sin otro particular, esperando una respuesta favorable y apoyo, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atte.


Sonia Dayci Ramos Soto
Lic. Enfermería


Lic. ENFERMERIA
Recibido es de junio
Se autoriza la aplicacion su cuestionario

CUESTIONARIO DE ENCUESTA

Conocimientos del profesional de enfermería en el manejo de la sepsis neonatal en la UCIN Hospital San Pedro Claver, Sucre-Bolivia Junio, 2025:

CODIGO:

SUBRAYE LA RESPUESTA

PARTE I. VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES

1.Edad:

A: 20-25 años

B:26-30 años

C:31-35 años

D:36-40 años

E: Más de 40 años

2.Nivel de posgrado:

A: si

B: no

3.Años de Experiencia Laboral Total como Enfermero/a

A: Menos de 1 año

B:1-3 años

C:4-6 años

D:7-10 años

E: más de 10 años

4.Años de Experiencia Laboral en la UCIN del Hospital San Pedro Claver:

A: Menos de 1 año

B:1-3 años

C:4-6 años

D:7-10 años

E: Más de 10 años

5. ¿Ha recibido capacitación específica sobre sepsis neonatal?

A: Sí

B: No

Parte II: Experiencias en el Manejo de la Sepsis Neonatal

6. ¿Con qué frecuencia se encuentra involucrado/a en el cuidado de neonatos con sospecha o diagnóstico de sepsis en su práctica diaria?

A: Diariamente

B: Varias veces por semana

C: Una vez por semana

D: Menos de una vez por semana

E: Raramente

7. ¿Qué signos y síntomas considera usted que son los más importantes para la detección temprana de la sepsis neonatal?

A: Cambios en la actividad/letargo

B: Irritabilidad, Cambios en la temperatura (fiebre/hipotermia)

C: Dificultad respiratoria/apnea,

D: Taquicardia/bradicardia

E: Alimentación deficiente/intolerancia

8. ¿Qué acciones considera usted que son cruciales en las primeras horas del manejo de un neonato con sospecha de sepsis?

A: Obtención de muestras para cultivos (sangre, LCR, orina)

B: Administración de antibióticos de amplio espectro según protocolo

C: Monitorización de signos vitales continua

D: Control de la glicemia

Parte III: Conocimientos sobre Sepsis Neonatal

9. ¿Qué medidas de prevención de la sepsis neonatal se implementan rutinariamente en su unidad?

A: Higiene de manos estricta

B: Técnica aséptica en la colocación y manejo de catéteres

C: Uso racional de antibióticos

D: Fomento de la lactancia materna

E: Tamizaje prenatal para Streptococcus

10. ¿Qué complicaciones a corto plazo son las más frecuentes en neonatos con sepsis en su experiencia? (Puede marcar varias opciones).

A: Shock séptico

B: Insuficiencia respiratoria

C: Insuficiencia renal aguda

D: Meningitis

E: Enterocolitis necrotizante

11. ¿Qué complicaciones a largo plazo conoce que pueden presentarse en neonatos que han sobrevivido a la sepsis? (Puede marcar varias opciones)

A: Retraso en el desarrollo psicomotor

B: Parálisis cerebral

C: Problemas visuales

D: Convulsiones

E: Desconozco

Parte IV: Percepción y Necesidades de Capacitación

12. ¿Cómo evalúa usted su propio nivel de conocimiento en el manejo de la sepsis neonatal?

A: Excelente

B: Bueno

C: Regular

D: Bajo

E: Muy bajo

13. ¿Considera que necesita más capacitación o actualización en algún aspecto específico del manejo de la sepsis neonatal?

A: Sí

B: No

14. ¿Qué tipo de actividades de capacitación considera que serían más útiles para mejorar sus conocimientos sobre el manejo de la sepsis neonatal? (Puede marcar varias opciones)

A: Cursos teóricos

B: Talleres prácticos/simulaciones

C: Discusión de casos clínicos

D: Revisión de literatura científica actualizada

E: Tutorías con expertos

¡Muchas gracias por su tiempo y colaboración

Cuestionario aplicado al personal de enfermería, de los cuales se tomaron en cuenta aquellos con los que podíamos responder nuestros objetivos planteados.