



UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ

SEDE INGENIERO JOSÉ BARRIOS, SANTIAGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DR. WILLIAM C. GORGAS2

LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

**“ESTUDIO DE PACIENTE CON SEPSIS URINARIA PULMONAR, EN LA SALA DE
MEDICINA DE MUJERES, DEL HOSPITAL REGIONAL DR. LUIS “CHICHO”
FÁBREGA, SAN ANTONIO, ATALAYA, ENERO-FEBRERO 2026.**

*Proyecto final de graduación presentado como requisito para optar por el título
de licenciatura en Ciencias de la Enfermería en la Universidad Latina de Panamá.*

ELABORADO POR:

JOSE ANTONIO ALVARADO GUERRA

9-763-1715

PROFESOR ASESOR:

MGTRA. MAYRA BATISTA

SANTIAGO, VERAGUAS, REPÚBLICA DE PANAMÁ.

2026

DEDICATORIA

El éxito y desarrollo profesional que hasta hoy he alcanzado, se lo debo a mi Dios, que me ha dado todo lo que necesito para alcanzar mis metas. Dedicaré mi vida a cumplir la misión que me ha encomendado y es a él el Honor y la Gloria.

Mi trabajo de graduación está dedicado primeramente a Dios, a mis padres y hermano que con su esfuerzo, dedicación y amor inculcaron en mí el deseo de servir y ayudar al prójimo, quienes se han convertido en el faro que me lleva a puerto seguro y que me han impulsado a seguir adelante, a superar obstáculos y sobre todo a ser mejor persona.

A toda mi familia, amigos y compañeros de universidad por darme la mano en los momentos que necesité, gracias por ayudarme a lograr una meta más en mi vida profesional.

También dedico mi trabajo a los pacientes que tuve la oportunidad de atenderles, con ellos aprendí el sentido de la vida, a valorar, a hacer más humanista y dar siempre un poco más de mí en cada situación que se presente.

Dios me permita dar testimonio de su amor aquí en la tierra, a través de mi trabajo.

AGRADECIMIENTO

Soy afortunado por estar en la fase final de culminación de mi carrera profesional, agradezco en primer lugar a Dios por ser mi fuente de inspiración, por darme la oportunidad de ingresar en esta hermosa carrera, cuya misión es servir a quien nos necesita.

Filipenses 4:13: “todo lo puedo en cristo que me fortalece”

A mis queridos padres y hermano, mi gratitud hacia ustedes es infinita, sus orientaciones, su dedicación y constancia, formaron en mí el deseo de superación y me alentaron a continuar cada día superándome para lograr alcanzar una meta más en mi vida profesional.

Agradezco infinitamente a todos los profesores que me han brindado sus conocimientos a lo largo de este camino, por su ayuda incondicional y las herramientas que pondré en práctica durante mi vida profesional, en especial a la profesora Mayra Batista por toda su paciencia, confianza y enseñanzas.

Aspectos fundamentales que formaron el complemento necesario para culminar mi primera experiencia como profesional de la salud importante para mí.

Este trabajo lleva plasmado el esfuerzo y el apoyo de todas aquellas personas que me acompañaron a lo largo de este lindo camino. Está dedicado a todos ustedes con mucho amor.

Contenido

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
INTRODUCCIÓN	V
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	VI
PROBLEM DESCRIPTION	VIII
JUSTIFICACIÓN	X
OBJETIVOS	XII
Objetivo general:	XII
Objetivos específicos:	XII
CAPITULO 1.0	XIII
Marco teórico	XIII
1.1. DIAGNÓSTICO MÉDICO	9
1.1.1. Sepsis Urinaria Pulmonar	9
1.1.2. Signos y Síntomas	9
1.1.3. Causas	10
1.1.4. Complicaciones	11
1.1.5. Diagnóstico	11
1.1.6. Tratamiento	13
CAPITULO 2.0	23
Historia Clínica del paciente	23
2.1.1. Antecedentes Patológicos Personales	25
2.1.2. Antecedentes Patológicos Familiares	25
2.1.3. Resumen del Ingreso	25
2.1.4. Descripción de la enfermedad actual:	25
2.2. Datos objetivo.	26
2.2.1. Examen físico	26
2.2.2. Exámenes de Laboratorio	27
Hemograma - Valores Alterados	28
2.2.3. FICHA FARMACOLÓGICA	34
Omeprazol	35
CAPÍTULO 3.0	40
JERARQUÍA DE NECESIDADES DE VIRGINIA	40
HENDERSON	40

VIRGINIA HENDERSON	41
CAPITULO 4.0	44
Plan de cuidado	44
CAPÍTULO 5.0	53
Teoría de enfermería y su relación con el caso clínico	53
La teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.....	54
CONCLUSIÓN.....	59
RECOMENDACIONES	60
ARTICULO	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS.....	65

INTRODUCCIÓN

La sepsis urinaria con compromiso pulmonar es una condición clínica grave que representa una causa importante de morbilidad, especialmente en pacientes adultos mayores. Se produce como consecuencia de una infección del tracto urinario que se disemina de forma sistémica, provocando una respuesta inflamatoria generalizada y alteraciones en múltiples órganos, entre ellos el sistema respiratorio.

Este tipo de patología se manifiesta mediante signos y síntomas como debilidad generalizada, alteración del estado de conciencia, dificultad respiratoria e inestabilidad hemodinámica, lo que requiere una atención hospitalaria inmediata. El diagnóstico oportuno y el manejo adecuado son fundamentales para prevenir la progresión hacia complicaciones como el shock séptico.

En este contexto, la intervención del personal de enfermería es esencial, ya que permite la vigilancia continua del paciente, la aplicación de cuidados integrales y la ejecución de intervenciones dirigidas a mejorar la evolución clínica. Por ello, el presente trabajo aborda el análisis de un caso clínico de sepsis urinaria con compromiso pulmonar, resaltando la importancia del cuidado de enfermería en la atención del paciente adulto mayor.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La sepsis es una de las principales causas de ingreso y mortalidad en los servicios de emergencia y unidades de cuidados intensivos, constituyendo una condición médica de alta complejidad, elevada carga asistencial y significativo impacto en la salud pública.

Se define como una respuesta orgánica disfuncional causada por una infección, capaz de progresar rápidamente a choque séptico y falla multiorgánica. Entre los focos infecciosos más frecuentes asociados al desarrollo de sepsis se encuentran el tracto urinario y el sistema respiratorio, siendo la sepsis de origen pulmonar y la sepsis de origen urinario las formas más comunes. A nivel mundial, la sepsis continúa presentando una elevada incidencia y mortalidad, a pesar de los avances en el diagnóstico temprano, el uso de antibióticos de amplio espectro y el soporte intensivo, con tasas de mortalidad que oscilan entre el 20 % y el 40 %, especialmente en pacientes con comorbilidades asociadas como diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, cirrosis hepática o inmunosupresión.

La sepsis de origen pulmonar, generalmente secundaria a neumonía adquirida en la comunidad o asociada a la atención en salud, constituye la causa más frecuente de sepsis en adultos. Diversos estudios han demostrado que las infecciones respiratorias representan aproximadamente el 40 % a 50 % de los casos de sepsis, con una mayor gravedad clínica debido al compromiso respiratorio y la rápida progresión hacia insuficiencia respiratoria aguda. Por su parte, la sepsis de origen urinario, también conocida como urosepsis, se asocia principalmente a infecciones urinarias complicadas, obstrucción del tracto urinario o uso de dispositivos invasivos como sondas vesicales, representando entre el 20 % y el 30 % de los casos de sepsis. En

ambos escenarios, el retraso en el diagnóstico y en la instauración del tratamiento antibiótico adecuado se asocia con un aumento significativo de la mortalidad.

El pronóstico de los pacientes con sepsis urinaria y pulmonar depende de múltiples factores, entre los que se incluyen la edad avanzada, la severidad de la respuesta inflamatoria, la presencia de disfunción orgánica al ingreso, el estado inmunológico del paciente y la coexistencia de enfermedades crónicas. Asimismo, la identificación tardía del foco infeccioso, la resistencia bacteriana y la limitación en el acceso a estudios microbiológicos y cuidados intensivos influyen negativamente en los desenlaces clínicos. En países de América Latina, especialmente en hospitales públicos, estas condiciones se ven agravadas por limitaciones estructurales y de recursos, lo que incrementa la morbilidad asociada a la sepsis.

Ante este contexto, resulta fundamental caracterizar el comportamiento clínico de la sepsis de origen urinario y pulmonar en los diferentes entornos hospitalarios, identificando los principales factores de riesgo, la etiología predominante y los determinantes asociados a desenlaces desfavorables como la falla orgánica y la mortalidad. La generación de esta información permitirá fortalecer los protocolos de diagnóstico temprano, optimizar el uso de antibióticos, mejorar la atención integral del paciente séptico y contribuir al desarrollo de estrategias de prevención y control de infecciones a nivel institucional y nacional.

PROBLEM DESCRIPTION

Sepsis is one of the leading causes of hospital admission and mortality in emergency departments and intensive care units, representing a highly complex medical condition with a substantial care burden and a significant impact on public health. It is defined as a life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection, which can rapidly progress to septic shock and multiorgan failure. Among the most common infectious sources associated with the development of sepsis are the urinary tract and the respiratory system, with pulmonary-origin sepsis and urinary-origin sepsis being the most frequent forms.

Globally, sepsis continues to show high incidence and mortality rates despite advances in early diagnosis, the use of broad-spectrum antibiotics, and intensive supportive care, with mortality rates ranging from 20% to 40%, particularly among patients with associated comorbidities such as diabetes mellitus, chronic kidney disease, liver cirrhosis, or immunosuppression. Sepsis of pulmonary origin, generally secondary to community-acquired pneumonia or healthcare-associated pneumonia, constitutes the most frequent cause of sepsis in adults. Several studies have shown that respiratory infections account for approximately 40% to 50% of sepsis cases, with greater clinical severity due to respiratory compromise and rapid progression to acute respiratory failure.

On the other hand, sepsis of urinary origin, also known as urosepsis, is mainly associated with complicated urinary tract infections, urinary tract obstruction, or the use of invasive devices such as urinary catheters, representing between 20% and 30% of sepsis cases. In both scenarios, delays in diagnosis and in the initiation of appropriate antibiotic therapy are associated with a significant increase in mortality.

The prognosis of patients with urinary and pulmonary sepsis depends on multiple factors, including advanced age, the severity of the inflammatory response, the presence of organ dysfunction at admission, the patient's immune status, and the coexistence of chronic diseases. Likewise, delayed identification of the infectious focus, bacterial resistance, and limited access to microbiological studies and intensive care negatively influence clinical outcomes. In Latin American countries, especially in public hospitals, these conditions are exacerbated by structural and resource limitations, which increase sepsis-related morbidity and mortality.

In this context, it is essential to characterize the clinical behavior of urinary- and pulmonary-origin sepsis in different hospital settings, identifying the main risk factors, predominant etiology, and determinants associated with unfavorable outcomes such as organ failure and mortality. The generation of this information will make it possible to strengthen early diagnostic protocols, optimize antibiotic use, improve comprehensive care for septic patients, and contribute to the development of infection prevention and control strategies at both institutional and national levels.

JUSTIFICACIÓN

La sepsis de origen urinario pulmonar representa un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia en los servicios de urgencias y unidades de cuidados intensivos, así como a su alta morbilidad y mortalidad. Estas entidades se asocian a infecciones frecuentes en la práctica clínica, como las infecciones del tracto urinario complicadas y las neumonías, las cuales pueden evolucionar rápidamente hacia disfunción orgánica, choque séptico y muerte si no se identifican y tratan de manera oportuna. La relevancia de su estudio radica en la necesidad de mejorar el reconocimiento temprano y el abordaje integral de estas condiciones clínicas potencialmente letales.

La justificación de este estudio se fundamenta en el impacto clínico y asistencial de la sepsis urinaria y pulmonar, debido a su asociación con complicaciones graves como insuficiencia respiratoria aguda, lesión renal aguda, falla multiorgánica, estancias hospitalarias prolongadas y elevada mortalidad, especialmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas o inmunosupresión. Además, el manejo oportuno de estas entidades se ve condicionado por diversos factores, entre ellos la presentación clínica inespecífica, el retraso en el diagnóstico, la resistencia antimicrobiana y las limitaciones en el acceso a estudios microbiológicos y recursos de cuidados intensivos en distintos niveles de atención.

En este contexto, resulta indispensable generar evidencia científica que permita fortalecer y actualizar los protocolos clínicos relacionados con la identificación temprana del foco infeccioso, el uso adecuado de antibióticos y el manejo integral del paciente séptico. El presente estudio busca contribuir al conocimiento clínico sobre la sepsis de

origen urinario y pulmonar, apoyar la toma de decisiones del personal de salud, optimizar el uso de los recursos hospitalarios y mejorar los desenlaces clínicos, promoviendo una atención más segura, eficaz y oportuna para esta población.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la sepsis de origen urinario pulmonar en la sala de medicina de mujeres del hospital regional Dr. Luis Chicho Fabrega.

Objetivos específicos:

- Definir el diagnóstico médico del paciente en estudio.
- Identificar las causas y factores de riesgo más frecuentes relacionados con la sepsis urinaria y pulmonar.
- Elaborar un plan de atención de enfermería para el paciente con sepsis de origen urinario y pulmonar mediante la aplicación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC.
- Conocer la teoría de enfermería relacionada a un paciente con **Sepsis Urinaria, Pulmonar.**
- Redactar recomendaciones basadas en evidencia para la atención integral y el manejo del paciente con sepsis de origen Urinario, Pulmonar.

CAPITULO 1.0

Marco teórico

1.1. DIAGNÓSTICO MÉDICO

1.1.1. Sepsis Urinaria Pulmonar

La sepsis de origen urinario con compromiso pulmonar es una condición clínica grave caracterizada por una respuesta inflamatoria sistémica desregulada secundaria a una infección del tracto urinario, que progresa y afecta otros órganos, en este caso el sistema respiratorio. Se produce cuando microorganismos provenientes del foco urinario ingresan al torrente sanguíneo, desencadenando disfunción orgánica, hipoperfusión tisular y alteraciones metabólicas. El compromiso pulmonar puede manifestarse como insuficiencia respiratoria aguda, neumonía asociada o síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), lo que incrementa significativamente la morbimortalidad del paciente. Esta condición constituye una emergencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar la progresión a choque séptico y falla multiorgánica.

1.1.2. Signos y Síntomas

La presentación clínica de la sepsis urinaria con compromiso pulmonar es variable y depende de la severidad del proceso infeccioso y del grado de disfunción orgánica. Los signos y síntomas más frecuentes incluyen:

- Fiebre o hipotermia.
- Taquicardia y taquipnea.
- Hipotensión arterial.
- Alteración del estado de conciencia (confusión, somnolencia).

- Disminución del gasto urinario (oliguria).
- Dolor suprapúbico o lumbar.
- Disuria, polaquiuria o urgencia miccional (en fases iniciales).
- Dificultad respiratoria.
- Disminución de la saturación de oxígeno.
- Uso de músculos accesorios de la respiración.
- Tos, expectoración o estertores pulmonares a la auscultación.

En casos graves, el paciente puede evolucionar rápidamente hacia choque séptico, insuficiencia respiratoria aguda y falla multiorgánica.

1.1.3. Causas

La sepsis de origen urinario con compromiso pulmonar se produce principalmente a partir de infecciones urinarias complicadas, que pueden diseminarse sistémicamente y afectar otros órganos. Entre las principales causas se incluyen:

- Infecciones del tracto urinario complicadas
- Pielonefritis aguda.
- Obstrucción del tracto urinario.
- Uso prolongado de sonda vesical.
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Resistencia bacteriana

El compromiso pulmonar puede deberse a:

- Diseminación hematológica de la infección.
- Desarrollo de neumonía asociada a sepsis.
- Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).
- Respuesta inflamatoria sistémica que afecta el parénquima pulmonar.

1.1.4. Complicaciones

La sepsis de origen urinario con compromiso pulmonar puede ocasionar múltiples complicaciones, entre las que se destacan:

- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Lesión renal aguda.
- Choque séptico.
- Falla multiorgánica.
- Prolongación de la estancia hospitalaria.
- Muerte.

1.1.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la sepsis urinaria con compromiso pulmonar se basa en la evaluación clínica, estudios de laboratorio y pruebas de imagen que permitan identificar la infección y la disfunción orgánica asociada.

Entre los principales estudios diagnósticos se incluyen:

- **Análisis de sangre:**

Hemograma completo, proteína C reactiva, procalcitonina, electrolitos, función renal, pruebas de coagulación y gases arteriales.

- **Hemocultivos y urocultivo:**

Permiten identificar el microorganismo causante y orientar el tratamiento antibiótico.

- **Análisis de orina:**

Para confirmar infección urinaria y evaluar la presencia de leucocitos, bacterias o nitritos.

- **Radiografía de tórax:**

Para identificar compromiso pulmonar, neumonía o signos de insuficiencia respiratoria.

- **Tomografía computarizada:**

De abdomen y tórax en casos seleccionados para identificar focos infecciosos o complicaciones.

- **Monitorización de signos vitales y parámetros hemodinámicos**

1.1.6. Tratamiento

El tratamiento de la sepsis de origen urinario con compromiso pulmonar debe iniciarse de forma inmediata y comprende medidas generales, tratamiento médico y cuidados de soporte.

- **Antibióticoterapia:**

Inicio precoz de antibióticos de amplio espectro, ajustados posteriormente según los resultados de cultivos.

- **Soporte hemodinámico:**

Administración de líquidos intravenosos y uso de vasopresores si es necesario para mantener una adecuada perfusión tisular.

- **Soporte respiratorio:**

Oxigenoterapia, ventilación no invasiva o ventilación mecánica según la gravedad del compromiso pulmonar.

- **Control del foco infeccioso:**

Retiro o cambio de sonda vesical, drenaje de abscesos o corrección de obstrucciones urinarias.

- **Movilización:**

Se recomienda movilización precoz para prevenir complicaciones asociadas al encamamiento prolongado, como trombosis venosa profunda y deterioro funcional.

- **Prevención de complicaciones:**

Profilaxis de tromboembolismo venoso, control estricto de la glucemia y vigilancia continua del estado clínico.

1.1.7. Confusión Aguda

La confusión aguda, también conocida como delirium, es un síndrome neuropsiquiátrico caracterizado por una alteración súbita y fluctuante del estado de conciencia, la atención y la cognición, que se desarrolla en un corto período de tiempo. Es frecuente en pacientes hospitalizados, especialmente en adultos mayores y en aquellos con enfermedades graves como la sepsis. En el contexto de la sepsis urinaria con compromiso pulmonar, la confusión aguda se asocia a hipoxia, alteraciones metabólicas, respuesta inflamatoria sistémica y efectos secundarios de medicamentos, lo que incrementa el riesgo de complicaciones, prolonga la estancia hospitalaria y aumenta la morbilidad y mortalidad.

1.1.8. Signos y Síntomas

La presentación clínica de la confusión aguda es variable y suele fluctuar a lo largo del día. Los signos y síntomas más frecuentes incluyen:

- Desorientación en tiempo, espacio y persona.
- Alteración de la atención y dificultad para concentrarse.

- Cambios en el nivel de conciencia (hiperalerta o letárgico).
- Pensamiento desorganizado y lenguaje incoherente.
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.
- Agitación psicomotora o, por el contrario, hipoactividad.
- Ansiedad, miedo o irritabilidad.
- Alucinaciones o percepciones erróneas.
- Dificultad para comunicarse y seguir instrucciones.

En casos graves, el paciente puede presentar riesgo elevado de caídas, autoextubación, retiro de dispositivos invasivos y lesiones.

1.1.9. Causas

La confusión aguda suele ser multifactorial, especialmente en pacientes críticos. Entre las principales causas se incluyen:

- Sepsis e infecciones sistémicas.
- Hipoxia secundaria al compromiso pulmonar.
- Alteraciones metabólicas (hipoglucemia, desequilibrios electrolíticos).
- Fiebre o hipotermia.
- Dolor no controlado.
- Uso de fármacos (sedantes, opioides, antibióticos).
- Privación del sueño.

- Deshidratación.
- Edad avanzada y deterioro cognitivo previo.

1.1.10. Complicaciones

La confusión aguda puede generar múltiples complicaciones, entre las que destacan:

- Caídas y traumatismos.
- Retiro accidental de sondas y catéteres.
- Deterioro funcional prolongado.
- Mayor dependencia para el autocuidado.
- Aumento del riesgo de infecciones.
- Prolongación de la estancia hospitalaria.
- Incremento de la mortalidad.

1.1.11. Diagnóstico

El diagnóstico de la confusión aguda es principalmente clínico, apoyado por herramientas de valoración y estudios complementarios para identificar la causa subyacente.

Entre los principales métodos diagnósticos se incluyen:

- Valoración del estado mental y nivel de conciencia.
- Uso de escalas de detección (CAM, CAM-ICU).
- Evaluación neurológica continua.

- Análisis de laboratorio: electrolitos, glicemia, gases arteriales, función renal y marcadores infecciosos.
- Monitorización de signos vitales y oxigenación.
- Estudios de imagen (TAC cerebral) en casos seleccionados.

1.1.12. Tratamiento

El tratamiento de la confusión aguda se basa en la identificación y corrección de la causa, así como en medidas de soporte y cuidado integral.

- Tratamiento de la causa subyacente (control de la sepsis, corrección de hipoxia y alteraciones metabólicas).
- Optimización de la oxigenación y perfusión tisular.
- Reorientación frecuente del paciente (tiempo, lugar y persona).
- Ambiente tranquilo, seguro y bien iluminado.
- Promoción del descanso y del ciclo sueño-vigilia.
- Evitar o ajustar medicamentos que agraven la confusión.
- Prevención de caídas y lesiones.
- Acompañamiento familiar cuando sea posible

1.1.13. Sepsis Urinaria

La sepsis de origen urinario es una condición clínica grave caracterizada por una respuesta inflamatoria sistémica desregulada secundaria a una infección del tracto urinario. Ocurre cuando microorganismos provenientes del sistema urinario ingresan al torrente sanguíneo, desencadenando disfunción orgánica, hipoperfusión tisular y alteraciones metabólicas.

Esta entidad suele originarse a partir de infecciones urinarias complicadas, especialmente pielonefritis aguda, y puede progresar rápidamente a choque séptico y falla multiorgánica si no se instaura un tratamiento oportuno. La sepsis urinaria constituye una emergencia médica que requiere diagnóstico precoz y manejo inmediato para reducir la morbimortalidad.

1.1.14. Signos y Síntomas

La presentación clínica de la sepsis urinaria es variable y depende de la gravedad de la infección y del grado de compromiso orgánico. Los signos y síntomas más frecuentes incluyen:

- Fiebre o hipotermia.
- Taquicardia.
- Taquipnea.
- Hipotensión arterial.
- Alteración del estado de conciencia (confusión, somnolencia).

- Disminución del gasto urinario (oliguria).
- Dolor lumbar o en flancos.
- Dolor suprapúbico.
- Disuria, polaquiuria y urgencia miccional.
- Escalofríos y malestar general.

En casos graves, el paciente puede evolucionar rápidamente hacia choque séptico, insuficiencia renal aguda y falla multiorgánica.

1.1.15. Causas

La sepsis urinaria se produce principalmente a partir de infecciones del tracto urinario complicadas que se diseminan al torrente sanguíneo. Entre las principales causas se incluyen:

- Infecciones del tracto urinario complicadas.
- Pielonefritis aguda.
- Obstrucción del tracto urinario (litiasis, hiperplasia prostática).
- Uso prolongado de sonda vesical.
- Infecciones urinarias recurrentes.
- Procedimientos urológicos invasivos.
- Resistencia bacteriana a antibióticos.

Los microorganismos más frecuentemente implicados son bacterias gramnegativas, especialmente *Escherichia coli*.

1.1.16. Complicaciones

La sepsis de origen urinario puede ocasionar múltiples complicaciones, entre las que se destacan:

- Lesión renal aguda.
- Choque séptico.
- Falla multiorgánica.
- Trastornos de la coagulación.
- Prolongación de la estancia hospitalaria.
- Muerte.

1.1.17. Diagnóstico

El diagnóstico de la sepsis urinaria se basa en la evaluación clínica, estudios de laboratorio y pruebas de imagen que permitan identificar el foco infeccioso urinario y la disfunción orgánica asociada.

Entre los principales estudios diagnósticos se incluyen:

- Análisis de sangre:

Hemograma completo, proteína C reactiva, procalcitonina, electrolitos, función renal, pruebas de coagulación y gases arteriales.

- Hemocultivos y urocultivo:

Permiten identificar el microorganismo causante y orientar el tratamiento antibiótico.

- Análisis de orina:

Para confirmar la infección urinaria y evaluar la presencia de leucocitos, bacterias y nitritos.

- Ecografía renal y de vías urinarias:

Para detectar obstrucciones, hidronefrosis o complicaciones.

- Tomografía computarizada abdominal:

Indicada en casos seleccionados para identificar abscesos o focos infecciosos complejos.

- Monitorización de signos vitales y parámetros hemodinámicos.

1.1.18. Tratamiento

El tratamiento de la sepsis urinaria debe iniciarse de forma inmediata e incluye medidas generales, tratamiento farmacológico y cuidados de soporte.

- Antibióticoterapia:

Inicio precoz de antibióticos de amplio espectro, ajustados posteriormente según los resultados de los cultivos y la sensibilidad bacteriana.

- Soporte hemodinámico:

Administración de líquidos intravenosos y uso de vasopresores si es necesario para mantener una adecuada perfusión tisular.

- Control del foco infeccioso:

Retiro o cambio de sonda vesical, drenaje de abscesos, tratamiento de obstrucciones urinarias o corrección de la causa desencadenante.

- Soporte renal:

Monitoreo de la función renal y, en casos graves, inicio de terapia de reemplazo renal

CAPITULO 2.0

Historia Clínica del paciente

2.1. Datos de Identificación del Paciente

Interrogantes	Datos
Nombre completo del paciente	M.C.V.C
Cédula	9-109-439
Edad	86 años
Fecha de nacimiento	23/10/1940
Sexo	Femenina
Nacionalidad	Panameña
Estado civil	Viuda
Ocupación	Niega
Lugar de procedencia	Ponuga- Mariato
Lugar que vive actualmente	Ponuga, Mariato
Fecha de ingreso	27/01/2026
Religión	Católica
Raza	Mestiza
Alergia	Niega
Diagnóstico de admisión	Sepsis urinaria pulmonar

Historia del paciente	
Transfusiones Sanguíneas Familiar niega.	Hospitalizaciones Anteriores 24/1/26 por un cuadro similar.
Etilismo Niega	Tabaquismo Niega
Cirugías Niega	Drogas Niega

2.1.1. Antecedentes Patológicos Personales

Familiar refiere que el paciente sufre de Hipertensión.

2.1.2. Antecedentes Patológicos Familiares

Niega.

2.1.3. Resumen del Ingreso

Paciente femenina de 86 años de edad. Fue ingresado al cuarto de Urgencias el 25 de enero con malestar general (debilidad corporal, no quería comer) fue evaluado y dado de alta en la madrugada. Paciente ingresa nuevamente el 25 en horas de la tarde y es admitido a la sala de medicina de mujeres del Hospital Luis “Chicho” Fábrega.

2.1.4. Descripción de la enfermedad actual:

Paciente femenina de 86 años de edad, es trasladada en ambulancia desde su residencia en Ponuga de Mariato hasta el Hospital Luis “Chicho” Fábrega. Consciente, desorientada en espacio y tiempo; con dificultad respiratoria, es ingresada al área de trauma por presentar glasgow de 11/15; Signos vitales: temperatura de 35.2 grados Celsius, pulso

de 70 por minuto, respiración de 25 por minuto, presión arterial de 99/47 milímetro de mercurio, saturación de oxígeno de 86 por ciento. Intervenciones de enfermería previa a su ingreso: se le coloca oxígeno por cánula nasal a 4 litros por minuto, se canaliza y se inicia venoclisis de Lactato Ringer 1000cc a 60cc por hora por cuenta gotas, se le administra medicamentos indicado por medico general, se coloca sonda Foley 0cc. luego es admitida a la sala de medicina de mujeres, con diagnóstico **de Sepsis, Urinaria, Pulmonar y Estado Confesional Agudo.**

2.2. Datos objetivo.

2.2.1. Examen físico

- Signos Vitales: temperatura de 35.2 grados Celsius, pulso de 70 por minuto, respiración de 25 por minuto, presión arterial de 99/47 milímetro de mercurio, saturación de oxígeno de 85 por ciento.
- Aspectos Generales: paciente aparenta su edad cronológica, consciente y desorientada.
- Cabeza: tamaño normo cefálico, con alopecia.
- Ojos: simétricos: con pupilas isocóricas no reactivas a la luz
- Boca: mucosa oral hidratada, labios gruesos de color rosados
- Oídos: simétricos, sin secreciones visibles.
- Cuello: cilíndrico sin masas, ni adenopatías palpables.
- Tórax: dificultad respiratoria marcada (25 de frecuencia respiratoria).
- Corazón: rítmico, con frecuencia cardiaca de 70 por minuto.
- Pulmones: con presencia de crepito.
- Abdomen: distendido, sin masas palpables.

- Genitales: aparente íntegros con sonda vesical
- Extremidades: sin edemas.
- Piel y tegumentos: palidez generalizada.

2.2.2. Exámenes de Laboratorio

Resultados de laboratorios realizados en el centro hospitalario Dr. Luis

“Chicho” Fábrega

Hemograma - Valores Alterados

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Leucocitos	25.0 ↑	$\times 10^9/L$	4.50 - 11.00
Linfocitos	1.3 ↓	%	17 - 43
Monocitos	1.8 ↓	%	4 - 10
Eosinófilos	0.0 ↓	$\times 10^9/L$	0.02 - 0.44
Neutrófilos (%)	96.9 ↑	%	55 - 65
Neutrófilos (#)	24.58 ↑	$\times 10^9/L$	1.50 - 7.30
Hemoglobina	7.5 ↓	g/dL	12.0 - 16.0
Hematocrito	23.9 ↓	%	37 - 48
Plaquetas	81 ↓	$\times 10^9/L$	150 - 400

Interpretación

- Leucocitos elevados

Los leucocitos están elevados porque el organismo está respondiendo a una infección bacteriana grave. En la sepsis, el sistema inmunológico se activa de forma intensa para combatir la infección, produciendo un aumento marcado de glóbulos blancos.

- Neutrófilos elevados

El aumento de los neutrófilos, tanto en porcentaje como en número absoluto, se debe a que estas células son las principales defensoras frente a bacterias. Su elevación confirma que el origen del proceso infeccioso es bacteriano, compatible con la sepsis urinaria y pulmonar.

- Linfocitos disminuidos

La disminución de linfocitos se asocia al estrés fisiológico severo que produce la sepsis. Durante este proceso, el cuerpo prioriza la respuesta inflamatoria inmediata, lo que provoca una reducción de estas células inmunológicas.

- Eosinófilos disminuidos

La eosinopenia es frecuente en cuadros de infección aguda y sepsis, ya que el aumento de cortisol y mediadores inflamatorios inhibe su producción. Es un hallazgo típico en pacientes críticos.

- Hemoglobina baja

La hemoglobina disminuida indica anemia, la cual puede estar relacionada con la edad avanzada, la inflamación sistémica, la hemodilución por líquidos intravenosos y la disminución en la producción de glóbulos rojos, lo que afecta la oxigenación de los tejidos.

- Hematocrito bajo

El hematocrito bajo confirma la presencia de anemia y refleja una reducción del volumen de glóbulos rojos circulantes, situación que empeora la perfusión tisular en un paciente séptico.

- Plaquetas disminuidas

La trombocitopenia se produce por el consumo acelerado de plaquetas durante la respuesta inflamatoria y por alteraciones en la coagulación asociadas a la sepsis. Este hallazgo aumenta el riesgo de sangrado y es un signo de posible evolución hacia shock séptico.

GASOMETRÍA - VALORES ALTERADOS

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de referencia
Ph	7,27 ↓	mg/dL	7.35 – 7.45
Presión de CO ₂	63 ↑	mmHg	35 – 45
Presión de O ₂	63 ↓	mmHg	83 – 108
Sodio (G)	175 ↑	mmol/L	135 – 145
Lactato (G)	1,3 ↑	mmol/L	0.5 – 1.6
Hematocrito	26 ↓	%	35 – 47 %
PaO ₂ /PAO ₂	0,57 ↓	> 0.75	> 0.75

Interpretación

- El pH está disminuido (7.27), lo que indica que mi paciente presenta acidosis. Esto ocurre porque, durante la sepsis, hay alteraciones en la ventilación y en la perfusión tisular, lo que provoca acumulación de ácidos en el organismo y dificultad para mantener el equilibrio ácido–base.
- La presión parcial de CO₂ está elevada (63 mmHg), lo cual evidencia retención de dióxido de carbono. Esta alteración se debe a una ventilación ineficaz secundaria al compromiso pulmonar, la debilidad generalizada y la fatiga de los músculos respiratorios, lo que confirma un cuadro de acidosis respiratoria.

- La presión parcial de oxígeno (PaO_2) está disminuida (63 mmHg), indicando hipoxemia. Esto se relaciona con la inflamación pulmonar causada por la infección, la presencia de secreciones y la alteración del intercambio gaseoso a nivel alveolar.
- El sodio se encuentra elevado (175 mmol/L), lo que sugiere un estado de deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico. En la sepsis, las pérdidas de líquidos, el bajo consumo oral y las alteraciones renales contribuyen a este aumento.
- El lactato está elevado (1.3 mmol/L), lo cual indica hipoperfusión tisular leve. En el contexto de sepsis, el aumento del lactato refleja que los tejidos no están recibiendo suficiente oxígeno, por lo que el organismo recurre al metabolismo anaerobio.
- El hematocrito se encuentra disminuido (26%), evidenciando anemia. Esta condición reduce la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre y agrava la hipoxia tisular, situación frecuente en adultos mayores hospitalizados y en procesos infecciosos severos.

- El índice $\text{PaO}_2/\text{PAO}_2$ está disminuido (0.57), lo que confirma un deterioro en la difusión del oxígeno, demostrando que, aunque la paciente recibe oxígeno suplementario, existe una alteración significativa del intercambio gaseoso a nivel pulmonar.

QUÍMICA - VALORES ALTERADOS

Prueba	Resultado	Unidad	Valor de referencia
Glucosa	142.0 ↑	mg/dL	74.0 – 106.0
Nitrógeno de Urea	103.0 ↑	mg/dL	7.0 – 17.0
Albúmina	2.70 ↓	g/dL	3.50 – 5.00
Cloro	111.0 ↑	mmol/L	98.0 – 107.0

Interpretación

- Glucosa se encuentra elevada (142 mg/dL).

Este aumento se explica porque, durante la sepsis, el organismo libera hormonas del estrés como el cortisol y las catecolaminas, lo que provoca un incremento de la glucosa en sangre. Esta hiperglucemia es una respuesta fisiológica al estrés agudo y es frecuente en pacientes adultos mayores con infecciones graves, incluso si no son diabéticos.

- Nitrógeno ureico está elevado (103 mg/dL).

Este valor elevado indica un compromiso de la función renal, lo cual puede estar relacionado con la sepsis urinaria, ya que la infección puede afectar directamente los riñones o disminuir la perfusión renal debido a la hipotensión. Además, la deshidratación y el estado hipercatabólico propio de la sepsis contribuyen a este aumento.

- Albúmina se encuentra disminuida (2.70 g/dL).

La hipoalbuminemia se asocia a la respuesta inflamatoria sistémica, donde hay aumento de la permeabilidad capilar, permitiendo la salida de proteínas hacia el espacio intersticial. También puede relacionarse con un estado nutricional deficiente y con el hecho de que el hígado prioriza la producción de proteínas de fase aguda durante la infección.

- Cloro está elevado (111 mmol/L).

Esta alteración puede deberse a la administración de líquidos intravenosos, como soluciones salinas, y a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico secundarias a la sepsis. El aumento del cloro puede contribuir a desequilibrios ácido-base, los cuales deben ser vigilados estrechamente.

2.2.3. FICHA FARMACOLÓGICA

Omeprazol

- **Nombre genérico:** Omeprazol.
- **Nombre comercial:** Genoprazol, Prilosec, Losec, Zegerid.
- **Dosis y Vía de Administración:**



Oral:

- Tabletas o cápsulas
- Suspensión oral

Intravenosa (IV):

- Solución inyectable.

Para adultos:

- Tratamiento de úlcera gástrica o duodenal: 20-40 mg una vez al día.

Para niños (dosis ajustadas según peso y condición):

- Tratamiento de úlcera gástrica o duodenal: Generalmente, 0.7-1.4 mg/kg/día, no excediendo 40 mg/día.
- **Acción y Efectos**

Es un inhibidor de la bomba de protones (IBP) que reduce la producción de ácido en el estómago en las células parietales del estómago, reduciendo así la secreción de ácido gástrico. Esto disminuye la acidez estomacal, favoreciendo la curación de las úlceras y reduciendo los síntomas del reflujo. Se utiliza para tratar condiciones como el reflujo gastroesofágico (ERGE), úlceras gástricas y duodenales, y el síndrome de Zollinger-Ellison.

- **Contraindicaciones:**

Hipersensibilidad al omeprazol o a otros inhibidores de la bomba de protones.

Insuficiencia hepática severa: Usar con precaución y ajustar la dosis si es necesario.

- **Efectos adversos:**

Dolor abdominal, diarrea, náuseas, cefalea, flatulencia.

Reacciones alérgicas, hipomagnesemia, erupciones cutáneas, nefritis intersticial.

Hipomagnesemia, deficiencia de vitamina B12, aumento del riesgo de infecciones gástricas.

- **Indicaciones:**

Esofagitis por reflujo gastroesofágico. Úlceras duodenales, Úlcera gástrica benigna (incluyendo las producidas por AINES).

- **Cuidados de enfermería:**

1. Vigilancia de posibles efectos como náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento.
2. Monitoriza la función hepática en pacientes con enfermedad hepática o que reciban tratamiento prolongado
3. Antes de la administración, evalúa los síntomas gastrointestinales del paciente, como dolor abdominal, acidez o dificultad para tragar.
4. Vigilar la presencia de efectos adversos gastrointestinales
5. Evaluar la respuesta terapéutica del medicamento

Meropenem

- Nombre Genérico: Meropenem
- Nombre Comercial: Meronem®, Meropenem (genéricos disponibles en hospitales públicos y privados en Panamá).



Dosis y Vía de Administración

Adultos:

Intravenosa (IV):

Infecciones moderadas a graves: 500 mg a 1 g cada 8 horas.

Infecciones severas (sepsis, neumonía grave, meningitis): 1 g cada 8 horas.

Meningitis: 2 g cada 8 horas (según criterio médico).

Administrar por infusión IV lenta (15–30 minutos).

Niños:

Intravenosa (IV):

20–40 mg/kg cada 8 horas, según la gravedad.

Dosis máxima: 2 g por dosis.

En meningitis: 40 mg/kg cada 8 horas.

Ajustar dosis en pacientes con insuficiencia renal.

Acción y Efectos:

Meropenem es un antibiótico betalactámico del grupo de los carbapenémicos, de amplio espectro. Actúa inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana, lo que produce la muerte de la bacteria (efecto bactericida). Es activo contra bacterias grampositivas, gramnegativas y anaerobias, incluidas bacterias multirresistentes. Es muy utilizado en hospitales de Panamá para infecciones graves y pacientes críticos.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al meropenem o a otros carbapenémicos.

Antecedente de reacción alérgica grave a antibióticos betalactámicos (penicilinas, cefalosporinas).

Uso con precaución en:

- Insuficiencia renal.
- Trastornos neurológicos (riesgo de convulsiones).
- Efectos Adversos
- Náuseas y vómitos.
- Diarrea.
- Dolor o inflamación en el sitio de la inyección.
- Erupciones cutáneas.
- Cefalea.
- Alteraciones en pruebas hepáticas.
- Convulsiones (raras, más frecuentes en insuficiencia renal).
- Reacciones alérgicas severas (anafilaxia).

Indicaciones:

- Sepsis y choque séptico.
- Neumonía grave (incluida neumonía asociada a ventilación mecánica).
- Infecciones urinarias complicadas.
- Infecciones intraabdominales.
- Meningitis bacteriana.
- Infecciones de piel y tejidos blandos complicadas.
- Infecciones nosocomiales por bacterias multirresistentes.

Cuidados de Enfermería:

- Verificar antecedentes de alergia a antibióticos betalactámicos antes de administrar.
- Administrar por vía intravenosa, respetando el tiempo de infusión indicado.
- Vigilar signos vitales, especialmente temperatura y estado hemodinámico.
- Monitorear función renal (diuresis, creatinina).
- Observar signos de reacciones alérgicas durante y después de la infusión.
- Vigilar la aparición de diarrea severa o persistente (riesgo de colitis).
- Cumplir estrictamente los horarios para mantener niveles terapéuticos.
- Educar al paciente y familiares sobre la importancia de completar el tratamiento

CAPÍTULO 3.0
JERARQUÍA DE NECESIDADES DE VIRGINIA
HENDERSON

VIRGINIA HENDERSON



Fue una destacada enfermera y teórica de la enfermería que desarrolló su propia teoría conocida como la "Teoría de las 14 Necesidades Básicas de Henderson". Esta teoría se basa en la idea de que el papel fundamental de la enfermería es ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades básicas para que puedan recuperar o mantener su salud. A continuación, se presentan las 14 necesidades básicas de Henderson en mi paciente:

Respirar normalmente

Esta necesidad se encuentra alterada, ya que la paciente presenta dificultad respiratoria, crepitantes pulmonares y requiere oxígeno suplementario por cánula nasal a 4 litros por minuto.

Comer y beber adecuadamente

Se encuentra alterada debido a que, previo a su ingreso, la paciente no deseaba alimentarse, lo que la coloca en riesgo de desnutrición y deshidratación.

Eliminar los desechos corporales

Esta necesidad está alterada, evidenciada por la presencia de sepsis de origen urinario, lo cual indica una alteración en la eliminación urinaria.

Moverse y mantener una postura adecuada

Se encuentra alterada debido a la debilidad generalizada que presenta la paciente, lo que limita su movilidad.

Dormir y descansar

Esta necesidad está alterada, ya que el estado confusional agudo, el malestar general y la hospitalización interfieren con un descanso adecuado.

Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse

Se encuentra alterada, pues la paciente presenta dependencia parcial o total para realizar esta actividad, debido a su debilidad y desorientación.

Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales

Esta necesidad está alterada, ya que la paciente presenta hipotermia, con una temperatura corporal de 35.2 °C.

Mantener la higiene corporal e integridad de la piel

Se encuentra en riesgo, considerando la edad avanzada, la palidez generalizada y la movilidad limitada.

Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otros

Esta necesidad está alterada debido a la desorientación en tiempo y espacio, lo que aumenta el riesgo de caídas y lesiones.

Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades u opiniones

Se encuentra alterada, ya que el estado confusional agudo dificulta la comunicación efectiva.

Vivir según sus creencias y valores

Esta necesidad no pudo ser valorada adecuadamente; sin embargo, la hospitalización puede interferir en la práctica de sus creencias y valores personales.

Ocuparse para sentirse realizado

Se encuentra alterada, debido a que la condición clínica actual y la hospitalización limitan la realización de sus actividades habituales.

Participar en actividades recreativas

Esta necesidad está alterada, ya que el estado de salud de la paciente no le permite participar en actividades recreativas.

Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a la salud

Se encuentra alterada, debido a la desorientación y al estado confusional agudo, lo que dificulta la comprensión de su estado de salud y de los cuidados que requiere.

CAPITULO 4.0

Plan de cuidado

PLAN DE CUIDADO: SEPSIS URINARIA PULMONAR			
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO		CLASE: 4 RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/ RESPIRATORIAS	
00032 Patron respiratorio ineficaz: Factor relacionado carga de fatiga excesiva, fatiga de los músculos de la respiración; característicos alteración en el ritmo respiratorio, disnea, uso excesivo de los músculos respiratorios de la respiración			
Definición	El patrón respiratorio ineficaz se define como la inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada, lo que compromete el intercambio gaseoso y la oxigenación tisular. (NANDA International. (2024-2026)		
NOC: (0415) Estado respiratorio: mejorara el <u>estado respiratorio</u> con la ayuda de las intervenciones del estudiante de	NIC	EXPLICACIONES CIENTÍFICAS	ACTIVIDADES
	NIC 3320 – Oxigenoterapia	La oxigenoterapia es esencial en pacientes con sepsis y compromiso pulmonar para corregir la hipoxemia y mejorar la oxigenación tisular. El suministro adecuado de oxígeno disminuye el trabajo respiratorio, mejora la saturación arterial y reduce el riesgo de hipoxia celular, contribuyendo a la estabilidad hemodinámica y a la prevención	Administrar oxígeno según prescripción médica. Controlar la integridad de la piel en puntos de apoyo. Vigilar la respuesta del paciente al oxígeno. Ajustar el flujo de oxígeno según indicación. Coordinar nebulizaciones prescritas. .

enfermería y el personal de la sala durante su hospitalización		del fallo orgánico múltiple. (Bulechek, G. M. et al. 2019)	
	3140 – Manejo de las vías aéreas	En pacientes con sepsis pulmonar, el acúmulo de secreciones, la debilidad muscular y la fatiga respiratoria comprometen la permeabilidad de la vía aérea. Las intervenciones como la posición semifowler, la aspiración de secreciones, la nebulización y el fomento de la tos eficaz ayudan a disminuir la resistencia de las vías aéreas, mejorar la ventilación alveolar y prevenir la insuficiencia respiratoria. (Bulechek, G. M. et al. 2019).	Colocar respaldo de 30° Mantener la vía aérea permeable. Colocar nebulizaciones según orden medica Aspirar secreciones cuando sea necesario. Favorecer la tos eficaz.
	3350 – Monitorización respiratoria	La monitorización respiratoria es fundamental en pacientes con sepsis y compromiso pulmonar, ya que la respuesta inflamatoria sistémica puede alterar el intercambio gaseoso, provocar	Colocar monitor de signos vitales y saturación Valorar frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria.

		hipoxemia y desencadenar insuficiencia respiratoria. La vigilancia continua de la frecuencia, ritmo, profundidad respiratoria, saturación de oxígeno y ruidos pulmonares permite detectar de forma temprana signos de deterioro respiratorio y orientar intervenciones oportunas, reduciendo el riesgo de complicaciones graves. (Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2019).	Vigilar saturación de oxígeno. Observar signos de dificultad respiratoria Auscultar campos pulmonares.
--	--	---	--

PLAN DE CUIDADO: SEPSIS URINARIA PULMONAR			
DOMINIO: 4 ACTIVIDAD/REPOSO		CLASE: 5 Autocuidado	
00331 Síndrome del déficit de autocuidado			
Definición	Estado en el cual un individuo experimenta un deterioro de la función motora o una función cognitiva, causando una disminución en la capacidad de realizar cada una de las cinco actividades de autocuidado.. (NANDA International. 2024-2026)		
Características definitorias	Incapacidad para llevar comida del recipiente a la boca, dificultad para darse vuelta en la cama, falta de disposición para llevar a cabo una buena higiene		
Factor relacionado	Inmovilidad prolongada, fuerza muscular inadecuada		
NOC:	NIC	EXPLICACIONES CIENTÍFICAS	ACTIVIDADES
0208 – Movilidad: Paciente lograra movilizarse con ayuda de las intervenciones de	0740 Cuidado del paciente encamado	El paciente con sepsis presenta debilidad generalizada y deterioro de la movilidad, lo que incrementa el riesgo de úlceras por presión, rigidez articular y complicaciones circulatorias. Los cambios posturales frecuentes, la alineación	• Cambiar de posición al paciente cada 2 horas. • Mantener alineación corporal adecuada.

enfermería y del estudiante durante su hospitalización		corporal adecuada y el uso de dispositivos de apoyo favorecen la circulación, previenen lesiones cutáneas y mantienen la funcionalidad física. (Potter, P. A., & Perry, A. G. 2021).	• Utilizar almohadas o dispositivos de apoyo. • Evaluar tolerancia al cambio postural. • Prevenir rigidez y úlceras por presión.
	0200 fomento del ejercicio	La movilización temprana en pacientes hospitalizados reduce la pérdida de masa muscular, mejora la función respiratoria y disminuye el riesgo de complicaciones asociadas al reposo prolongado, favoreciendo la recuperación funcional progresiva. (Lewis, S. L. et al. 2020).	• Iniciar movilización progresiva en cama. • Sentar al paciente al borde de la cama si es posible. • Valorar respuesta antes de avanzar la actividad. • Coordinar con fisioterapia. • Fomentar independencia gradual.
	1800 – Ayuda al autocuidado	El estado confusional agudo y la debilidad limitan la capacidad de autocuidado en pacientes sépticos. El apoyo de enfermería garantiza la satisfacción de necesidades básicas, preserva la dignidad y	• Asistir en higiene, alimentación y vestido. • Fomentar participación del paciente según capacidad.

		promueve la recuperación gradual de la independencia. (Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. 2019).	• Respetar el ritmo del paciente. • Promover autoestima e independencia. • Registrar nivel de dependencia.
--	--	--	--

PLAN DE CUIDADO: SEPSIS URINARIA PULMONAR

DOMINIO: 11 SEGURIDAD/PROTECCIÓN

CLASE: 2 LESIÓN FÍSICA

00205 Riesgo de shock: Relacionado a proceso séptico (NANDA internacional 2024-2026)

Definición	El riesgo de shock se define como la vulnerabilidad a una perfusión tisular inadecuada, que puede provocar una alteración grave del aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos, comprometiendo la función celular y orgánica. (NANDA International. 2024-2026).		
NOC:	NIC	EXPLICACIONES CIENTÍFICAS	ACTIVIDADES
1924 Control de riesgo: proceso infeccioso	6680	En la sepsis, los cambios hemodinámicos pueden ser rápidos y fatales. La monitorización frecuente de signos vitales permite identificar precozmente hipotensión, fiebre o hipotermia, taquicardia y alteraciones respiratorias, facilitando intervenciones inmediatas para prevenir el shock séptico. (Bulechek, G. M. et al. (2019).	Controlar signos vitales de forma continua o frecuente. Vigilar temperatura corporal. Identificar cambios súbitos en el estado hemodinámico. Reportar signos de deterioro inmediato. Documentar valores obtenidos.
Paciente lograra mantener el control de riesgos asociados al proceso infecciosos con ayuda de las intervenciones de enfermería y el estudiante	Monitorización de signos vitales		
	2300	La administración segura y oportuna de antibióticos es clave en el tratamiento de la sepsis. El cumplimiento estricto del tratamiento farmacológico contribuye al control del foco infeccioso, reduce la carga bacteriana y mejora el pronóstico del	Administrar antibióticos según prescripción medica Vigilar efectos adversos de medicamentos. Asegurar cumplimiento del tratamiento. Verificar compatibilidad IV. Registrar administración y respuesta.
	administración de medicación		

durante su hospitalización		paciente. (Kee, J. L., Hayes, E. R., & McCuiston, L. E. 2021)	
	4260 prevención del shock	La sepsis es una de las principales causas de shock. La vigilancia hemodinámica, oxigenación adecuada y preparación para emergencias permiten intervenir tempranamente y prevenir el fallo orgánico múltiple. (Porth, C. M. 2021).	Identificar factores de riesgo temprano. Mantener oxigenación adecuada. Preparar equipo para emergencias. Colocar al paciente en posición adecuada. Vigilar por signos de colapso circulatorio.

CAPÍTULO 5.0

Teoría de enfermería y su relación con el caso clínico

La teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson



La teoría de Virginia Henderson concibe a la persona como un ser integral que posee necesidades básicas fundamentales, las cuales deben ser satisfechas para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o alcanzar una muerte tranquila. Henderson define la función de la enfermería como ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud, recuperación o bienestar, y que la persona realizaría por sí misma si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, con el fin de lograr su independencia lo más pronto posible.

Virginia Henderson establece 14 necesidades básicas, las cuales abarcan dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociales y espirituales, permitiendo una valoración integral del paciente. Cuando estas necesidades no pueden ser satisfechas de forma independiente, surge la intervención del profesional de enfermería.

Desde el punto de vista metaparadigmático, la teoría de Henderson contempla los siguientes conceptos:

Persona:

La persona es vista como un individuo que requiere asistencia para lograr independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas. En este caso, la paciente femenina de 86 años es un ser integral que, debido a su edad avanzada, estado confusional agudo y condición clínica de sepsis urinaria con compromiso pulmonar, presenta una marcada dependencia para cubrir varias de sus necesidades básicas

Salud:

La salud es considerada como la capacidad de la persona para funcionar de manera independiente en la satisfacción de sus necesidades. En la paciente, esta capacidad se encuentra alterada, evidenciada por la presencia de infección sistémica, dificultad respiratoria, debilidad generalizada, hipotermia y desorientación, lo que compromete su bienestar físico y mental.

Enfermería:

La enfermería tiene como finalidad ayudar al paciente a satisfacer aquellas necesidades que no puede cubrir por sí mismo, ya sea de forma total, parcial o temporal. En este caso clínico, el rol del profesional de enfermería es fundamental, ya que la paciente requiere asistencia continua para respirar adecuadamente, alimentarse, moverse, comunicarse, mantener su seguridad y conservar la integridad de la piel, entre otras necesidades afectadas.

Entorno:

Aunque Henderson no define el entorno de manera explícita, reconoce que este influye directamente en la satisfacción de las necesidades del individuo. En la paciente, el entorno hospitalario debe ser seguro, terapéutico y controlado, favoreciendo la

oxigenación, la vigilancia constante, la prevención de complicaciones y la recuperación progresiva de su estado de salud.

Virginia Henderson plantea que la enfermería ayuda a la persona a realizar aquellas actividades que no puede hacer por sí misma debido a enfermedad, debilidad o alteración del estado mental, hasta que recupere su independencia.

Esta teoría se relaciona con mi paciente ya que esta presenta problemas como la sepsis pulmonar y urinaria las cuales tienen un compromiso respiratorio, metabólico e infeccioso. Además tiene confusión aguda lo que la incapacita para comunicarse, autocuidarse y tomar decisiones. Y por último es una adulto mayor lo cual aumenta la dependencia y riesgo.

Por lo tanto, la paciente no puede satisfacer por sí sola la mayoría de las 14 necesidades básicas, lo que justifica plenamente la intervención enfermera sustitutiva y parcialmente compensatoria, según Henderson.

Virginia Henderson concibe la enfermería como la asistencia al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación y que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Esta definición se evidencia de manera directa en esta paciente, quien, debido a la infección sistémica y a la alteración del estado mental, ha perdido la capacidad de satisfacer de forma independiente la mayoría de sus necesidades básicas.

La necesidad de respirar normalmente se encuentra gravemente alterada por el compromiso pulmonar, evidenciado por dificultad respiratoria, crepitantes y la necesidad

de oxigenoterapia. En este contexto, el rol de enfermería no se limita a la administración de oxígeno, sino que implica una vigilancia constante, la prevención de complicaciones y la toma de decisiones oportunas que garanticen una adecuada oxigenación tisular, elemento esencial para la supervivencia y recuperación del paciente séptico.

Asimismo, necesidades fundamentales como la alimentación, la eliminación, la movilidad y el descanso se ven comprometidas. La negativa a alimentarse previa al ingreso, la sepsis de origen urinario, la debilidad generalizada y la alteración del ciclo sueño-vigilia reflejan cómo la enfermedad rompe el equilibrio básico del organismo. Desde la perspectiva de Henderson, la enfermera actúa como un sostén temporal, supliendo estas funciones mediante cuidados directos, prevención de riesgos y promoción del confort, siempre con el objetivo de restaurar, en la medida de lo posible, la independencia del paciente.

El estado de confusión aguda adquiere especial relevancia, ya que interfiere con la comunicación, el aprendizaje, la percepción del entorno y la seguridad. La paciente no solo requiere cuidados físicos, sino también una presencia enfermera constante, empática y humanizada, que permita reorientarla, disminuir su ansiedad y protegerla de peligros como caídas o lesiones. En este sentido, la enfermería se convierte en un vínculo entre la paciente, su entorno y su familia, garantizando un cuidado seguro y respetuoso.

Además, necesidades relacionadas con la higiene, la integridad de la piel, el vestido y la regulación de la temperatura corporal cobran mayor importancia en el adulto mayor, especialmente ante la presencia de hipotermia y movilidad limitada. La atención

enfermera dirigida a estos aspectos no solo previene complicaciones, sino que preserva la dignidad de la persona, principio ético fundamental del cuidado.

Desde una mirada integral, la teoría de Henderson también invita a considerar dimensiones menos visibles, como las creencias, los valores, la realización personal y la recreación, las cuales se ven inevitablemente afectadas por la hospitalización y la enfermedad aguda. Aunque estas necesidades no puedan ser plenamente satisfechas en el estado actual de la paciente, el simple acto de respetarlas y reconocerlas forma parte del cuidado humanizado.

Finalmente, la educación y el acompañamiento al cuidador emergen como una extensión del rol enfermero. Orientar sobre signos de alarma, cuidados respiratorios, prevención de caídas, manejo de la confusión y medidas de higiene permite asegurar la continuidad del cuidado y fortalecer la red de apoyo del paciente.

En conclusión, este caso clínico evidencia que la Teoría de Virginia Henderson no solo es un marco conceptual, sino una herramienta viva que guía la práctica enfermera diaria. Frente a una paciente con sepsis y confusión aguda, la enfermería asume un rol esencial, sustituyendo funciones, brindando apoyo físico y emocional, y promoviendo la recuperación con un enfoque holístico, centrado en la persona y en su dignidad como ser humano

CONCLUSIÓN

La sepsis urinaria con compromiso pulmonar constituye una condición clínica grave y de alta complejidad, especialmente en adultos mayores, debido a la disminución de las reservas fisiológicas y a la presencia de múltiples factores de riesgo. En este caso, la paciente de 86 años presentó manifestaciones sistémicas como debilidad generalizada, dificultad respiratoria, estado confusional agudo e inestabilidad hemodinámica, lo que evidencia el impacto multisistémico de la sepsis.

El diagnóstico oportuno y la valoración integral permitieron identificar tempranamente las alteraciones respiratorias, hemodinámicas y neurológicas, facilitando el inicio inmediato del tratamiento con oxigenoterapia, fluidoterapia y manejo farmacológico, elementos fundamentales para evitar la progresión hacia complicaciones más severas como el shock séptico o el fallo orgánico múltiple.

Asimismo, el cuidado de enfermería desempeñó un papel esencial en la vigilancia continua de los signos vitales, la administración de tratamientos, la prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad y el estado confusional, así como en la satisfacción de las necesidades básicas alteradas, conforme al modelo de Virginia Henderson.

En conclusión, este caso clínico resalta la importancia de una atención interdisciplinaria y de un enfoque de enfermería humanizado, sistemático y centrado en la persona, que permita mejorar la evolución clínica, preservar la calidad de vida del paciente adulto mayor y contribuir a una recuperación progresiva dentro de un entorno hospitalario seguro

RECOMENDACIONES

1. Realizar una monitorización continua de los signos vitales y del estado hemodinámico y respiratorio para detectar de manera temprana signos de deterioro clínico, progresión de la sepsis o riesgo de shock séptico, considerando que la vigilancia oportuna mejora el pronóstico del paciente adulto mayor.
2. Garantizar la administración oportuna y correcta del tratamiento médico indicado, incluyendo antibioticoterapia, fluidoterapia y oxigenoterapia, asegurando el cumplimiento de las dosis y horarios establecidos para controlar el proceso infeccioso y mejorar la oxigenación tisular.
3. Mantener un control estricto del balance hídrico y de la eliminación urinaria, con el fin de evaluar la función renal y la respuesta al tratamiento, previniendo complicaciones asociadas a la sepsis urinaria.
4. Implementar medidas de prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad y al estado confusional, tales como cambios posturales frecuentes, cuidado de la piel, prevención de caídas y estimulación de la orientación, para preservar la integridad física y neurológica del paciente.
5. Brindar educación y apoyo a la familia y cuidadores, orientándolos sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, el reconocimiento de signos de alarma y la continuidad de los cuidados, promoviendo un abordaje integral y coordinado entre el equipo multidisciplinario de salud.

ARTICULO



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223398475*

RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

Año: X Número: 2. Artículo no.:80 Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2023.

TÍTULO: Intervención de enfermería a paciente con sepsis de origen pulmonar y urinario más lesión renal aguda.

AUTORES:

1. Lic. Brenda Mejía Bata.
2. Lic. Diana Vannesa Delgado Casimiro.

RESUMEN: Las enfermedades crónico-degenerativas representan un alto índice en la población mexicana, afectando en gran medida la recuperación de aquellas personas hospitalizadas; por consecuencia, de las mismas patologías o el desarrollo de otras que agravan su condición, poniendo en riesgo incluso su vida. La lesión renal aguda y la sepsis de origen urinario, así como pulmonar, siendo las más frecuentes, representan un gran compromiso en el estado de salud en conjunto, aunado a otras alteraciones, y es por ello, que mediante el proceso de atención de enfermería se identificaron y aplicaron las intervenciones necesarias para el cuidado de paciente de 70 años de edad, durante su estancia hospitalaria, priorizándose en base a las necesidades y manifestaciones clínicas presentadas.

PALABRAS CLAVES: sepsis, lesión renal aguda, atención de enfermería.

TITLE: Nursing intervention for a patient with sepsis of pulmonary and urinary origin plus acute kidney injury.

CONCLUSIONES.

La lesión renal aguda es una complicación que deriva comúnmente de la sepsis, y esto a su vez es una afección mortal para el paciente que se encuentra en la unidad de cuidados críticos, asociándose a un mayor riesgo de muerte intrahospitalaria y/o progresión a una insuficiencia renal crónica; es decir, el daño renal agudo asociado a la sepsis es frecuente, y a su vez, muy complejo en su manejo.

De acuerdo a la literatura, la gravedad del proceso se puede esperar un grado variable de deterioro a nivel renal, por lo que el manejo del paciente con lesión renal aguda no tiene una terapia específica, pero el manejo que se basa en lograr los objetivos hemodinámicos a alcanzarse hasta la resolución de la lesión, con posterior recuperación de la función renal.

Mediante la elaboración del proceso de enfermería basado en fundamentación científica y evidencia, se propone el manejo de la paciente que se basa en lograr los objetivos hemodinámicos para instaurar la lesión con una recuperación gradual de la función renal o al menos limitar el daño renal, así como de la sepsis.

A todo lo mencionado, se hace énfasis en las intervenciones de enfermería que se le proporcionaron a la paciente durante el lapso de cuatro semanas de estancia hospitalaria; sin embargo, las enfermedades de base crónico degenerativas complicaron aún más el pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Metha RL, Palevsky P. (2004). Acute renal failure-definition, outcome, measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: The Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. *Critical Care* 2004;8(4): R204-12. doi:10.1186/cc2872. (PubMed)
2. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 7a ed. Barcelona: Elsevier España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

García-Vidal, C., Carratalà, J., & Moreno-García, E. (2021). Sepsis de origen respiratorio: diagnóstico y manejo clínico actual. *Revista Clínica Española*, 221(6), 329–337.

Calvo, J., Martínez-Martínez, L., & Cantón, R. (2022). Infección urinaria complicada y urosepsis: aspectos microbiológicos y terapéuticos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 40(5), 245–252.

Pérez-López, J., Hernández-García, M., & Torres-Martínez, A. (2023). Factores de riesgo y mortalidad en pacientes con sepsis urinaria hospitalizados. *Medicina Intensiva*, 47(4), 201–209.

Ruiz-Rodríguez, J. C., Caballero-López, J., & Gordon, M. (2021). Sepsis y shock séptico: actualización en diagnóstico y tratamiento. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 68(9), 493–502.

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). (2022). Recomendaciones para el manejo del paciente con sepsis y shock séptico. *Medicina Intensiva*, 46(Supl. 1).

López-Alcalde, J., Franco, J. V. A., & Zamora, J. (2024). Infecciones urinarias graves y sepsis: impacto clínico y pronóstico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e12.

Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Sepsis: reconocimiento temprano y manejo clínico en servicios hospitalarios*.

Martínez-Ortiz, A., Sánchez-Nieto, J. M., & Gómez-Huelgas, R. (2025). Manifestaciones respiratorias en pacientes con sepsis de origen no pulmonar. *Revista Española de Medicina Interna*, 32(1), 15–22.

ANEXOS