

OBJETIVOS DEL CUIDADO Y METAS DE ATENCIÓN EN SEPSIS

Análisis de las Directrices Clínicas de la Surviving Sepsis Campaign (SSC) 2026

Introducción y Juicio Clínico: Sepsis y choque séptico son emergencias médicas devastadoras asociadas a una alta morbilidad y mortalidad y secuelas persistentes de carácter físico, cognitivo y psicológico en los sobrevivientes (Síndrome Post-Cuidados Intensivos o PICS). Si bien la reanimación inicial es un pilar ineludible para defender la perfusión celular, el soporte vital invasivo agresivo prolongado puede no estar alineado con los valores fundamentales, el pronóstico subyacente y las preferencias individuales del paciente. Por ende, la integración sistemática de la comunicación estructurada y la definición temprana de las metas de atención no constituyen aspectos secundarios del cuidado, sino un requerimiento indispensable de la medicina intensiva contemporánea basada en el paciente.

I. Discusión Temprana de los Objetivos del Cuidado (GoC)

Discusión Obligatoria con Pacientes y Familias (Declaración 100): El panel emite una Declaración de Buena Práctica (GPS) categórica: *los clínicos deben discutir las metas de atención y el pronóstico de forma directa con los pacientes y/o sus tomadores de decisiones sustitutos (familias)*. Esta declaración subraya que, aunque algunos pacientes optan por recibir todas las intervenciones médicas invasivas posibles, un porcentaje sustancial prefiere limitar el soporte en función del pronóstico, la invasividad de las técnicas y la calidad de vida esperada. Dado que la sepsis evoluciona con un rápido deterioro del sensorio en muchos casos, iniciar estas discusiones de forma proactiva previene tratamientos no concordantes.

Discusión Temprana vs. Tardía (Recomendación 101): Se sugiere *abordar y discutir los objetivos del cuidado de manera temprana (dentro de las primeras 72 horas)* sobre hacerlo de forma tardía (72 horas o más) en pacientes con sepsis y choque séptico (Recomendación condicional, certeza de evidencia baja). El inicio temprano de estas conversaciones busca mitigar el sufrimiento, prevenir el daño por terapias invasivas inútiles y aliviar el distrés psicológico moral de la familia.

Incertidumbre Diagnóstica y Falta de Criterios Estandarizados (Declaración 102): El panel determinó que existe *insuficiencia de evidencia para recomendar un criterio estandarizado específico* (como algoritmos electrónicos de alerta de mortalidad o modelos predictivos de aprendizaje automático) para disparar automáticamente estas discusiones. Aunque el uso de flags en registros clínicos muestra un incremento nominal en el número de discusiones de GoC (RR 3.50; IC 95% 0.77-15.88), los datos metodológicos son muy limitados. Por tanto, el panel apoya que la identificación debe basarse en el juicio clínico y realizarse de manera transparente, auténtica y explícita por el equipo médico tratante.

Regla de Oro en GoC (SSC 2026): La sepsis grave suele cursar con alteraciones de la conciencia (Encefalopatía Asociada a Sepsis). Es imperativo abrir el canal de comunicación con la familia dentro de las primeras 72 horas para establecer el pronóstico realista y concordar el espectro de invasividad antes de que ocurra una claudicación irreversible o inercia terapéutica en la UCI.

II. Ensayos de Tiempo Limitado (TLT) y Directrices Anticipadas

Ensayos de Tiempo Limitado - TLTs (Declaración 105): Un Ensayo de Tiempo Limitado se define conceptualmente como *un plan colaborativo entre clínicos y el paciente (o sus sustitutos) para utilizar terapias de soporte vital completo por una duración estrictamente definida, tras la cual la respuesta del paciente informará la decisión de continuar/escalar el tratamiento curativo o, por el contrario, realizar una transición hacia metas de confort y cuidados de fin de vida.*

El panel concluyó que existe *insuficiencia de evidencia para emitir una recomendación formal sobre el uso sistemático de TLTs*. Sin embargo, un gran estudio multicéntrico antes-después en 3 hospitales demostró que la protocolización de los TLTs como el enfoque de comunicación por defecto en familias de pacientes graves con alta morbilidad se asoció con:

- Un incremento significativo en las órdenes de **No Reanimación (DNR)** (RR 1.27; IC 95%, 1.10-1.45), demostrando una mayor adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Una reducción sustancial de **2.9 días en la estancia en UCI** (MD -2.9 d; IC 95%, -4.89 a -0.91), evitando la prolongación iatrogénica del soporte vital inútil.
- **Sin diferencias en la mortalidad hospitalaria** (RR 1.00; IC 95%, 0.79-1.26), lo que confirma que el TLT no priva de beneficio curativo a los pacientes respondedores.

LA PRÁCTICA DEL PANEL: ENSAYOS DE TIEMPO LIMITADO

El **64% de los intensivistas** del panel de la SSC utiliza de forma activa y consistente los TLTs en su práctica clínica habitual. Entre ellos, el **64% 'a veces' y el 27% 'siempre'** discute explícitamente las reglas y duración del TLT con el paciente o sus sustitutos familiares antes de iniciar o escalar un soporte vital invasivo.

Directrices de Voluntad Anticipada en el Alta (Declaración 103 y 104): Se emite una Declaración de Buena Práctica en la que se exige que los *sistemas de salud implementen estrategias estructuradas para garantizar que los supervivientes de sepsis tengan la oportunidad de ejecutar directrices de voluntad anticipada (testamentos vitales) tras el egreso hospitalario*. Sin embargo, la Recomendación 104 declara *evidencia insuficiente para la instauración sistemática y obligatoria* de estas directrices justo antes del alta, ya que su viabilidad depende en gran medida de las normas socio-culturales e institucionales de cada centro de salud.

III. Integración de los Cuidados Paliativos en la UCI

Integración Temprana de Principios Paliativos (Declaración 106): El panel emite una GPS fundamental: *los principios de cuidados paliativos (dirigidos al manejo proactivo del dolor, el control de síntomas físicos y el alivio del sufrimiento del paciente y su familia) deben integrarse de forma continua y sistemática en el plan de tratamiento del paciente con sepsis, según el criterio clínico.*

Interconsulta Sistemática vs. Dirigida por Juicio Clínico (Recomendación 107): Se sugiere *evitar la interconsulta rutinaria y obligatoria a equipos formales de cuidados paliativos para todos los pacientes con sepsis*, prefiriendo en su lugar una estrategia de interconsulta selectiva basada estrictamente en el juicio del médico de cabecera de la UCI (Recomendación condicional, certeza de evidencia baja). Forzar interconsultas automáticas no ha demostrado reducir la mortalidad y satura de forma ineficiente los recursos del sistema de salud, especialmente en entornos de bajos recursos. El intensivista debe dominar el manejo paliativo básico (dolor, disnea, agitación) e involucrar al especialista paliativo ante casos complejos o refractarios.

IV. Matriz de Recomendaciones y Niveles de Evidencia (Goals of Care)

No.	Recomendación Oficial (SSC 2026)	Fuerza / Certeza	Aplicación Clínica y Rationale
Rec. 100	Discutir metas de atención y pronóstico con pacientes y/o familias.	GPS (Buena Práctica)	Mandatorio ante riesgo de claudicación cognitiva; evita tratamientos discordantes.
Rec. 101	Abordar metas de atención temprano (dentro de las primeras 72 horas) vs. tardío.	Condicional Certeza: Baja	Previene el sufrimiento familiar y la inercia de soporte invasivo inútil.
Rec. 102	Evidencia insuficiente para el uso de disparadores estandarizados/alertas automáticas.	Sin Rec.	La identificación debe ser proactiva y basada en juicio clínico holístico.
Rec. 103	Sistemas de salud deben garantizar que los sobrevivientes ejecuten directrices anticipadas.	GPS (Buena Práctica)	Proporciona seguridad legal y personal antes de futuras reinfecciones.
Rec. 105	Evidencia insuficiente para recomendar de forma sistemática los TLT formales.	Sin Rec.	TLT asocia a mayor adecuación (DNR RR 1.27) y menor estancia en UCI (-2.9 días) sin aumentar mortalidad.
Rec. 106	Integrar principios de cuidados paliativos en el plan de tratamiento de sepsis.	GPS (Buena Práctica)	Enfoque proactivo en control de síntomas (dolor, disnea) y alivio de sufrimiento.
Rec. 107	Sugerir interconsulta de cuidados paliativos basada en juicio vs. sistemática.	Condicional Certeza: Baja	El intensivista lidera el paliativo básico; se reserva el interconsultor para refractariedad.

V. Protocolo Clínico Sistemático para Discusión de Metas en la UCI

Este algoritmo de cuatro pasos sistematiza la comunicación y la toma de decisiones éticas al pie de la cama:

- 1. Preparación y Triage de Comunicación (Primeras 24 horas):** Identificar si el paciente tiene directrices previas o testamento vital. Evaluar la capacidad de toma de decisiones del enfermo. Si presenta encefalopatía, identificar de inmediato al sustituto legal (familia de primera línea). No esperar al colapso de múltiples órganos para iniciar la aproximación.
- 2. Reunión Familiar Estructurada y Empática (Antes de 72 horas):** Convocar una reunión interdisciplinaria (médico tratante, enfermería de cabecera, trabajo social). Explicar el estado actual y la fisiopatología de la sepsis de manera comprensible (evitando tecnicismos). Indagar sobre la personalidad, valores, temores y calidad de vida aceptable para el paciente antes de enfermar.
- 3. Considerar la Estructuración de un Ensayo de Tiempo Limitado (TLT):** Si existe incertidumbre sobre la reversibilidad o conflicto familiar, proponer un TLT. Definir un marco temporal estricto (ej. 48-72 horas) para evaluar parámetros biológicos clave (aclaramiento de lactato, resolución del choque, destete del ventilador). Acordar que si no hay mejoría en ese plazo, se priorizará el confort absoluto del paciente.
- 4. Integración Paliativa y Control Proactivo de Síntomas:** Independientemente de si la meta es curativa o de confort, instaurar medidas paliativas básicas. Monitorear estrechamente la presencia de dolor, disnea o delirio hiperactivo mediante escalas validadas (BPS, CPOT, CAM-ICU) e iniciar tratamiento farmacológico y no farmacológico de inmediato.