

# RESULTADOS A LARGO PLAZO Y RECUPERACIÓN POST-SEPSIS

## Guía Clínica de Cuidados Intensivos — SSC 2021

**Introducción y Marco Epidemiológico:** El egreso exitoso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un paciente sobreviviente a la sepsis o al choque séptico no representa el fin de su proceso de atención, sino el inicio de una fase prolongada y compleja de recuperación. Los datos clínicos demuestran que casi el **40% de los supervivientes son rehospitalizados dentro de los primeros 90 días** posteriores al alta, frecuentemente debido a complicaciones prevenibles, recurrencia de infecciones, lesión renal aguda (LRA) o nuevos eventos cardiovasculares. Para mitigar esta morbilidad tardía y estructurar un retorno seguro a la comunidad, las directrices internacionales de la **Campaña Sobreviviendo a la Sepsis (SSC) 2021** proponen un paradigma transversal enfocado en el diagnóstico proactivo de secuelas físicas, cognitivas y emocionales, la planificación colaborativa del alta y el soporte social continuo.

## I. El Espectro del Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS)

La sepsis desencadena una respuesta inflamatoria sistémica extrema que compromete la microcirculación y altera el metabolismo celular. Al egreso hospitalario, esta agresión biológica se manifiesta formalmente como el **Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS)**, el cual engloba secuelas en tres esferas fundamentales:

- **Deterioro Físico y Neuromuscular:** Los sobrevivientes experimentan debilidad adquirida en la UCI (ICUAW), polineuropatía y miopatía del paciente crítico. Esto se asocia con una pérdida marcada de la masa muscular, intolerancia al esfuerzo, fatiga crónica y dependencia funcional para las actividades básicas de la vida diaria.
- **Deterioro Cognitivo post-sepsis:** Sepsis-3 se asocia de forma independiente con un declive cognitivo significativo y de nueva aparición. Las manifestaciones clínicas incluyen alteraciones severas en la memoria de trabajo, atención sostenida, fluidez verbal, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas. Fisiopatológicamente, este deterioro está ligado a isquemia cerebral transitoria, disrupción de la barrera hematoencefálica por mediadores proinflamatorios, estrés oxidativo y una intensa activación microglial, especialmente concentrada dentro del sistema límbico.
- **Deterioro Emocional y Psicológico:** Afecta profundamente tanto al paciente como a su red familiar (PICS-Family). Clínicamente, se caracteriza por una alta prevalencia de trastornos de ansiedad generalizada, depresión mayor y síndrome de estrés postraumático (TEPT) derivado de los recuerdos de la parálisis terapéutica y la ventilación mecánica.

## II. Evaluación Sistemática y Planificación del Alta Hospitalaria

La transición del paciente desde la UCI a la sala general, y posteriormente al domicilio, es un periodo de extrema vulnerabilidad propenso a la pérdida de información y a errores de medicación. El panel de la SSC 2021 establece mecanismos obligatorios para salvaguardar la seguridad del paciente:

- **Evaluación Longitudinal Obligatoria (Recomendación 91):** Se establece como Declaración de Buena Práctica (GPS) que todo superviviente de sepsis o choque séptico debe ser evaluado sistemáticamente después del alta para detectar problemas físicos, cognitivos y emocionales, facilitando su derivación oportuna a especialistas.
- **Conciliación de Medicamentos (Recomendación 86):** Se prescribe de forma mandatoria realizar una reconciliación minuciosa de fármacos tanto al egreso de la UCI como al alta hospitalaria. Esto asegura la suspensión inmediata de terapias de fase aguda (sedantes, antipsicóticos, profilaxis de úlceras si ya no hay riesgo) y previene la omisión accidental de medicamentos crónicos suspendidos al ingreso.
- **Estructura del Resumen de Egreso (Recomendación 87):** El documento de alta médica debe incorporar explícitamente la etiología infecciosa de la sepsis, detalles de los soportes invasivos recibidos (días de ventilación, necesidad de diálisis o vasopresores) y una descripción clara de las disfunciones u órganos afectados con potencial de secuela a largo plazo.
- **Toma de Decisiones Compartida (Recomendación 84):** El equipo clínico debe garantizar que el paciente y sus familiares participen activamente en la toma de decisiones para la planificación del alta, asegurando que los planes terapéuticos y de rehabilitación domiciliaria sean aceptables y factibles de cumplir.

### III. Programas de Rehabilitación y Clínicas Especializadas Post-UCI

El soporte de rehabilitación debe iniciarse tan pronto como el paciente recupere la estabilidad fisiológica, prolongándose de forma estructurada en el periodo ambulatorio:

- **Derivación a Rehabilitación Física (Recomendación 93):** Para aquellos pacientes que requirieron ventilación mecánica invasiva por más de 48 horas o una estancia en la UCI mayor a 72 horas, se sugiere la derivación sistemática a programas de rehabilitación post-hospitalaria (fisioterapia y terapia respiratoria) para acelerar la recuperación de la fuerza y la independencia funcional.
- **Clínicas de Seguimiento Post-UCI (Recomendación 92):** Se sugiere la derivación proactiva de los sobrevivientes a programas o clínicas multidisciplinarios de seguimiento post-crítico, cuando estén disponibles. Aunque la evidencia en ensayos clínicos sobre calidad de vida global muestra resultados mixtos, estas clínicas son altamente valoradas por los pacientes y familiares, y funcionan como centros de aprendizaje para ajustar terapias farmacológicas complejas.
- **Terapia Cognitiva Temprana (Recomendación 90):** Aunque actualmente existe evidencia insuficiente para recomendar de forma sistemática programas de terapia cognitiva estructurada pre-alta, el panel aprueba su continuación en centros que ya dispongan de la infraestructura y el personal capacitado.

### IV. Determinantes Sociales de la Salud y Soporte de Pares

La recuperación de la sepsis se ve fuertemente influenciada por factores socioeconómicos. La enfermedad crítica induce un declive socioeconómico neto en el núcleo familiar, y los determinantes sociales negativos (falta de vivienda, pobreza, aislamiento) incrementan exponencialmente el riesgo de reinfección y muerte tardía:

- **Tamizaje de Necesidades Socioeconómicas (Recomendación 82):** Se establece como una Declaración de Buena Práctica la obligación de evaluar la red de apoyo social y económico del paciente y su familia (evaluación de vivienda adaptada, suficiencia alimentaria, soporte financiero y espiritual). El equipo debe realizar derivaciones activas a servicios de trabajo social para garantizar que se cubran estas necesidades

previo al egreso.

- **Referencia a Grupos de Apoyo de Pares (Recomendación 79):** Se sugiere la derivación proactiva del paciente y sus cuidadores a grupos de apoyo de pares. El beneficio identificado por los familiares radica en la convalidación emocional al saber que otros comparten experiencias similares y en el intercambio de estrategias de afrontamiento efectivas.
- **Educación y Signos de Alarma (Recomendación 83):** Se sugiere entregar información educativa estructurada, tanto de forma verbal como escrita, antes del alta. El componente más crítico de esta educación es capacitar rigurosamente a los familiares y cuidadores en el **reconocimiento precoz de los signos de alarma de una nueva infección (fiebre, escalofríos, alteración del estado mental, disnea o hipotensión)** para evitar retrasos en la búsqueda de atención médica de urgencia.

## V. Matriz de Recomendaciones y Evidencia: Recuperación Post-Sepsis

Resumen de las declaraciones oficiales de la Surviving Sepsis Campaign (2021) para el seguimiento de la sobrevivida:

| No.            | Recomendación Oficial (SSC 2021)                                                                                                | Fuerza / Certeza             | Nota de Aplicación Clínica                                                                       |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rec. 79</b> | Sugerir la derivación de sobrevivientes de sepsis y sus familias a grupos de apoyo de pares.                                    | Condiciona Certeza: Muy Baja | Mejora el afrontamiento emocional mediante el aprendizaje compartido de experiencias.            |
| <b>Rec. 80</b> | Sugerir el uso de un proceso estructurado de entrega (handoff) de información crítica en las transiciones de cuidado.           | Condiciona Certeza: Muy Baja | Mitiga la pérdida de datos terapéuticos entre la UCI, la sala general y atención primaria.       |
| <b>Rec. 82</b> | Recomendar el tamizaje de necesidades socioeconómicas (vivienda, alimentación, finanzas) y realizar derivaciones activas.       | GPS (Buena Práctica)         | Identificar barreras previas al alta evita el fracaso del plan terapéutico y la reinfección.     |
| <b>Rec. 83</b> | Sugerir ofrecer educación escrita y verbal (diagnóstico, tratamiento, PICS) antes del alta hospitalaria y en el seguimiento.    | Condiciona Certeza: Muy Baja | Capacitar formalmente a la familia en la detección de signos de alarma de reinfección.           |
| <b>Rec. 84</b> | Recomendar que el equipo proporcione la oportunidad de participar en la toma de decisiones compartida para el plan de alta.     | GPS (Buena Práctica)         | Garantiza que el plan de cuidados domiciliarios sea aceptable, realista y seguro.                |
| <b>Rec. 85</b> | Sugerir el uso de programas de transición de cuidados críticos (equipos de extensión/outreach) al transferir a la sala general. | Condiciona Certeza: Muy Baja | El seguimiento por enfermería especializada de UCI en sala común reduce readmisiones y muerte.   |
| <b>Rec. 86</b> | Recomendar la conciliación minuciosa de medicamentos tanto al egreso de la UCI como al alta hospitalaria.                       | GPS (Buena Práctica)         | Suspender sedantes/antipsicóticos/profilaxis gástrica de fase aguda; reanudar fármacos crónicos. |
| <b>Rec. 87</b> | Recomendar incluir detalles de la estancia en UCI, etiología de sepsis, soportes recibidos e impairments en el resumen de alta. | GPS (Buena Práctica)         | Información crítica para el médico de cabecera ambulatorio encargada del seguimiento.            |
| <b>Rec. 88</b> | Recomendar que los planes de alta incluyan seguimiento coordinado con clínicos capaces de manejar secuelas a largo plazo.       | GPS (Buena Práctica)         | Planificar citas con neumología, nefrología o neurología según el fallo orgánico sufrido.        |
| <b>Rec. 91</b> | Recomendar la evaluación y el seguimiento proactivo de problemas físicos, cognitivos y emocionales post-alta.                   | GPS (Buena Práctica)         | Cribado proactivo al pie de la cama o consulta externa. No esperar a que el paciente consulte.   |
| <b>Rec. 92</b> | Sugerir la derivación a un programa o clínica de seguimiento post-crítico (post-critical illness clinic), si está disponible.   | Condiciona Certeza: Muy Baja | Optimiza el control farmacológico y es altamente valorado por pacientes y familias.              |
| <b>Rec. 93</b> | Sugerir la derivación a rehabilitación física a pacientes ventilados > 48h o con estancia en UCI > 72h.                         | Condiciona Certeza: Muy Baja | Fisioterapia y terapia respiratoria guiada para recuperar masa muscular e independencia física.  |

## VI. Protocolo Clínico de Seguimiento y Supervivencia Post-Sepsis

Este flujograma operativo sistematiza el manejo multidisciplinario del sobreviviente de sepsis en cuatro etapas críticas, previniendo la fragmentación del cuidado y la rehospitalización:

### Fase 1: Transición Intrahospitalaria (UCI a Sala General)

- Realizar handoff verbal y escrito de información crítica estructurada (Rec. 80).
- Activar el programa de transición de cuidados críticos (Outreach/Liaison nurse) para seguimiento en sala general (Rec. 85).
- Realizar conciliación inicial de fármacos suspendiendo sedantes, antipsicóticos y profilaxis gástrica innecesarios (Rec. 86).

### Fase 2: Planificación del Alta y Preparación del Egreso Domiciliario

- Tamizaje socioeconómico por Trabajo Social (vivienda, alimentación, finanzas) y derivación activa si hay déficit (Rec. 82).
- Integrar al paciente y familia en la toma de decisiones compartida del alta (Rec. 84).
- Redactar el resumen de egreso estructurado con: etiología de sepsis, duración de soportes y disfunciones residuales (Rec. 87).
- Educación escrita y verbal estructurada detallando el diagnóstico de sepsis, síndrome post-sepsis y, de forma mandatoria, **capacitar en el reconocimiento inmediato de signos de alarma de reinfección** (fiebre, hipotensión, confusión) (Rec. 83).

### Fase 3: Transición Temprana (Primeros 14 Días Post-Alta)

- Consulta de control precoz con el médico de atención primaria o intensivista para monitorización clínica (Rec. 88/89).
- Seguimiento y re-evaluación proactiva de secuelas del Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS) en las esferas física, cognitiva y emocional (Rec. 91).
- Segunda conciliación de medicamentos, ajustando dosis según la evolución de la función renal y hepática (Rec. 86).

### Fase 4: Seguimiento Longitudinal y Rehabilitación (Largo Plazo)

- Derivación activa a programas de fisioterapia y terapia respiratoria ambulatoria para sobrevivientes con VMI > 48h o UCI > 72h (Rec. 93).
- Referencia a la Clínica Multidisciplinaria Post-UCI para monitoreo integral y optimización del tratamiento (Rec. 92).
- Conectar a la familia con grupos de apoyo de pares para mitigar el estrés psicológico y favorecer la reinserción social (Rec. 79).