

TRANSICIÓN DEL CUIDADO Y SOBREVIDA EN SEPSIS

Guía Técnica de Egresos, Planificación de Alta y Seguimiento de Secuelas Post-UCI

Introducción Fisiológica y Justificación Clínica: La sepsis no es un evento patológico que culmina de manera abrupta al egresar al paciente del área de Cuidados Intensivos o al lograr la estabilidad hemodinámica. Hoy en día se reconoce que los supervivientes de sepsis experimentan una morbilidad sustancial a largo plazo, caracterizada por un riesgo de rehospitalización de hasta el 40% dentro de los primeros 90 días, una tasa elevada de infecciones recurrentes, y el desarrollo de secuelas neurológicas, musculares y cognitivas denominadas de forma agrupada como el **Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS)**. La transición desde la UCI hacia las salas de internación general y, eventualmente, hacia el hogar constituye una de las fases más críticas y vulnerables de la atención médica. El fallo en la comunicación interdisciplinar, la pérdida de información y la falta de un seguimiento coordinado y específico de secuelas se asocian directamente con reingresos prevenibles, declive funcional acelerado y una merma catastrófica en la calidad de vida. Este manual compendia las recomendaciones de la **Campaña Sobreviviendo a la Sepsis (SSC)** para estructurar transiciones seguras, diseñar planes de alta viables y organizar programas proactivos de rehabilitación multidisciplinar.

I. Transiciones de Cuidado Intrahospitalario (UCI a Sala de Internación)

El paso de la Unidad de Cuidados Intensivos a una sala general de hospitalización (piso) se asocia inherentemente con una disminución dramática en la densidad del personal de enfermería y en la frecuencia del monitoreo de signos vitales. Para salvaguardar la seguridad del paciente y evitar retrocesos terapéuticos, la campaña establece directrices precisas:

- **Proceso de Handoff Estructurado (Recomendación 80 y 81):** Se sugiere de forma unánime implementar un proceso estandarizado y formal de transferencia de información (handoff) de variables críticamente importantes en cada transición de cuidado (Recomendación débil, certeza de evidencia muy baja). Aunque los datos no priorizan una herramienta electrónica o mnemotecnica específica (como SBAR o IPASS) sobre los métodos de transferencia habituales, sí confirman que estructurar el handoff reduce drásticamente las omisiones de datos clínicos críticos y los errores de medicación en las salas receptoras.
- **Equipos de Transición de Cuidados Críticos (Recomendación 85):** Al egresar al paciente de la UCI hacia el piso de medicina interna o cirugía, se sugiere utilizar de forma activa un **Programa de Transición de Cuidados Críticos** (o equipos de extensión / outreach clínico) en comparación con el cuidado habitual (Recomendación débil, certeza de evidencia muy baja). Estos equipos, conformados comúnmente por enfermeros especialistas en cuidados intensivos y terapeutas respiratorios, realizan visitas diarias de seguimiento al pie de la cama del paciente en la sala general, detectando tempranamente signos sutiles de deterioro (mediante el cálculo de escalas como NEWS2) y disminuyendo significativamente la tasa de reingreso inesperado a la UCI y la mortalidad intrahospitalaria.
- **La Vulnerabilidad Farmacológica:** Durante la fase aguda en la UCI se suspenden o inician múltiples medicamentos temporales (p. ej., sedantes, vasopresores, profilaxis de úlceras o antibióticos de amplio espectro). El equipo de transición de cuidados críticos debe asegurar que la transición de estos fármacos se

realice de manera guiada para evitar la prolongación innecesaria de terapias de UCI en salas comunes.

PERLA CLÍNICA DE CABECERA: El handoff de transición de la UCI al piso debe incluir de manera obligatoria: (1) Estado del control del foco infeccioso, (2) Duración planificada y fecha de suspensión del esquema antimicrobiano empírico, (3) Disfunciones orgánicas residuales y metas de rehabilitación física/respiratoria, y (4) Parámetros dinámicos específicos de alarma bajo los cuales el médico de sala debe solicitar reevaluación inmediata por el equipo de cuidados intensivos.

II. Planificación del Alta Hospitalaria y Reconciliación de Medicamentos

La transición del entorno hospitalario hacia el hogar o centros de cuidados intermedios representa el segundo gran periodo de inestabilidad y pérdida de información. La planificación de esta fase debe iniciarse mucho antes del día del alta, utilizando un enfoque multidisciplinar coordinado por el intensivista, médicos de atención primaria, farmacéuticos y enfermería:

- **Reconciliación Farmacológica Obligatoria (Recomendación 86):** La campaña prescribe como una Declaración de Buena Práctica (GPS) la **reconciliación formal y minuciosa de todos los medicamentos tanto al egreso de la UCI como al momento del alta hospitalaria**. Este proceso busca identificar y corregir dos errores de extrema frecuencia: la continuación involuntaria de fármacos indicados de forma temporal para la fase aguda de la enfermedad (como inhibidores de la bomba de protones, antipsicóticos o analgésicos opioides) y la interrupción involuntaria de medicamentos para comorbilidades crónicas cardiovasculares, metabólicas o pulmonares previas del paciente.
- **Estructura del Resumen de Egreso (Recomendación 87):** Se establece como Declaración de Buena Práctica que el equipo médico proporcione un resumen de egreso hospitalario escrito y verbal detallado. Este documento no debe limitarse a un listado de diagnósticos, sino que debe detallar con precisión: la duración de la estancia en la UCI, la etiología de la sepsis, los soportes vitales invasivos recibidos (ventilación mecánica, terapia de reemplazo renal, vasopresores), las dosis acumuladas de terapias críticas y, de manera fundamental, una descripción clara de las discapacidades o deterioros físicos, cognitivos y emocionales residuales que el paciente y su familia pueden enfrentar de forma ambulatoria.
- **Educación en Sepsis al Paciente y la Familia (Recomendación 83):** Se sugiere ofrecer educación formal sobre sepsis (tanto en formato escrito como verbal) antes del alta hospitalaria y en el seguimiento ambulatorio (Recomendación débil, certeza de evidencia muy baja). Esta intervención educativa debe cubrir de forma comprensible el diagnóstico de sepsis, los tratamientos recibidos, el concepto del Síndrome Post-Sepsis y, críticamente, los signos de alarma ante una potencial reinfección (fiebre, hipotensión, alteración del sensorio) para capacitar al paciente y sus cuidadores en la búsqueda rápida de atención de emergencia médica.
- **Toma de Decisiones Compartida (Recomendación 84):** Se indica de manera mandatoria (GPS) incorporar el modelo de toma de decisiones compartida en la planificación del alta post-UCI y hospitalaria. El plan de egreso debe discutirse en conjunto con el paciente y sus representantes familiares para asegurar que los objetivos terapéuticos y de soporte social sean viables, aceptables y realistas dentro del contexto socioeconómico y de apoyo familiar del superviviente.

III. Detección y Seguimiento Post-Alta del Síndrome Post-Sepsis

Aproximadamente el 50% de los supervivientes de sepsis experimentan un empeoramiento o la aparición de nuevas discapacidades físicas, deterioro cognitivo de tipo demencia adquirida y trastornos del estado de ánimo (ansiedad severa, depresión, TEPT). El manejo moderno exige una red de seguimiento activa:

- **Tamizaje de Determinantes Sociales de la Salud (Recomendación 82):** El equipo de cabecera debe realizar un tamizaje exhaustivo de los soportes sociales y económicos del paciente y su familia (incluyendo evaluación de vivienda, seguridad nutricional, recursos financieros y apoyo espiritual) para realizar las derivaciones institucionales y de trabajo social pertinentes antes de la salida hospitalaria (Declaración de Buena Práctica). La carencia de recursos financieros o de cuidadores entrenados es el principal predictor de falla en el apego terapéutico y de reingreso precoz.
- **Evaluación de Secuelas de Forma Rutinaria (Recomendación 91):** Se prescribe de forma firme (GPS) la **evaluación proactiva y el seguimiento longitudinal de todos los problemas físicos, cognitivos y emocionales** en los supervivientes de sepsis posterior a su alta. Los médicos en consulta externa deben

interrogar de manera activa y utilizar herramientas de cribado validadas (como el MoCA para cognición, escalas de depresión de PHQ-9 y de marcha) para guiar de manera precoz el inicio de terapias de rehabilitación dirigida.

- **Rehabilitación Post-Hospitalaria Temprana (Recomendación 93):** Para aquellos pacientes supervivientes de sepsis que requirieron soporte de ventilación mecánica invasiva por más de 48 horas, o que cursaron con una estancia en la UCI mayor a 72 horas, se sugiere la derivación proactiva y protocolizada a un **programa de rehabilitación física y respiratoria post-hospitalaria** (Recomendación débil, certeza de evidencia muy baja). Esto limita la atrofia por desuso, la debilidad adquirida en la UCI (ICUAW) y acelera la recuperación de la independencia funcional de los enfermos.
- **Clínicas de Seguimiento Post-UCI (Recomendación 92):** Se sugiere derivar a los supervivientes de sepsis a programas o consultas de seguimiento post-cuidados intensivos dirigidas si estas se encuentran disponibles en el sistema de salud (Recomendación débil, certeza de evidencia muy baja). Estas clínicas especializadas ofrecen una evaluación integral de las secuelas por un equipo multidisciplinario (intensivista, enfermera, rehabilitador, psicólogo).
- **Grupos de Apoyo de Pares (Recomendación 79):** Se sugiere derivar a los supervivientes de sepsis y a sus familias a grupos de apoyo de pares (Recomendación débil, certeza de evidencia muy baja), ya que compartir experiencias y estrategias de afrontamiento con otros supervivientes de enfermedades críticas disminuye significativamente la carga de distrés psicológico y aislamiento social.
- **Terapia Cognitiva e Intervalos de Seguimiento (Recomendaciones 88, 89, 90):** Aunque se declara que existe insuficiencia de evidencia para proponer de forma sistemática la terapia cognitiva temprana en la UCI o programar visitas de seguimiento post-alta de manera ultra-temprana (dentro de las primeras 2 semanas) comparadas con el seguimiento de rutina, la campaña recalca como directriz fundamental que **el plan de alta del hospital debe incluir un seguimiento asegurado con especialistas capaces de diagnosticar y manejar las secuelas de largo plazo** en todo paciente que desarrolle nuevas discapacidades (Declaración de Buena Práctica).

IV. Matriz de Recomendaciones Clínicas Oficiales (SSC)

Resumen técnico de las directrices de transición de cuidados y sobrevida en sepsis para consulta de cabecera:

Rec.	Declaración de la Recomendación Oficial	Fuerza / Evidencia	Aplicación Práctica en el Egresado de UCI
Rec. 80	Sugerir el uso de un proceso estructurado de handoff de información clínicamente importante en las transiciones de cuidado hospitalario.	Condiciona Certeza: Muy Baja	Sistematizar la entrega de UCI a Sala General usando una plantilla con duraciones de antibióticos y disfunciones.
Rec. 82	Recomendar el tamizaje exhaustivo de soportes económicos y sociales (vivienda, finanzas, nutrición) y realizar derivaciones oportunas.	GPS (Buena Práctica)	Intervención obligatoria por Trabajo Social previa al egreso para garantizar viabilidad del plan de cuidados en el hogar.
Rec. 83	Sugerir ofrecer educación verbal y escrita sobre sepsis (concepto, secuelas, signos de reinfección) previo al alta y en el seguimiento.	Condiciona Certeza: Muy Baja	Entregar un folleto informativo de Síndrome Post-Sepsis y explicar los signos de alarma de re-infección.
Rec. 84	Recomendar proporcionar la oportunidad de participar en la toma de decisiones compartida en la planificación del alta post-UCI y hospitalaria.	GPS (Buena Práctica)	Discutir los objetivos de cuidado con la familia y evaluar si el domicilio cuenta con condiciones para el alta.
Rec. 85	Sugerir el uso de un programa de transición de cuidados críticos (equipos de extensión / outreach) en la transferencia a sala común.	Condiciona Certeza: Muy Baja	Enfermería de UCI realiza seguimiento diario al pie de la cama en el piso para prevenir o detectar deterioro precoz.
Rec. 86	Recomendar la conciliación exhaustiva de medicamentos de forma obligatoria al egreso de la UCI y en el alta del hospital.	GPS (Buena Práctica)	Evitar la prolongación de fármacos de UCI (p. ej., IBP, sedantes) y asegurar el reinicio de medicamentos crónicos cardiovasculares.
Rec. 87	Recomendar incluir en el resumen de egreso detallado información de estancia en UCI, etiología de sepsis, terapias administradas y secuelas.	GPS (Buena Práctica)	El informe de alta debe ser una carta de navegación clara para el médico general, listando los soportes invasivos recibidos.
Rec. 88	Recomendar que los planes de egreso hospitalario de pacientes con nuevas discapacidades incluyan un seguimiento asegurado con especialistas.	GPS (Buena Práctica)	Garantizar citas programadas con terapeutas, neurólogos o médicos familiares capaces de manejar secuelas post-UCI.
Rec. 91	Recomendar la evaluación sistemática y el seguimiento proactivo de problemas físicos, cognitivos y emocionales después del alta.	GPS (Buena Práctica)	Pesquisa activa del Síndrome Post-Cuidados Intensivos (PICS) en consulta externa mediante herramientas de tamizaje.
Rec. 92	Sugerir la derivación a programas o clínicas multidisciplinarios de seguimiento post-cuidados intensivos, de estar disponibles.	Condiciona Certeza: Muy Baja	Consultas integradas post-UCI para evaluar de forma conjunta cognición, fuerza física y estado de salud mental.

Rec. 93	Sugerir derivar a programas de rehabilitación post-hospitalaria a pacientes con VMI > 48 horas o una estancia en la UCI > 72 horas.	Condicional Certeza: Muy Baja	Iniciar terapia física y respiratoria estructurada de forma ambulatoria para recuperar masa muscular e independencia.
---------	---	----------------------------------	---

V. Protocolo Clínico Secuencial de Transición y Sobrevida Post-Sepsis

Este algoritmo sistematiza las acciones médicas en cuatro etapas críticas de la transición:

FASE 1: PRE-TRANSFERENCIA (UCI A SALA GENERAL - DÍA DEL EGRESO DE UCI)

- **Handoff Sepsis:** Realizar entrega formal verbal y escrita usando la plantilla de transición de sepsis. Definir claramente el foco de origen de la infección, el esquema antibiótico actual y su fecha programada de finalización / de-escalada, y las disfunciones de órganos residuales.
- **Conciliación de Entrada a Sala:** Revisar detalladamente la lista de medicamentos. Suspender de forma estricta los fármacos indicados de forma temporal en la UCI que carezcan de justificación en piso (sedantes, proquinéticos, IBP si no hay riesgo de sangrado). Reiniciar de forma segura los fármacos crónicos del paciente.
- **Activación del Equipo de Extensión:** Programar visitas de seguimiento diario del equipo de transición de cuidados críticos durante las primeras 72 horas en el piso común.

FASE 2: PRE-ALTA HOSPITALARIA (PLANIFICACIÓN DE EGRESO A DOMICILIO)

- **Tamizaje de Soporte Social:** Trabajo Social realiza evaluación de determinantes sociales de la salud (vivienda adaptada, red de cuidadores, recursos financieros para adquirir medicamentos).
- **Plan de Educación en Sepsis:** Entregar folleto instructivo escrito. Explicar verbalmente al paciente y la familia el concepto de Síndrome Post-Sepsis y, de manera mandatoria, capacitar en la identificación de signos de alarma de reinfección o deterioro hemodinámico.
- **Conciliación de Egreso y Recetas:** Farmacéutico o intensivista realiza conciliación farmacológica final. Entregar recetas claras con dosis adaptadas a la función renal residual actual.
- **Resumen Clínico Estructurado:** Redactar y entregar el informe de egreso hospitalario detallado que incluya los soportes invasivos recibidos en la UCI, días de ventilación y de RRT.

FASE 3: SEGUIMIENTO AMBULATORIO TEMPRANO (PRIMERAS 2 A 4 SEMANAS POST-ALTA)

- **Evaluación por Especialistas Programada:** Garantizar la primera consulta médica de control para manejo de disfunciones orgánicas residuales (cardiología, nefrología o neumología según corresponda).
- **Rehabilitación Física y Respiratoria:** Iniciar programa ambulatorio u domiciliario de terapia física y respiratoria estructurada para pacientes de alto riesgo (VMI > 48 horas o estancia en UCI > 72 horas).

FASE 4: SEGUIMIENTO DE SOBREVIDA A LARGO PLAZO (1 A 6 MESES POST-ALTA)

- **Tamizaje Longitudinal de PICS (En Consulta Externa):** Evaluar de forma proactiva secuelas físicas (debilidad, dolor neuropático), cognitivas (tamizaje MoCA para memoria y atención) y emocionales (depresión, ansiedad, estrés post-traumático).
- **Derivación a Recursos de Apoyo:** Si el paciente presenta nuevas discapacidades, asegurar la derivación a clínicas post-UCI, programas de rehabilitación ocupacional y derivar al paciente y su familia a grupos de apoyo de pares para optimizar su integración social y emocional.