

CARTA AL EDITOR

Del alta a la recuperación: un marco clínico para el cuidado post-sepsis

- From discharge to recovery: a clinical framework for post-sepsis care
- Da alta hospitalar à recuperação: um modelo clínico para o cuidado pós-sepse

Recibido: 18/01/2026 - **Aceptado:** 07/02/2026
Universidad de Cali, Colombia
Correspondencia. E-mail: jhansaavedra2020@gmail.com

Jhan S. Saavedra Torres¹
ORCID: 0009-0002-3643-1737

1-Facultad de Salud, Universidad
Santiago de Cali. Grupo de
Investigación en Educación y Salud
– GINEYSA.

La sepsis sigue siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. Los avances en diagnóstico temprano, antibioticoterapia y soporte hemodinámico han logrado reducir la mortalidad hospitalaria; sin embargo, este progreso ha dejado en evidencia una brecha asistencial crítica, la supervivencia no equivale a recuperación ^(1,2).

Un número creciente de pacientes egresa del hospital con secuelas funcionales persistentes que afectan su autonomía, calidad de vida y reintegración social, sin que exista un abordaje clínico estructurado que acompañe esta fase posterior ^(3,4).

En la práctica cotidiana, el médico enfrenta un escenario repetido, un paciente que “superó la sepsis”, pero presenta disnea, debilidad, deterioro cognitivo, infecciones recurrentes, ansiedad o incapacidad laboral ^(3,4).

La atención post-sepsis continúa siendo fragmentada, centrada en complicaciones aisladas y carente de una visión integradora ^(4,5). En este contexto, ARISE (Advancement in Rehabilitation and Integration for Sepsis Empowerment) se propone como un marco clínico pragmático que organiza el seguimiento del paciente post-sepsis a partir de catorce pilares esenciales ^(3,6,7). Cada uno responde a una dimensión clínica concreta que, cuando se omite, perpetúa la discapacidad post-crítica ^(5,6).

La rehabilitación pulmonar sistémica constituye un punto de partida ineludible. Muchos supervivientes de sepsis, hayan cursado o no distrés respiratorio agudo, presentan reducción persistente de la capacidad funcional pulmonar e intolerancia al esfuerzo ^(3,4). La disnea residual limita la actividad física, favorece el desacondicionamiento y perpetúa la fatiga. Ignorar este dominio conduce a un círculo vicioso de sedentarismo y pérdida funcional. Intervenciones simples, como ejercicios respiratorios, caminatas progresivas y fisioterapia dirigida, tienen un impacto significativo en la recuperación global ^(4,5,7).

La rehabilitación inmunológica aborda una dimensión frecuentemente subestimada. Tras la fase hiperinflamatoria aguda, muchos pacientes evolucionan hacia un estado de inmunosupresión adaptativa, con mayor riesgo de infecciones secundarias y recuperación lenta ^(2,3,6,7). No se trata de realizar estudios sofisticados de rutina, sino de reconocer señales clínicas de alarma, infecciones repetidas, mala respuesta a tratamientos estándar o convalecencias prolongadas. La vigilancia clínica estrecha y la actualización de esquemas de vacunación son medidas simples, pero decisivas ^(4,5,7).

La nutrición de precisión post-sepsis es un eje transversal. La sepsis induce un estado hipercatabólico que conduce a pérdida acelerada de masa muscular, déficit proteico y deterioro inmunológico ^(2,3,5). La pérdida de peso, la disminución del apetito y la debilidad no son hallazgos banales; son determinantes directos de mala recuperación. Un aporte proteico adecuado y la suplementación nutricional cuando existe riesgo de desnutrición son intervenciones costo-efectivas que sostienen la recuperación funcional ^(2,3,6,7).

La recuperación de la masa y función muscular es esencial para restablecer la autonomía. La debilidad adquirida durante la hospitalización limita actividades básicas como levantarse de una silla o caminar distancias cortas ^(2,3,6,7). Sin un programa de ejercicio progresivo y fortalecimiento funcional, esta debilidad puede cronificarse y condicionar dependencia a largo plazo. El músculo no es solo un efector mecánico, sino un órgano clave en la regulación metabólica e inmunológica ^(2,3,6,7).

La rehabilitación cardiovascular adaptativa responde a la frecuente desadaptación cardiometabólica y autonómica post-sepsis. La fatiga, el mareo y la intolerancia al ejercicio suelen interpretarse erróneamente como falta de motivación ^(2,4,7). En realidad, reflejan una pérdida de eficiencia circulatoria que mejora con actividad física gradual y control básico de la respuesta hemodinámica. Evitar el reposo prolongado es una intervención tan simple como fundamental ^(1,3,6,7).

La rehabilitación neurocognitiva aborda una de las secuelas más invisibles. Las fallas de memoria, atención y velocidad de procesamiento afectan la capacidad laboral y la vida diaria, aun cuando no existan lesiones estructurales evidentes ^(2,6,7). El tamizaje cognitivo simple permite identificar precozmente estos déficits. La estimulación cognitiva y la derivación oportuna previenen el aislamiento social y la pérdida de roles ^(2,3,6,7).

La salud mental y la resiliencia psicológica atraviesan todo el proceso de recuperación. Ansiedad, depresión e insomnio son frecuentes tras la sepsis y condicionan la adherencia a la rehabilitación. Ignorar estos síntomas equivale a sabotear cualquier intervención física. La escucha activa, la psicoeducación y el apoyo psicológico temprano son herramientas clínicas esenciales, no opcionales ^(2,3,6,7).

La salud sexual y endocrino-relacional es una de las dimensiones más sistemáticamente omitidas. La disminución del deseo sexual, los cambios en la imagen corporal y la alteración del eje relacional impactan profundamente la calidad de vida. El silencio médico refuerza la percepción de que estos problemas no son legítimos. Preguntar activamente y validar la experiencia del paciente es el primer paso para una recuperación verdaderamente integral ^(2,3,6,7).

La integridad cutánea y la barrera periférica cumplen un rol inmunológico y metabólico fundamental. La fragilidad cutánea, las úlceras y las infecciones superficiales reflejan un organismo vulnerable. El cuidado de la piel, la hidratación adecuada y la prevención de lesiones son intervenciones simples que reducen complicaciones secundarias ^(2,3,6,7).

La salud oral y la deglución suelen pasar desapercibidas, especialmente en pacientes que requirieron intubación prolongada. El dolor oral, la disfagia y las infecciones orofaríngeas afectan la nutrición y aumentan el riesgo de infecciones respiratorias. La higiene oral estricta y la evaluación de la deglución son medidas básicas con alto impacto clínico ^(2,3,6,7).

La recuperación renal y metabólica es clave para prevenir la progresión a enfermedad crónica. La lesión renal aguda asociada a sepsis no siempre se resuelve completamente. El seguimiento de creatinina, el ajuste de fármacos y la evitación de nefrotóxicos son responsabilidades clínicas fundamentales en el periodo post-agudo ^(2,3,6,7).

La tele-rehabilitación y la salud digital permiten superar barreras geográficas, económicas y de acceso. El seguimiento telefónico o virtual mejora la adherencia, detecta precozmente retrocesos y garantiza continuidad asistencial, especialmente en sistemas de salud con recursos limitados ^(2,3,6,7).

La reintegración funcional, social y laboral debe entenderse como un desenlace clínico prioritario. La dependencia prolongada y la incapacidad laboral no solo afectan al paciente, sino a su entorno familiar y al sistema de salud. Planificar un retorno progresivo y brindar apoyo social es parte del acto médico ^(2,3,6,7).

Finalmente, la medicina personalizada post-sepsis reconoce que la recuperación no es homogénea. Cada paciente sigue una trayectoria distinta, y los esquemas rígidos fracasan. Ajustar el seguimiento según la evolución individual es la única forma de evitar recaídas funcionales ^(2,3,6,7).

En conclusión, ARISE no es una teoría ni una redefinición conceptual de la sepsis. Es una respuesta clínica estructurada a una pregunta cotidiana, qué evaluar y qué hacer con el paciente que sobrevive a la sepsis. Reconocer y abordar estos catorce pilares permite transformar la supervivencia en recuperación funcional sostenida y centrada en la persona ^(2,3,6,7).

Bibliografía

- 1- Smith-Turchyn J, Farley C, Hvizd JL, Newman ANL, O'Grady H, Werdens Abram S, et al. Exploring the use of physical rehabilitation for sepsis survivors: a scoping review. *BMJ Open*. 2025;15(7):e097125. doi:10.1136/bmjopen-2024-097125.
- 2- Torres JSS, Tamayo-Giraldo FJ, Bejarano-Zuleta A, Nati-Castillo HA, Quintero DA, Ospina-Mejía MJ, et al. Sepsis and post-sepsis syndrome: a multisystem challenge requiring comprehensive care and management: a review. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1560737. doi:10.3389/fmed.2025.1560737.
- 3- Saavedra-Torres JS, Pinzón-Fernández MV, Nati-Castillo HA, Cadena Correa V, Lopez Molina LC, Gaitán JE, et al. Immunodynamic disruption in sepsis: mechanisms and strategies for personalized immunomodulation. *Biomedicines*. 2025;13(9):2139. doi:10.3390/biomedicines13092139.
- 4- Wójcik B, Superata J, Nguyen HB, Szyguła Z. Exploration of different rehabilitation routes for sepsis survivors with monitoring of health status and quality of life: RehaSep trial protocol. *Adv Ther*. 2019;36(10):2968-2978. doi:10.1007/s12325-019-01047-9.
- 5- Taito S, Taito M, Banno M, Tsujimoto H, Kataoka Y, Tsujimoto Y. Rehabilitation for patients with sepsis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2018;13(7):e0201292. doi:10.1371/journal.pone.0201292.
- 6- Kayambu G, Boots R, Paratz J. Early physical rehabilitation in intensive care patients with sepsis syndromes: a pilot randomised controlled trial. *Intensive Care Med*. 2015;41(5):865-874. doi:10.1007/s00134-015-3763-8.
- 7- Jarczак D, Kluge S, Nierhaus A. Sepsis: pathophysiology and therapeutic concepts. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:628302. doi:10.3389/fmed.2021.628302.