

Síntesis – Artículo para la práctica clínica

**¿Vasopresores o fluidos en el
choque séptico temprano?**



Mensaje clave

Un ensayo clínico aleatorizado reciente mostró que una estrategia de inicio temprano de vasopresores con restricción de fluidos no se asoció con diferencias estadísticamente significativas en los días de vida fuera del hospital a los 90 días, en comparación con una estrategia de inicio tardío de vasopresores y administración liberal de fluidos en pacientes con sepsis.

Certeza de la evidencia (GRADE): ⊕⊕⊕○ Moderada para el desenlace primario y la mayoría de los desenlaces secundarios

Información previa disponible

La sepsis representa una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. El estudio Global Burden of Disease (GBD) 2021 estimó 166 millones de casos y 21,4 millones de muertes relacionadas con sepsis, equivalentes al 31,5% de las muertes globales. Aunque entre 1990 y 2019 la incidencia y la mortalidad disminuyeron, esta tendencia se revirtió durante la pandemia por COVID-19 (1,2). La mortalidad hospitalaria se estima en 26,7% y alcanza 41,9% en pacientes tratados en unidades de cuidados intensivos (3).

La evidencia epidemiológica en Latinoamérica es limitada y proviene principalmente de Brasil. Entre 2006 y 2015, la incidencia de sepsis aumentó un 50,5% (de 31,5 a 47,4 casos por 100.000 habitantes). Además, se reportó una letalidad global del 46,3% y una letalidad en UCI del 64,5%, con una mayor mortalidad en hospitales públicos que en privados (55,5% vs. 37,0%) (4). Estos hallazgos reflejan la elevada carga de la enfermedad y las desigualdades en la atención sanitaria de la región.

La guía Surviving Sepsis Campaign 2026 recomienda un enfoque escalonado para la reanimación de pacientes con sepsis y choque séptico. Inicialmente, sugiere la administración de 30 mL/kg de cristaloides durante las primeras 3 horas, ajustando el volumen según la respuesta clínica. En pacientes con hipotensión, se recomienda un bolo de cristaloides seguido del inicio de vasopresores si esta persiste; en presencia de choque, ambas estrategias pueden implementarse de forma simultánea. No obstante, persisten incertidumbres sobre el momento óptimo para iniciar los vasopresores, ya que la evidencia que respalda esta recomendación es de muy baja certeza (5). Asimismo, la evidencia no demuestra diferencias significativas en la mortalidad entre una estrategia de fluidoterapia liberal y una conservadora (RR 1,00; IC del 95%: 0,81–1,24), por lo que este aspecto continúa siendo motivo de debate (6).

Métodos del estudio

Diseño: Ensayo clínico aleatorizado, multicéntrico y abierto, realizado en Australia y Nueva Zelanda.

Población: Se incluyeron adultos con sospecha de infección, hipotensión persistente tras un bolo inicial de 1000 mL de líquidos intravenosos, hiperlactatemia e inicio de tratamiento antibiótico. Se excluyeron pacientes que hubieran recibido >2000 mL de líquidos intravenosos, con >6 horas desde el inicio de los síntomas o con barreras para la intervención.

Intervención: Los participantes fueron asignados aleatoriamente (1:1) a una estrategia restrictiva de fluidos con inicio temprano de vasopresores o a una estrategia liberal de fluidos con inicio tardío de vasopresores. La selección y dosificación del vasopresor quedaron a criterio del equipo tratante.

Desenlaces: El desenlace primario fue los días vivos y fuera del hospital a los 90 días. Los desenlaces secundarios incluyeron mortalidad a los 28 y 90 días, duración de la hospitalización, necesidad y duración del soporte orgánico, y eventos adversos relacionados con el tratamiento.

Análisis estadístico: El tamaño muestral fue de 1000 pacientes para alcanzar una potencia del 90%. Los análisis se realizaron por intención de tratar, con ajuste por variables pronósticas preespecificadas e imputación múltiple para el manejo de datos faltantes (7).

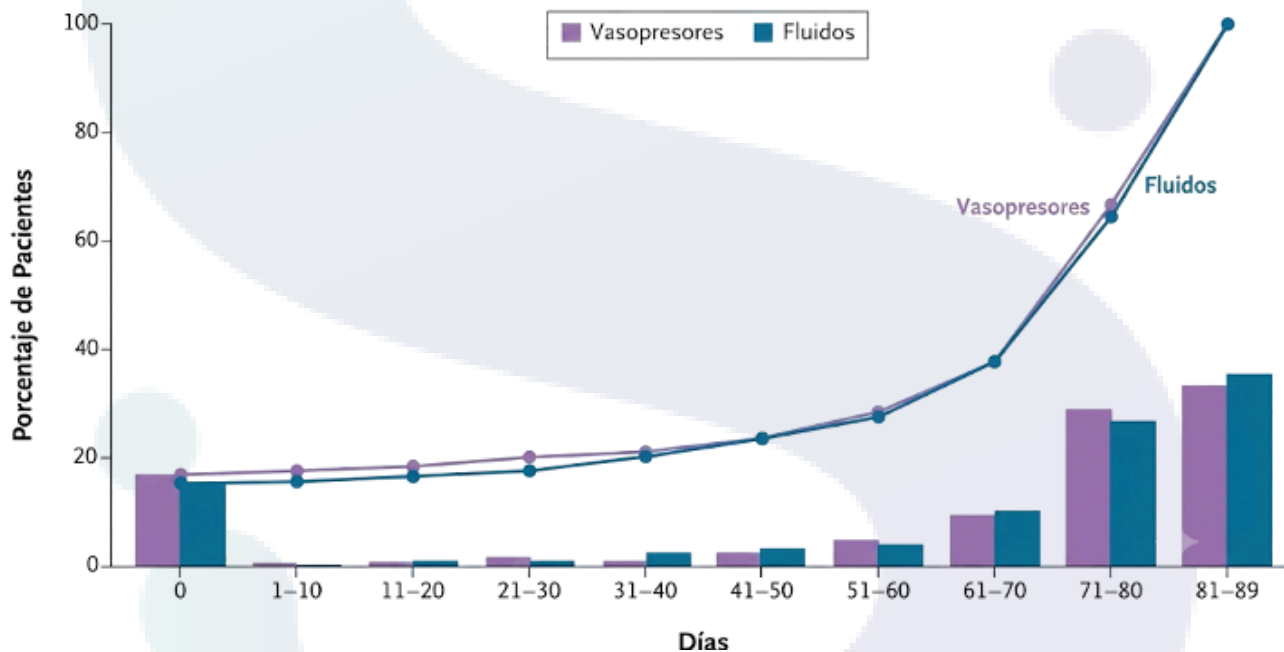
Resultados

Tabla 1. Desenlaces

Resultado Clínico	Grupo Vasopresor (N=481)	Grupo de Fluidos (N=482)	Estimación del Efecto (IC del 95%) *
Resultado Primario †			
Mediana del núm. de días vivo	76 (55 a 83)	76 (55 a 82)	0.0 (-2.7 a 2.7)
Días vivo y fuera del hospital	—	—	1.3 (-0.8 a 3.3)
Resultados Secundarios			
Muerte para el día 28 — núm.	62 (12.9)	48 (10.0)	1.29 (0.91 a 1.85) §
Muerte para el día 90 —	79/481 (16.4)	69/479 (14.4)	1.14 (0.85 a 1.54) §
Tiempo entre la aleatorización y	—	—	1.17 (0.85 a 1.62) ¶
Mediana del núm. de días vivo	76 (46 a 83)	76 (46 a 82)	0.8 (-1.9 a 3.5) **
Núm. de días libre de soporte orgánico al día 28 (RIC) †† ‡‡			
Soporte vasopresor	27 (26 a 28)	27 (26 a 28)	-0.2 (-0.5 a -0.1) **
Ventilación invasiva	28 (28 a 28)	28 (28 a 28)	0.6 (-0.1 a 1.4) **
Terapia de reemplazo renal	28 (28 a 28)	28 (28 a 28)	0.2 (-0.5 a 0.9) **
Desenlaces de seguridad			
Edema pulmonar — núm. (%)	3 (0.6)	24 (5.0)	0.12 (0.03 a 0.39) §

Siglas: IC: Intervalo de Confianza; RIC: Rango Intercuartílico. *Los intervalos de confianza no se ajustaron por multiplicidad y no deben utilizarse en lugar de pruebas de hipótesis formales. † Días vivo y fuera del hospital (Día 90): Definido como el número de días que el paciente no estuvo en un hospital de cuidados agudos y no tuvo un reingreso. ‡ Análisis ajustado: Se incluyeron covariables basales de país, puntuación APACHE II, sitio de infección y nivel de lactato. § Riesgo Relativo (RR). ¶ Cociente de Riesgos Instantáneos (Hazard Ratio - HR). || Días vivo y en casa (Día 90): Definido como el regreso al lugar de residencia habitual previo a la admisión. ** Diferencia de Medianas. †† Días vivo y sin ventilación mecánica invasiva, soporte vasopresor o terapia de reemplazo renal. ‡‡ Soporte vasopresor: Administración en cualquier momento durante la hospitalización índice. Tabla adaptada del artículo original (7).

Figura 1. Días de vida y fuera del hospital desde la aleatorización hasta el día 90



La figura, adaptada del artículo original (7), ilustra los días de supervivencia fuera del hospital hasta el día 90 (resultado primario) para ambos grupos. Las muertes previas a este día equivalen a 0 días. Las gráficas de líneas representan el porcentaje acumulado de pacientes evaluados a lo largo del tiempo.

Resultado del análisis por subgrupos: El efecto de la intervención sobre los días de vida y fuera del hospital a los 90 días no pareció diferir significativamente en ningún subgrupo preespecificado.

Certeza de los resultados

Riesgo de sesgo: De acuerdo con la herramienta RoB 2, el estudio presentó un bajo riesgo de sesgo ([Anexo 1](#)).

Certeza de la evidencia: Para la mayoría de los desenlaces, excepto el número de días libres de soporte vasopresor hasta el día 28, la certeza de la evidencia, evaluada mediante la metodología GRADE, fue moderada debido a una disminución de un nivel por imprecisión ([Anexo 2](#)).

Haz parte de nuestra comunidad digital



Referencias

- 1. Gray AP, Chung E, Hsu RL, Araki DT, Gershberg Hayoon A, Davis Weaver N, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2021: a systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2025 Dec 1;13(12):e2013–26. doi:10.1016/S2214-109X(25)00356-0 PubMed PMID: 41135560.
- 2. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990–2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*. 2020 Jan 18;395(10219):200–11. doi:10.1016/S0140-6736(19)32989-7 PubMed PMID: 31954465.
- 3. Fleischmann-Struzek C, Mellhammar L, Rose N, Cassini A, Rudd KE, Schlattmann P, et al. Incidence and mortality of hospital- and ICU-treated sepsis: results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020 Aug 1;46(8):1552–62. doi:10.1007/S00134-020-06151-X PubMed PMID: 32572531.
- 4. Neira RAQ, Hamacher S, Japiassu AM. Epidemiology of sepsis in Brazil: Incidence, lethality, costs, and other indicators for Brazilian Unified Health System hospitalizations from 2006 to 2015. *PLoS One*. 2018 Apr 1;13(4). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0195873 PubMed PMID: 29652944.
- 5. Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, Møller MH, Alshamsi F, Azevedo LCP, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. *Intensive Care Med*. 2026 May 23;52(5):863–936. doi:10.1007/S00134-026-08361-1)
- 6. Ward MA, Kuttub HI, Badgett RG. The Effect of Early Fluid Resuscitation on Mortality in Sepsis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Crit Care Med*. 2025 Sep 1;53(9):e1790–802. doi:10.1097/CCM.0000000000006769 PubMed PMID: 40637496.
- 7. The ARISE FLUIDS Investigators the ACTG and the ACTN. Vasopressors or Fluids in Early Septic Shock. *New England Journal of Medicine*. 2026 Jun 11. doi:10.1056/NEJMOA2516225