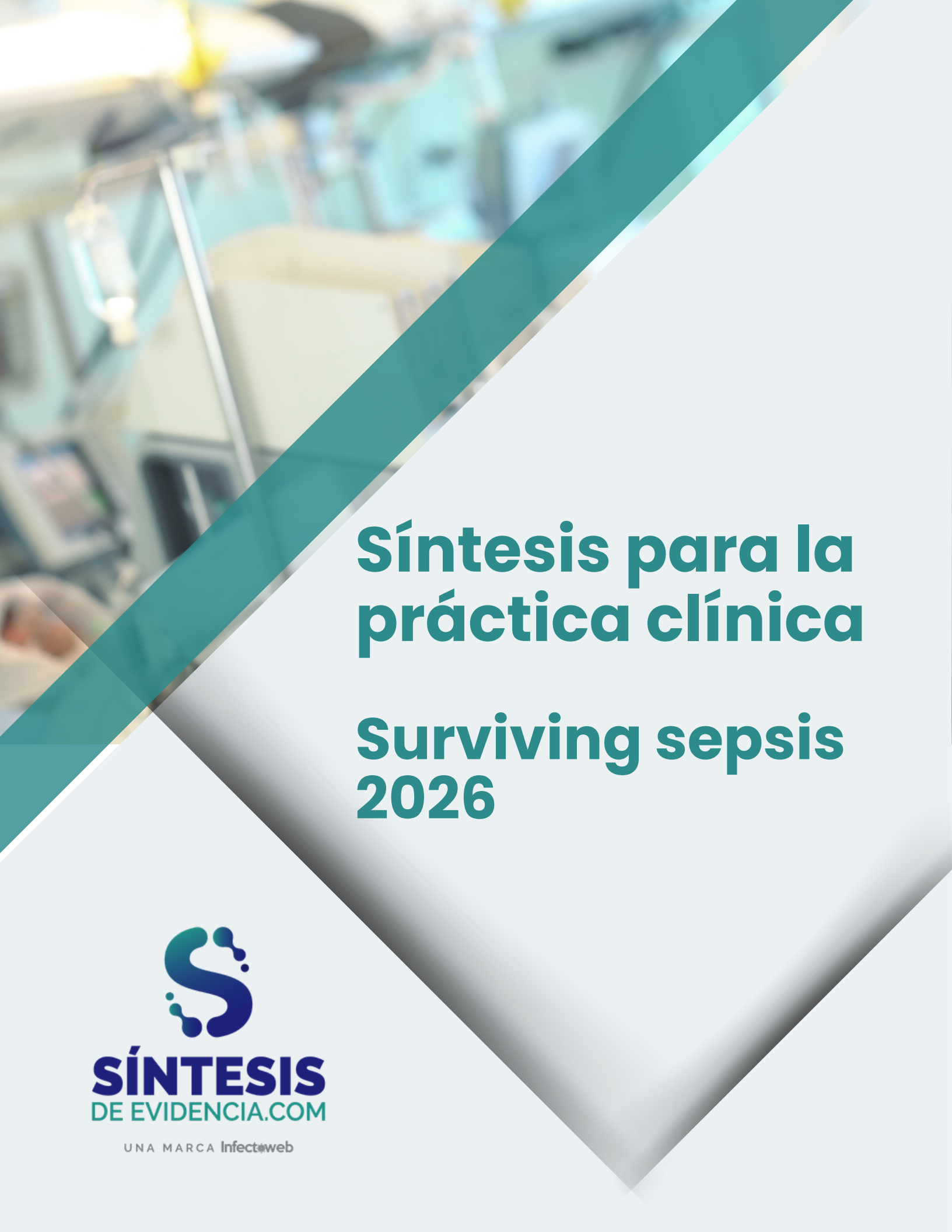




Síntesis para la práctica clínica

Surviving sepsis 2026

R: Hace referencia a la recomendación específica

Cambios más importantes en la actualización de la guía:

- No utilizar **qSOFA como única herramienta de tamizaje** por su baja sensibilidad.
- Preferir **NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS; NEWS2** mostró el mejor rendimiento global.
- Implementar un **«código sepsis»** o una reunión multidisciplinaria rápida después de un tamizaje positivo.
- Incorporar las categorías de sepsis definida, probable, posible e improbable para orientar el inicio de antimicrobianos.
- Mantener los **30 mL/kg de cristaloides**, pero individualizar el volumen y considerar el peso ajustado o ideal en pacientes con obesidad.
- Iniciar vasopresores tempranamente si persiste la hipotensión; en el choque inestable pueden administrarse simultáneamente con los líquidos.
- Individualizar la cobertura antimicrobiana según el riesgo de patógenos multirresistentes, anaerobios y hongos, y administrar los betalactámicos mediante infusión prolongada.
- Realizar el **control del foco infeccioso** precozmente, idealmente dentro de las primeras seis horas.

Introducción: definiciones, epidemiología, etiologías

Definición

La actualización de 2026 mantiene las definiciones establecidas por Sepsis-3. La sepsis se define como una disfunción orgánica aguda potencialmente mortal, causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección; mientras que el choque séptico corresponde a un subgrupo de pacientes con alteraciones circulatorias y metabólicas asociadas con un mayor riesgo de muerte. La definición operativa tampoco cambia: se considera sepsis ante una infección sospechada o confirmada acompañada de un aumento agudo de ≥ 2 puntos en la escala SOFA respecto al valor basal. Por su parte, el choque séptico se identifica por la necesidad de administrar vasopresores para mantener una presión arterial media ≥ 65 mmHg y por una concentración sérica de lactato > 2 mmol/L, a pesar de una adecuada reanimación con líquidos.

Epidemiología

La guía de 2026 aporta nuevos datos sobre la epidemiología de la sepsis: se estiman aproximadamente 49 millones de casos y 13 millones de muertes relacionadas con esta condición cada año. Además, reconoce que la sepsis puede generar secuelas a largo plazo, con deterioro físico y cognitivo en los pacientes.

Diagnósticos

El diagnóstico de sepsis es fundamentalmente clínico y debe considerarse ante una infección sospechada o confirmada asociada con disfunción orgánica aguda potencialmente mortal. Ningún biomarcador ni prueba diagnóstica aislada permite confirmar o descartar la sepsis, por lo que sus resultados deben interpretarse en conjunto con la historia clínica y el examen físico (R5). La toma de paraclínicos adicionales como el lactato es útil para valorar la gravedad y el estado de perfusión (R8), mientras que los hemocultivos permiten identificar el microorganismo causal y deben obtenerse lo antes posible, idealmente antes de iniciar el tratamiento antibiótico (R7).

Además, ante un resultado positivo en el tamizaje, se sugiere activar un protocolo de «código sepsis» o realizar una reunión multidisciplinaria breve (R2). Esta estrategia debe involucrar al personal responsable de la atención inmediata —como profesionales de medicina, enfermería y farmacia— para reevaluar oportunamente al paciente, confirmar la sospecha clínica, agilizar los estudios diagnósticos e iniciar las intervenciones terapéuticas indicadas. La composición y el funcionamiento del equipo deben adaptarse a los recursos y a la organización de cada institución.

La guía **Surviving Sepsis Campaign 2026** recalca la importancia del reconocimiento temprano de la sepsis y recomienda implementar estrategias estandarizadas de tamizaje. Debido a su baja sensibilidad, **no se recomienda utilizar qSOFA como única herramienta de detección**. En su lugar, se aconseja emplear escalas como NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS, las cuales presentan mayor sensibilidad para identificar a los pacientes con posible sepsis. Entre estas herramientas, **NEWS2 mostró el mejor rendimiento diagnóstico global**; sin embargo, ninguna escala es perfecta y sus resultados siempre deben interpretarse junto con la evaluación clínica (R4).

Clasificaciones

Como novedad, la guía de 2026 incorpora las categorías de **sepsis definida, probable, posible e improbable** para expresar el grado de certeza diagnóstica y orientar la urgencia del tratamiento. La sepsis se considera definida cuando los hallazgos clínicos y paraclínicos respaldan claramente el diagnóstico y una causa alternativa resulta muy improbable; probable, cuando constituye el diagnóstico más plausible; posible, cuando tanto la sepsis como otro diagnóstico representan explicaciones razonables; e improbable, cuando la evaluación clínica no es compatible con sepsis o existe una causa alternativa más probable. Estas categorías no modifican la definición de Sepsis-3, sino que facilitan la toma de decisiones, especialmente respecto al inicio de antimicrobianos.

Categoría	SSC 2021	SSC 2026
Definida	No formalizada como término operativo	La historia, examen y pruebas confirman sepsis; un diagnóstico alternativo es muy improbable.
Probable	No formalizada	Sepsis es el diagnóstico más probables; una alternativa es menos probable.
Posible	El término se usaba sin una tabla estandarizada	Sepsis y un diagnóstico alternativo son posibilidades plausibles; permite investigación rápida antes de antibióticos si no hay choque.
Improbable	No formalizada	La evaluación no concuerda con sepsis o existe una explicación alternativa más probable; favorece diferir antibióticos con vigilancia estrecha

Figura 1. nueva terminología en sepsis

Recomendaciones manejo

Las principales recomendaciones de manejo de la guía **Surviving Sepsis Campaign 2026** pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- **Reanimación inicial con líquidos:** en pacientes con hipoperfusión inducida por sepsis o choque séptico se mantiene la recomendación de administrar al menos 30 mL/kg de cristaloides intravenosos durante las primeras tres horas. La guía hace énfasis en individualizar el tratamiento según las características del paciente, con reevaluaciones frecuentes para evitar tanto la reanimación insuficiente como la sobrecarga de líquidos (R10), en pacientes con obesidad (IMC >30 kg/m²), se recomienda calcular el volumen inicial de 30 mL/kg de cristaloides se calcule utilizando el peso corporal ajustado o ideal (figura 2)

30 mL/kg in Liters, by Weight and Height

Height (m) (Feet, inches)

Weight (kg) (lb.)	1.5 m (4'11")	1.7 m (5'7")	1.9 m (6'3")
50 (110)	1.5	1.5	1.5
60 (132)	1.8	1.8	1.8
70 (154)	2.1	2.1	2.1
80 (176)	1.9	2.4	2.4
90 (200)	2.0	2.4	2.7
100 (242)	2.1	2.5	3.0
110 (242)	2.2	2.6	3.3
120 (264)	2.3	2.7	3.0
130 (287)	2.5	2.8	3.1
140 (309)	2.6	3.0	3.2
150 (331)	2.7	3.1	3.3
160 (353)	2.8	3.2	3.4

White cells, for patients with body mass index (BMI) ≤ 30 kg/m² display 30 mL/kg using actual body weight. Italicized values, for patients with BMI > 30 kg/m² display 30 mL/kg using adjusted body weight. Adjusted Body Weight was calculated as Ideal Body Weight + 0.4*(Actual Body Weight-Adjusted Body Weight), where Ideal Body Weight was calculated using the Devine formula (122a) for males.

Figura 2. Volumen inicial de cristaloides (30 mL/kg) según el peso corporal y la talla

● **Inicio de vasopresores:** cuando la hipotensión persiste después del bolo inicial de cristaloides, se recomienda iniciar soporte vasopresor. En pacientes con choque inestable puede considerarse la administración simultánea de líquidos y vasopresores. Estos últimos pueden iniciarse por una vía periférica para evitar retrasos mientras se obtiene un acceso venoso central (R11-R12). Debemos recordar que el vasopresor de primera línea en el choque séptico es la noradrenalina (norepinefrina).

● **Metas de presión arterial:** se mantiene una presión arterial media inicial de 65 mmHg como objetivo general. En pacientes de 65 años o más se sugiere una meta inicial ligeramente menor, entre 60 y 65 mmHg, con el propósito de disminuir la exposición a vasopresores sin comprometer la perfusión orgánica (R13-R14).

● **Selección de líquidos:** los cristaloides continúan siendo la primera opción para la reanimación, con preferencia por las soluciones balanceadas sobre la solución salina al 0,9 % debido al menor riesgo de lesión renal aguda. La guía de 2026 favorece el uso de cristaloides solos sobre la adición rutinaria de albúmina, que puede reservarse para pacientes seleccionados que hayan recibido grandes volúmenes o presenten cirrosis (R43-R45).

● **Administración de líquidos adicionales:** después de los primeros 30 mL/kg, puede emplearse una estrategia liberal o restrictiva según la condición clínica, las comorbilidades y los recursos disponibles. La decisión de administrar nuevos bolos debe apoyarse preferentemente en medidas dinámicas de respuesta a líquidos, como la elevación pasiva de las piernas o los cambios en el volumen sistólico (R48-R49). Es importante tener en cuenta que la guía no incluye el artículo ANDROMEDA SHOCK 2, debido a que este fue publicado después de que se generaron las recomendaciones de la guía.

● **Evaluación de la perfusión:** se sugiere utilizar mediciones seriadas de lactato para orientar la reanimación, interpretando sus valores dentro del contexto clínico. No se recomienda continuar administrando líquidos únicamente con el objetivo de normalizar el lactato; también puede utilizarse el tiempo de llenado capilar como medida complementaria de perfusión (R51-R52). A tener en cuenta que la guía no incluye el artículo ANDROMEDA SHOCK 2, debido a que este fue publicado después de que se generaron las recomendaciones de la guía, esto hace que aún no se propugna el llenado capilar como estrategia de evaluación de la perfusión.

● **Selección de vasopresores:** Se debe considerar vasopresina y, si la presión arterial continúa siendo inadecuada, incorporar adrenalina. La elección debe individualizarse en presencia de disfunción cardíaca o riesgo de arritmias (R53-R58).

● **Tratamiento antimicrobiano y control del foco:** los antimicrobianos deben administrarse inmediatamente, idealmente durante la primera hora, en pacientes con choque séptico o sepsis definida o probable. En la sepsis posible sin choque puede realizarse una investigación rápida y comenzar el tratamiento dentro de las primeras tres horas si persiste la sospecha. Cuando exista un foco susceptible de intervención, se sugiere efectuar su control temprano, idealmente dentro de las primeras seis horas (R16-R24) (figura 3)

● **Tratamiento empírico:** Se reemplazan las recomendaciones generales sobre cubrimiento de MRSA y doble cobertura gramnegativa por una estrategia dirigida al riesgo de patógenos multirresistentes específicos para cada paciente. Asimismo, incorpora criterios para incluir cobertura anaerobia, como la presencia de infección intraabdominal, infección ginecológica u obstétrica profunda, infección necrosante de tejidos blandos, infección de cabeza y cuello, o absceso o empiema del sistema nervioso central (R28–R29).

● **Optimización de betalactámicos:** la administración de betalactámicos mediante infusión prolongada, después de una dosis de carga inicial, pasa de ser una recomendación condicional a una recomendación fuerte. Esta estrategia resulta útil porque los betalactámicos son antibióticos dependientes del tiempo y su eficacia se relaciona con el periodo durante el cual su concentración permanece por encima de la concentración mínima inhibitoria. Menor uso de antifúngicos empíricos: mientras que en 2021 se sugerían en pacientes con alto riesgo, en 2026 se recomienda no administrarlos rutinariamente y reservarlos para casos seleccionados con factores de riesgo de infección fúngica (R27).

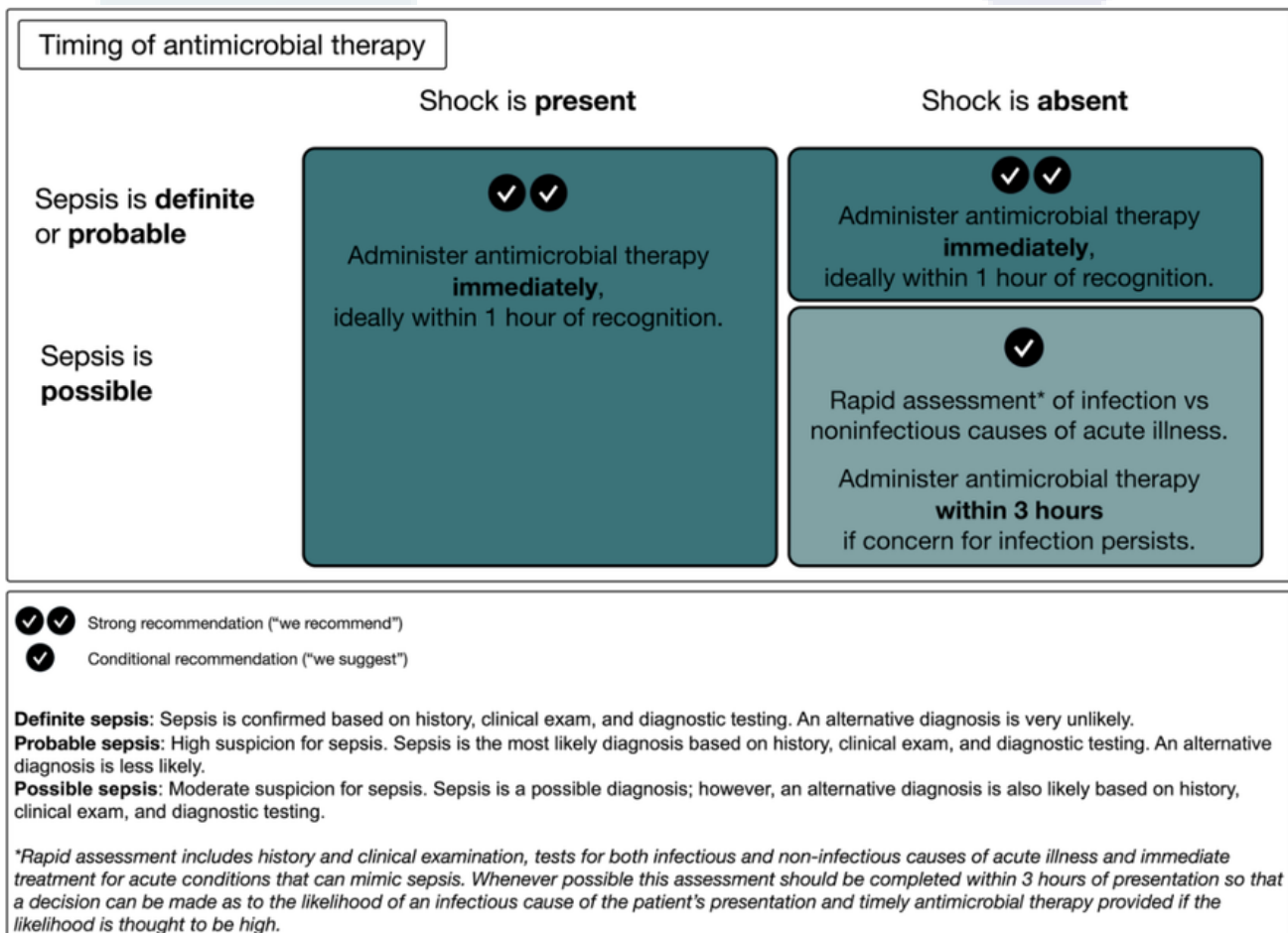


Figura 3. Momento de inicio del tratamiento antimicrobiano según la certeza diagnóstica

● **Soporte respiratorio:** en pacientes seleccionados con insuficiencia respiratoria hipoxémica se favorece la cánula nasal de alto flujo sobre el oxígeno convencional o la ventilación no invasiva. También puede considerarse una prueba de posición prona en pacientes despiertos no intubados. En quienes requieren ventilación mecánica se mantienen las estrategias de protección pulmonar (R65–R78).

● **Tratamientos complementarios:** se sugiere administrar corticoides intravenosos en adultos con choque séptico, el esquema más utilizado y respaldado por la evidencia es hidrocortisona 200 mg IV al día, administrada como 50 mg cada 6 horas o mediante infusión continua. Se recomienda evitar rutinariamente terapias sin beneficio demostrado, como la vitamina C, la vitamina D, los probióticos y las técnicas de purificación sanguínea. Una vez superada la fase aguda, puede considerarse la eliminación activa del exceso de líquidos mediante diuréticos y, si estos fallan, mediante ultrafiltración (R79–R89).

Haz parte de nuestra comunidad digital



Referencias

Guías de práctica clínica (GPC) las que se basa esta información:

1. Prescott HC, et al. Surviving Sepsis Campaign 2026. Crit Care Med. 2026;54(4):725-812.
doi:10.1097/CCM.0000000000007075.
2. Evans L, et al. Surviving Sepsis Campaign 2021. Intensive Care Med. 2021;47:1181-1247.
doi:10.1007/s00134-021-06506-y.