Sepsis y choque séptico en adultos: lo que cambió con la Surviving Sepsis Campaign 2026

Basada en las guías internacionales Surviving Sepsis Campaign (SSC) 2026 de la SCCM y la ESICM (fuente principal; 129 declaraciones), contrastadas con la versión 2021 y con las definiciones Sepsis-3 (JAMA 2016). La sección de perfusión se complementa con la revisión de Castro y cols. sobre los mecanismos del llenado capilar prolongado (Crit Care 2026). Se citan desde su texto original los ensayos ADRENAL, APROCCHSS, CLOVERS, CLASSIC, BLING III, ANDROMEDA-SHOCK-2 y REVISE. La sección 4 (antimicrobiano por foco) no proviene de la SSC: resume las guías ATS/IDSA 2019 y ATS 2025 de neumonía comunitaria, IDSA/ATS 2016 de neumonía nosocomial, IDSA 2025 de infección urinaria complicada, e IDSA 2024 y SIS 2024 de infección intraabdominal.

Versión 1.3 · 9 de noviembre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada criterio y cifra verificados contra la fuente original

1 h · 3 h
antimicrobiano en choque (posible, probable o definido) o en sepsis probable o definida · en sepsis posible sin choque, tras evaluación rápida, si persiste la sospecha

65 · 60–65
mm Hg de PAM inicial en choque séptico (fuerte) · rango sugerido en personas de ≥65 años (condicional, nueva)

–25/1,000
muertes con infusión prolongada de betalactámicos vs. bolo (RR 0.91; 18 ECA, 9,108 personas): ahora recomendación fuerte

LO QUE TIENES QUE SABER

- **Tamizaje:** usa NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS en lugar de qSOFA como herramienta única (fuerte). La sepsis es un diagnóstico clínico: ningún biomarcador aislado la confirma ni la descarta.[1]
- **Hemocultivos** lo antes posible, idealmente antes del antimicrobiano, pero sin retrasarlo (fuerte, nueva).[1]
- **Antimicrobiano:** inmediato, idealmente en <1 h, en choque o sepsis probable o definida (fuerte). En sepsis posible sin choque: evaluación rápida y, si persiste la sospecha, en <3 h (condicional). Sin cambio respecto a 2021.[1]
- **Espectro a la medida:** cubre un patógeno multirresistente solo si hay riesgo de ese patógeno; no uses antifúngico ni cobertura de anaerobios de rutina. Betalactámico en infusión prolongada tras dosis de carga (fuerte) y desescalamiento con cultivo y antibiograma (fuerte).[1]
- **Reanimación:** se sugiere ≥30 mL/kg de cristaloide (de preferencia balanceado) en 3 h, con reevaluación frecuente, y vasopresor si persiste la hipotensión; norepinefrina por vía periférica sin esperar el catéter central; PAM inicial de 65 mm Hg (se sugiere 60–65 si ≥65 años). Guíate por medidas dinámicas, lactato seriado y llenado capilar.[1]
- **Adyuvantes:** corticoides IV en choque séptico y vasopresina si la norepinefrina va en ascenso (condicionales). Nuevas sugerencias en contra: antipiréticos para mejorar desenlaces, vitamina D, β-bloqueadores y probióticos; la vitamina C sigue en contra.[1]

1 Definiciones, terminología y tamizaje
2 La primera hora
3 Antimicrobianos: espectro, administración y duración
4 Antimicrobiano empírico por foco (fuera de la SSC)
5 Reanimación hemodinámica
6 Terapias adyuvantes
7 Ventilación y otros cuidados de soporte
8 Metas de cuidado y después del alta
9 Qué cambió respecto a 2021
10 Lo que estás haciendo mal
11 Casos y consulta rápida

1 Definiciones, terminología y tamizaje[1,3]

SEPSIS-3 (2016)

- **Sepsis:** disfunción orgánica que pone en riesgo la vida, causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. Operativamente, aumento del SOFA ≥2 puntos (mortalidad hospitalaria >10 %).[3]
- **Choque séptico:** subgrupo con alteraciones circulatorias, celulares y metabólicas profundas. Clínicamente: vasopresor para mantener PAM ≥65 mm Hg y lactato >2 mmol/L (>18 mg/dL) sin hipovolemia; mortalidad hospitalaria >40 %.[3]
- **qSOFA** (≥2 de: FR ≥22/min, alteración mental, PAS ≤100 mm Hg): se propuso como predictor de mal desenlace, no como herramienta de tamizaje.[1,3]
- La SSC 2026 adopta Sepsis-3, pero pide un diagnóstico clínico integral y adaptado a los recursos locales.[1]

TAMIZAJE (SSC 2026)

- **Hospital:** NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS en lugar de qSOFA como herramienta única (**fuerte, certeza moderada**). Un qSOFA positivo debe alertarte; en el ensayo SCREEN (60,055 personas), una alerta electrónica basada en qSOFA redujo la mortalidad hospitalaria a 90 días (RRa 0.85).[1]
- **Ambulancia o traslado aéreo:** usar una herramienta estandarizada (condicional, muy baja; nueva), sin preferir una. NEWS2 tuvo el mejor desempeño (sensibilidad 73.1 %, especificidad 81.6 %, VPP 6.5 %); qSOFA, la menor sensibilidad (23.1 %).[1]
- **Programa hospitalario** de mejora del desempeño (tamizaje, procedimientos estandarizados y mejora de la calidad): fuerte. Protocolo "código sepsis" con valoración multidisciplinaria a pie de cama: condicional, baja (nueva).[1]

TERMINOLOGÍA SSC 2026	DEFINICIÓN	QUÉ CAMBIA EN LA CONDUCTA
Sepsis definida	Confirmada por historia, exploración y estudios; diagnóstico alternativo muy poco probable.	Antimicrobiano inmediato (<1 h).
Sepsis probable	Sospecha alta: es el diagnóstico más probable; otro diagnóstico es menos probable.	Antimicrobiano inmediato (<1 h).
Sepsis posible	Sospecha moderada: la sepsis es posible, pero otro diagnóstico también es probable.	Sin choque: evaluación rápida; antimicrobiano en <3 h si persiste la sospecha. Con choque: <1 h.
Sepsis poco probable	Sospecha baja: la evaluación no concuerda con sepsis o hay un diagnóstico alternativo más probable.	Sin choque: diferir el antimicrobiano y vigilar de cerca.

Tabla 3 de la guía. Entre 10 y 30 % de quienes reciben tratamiento inicial por sepsis termina con un diagnóstico no infeccioso o no bacteriano.[1]

BIOMARCADORES Y PRUEBAS RÁPIDAS

- La sepsis no se confirma ni se descarta con un solo biomarcador o prueba (buena práctica, nueva).[1]
- **Pruebas novedosas de respuesta del huésped** (p. ej., ancho de distribución de monocitos, transcritos de ARNm): evidencia insuficiente (nueva). Clasifican el riesgo, no dan un resultado positivo o negativo; aportan poco si la probabilidad clínica ya es >90 %.[1]
- **Procalcitonina para iniciar** antimicrobiano: se sugiere la evaluación clínica sola en vez de procalcitonina más evaluación clínica (condicional, muy baja; sin cambio).[1]

LACTATO

- **Medir lactato** en sepsis posible, probable o definida (condicional, baja; sin cambio).[1]
- El umbral histórico para reanimar fue ≥4 mmol/L, pero la elevación intermedia (>2 a <4) es frecuente, se asocia con mayor mortalidad, coincide con el umbral de Sepsis-3 y puede beneficiarse de líquidos: considéralos si no hay contraindicación.[1]

2 La primera hora[1]

La sepsis y el choque séptico son urgencias médicas: el tratamiento y la reanimación deben empezar de inmediato (buena práctica). El antimicrobiano temprano es, junto con los líquidos, la intervención inicial más eficaz para reducir la mortalidad; la asociación es más fuerte y consistente en el choque.[1]

ESCENARIO	QUÉ HACER	FUERZA · CERTEZA
Choque séptico posible, probable o definido	Antimicrobiano inmediato, idealmente en la primera hora desde el reconocimiento.	Fuerte · muy baja
Sepsis probable o definida sin choque	Antimicrobiano inmediato, idealmente en la primera hora.	Fuerte · muy baja

ESCENARIO	QUÉ HACER	FUERZA · CERTEZA
Sepsis posible sin choque	Evaluación rápida y acotada de causas infecciosas y no infecciosas (buena práctica); si la sospecha persiste, antimicrobiano en <3 h desde que se sospechó. Si la causa bacteriana se vuelve la más probable, no esperes las 3 h.	Condicional · muy baja
Probabilidad baja de infección, sin choque	Diferir el antimicrobiano y vigilar de cerca.	Condicional · muy baja
Prehospitalario (nueva)	Sepsis probable o definida con hipotensión (p. ej., PAS <90, PAM <65 o PAS <100 en hipertensos) y >60 min previstos hasta la valoración hospitalaria: antimicrobiano en la ambulancia, solo si existe un proceso estructurado de tamizaje prehospitalario.	Condicional · muy baja

La certeza es muy baja (estudios observacionales con confusión residual y definiciones variables del tiempo cero), pero las recomendaciones de tiempo se mantienen sin cambio respecto a 2021. Un consenso Delphi para entornos de recursos limitados propone no demorar el antimicrobiano en sepsis posible sin choque si no hay laboratorio o imagen para descartar otra causa.[1]

HEMOCULTIVOS (FUERTE, BAJA; NUEVA)

- En sepsis posible, probable o definida, tómalos lo antes posible e idealmente antes del antimicrobiano, sin retrasarlo, sobre todo si hay hipotensión.[1]
- Se identifica patógeno en 60–70 % de las sepsis, pero los hemocultivos son positivos solo en 10–20 % (≥50 % en el choque séptico).[1]
- En general, dos sitios con 10 mL por frasco (en un estudio, sensibilidad de 91.5 % con un juego frente a 99.3 % con dos); un solo sitio es lo que recomienda la guía alemana de 2025, y un solo juego se justifica en recursos limitados. El frasco anaerobio se individualiza.[1]
- El antimicrobiano previo baja el rendimiento: positividad de 31.4 % antes vs. 19.4 % a una mediana de 70 min después.[1]
- Repite cultivos para documentar depuración en *S. aureus*, *S. lugdunensis* y *Candida*; toma cultivos del sitio sospechado.[1]

CONTROL DEL FOCO

- Busca rápido un diagnóstico anatómico o foco que requiera control urgente (buena práctica).[1]
- **Control temprano, idealmente en <6 h** desde el diagnóstico de sepsis o choque que lo requiere (condicional, muy baja; en 2021 era buena práctica). Más temprano es mejor cuando sea factible.[1]
- **Ejemplos:** abscesos intraabdominales o pélvicos, peritonitis por perforación, colangitis, colecistitis, pielonefritis con obstrucción o absceso, infección necrosante de tejidos blandos, empiema, artritis séptica y dispositivos infectados, incluidos catéteres centrales.[1]
- Los intentos prolongados de estabilización médica sin control del foco en el choque séptico difícilmente tienen éxito.[1]

EN PARALELO DURANTE LAS PRIMERAS HORAS[1]

- **Líquidos:** hipoperfusión inducida por sepsis o choque → ≥30 mL/kg de cristaloide IV en las primeras 3 h (condicional, baja), con reevaluación frecuente (sección 5).
- **Vasopresor:** si la hipotensión persiste tras el bolo inicial; de inmediato y junto con los líquidos en el choque inestable, caso por caso (condicional, muy baja; nueva).
- **Ingreso a la UCI:** si lo requiere, en las primeras 6 h (condicional, baja; sin cambio).

3 Antimicrobianos: espectro, administración y duración[1]

COBERTURA EMPÍRICA	RECOMENDACIÓN SSC 2026	FUERZA · CERTEZA
Patógeno multirresistente (MDR) específico (nueva)	**Alto riesgo:** cubrirlo. **Bajo riesgo:** no cubrirlo. Factores de riesgo: colonización o infección previa por ese patógeno (en el último año), uso prolongado de antibióticos de amplio espectro y hospitalización prolongada en una unidad con alta prevalencia de ese patógeno. Incluye *A. baumannii*, productores de BLEE, enterobacterias resistentes a carbapenémicos, enterococo resistente a vancomicina, *Pseudomonas* MDR y *S. aureus* resistente a meticilina (SARM).	Condicional · muy baja (ambas)
Antifúngico	No usarlo de rutina. Considerarlo caso por caso con factores de riesgo: inmunosupresión, antibióticos prolongados, hospitalización prolongada y foco intraabdominal.	Condicional en contra · baja

COBERTURA EMPÍRICA	RECOMENDACIÓN SSC 2026	FUERZA · CERTEZA
Anaerobios (nueva)	**Sin factores de riesgo:** esquema sin cobertura de anaerobios. **Con factores de riesgo** (foco intraabdominal o ginecoobstétrico profundo, infección necrosante de tejidos blandos, cabeza y cuello, absceso o empiema del SNC): incluirla. Si se necesita cobertura MDR, son aceptables fármacos con actividad anaerobia (p. ej., piperacilina con tazobactam o carbapenémicos) cuando las alternativas sin ella no bastan.	Condicional · muy baja (ambas)
Pruebas rápidas por patógeno (PCR, paneles sindrómicos, detección de resistencia; nueva)	Caso por caso, según clínica, epidemiología local, estacionalidad, disponibilidad y programa de optimización de antimicrobianos. Su beneficio aparece cuando se acompañan de un programa de optimización.	Condicional · baja
Biomarcadores de *Candida* (β-D-glucano, manano; nueva)	No usarlos para decidir iniciar ni para suspender el antifúngico empírico; considerar caso por caso en alto riesgo.	Condicional en contra · baja
Vigilancia microbiológica de vía aérea superior en toda la UCI (nueva)	Evidencia insuficiente para recomendar o no.	Sin recomendación

El beneficio de la cobertura MDR (mortalidad OR 0.71, muy baja) se debió a los datos observacionales de SARM. La guía no elige antibióticos: remite a ESCMID e IDSA y a infectología o microbiología. A diferencia de 2021, **no hay recomendación específica sobre doble cobertura de gramnegativos**.[1,2]

CÓMO ADMINISTRAR

- **Betalactámicos en infusión prolongada** (extendida durante al menos la mitad del intervalo, o continua) tras una dosis de carga, en lugar de bolo de ≤30 min (**fuerte**; la declaración indica certeza moderada, aunque el texto califica el metanálisis como de certeza alta). Mortalidad RR 0.91 (25 muertes menos por 1,000) en el metanálisis de la guía.[1] **BLING III** (7,031 adultos en UCI con piperacilina-tazobactam o meropenem; infusión continua de 24 h vs. intermitente de 30 min, misma dosis diaria): mortalidad a 90 días 24.9 vs. 26.8 % (OR 0.91; IC 95 % 0.81–1.01; p = 0.08, **no significativa** por sí sola); curación clínica 55.7 vs. 50.0 %.[8]
- Mayor beneficio con vidas medias cortas (piperacilina con tazobactam, carbapenémicos); cuida estabilidad y compatibilidad.[1]
- **Monitoreo de concentraciones** caso por caso, si está disponible (condicional, muy baja): depuración renal aumentada, LRA, hipoalbuminemia, reemplazo renal y soporte extracorpóreo las alteran.[1]
- **Descontaminación digestiva selectiva** en personas ventiladas, en unidades con baja prevalencia de resistencia (condicional, moderada; nueva): mortalidad RR 0.91 y menos resistencia (RR 0.64).[1]

DESESCALAR, SUSPENDER Y DURACIÓN

- Reevalúa de forma continua y **suspende** el empírico si se demuestra o se sospecha fuertemente otra causa (buena práctica).[1]
- **Desescala** (suspender lo innecesario o reducir el espectro) con diagnóstico microbiológico y antibiograma: **fuerte**, muy baja (sube desde sugerencia en 2021).[1]
- Sin patógeno en los cultivos finales y con mejoría: desescalar (condicional, muy baja). Con laboratorio limitado y alta prevalencia de MDR, pondera el riesgo de un MDR no detectado.[1]
- **Duración:** con diagnóstico inicial de sepsis y control adecuado del foco, más corta en lugar de más larga (condicional, muy baja). BALANCE: 7 días no inferior a 14 en bacteriemia.[1]
- **Procalcitonina para suspender:** procalcitonina + evaluación clínica para decidir la suspensión cuando hay control adecuado del foco y la duración óptima es incierta (condicional, baja; reforzada por ADAPT-Sepsis).[1]

4 Antimicrobiano empírico por foco (fuera de la SSC)[11–19]

ESTA SECCIÓN NO PROVIENE DE LA SSC

- La SSC 2026 no da guía específica para elegir antibióticos (queda fuera de su alcance) y remite a las guías de ESCMID e IDSA sobre patógenos MDR y a infectología o microbiología.[1] Aquí resumimos los esquemas empíricos para presentaciones graves o en la UCI de guías específicas (ATS/IDSA, IDSA, SIS). Hay una ficha por foco (esquema, modificadores y duración, con la fuerza que da cada guía). Cada sociedad usa su propia escala; SIS: 1 = fuerte, 2 = débil; A = alta, B = moderada, C = baja.
- **Gramnegativos resistentes** (BLEE, productores de carbapenemasa, *Pseudomonas* de difícil tratamiento): consulta nuestra guía en resumen "Gramnegativos resistentes (IDSA 2026)". Dosis tal como las dan las guías; ajústalas a la función renal y a tu epidemiología local.

FICHA 1 · NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) GRAVE · ATS/IDSA 2019 Y ATS 2025

- **Definición de NAC grave:** 1 criterio mayor (choque con vasopresor o ventilación mecánica) o ≥3 menores.[11]
- **Esquema** sin factores de riesgo de SARM ni *Pseudomonas*: **betalactámico + macrólido** (fuerte, moderada) o **betalactámico + fluoroquinolona respiratoria** (fuerte, baja). Betalactámico: ampicilina-sulbactam 1.5–3 g c/6 h, cefotaxima 1–2 g c/8 h, ceftriaxona 1–2 g/día o ceftarolina 600 mg c/12 h. Macrólido: azitromicina 500 mg/día o claritromicina 500 mg c/12 h. Fluoroquinolona: levofloxacino 750 mg/día o moxifloxacino 400 mg/día.[11]
- **Modificadores:** cubrir SARM o *Pseudomonas* solo con factores de riesgo validados localmente (fuerte, moderada); se abandona la categoría "neumonía asociada a los cuidados de la salud". En NAC grave con aislamiento respiratorio previo, u hospitalización reciente con antibiótico parenteral (90 días) más factores de riesgo locales: agregar cobertura y tomar cultivos (y PCR nasal para SARM) para desescalar. SARM: vancomicina 15 mg/kg c/12 h ("ajustar por niveles", según la guía; hoy se prefiere el monitoreo por AUC, ver recuadro inferior) o linezolid 600 mg c/12 h. *Pseudomonas*: piperacilina-tazobactam 4.5 g c/6 h, cefepima 2 g c/8 h, ceftazidima 2 g c/8 h, aztreonam 2 g c/8 h, meropenem 1 g c/8 h o imipenem 500 mg c/6 h. Anaerobios solo si se sospecha absceso pulmonar o empiema (condicional, muy baja).[11] Virus respiratorio positivo en NAC grave: dar antibiótico de todos modos (condicional, muy baja).[12]
- **Duración:** 2019, hasta la estabilidad clínica y no menos de 5 días (fuerte, moderada).[11] 2025, NAC grave estable: ≥5 días (fuerte, baja).[12]

FICHA 2 · NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA (NIH) Y ASOCIADA AL VENTILADOR (NAV) · IDSA/ATS 2016

- **Esquema:** NAV, cubrir siempre *S. aureus*, *P. aeruginosa* y otros bacilos gramnegativos (fuerte, baja). NIH, actividad contra *S. aureus* y contra *P. aeruginosa* y gramnegativos (fuertes, muy baja). Opciones: piperacilina-tazobactam 4.5 g c/6 h, cefepima o ceftazidima 2 g c/8 h, imipenem 500 mg c/6 h, meropenem 1 g c/8 h o levofloxacino 750 mg/día (en betalactámicos, la infusión extendida puede ser apropiada). Esquema según el antibiograma local de la UCI.[13]
- **SARM** (vancomicina 15 mg/kg c/8–12 h con meta de valle de 15–20 mg/L, según la guía, y carga de 25–30 mg/kg en enfermedad grave; hoy se prefiere el monitoreo por AUC, ver recuadro inferior; o linezolid 600 mg c/12 h): en NAV, con factor de riesgo de resistencia o en unidades con >10–20 % de SARM o sin datos; en NIH, con antibiótico IV en 90 días, unidad con >20 % de SARM o sin datos, o alto riesgo de muerte (ventilación por la NIH o choque séptico).[13]
- **Dos antipseudomonas de clases distintas** (sin dos betalactámicos): en NAV, con factor de riesgo de resistencia (antibiótico IV en 90 días, choque séptico al momento de la NAV, SDRA previo, ≥5 días de hospitalización o reemplazo renal agudo previo) o con >10 % de resistencia local o sin datos; en NIH, con antibiótico IV en 90 días o alto riesgo de muerte (débiles). Las observaciones de NAV y de NIH (y la nota de la tabla de NIH) también los indican con enfermedad pulmonar estructural (bronquiectasias o fibrosis quística).[13]
- **Evitar:** en NAV, aminoglucósidos y colistina si hay alternativas (débiles); en NIH, un aminoglucósido como único antipseudomonas (fuerte).[13]
- **Duración:** 7 días (NAV: fuerte, moderada; NIH: fuerte, muy baja); más o menos según la evolución.[13]

FICHA 3 · INFECCIÓN URINARIA (IVU) COMPLICADA · IDSA 2025

- **Esquema con sepsis:** elegir inicialmente entre **cefalosporina de 3.ª o 4.ª generación** (ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima, cefepima), **carbapenémico**, **piperacilina-tazobactam** o **fluoroquinolona** (ciprofloxacino, levofloxacino), en vez de los fármacos nuevos (nuevas combinaciones de betalactámico con inhibidor, cefiderocol, plazomicina) o aminoglucósidos antiguos (condicional, muy baja a moderada). Sin sepsis, el carbapenémico pasa a alternativa.[14]
- **Modificadores (cuatro pasos):** gravedad → riesgo de resistencia → factores del paciente (alergias, interacciones) → antibiograma local, solo si hay sepsis. Evitar el fármaco al que hubo un uropatógeno resistente en un urocultivo previo y las fluoroquinolonas si se usaron en los últimos 12 meses (condicionales, muy baja). Elegir un fármaco con susceptibilidad ≥90 % (choque) o ≥80 % (sepsis sin choque) del germen de referencia (urocultivo previo o, si no hay, *E. coli* local); p. ej., no usar ceftriaxona empírica si la resistencia local supera 10 % en choque o 20 % en sepsis. Más espectro (*Pseudomonas*, enterococo, SARM) si el diagnóstico no es claro o se sospechan esos gérmenes. Nitrofurantoína y fosfomicina oral no son apropiadas.[14]
- **Duración:** con mejoría y tratamiento eficaz, 5–7 días de fluoroquinolona (condicional, moderada) o 7 días de otro antibiótico (condicional, muy baja); 7 días con bacteriemia por gramnegativos (condicional, baja). Hombres con prostatitis sospechada: pueden beneficiarse de 10–14 días.[15] Paso a vía oral si mejora y hay opción eficaz (condicional, baja; con bacteriemia, muy baja). Los ensayos de duración y de paso a vía oral excluyeron en su mayoría a pacientes con sepsis grave o choque.[15,16]

FICHA 4 · INFECCIÓN INTRAABDOMINAL COMPLICADA · SIS 2024 (ESQUEMAS) E IDSA 2024 (RIESGO, IMAGEN, MICROBIOLOGÍA)

- **Esquema:** cubrir enterobacterias, cocos grampositivos y anaerobios (1-A). **Cefepima + metronidazol**, **imipenem-cilastatina o meropenem** o **piperacilina-tazobactam** (1-A); el metronidazol es el antianaerobio preferido en combinaciones (1-A). Comunitaria de bajo riesgo: cefotaxima o ceftriaxona + metronidazol, o ertapenem (1-A). Control del foco salvo que haya buenos resultados sin intervención (1-A).[18]
- **Fármacos nuevos: ceftolozano-tazobactam + metronidazol** recomendado para terapia empírica (1-A), pero se sugiere reservarlo para alto riesgo, incluida *Pseudomonas* resistente (2-C), y se sugiere ante riesgo de BLEE (2-B). Ceftazidima-avibactam + metronidazol: recomendado para terapia empírica (1-A); se sugiere reservarlo para alto riesgo por su espectro más amplio (2-C); se recomienda ante riesgo de BLEE (1-B).[18]
- **Alto riesgo** (SIS): sepsis o choque séptico, APACHE II alto, control del foco tardío o inadecuado, infección posoperatoria, peritonitis difusa o comorbilidad importante. En alto riesgo: no agregar aminoglucósido ni fluoroquinolona al betalactámico (1-B) y no usar combinaciones con aminoglucósido (1-A); cubrir enterococo (2-B; no en comunitaria de bajo riesgo, 1-B); vancomicina empírica, no (1-B).[18]
- **Hongos y resistencia:** antifúngico empírico, no en comunitaria de alto riesgo (1-B) ni en bajo riesgo (2-B); equinocandina si se sospecha o se prueba *Candida* en enfermedad grave (1-B). Alta prevalencia de BLEE: evitar la mayoría de los esquemas basados en cefalosporina, aztreonam o fluoroquinolona en la comunitaria (1-B); en zonas endémicas de MDR, ertapenem en bajo riesgo o un carbapenémico de amplio espectro en alto riesgo (1-B).[18]
- **IDSA 2024:** hemocultivos si hay fiebre con hipotensión, taquipnea o delirio, o sospecha de resistencia (condicional, muy baja); cultivo intraabdominal si se hace control del foco (condicional, moderada); TC como imagen inicial ante sospecha de absceso; APACHE II para estratificar.[17]
- **Duración:** tras control adecuado del foco, no más de 4 días (1-A); también 4 días en alto riesgo con sepsis o con drenaje percutáneo (1-B). En enfermedad crítica: limitar a 8 días (2-B). Desescalar según cultivos en alto riesgo.[18]

CUANDO LAS GUÍAS NO COINCIDEN

- **Corticoides en NAC grave:** 2019 sugería no usarlos de rutina (condicional, moderada) y remitía a la SSC en el choque séptico refractario.[11] La ATS 2025 sugiere corticoide sistémico en NAC grave (condicional, baja), salvo influenza, y recomienda no darlos en NAC no grave (fuerte, baja); no define fármaco ni duración, aunque el ensayo con resultados más convincentes usó hidrocortisona 200 mg/día en infusión por 4 o 7 días con reducción gradual hasta 8 o 14 días; ese ensayo se centró en la insuficiencia respiratoria y no incluyó pacientes con choque séptico (en el choque rige la SSC).[12] La SSC 2026 sugiere corticoides en todo choque séptico, sin separar la neumonía.[1]
- **Duración en NAC:** 2019 fijaba ≥5 días para todos; en 2025, <5 días (mínimo 3) en NAC no grave estable y ≥5 en NAC grave.[11,12]
- **Intraabdominal:** la SIS 2024 sostiene 4 días tras el control del foco, pero sugiere hasta 8 días en enfermedad crítica. Además define el alto riesgo como APACHE II ">10" en el texto y "≥10" en la tabla de recomendaciones previas.[18] La IDSA 2024 deja la terapia antimicrobiana y el control del foco para partes posteriores.[17]
- **Vancomicina:** las dosis de las fichas son las de cada guía (15 mg/kg c/12 h "ajustando por niveles" en la de NAC; c/8–12 h, con carga y meta de valle de 15–20 mg/L, en la de NIH/NAV).[11,13] Para infección grave por SARM, el consenso ASHP/IDSA/PIDS/SIDP 2020 propone dosificar y monitorear guiado por AUC, con meta de AUC/CMI 400–600 (asumiendo CMI de 1 mg/L por microdilución en caldo), en lugar de ajustar por niveles valle.[19]

5 Reanimación hemodinámica[1,4,7,9]

LÍQUIDOS INICIALES Y MOMENTO DEL VASOPRESOR

PUNTO	QUÉ DICE LA GUÍA
Volumen inicial	Hipoperfusión inducida por sepsis o choque: **al menos 30 mL/kg de cristaloide IV en las primeras 3 h** (condicional, baja; igual que 2016 y 2021). Individualiza y reevalúa con frecuencia para evitar la sub- y la sobrerreanimación. Hipoperfusión: PAM <65, PAS <90, hipotensión relativa (PAS muy por debajo de la basal) o lactato elevado.[1]
Peso para calcular	Peso real; con IMC >30 kg/m², la observación de la guía permite calcularlo con peso ajustado o ideal para evitar volúmenes muy grandes: es una decisión de individualización, no una regla fija. En personas caquécticas o de bajo peso, ajusta al peso real. Ejemplos de la tabla 4 (30 mL/kg): 70 kg → 2.1 L; 100 kg y 1.7 m → 2.5 L; 120 kg y 1.5 m → 2.3 L.[1]
Por qué "al menos"	La ESICM sugiere "hasta 30 mL/kg". Para la SSC, la mayoría se beneficia de ≥30 mL/kg y el daño suele aparecer con volúmenes mucho mayores (p. ej., >50 mL/kg; en SSSP-2, ≥70 mL/kg en 6 h).[1]

PUNTO	QUÉ DICE LA GUÍA
Vasopresor después del bolo (nueva)	Hipotensión inducida por sepsis: bolo inicial de cristaloide y vasopresor si la hipotensión persiste (condicional, muy baja). **Choque inestable** (PA muy baja, piel moteada o cenicienta, cianosis o desaturación, taquicardia, alteración mental): vasopresor de inmediato junto con los líquidos, caso por caso.[1] **CLOVERS** (1,563 personas con hipotensión por sepsis pese a 1–3 L): estrategia restrictiva (vasopresor primero; 2,134 mL menos en 24 h, diferencia de medianas) vs. liberal; muerte antes del alta a casa al día 90 de 14.0 vs. 14.9 % (diferencia −0.9 puntos; IC 95 % −4.4 a 2.6).[7]
Vía periférica	Iniciar el vasopresor por vena periférica en lugar de esperar el acceso central (condicional, muy baja). Complicaciones: 5.97 %. Usa un protocolo de seguridad (catéter de calidad, vigilancia de extravasación); no hay datos para fijar duración, dosis, calibre ni sitio. "En nuestra práctica", 46.6 % de quienes los usan lo hace hasta por 6 h.[1] Úsala con precaución donde no se pueda vigilar con frecuencia la extravasación.

METAS DE PRESIÓN Y MONITOREO

PAM

- **PAM inicial de 65 mm Hg** en lugar de metas más altas (**fuerte, moderada**). Nueva observación: mantén un rango razonable (p. ej., dentro de 5 mm Hg) y titula el vasopresor para sostenerlo.[1]
- **≥65 años: PAM inicial de 60–65 mm Hg** en lugar de rangos más altos (condicional, baja; nueva). Ensayo 65: mortalidad a 90 días de 41.0 vs. 43.8 %, con menos exposición a vasopresor; metanálisis en ≥65 años: RR 0.89 (certeza alta).[1]

PRESIÓN INVASIVA O NO INVASIVA

- Cualquiera de las dos (condicional, muy baja; en 2021 se sugería la invasiva en cuanto fuera práctico).[1]
- **Invasiva aconsejada** con dosis intermedias o altas, crecientes o varios vasopresores; tomas arteriales frecuentes; o lecturas no invasivas inconsistentes.[1]
- Concordancia no invasiva-invasiva (<10 mm Hg): 73 % para la media. EVERDAC (publicado después de la guía): estrategia no invasiva no inferior.[1]

TIPO Y ESTRATEGIA DE LÍQUIDOS

DECLARACIÓN	DETALLE	FUERZA · CERTEZA
Cristaloides de primera línea	Sin cambio.	Fuerte · moderada
Balanceados en vez de solución salina 0.9 % en la reanimación inicial	Probable menor mortalidad (OR 0.94) y menos terapia de reemplazo renal nueva (OR 0.86, certeza alta). **Traumatismo craneoencefálico:** salina 0.9 %.	Condicional · moderada
Cristaloides solos en vez de cristaloides con albúmina	Sin efecto en mortalidad a 28 días (RR 1.01). La albúmina puede ser apropiada tras grandes volúmenes de cristaloide o en cirrosis; evítala en traumatismo craneoencefálico.	Condicional · moderada
Almidones · gelatinas	No usarlos.	Fuerte en contra · alta · Condicional en contra · moderada
Estrategia liberal o restrictiva tras 30 mL/kg con hipoperfusión persistente	Cualquiera, según la persona (p. ej., insuficiencia cardiaca) y el sistema (camas monitorizadas si el enfoque restrictivo exige vasopresor). Sin diferencia en mortalidad (RR 1.00), incluido CLOVERS.[1,7] **CLASSIC** (1,554 en UCI con choque séptico de ≤12 h y ≥1 L en las 24 h previas): restricción de líquidos IV vs. estándar (mediana 1,798 vs. 3,811 mL en la UCI, sin contar fármacos ni nutrición); muerte a 90 días 42.3 vs. 42.1 % (diferencia ajustada 0.1 puntos; IC 95 % −4.7 a 4.9), sin diferencia en eventos adversos graves.[20] Con poco acceso a ventilación mecánica, el daño por sobrecarga es mayor.	Condicional · baja
Medidas dinámicas en vez de exploración física o medidas estáticas solas	Elevación pasiva de piernas o reto de líquidos midiendo volumen sistólico o presión de pulso (o sus variaciones; estas, solo en ventilados sin esfuerzo espontáneo); respuesta = aumento de 10–15 %. Mortalidad RR 0.91; menos reemplazo renal (RR 0.75). FC, PVC y PAS predicen mal; la vena cava refleja la PVC.	Condicional · baja
Monitores de gasto cardiaco mínimamente invasivos o no invasivos (nueva)	Evidencia insuficiente.	Sin recomendación

PERFUSIÓN: LACTATO Y LLENADO CAPILAR

QUÉ DICE LA SSC 2026

- **Lactato seriado** para guiar la reanimación en sepsis con lactato elevado o choque (condicional, baja). Individualiza los líquidos tras el bolo inicial según el descenso del lactato; **no sigas dando líquidos hasta normalizarlo**. Se ha asociado con mejores desenlaces una depuración de ≥10 % cada 2 h, aunque el umbral óptimo no está claro.[1]
- **Llenado capilar** como complemento de otras medidas de perfusión (condicional, baja). Puede cambiar en ~10 min, a diferencia del lactato; considera iluminación, temperatura, pigmentación de la piel y enfermedad vascular periférica.[1]
- Dos ECA (233 personas): reanimación hacia llenado ≤3 s vs. lactato cada 2 h; mortalidad a 28 días RR 0.82. Suspender líquidos con llenado ≤3 s pareció seguro.[1]
- **ANDROMEDA-SHOCK-2** (publicado en línea el 29 de octubre de 2025, después de que la SSC cerró la síntesis de evidencia y las recomendaciones; la guía lo comenta, sin incorporarlo a la recomendación; 1,467 personas en las primeras 4 h de choque séptico, 86 centros): protocolo personalizado dirigido al llenado capilar vs. atención habitual. Razón de victorias 1.16 (IC 95 % 1.02–1.33) en el desenlace jerárquico de muerte, días de soporte vital y estancia a 28 días, sobre todo por **menos tiempo de soporte vital**; mortalidad a 28 días 26.5 vs. 26.6 % (HR 0.99; IC 95 % 0.81–1.21).[1,9]

CÓMO INTERPRETAR UN LLENADO PROLONGADO

- **Seis mecanismos que pueden coexistir:** vasoconstricción simpática que desvía flujo de la piel; flujo anterógrado insuficiente (hipovolemia, disfunción ventricular, arritmias, poscarga excesiva); lesión endotelial y microvascular; pérdida de la regulación vasomotora; vasoplejía grave (alteración de la "cascada vascular"); y contrapresión venosa o intersticial (hipotética).[4]
- **No escales el vasopresor solo por un llenado prolongado:** con PAM aceptable puede persistir un gasto bajo.[4]
- **Protocolo de ANDROMEDA-SHOCK-2** (llenado anormal = >3 s, con portaobjetos sobre el pulpejo 10 s): presión de pulso <40 mm Hg → valorar respuesta a volumen y bolo de 500 mL en 30 min si responde; presión de pulso ≥40 con diastólica <50 → norepinefrina hasta diastólica ≥50. Si persiste: ecocardiografía, más volumen solo si responde, prueba de PAM 80–85 mm Hg por 1 h (solo en hipertensos crónicos) y prueba de dobutamina 5 µg/kg/min por 1 h.[9]
- **Úsalo como prueba funcional:** observa su respuesta a la elevación pasiva de piernas, a un reto de líquidos o a un ajuste de la PAM. Si no mejora pese a corregir la variable, probablemente esa variable no es la limitante principal.[4]
- Con fiebre alta, la vasodilatación puede dar un llenado normal pese a hipoperfusión. Estandariza la técnica e intégralo con moteado, temperatura cutánea, diuresis, estado mental y lactato.[4]

VASOPRESORES E INOTRÓPICOS

SITUACIÓN	RECOMENDACIÓN	FUERZA · CERTEZA
Primera línea	**Norepinefrina** sobre dopamina (certeza alta), epinefrina (baja) o selepresina (baja).	Fuerte
Primera línea frente a vasopresina o angiotensina II	Norepinefrina sobre vasopresina (baja) o angiotensina II (muy baja). Vasopresina de primera línea: menos terapia de reemplazo renal (RR 0.70), sin diferencia en mortalidad.	Condicional
Terlipresina	No usarla.	Condicional en contra · baja
Norepinefrina en ascenso	**Agregar vasopresina.** Mortalidad RR 0.89; menos fibrilación auricular (RR 0.66), posible más isquemia digital (RR 2.87). En VASST, el beneficio se concentró en choque menos grave (norepinefrina <15 µg/min). "En nuestra práctica": se inicia a una mediana de norepinefrina de 0.3 µg/kg/min (RIC 0.2–0.5).	Condicional · moderada
PAM inadecuada con norepinefrina y vasopresina	**Agregar epinefrina.** Sin vasopresina disponible, epinefrina sobre norepinefrina sola. "En nuestra práctica": mediana de norepinefrina de 0.8 µg/kg/min al iniciarla.	Condicional · muy baja
Choque con disfunción cardiaca (nueva)	Norepinefrina o epinefrina como primera línea: norepinefrina si hay taquiarritmia o taquicardia sinusal importante; epinefrina si hay bradiarritmia o bradicardia sinusal importante.	Condicional · muy baja
Disfunción cardiaca con hipoperfusión persistente pese a volumen y PA adecuados	**Inotrópico** en vez de ninguno, siempre además del vasopresor (no en su lugar). Agregar **dobutamina a la norepinefrina** o usar **epinefrina sola**; datos insuficientes para dobutamina vs. milrinona. Levosimendán: no usar (condicional en contra, baja).	Condicional · muy baja

SITUACIÓN	RECOMENDACIÓN	FUERZA · CERTEZA
Choque refractario	**Azul de metileno:** evidencia insuficiente (nueva); acorta los días de vasopresor (−1 día, moderada) sin efecto claro en mortalidad; algunas personas con enfermedad tratable podrían valorar un intento. **Midodrina oral** para destetar vasopresores: evidencia insuficiente (nueva).	Sin recomendación
β-bloqueadores (esmolol, landiolol) para tratar el choque (nueva)	No usarlos: menos taquiarritmias nuevas, pero más días de vasopresor (+1.04 días).	Condicional en contra · muy baja

Sin norepinefrina disponible, un consenso Delphi acepta la epinefrina. Sobre el azul de metileno, el texto habla de una recomendación condicional "de usar o no usar", pero la declaración lo clasifica como evidencia insuficiente; aquí se sigue la declaración.[1]

6 Terapias adyuvantes[1]

CORTICOIDES IV EN CHOQUE SÉPTICO (CONDICIONAL, BAJA)

- 45 ECA (9,543 personas): mortalidad a 28 días RR 0.92 y a ≥60 días RR 0.94 (baja); más reversión del choque a 7 días (RR 1.29, alta); más hiperglucemia (RR 1.19) e hipernatremia (RR 1.64).[1]
- El subgrupo de **sepsis sin choque** no mostró beneficio (RR 1.09): la recomendación es para el choque séptico. A diferencia de 2021, la declaración ya no exige "requerimiento continuo de vasopresor".[1,2]
- **Dosis:** la declaración no fija esquema; sin beneficio adicional por encima de 260 mg/día de hidrocortisona. "En nuestra práctica": 90 % usa 200 mg/24 h, 86 % en dosis intermitentes; el momento de inicio varía; 63 % nunca agrega fludrocortisona; 61 % suspende sin reducción gradual.[1]

LO QUE USARON LOS ENSAYOS	POBLACIÓN	ESQUEMA	DESENLACE PRIMARIO
ADRENAL (2018)	Choque séptico con ventilación mecánica y vasopresor o inotrópico ≥4 h; 3,658 analizados.	Hidrocortisona 200 mg/día en **infusión continua**, hasta 7 días o egreso de la UCI.	Mortalidad a 90 días 27.9 vs. 28.8 % (OR 0.95; IC 95 % 0.82–1.10). Resolución del choque más rápida (mediana 3 vs. 4 días).[5]
APROCCHSS (2018)	Choque séptico <24 h con vasopresor ≥0.25 µg/kg/min o ≥1 mg/h por ≥6 h y SOFA 3–4 en ≥2 órganos; 1,241 personas.	Hidrocortisona **50 mg IV en bolo cada 6 h + fludrocortisona 50 µg** por sonda cada mañana, 7 días sin reducción gradual.	Mortalidad a 90 días 43.0 vs. 49.1 % (RR 0.88; IC 95 % 0.78–0.99); a 28 días, 33.7 vs. 38.9 % (p = 0.06). Más hiperglucemia.[6]

Son los esquemas de los ensayos, no recomendaciones de la SSC: la guía no indica dosis ni fludrocortisona.[1,5,6]

TERAPIA	RECOMENDACIÓN SSC 2026	FUERZA · CERTEZA
Antipiréticos (fármacos o enfriamiento externo; nueva)	No usarlos para mejorar desenlaces. No aplica al control del dolor o de síntomas ni a otras indicaciones de control de temperatura (neurocrítico, posparo).	Condicional en contra · muy baja
Vitamina C IV	No usarla (sola o con tiamina y corticoides). Los ensayos de bajo riesgo de sesgo no muestran efecto en la mortalidad; puede causar hiperglucemia ficticia.	Condicional en contra · baja
Tiamina	La guía no emite una recomendación sobre tiamina sola; solo se evaluó dentro de combinaciones con vitamina C.	No abordada
Inmunoglobulina IV	No usarla.	Condicional en contra · baja
Purificación sanguínea	No usar hemoperfusión, hemofiltración de alto volumen ni recambio plasmático (muy baja). Hemoperfusión con polimixina B: no usar (baja).	Condicional en contra
Vitamina D (nueva)	No usarla para tratar la sepsis (en VIOLET, el subgrupo con sepsis tuvo más mortalidad con dosis altas). No aplica a la suplementación habitual.	Condicional en contra · muy baja

TERAPIA	RECOMENDACIÓN SSC 2026	FUERZA · CERTEZA
Probióticos (nueva)	No usarlos: sin beneficio en los ensayos de bajo riesgo de sesgo.	Condicional en contra · muy baja
XueBiJing (herbolario IV; nueva)	No usarlo fuera de jurisdicciones donde está aprobado.	Condicional en contra · muy baja
Bicarbonato de sodio	Acidemia láctica por hipoperfusión: no usarlo para mejorar la hemodinamia ni reducir vasopresores (baja). **pH ≤7.2 con LRA AKIN 2 o 3:** usarlo (muy baja).	Condicional (ambas)
Transfusión	Estrategia restrictiva en lugar de liberal. La guía 2026 no fija un umbral de hemoglobina.	Fuerte · moderada

7 Ventilación y otros cuidados de soporte[1]

OXIGENACIÓN Y SOPORTE NO INVASIVO (TODAS NUEVAS)

TEMA	RECOMENDACIÓN	FUERZA · CERTEZA
Medir la oxigenación	SpO_2 o gasometría arterial junto con exploración y juicio clínico. La gasometría es el estándar y se prefiere si está disponible. SpO_2/FiO_2 puede sustituir a PaO_2/FiO_2, pero es menos exacta en choque, piel oscura y SpO_2 <90 % o >97 % (en piel oscura sobrestima la saturación).	Condicional · muy baja
Meta de oxígeno en insuficiencia respiratoria hipoxémica	Meta liberal o conservadora según la persona y los recursos. En los ensayos: baja ~90–93 %, alta ≥96 %. Es razonable apuntar a 96–97 % o a 94–95 % aun sin limitación de recursos; con oxígeno escaso, las metas bajas pueden convenir más.	Condicional · baja
Cánula nasal de alto flujo	Sobre oxígeno convencional si PaO_2/FiO_2 <200 o SpO_2/FiO_2 <235 (muy baja); como terapia inicial sobre VMNI (baja); sobre alto flujo alternado con VMNI (muy baja).	Condicional
Prono despierto	Intentarlo en personas no intubadas (menos intubación, RR 0.82); duración según tolerancia; no sedar para lograrlo. Evidencia solo de COVID-19.	Condicional · muy baja

VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

- **SDRA:** volumen corriente de 6 mL/kg de peso predicho (ideal), no real, en vez de >10 mL/kg (fuerte, alta); presión meseta ≤30 cm H_2O (fuerte, alta).[1]
- **SDRA moderado a grave:** PEEP alta en vez de baja (condicional, moderada); no usar titulación incremental de PEEP (fuerte en contra, moderada); prono >12 h al día (condicional, moderada); bloqueo neuromuscular en bolos intermitentes en vez de infusión continua (condicional, moderada).[1]
- **Sin SDRA** (nueva): 6–8 mL/kg de peso predicho (ideal), no real, en vez de 4 a <6 mL/kg (condicional, baja). Busca SDRA con regularidad: no se reconoce en 48.7–52.4 % de quienes cumplen criterios.[1]
- **ECMO venovenosa** si falla la ventilación convencional en SDRA grave, en centros con experiencia (condicional, baja).[1]

OTROS CUIDADOS

- **Profilaxis de úlcera de estrés con IBP** si hay factores de riesgo de sangrado (condicional, moderada): sangrado clínicamente importante RR 0.48. Factores: LRA, sexo masculino, coagulopatía, choque y hepatopatía crónica. Sin IBP, un antagonista H2 es alternativa razonable.[1] **REVISE** (4,821 adultos ventilados, no solo con sepsis): pantoprazol 40 mg IV al día vs. placebo; sangrado digestivo alto clínicamente importante 1.0 vs. 3.5 % (HR 0.30; IC 95 % 0.19–0.47); mortalidad a 90 días 29.1 vs. 30.9 % (HR 0.94; IC 95 % 0.85–1.04).[10]
- **Tromboprofilaxis** farmacológica salvo contraindicación (fuerte, moderada); HBPM sobre heparina no fraccionada (fuerte, moderada); farmacológica sola sobre farmacológica más mecánica (condicional, moderada).[1]
- **Insulina** a partir de glucosa ≥180 mg/dL (10 mmol/L) (fuerte, moderada).[1]
- **Nutrición enteral** temprana, en <72 h (condicional, muy baja).[1]
- **Terapia de reemplazo renal:** no iniciarla sin indicación definitiva (condicional, moderada); continua o intermitente indistintamente (condicional, baja).[1]
- **Retiro activo de líquidos** tras la fase aguda de reanimación (nueva; condicional, muy baja): diuréticos y, si no bastan, ultrafiltración. Pondera función cardiorrespiratoria, dosis de vasopresor, evolución, edema, peso y balance.[1]

8 Metas de cuidado y después del alta[1]

METAS DE CUIDADO Y PALIATIVOS

- Comenta metas de cuidado y pronóstico con la persona y su familia (buena práctica), de forma temprana, en <72 h (condicional, baja).[1]
- Evidencia insuficiente para un criterio estandarizado que dispare esa conversación, para establecer de forma sistemática voluntades anticipadas antes del alta y para los ensayos terapéuticos de tiempo limitado (nueva; 64 % del panel los usa).[1]
- Los sistemas deben dar la oportunidad de otorgar voluntades anticipadas al alta (buena práctica, nueva).[1]
- Integra los principios de cuidados paliativos cuando proceda (buena práctica); interconsulta formal según el juicio clínico, no de rutina para todos (condicional en contra, baja).[1]

TRANSICIONES, ALTA Y RECUPERACIÓN

- Programa de transición al salir de la UCI y entrega estructurada de información (condicionales, muy baja). Tamiza necesidades económicas y sociales (vivienda, alimentación, finanzas, apoyo espiritual) y refiere (buena práctica).[1]
- **Conciliación de medicamentos** en cada transición, incluido el egreso de la UCI y del hospital (buena práctica), de preferencia dirigida por farmacia (condicional, muy baja): menos antipsicóticos y IBP innecesarios.[1]
- Decisión compartida en el egreso; informe escrito y verbal sobre la sepsis y sus secuelas; seguimiento si hay nuevas limitaciones (buenas prácticas).[1]
- Servicios de seguimiento posteriores a la enfermedad crítica (condicional, baja); **rehabilitación física** tras ventilación invasiva >48 h (condicional, baja); servicios de salud mental (condicional, baja) y referencia si hay síntomas (buena práctica).[1]
- Evidencia insuficiente para terapias dirigidas a la cognición, seguimiento temprano vs. habitual, un proceso de egreso multicomponente específico y material educativo para el primer nivel.[1]

9 Qué cambió respecto a 2021[1,2]

TEMA	2021	2026
Tamizaje	En contra de qSOFA como herramienta única frente a SIRS, NEWS o MEWS (fuerte, moderada).	Reformulada a favor de NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS sobre qSOFA (fuerte, moderada). Nuevas: tamizaje prehospitalario y "código sepsis".
Hemocultivos	—	Nueva declaración: lo antes posible, idealmente antes del antimicrobiano (fuerte, baja).
Tiempo al antimicrobiano	<1 h en choque posible o sepsis de alta probabilidad (fuerte; certeza baja en choque, muy baja sin choque); <3 h en sepsis posible sin choque (débil, muy baja).	**Sin cambio** en dirección ni fuerza (certeza en choque ahora muy baja). Nuevo: antimicrobiano prehospitalario en sepsis probable o definida con hipotensión si el tiempo previsto hasta la valoración hospitalaria es >60 min (condicional, muy baja).
Control del foco	Buena práctica: lo antes posible.	Condicional, muy baja: idealmente en <6 h.
SARM y gramnegativos	SARM: cubrir en alto riesgo (buena práctica), no en bajo riesgo. Doble cobertura de gramnegativos en alto riesgo de MDR; en contra en bajo riesgo o con patógeno y sensibilidad conocidos.	Una sola pregunta por patógeno MDR específico: cubrir si hay alto riesgo, no si es bajo (condicionales, muy baja). Sin declaración sobre doble cobertura.
Antifúngico empírico	Sugerido en alto riesgo de infección fúngica (débil, baja); en contra en bajo riesgo (débil, baja).	Sugerencia **en contra** de rutina; caso por caso con factores de riesgo (condicional, baja). Nuevas: biomarcadores de *Candida* en contra.
Anaerobios · pruebas rápidas · descontaminación digestiva	—	Nuevas: sin cobertura de anaerobios salvo factores de riesgo; pruebas rápidas caso por caso; descontaminación digestiva selectiva con baja resistencia local.
Infusión prolongada de betalactámicos	Sugerida tras bolo inicial (débil, moderada).	**Recomendada (fuerte)**, tras sumar BLING III al metanálisis.[8]
PK/PD	Buena práctica: usar principios PK/PD.	Monitoreo de concentraciones caso por caso (condicional, muy baja).

TEMA	2021	2026
Desescalamiento	Evaluación diaria para desescalar en vez de duración fija sin reevaluación (débil, muy baja).	**Fuerte** con microbiología y antibiograma; condicional con cultivos negativos.
Cristaloides balanceados	Sugeridos (débil, baja).	Sugeridos con certeza moderada; salina 0.9 % en traumatismo craneoencefálico.
Albúmina	Sugerida en quien recibió grandes volúmenes de cristaloide (débil, moderada).	Cristaloides solos sobre cristaloides con albúmina (condicional, moderada); albúmina posible tras grandes volúmenes o en cirrosis.
Liberal vs. restrictiva	Evidencia insuficiente.	Cualquiera de las dos (condicional, baja).
Momento del vasopresor	—	Nueva: bolo de cristaloide y luego vasopresor; simultáneo en el choque inestable.
PAM	65 mm Hg sobre metas más altas (fuerte, moderada).	Igual, con rango de ±5 mm Hg; **nueva: 60–65 mm Hg en ≥65 años** (condicional, baja).
Presión arterial	Invasiva en cuanto sea práctico, si hay recursos.	Invasiva o no invasiva (condicional, muy baja), con indicaciones para la invasiva.
Vasopresores	Norepinefrina de primera línea sobre los demás (fuerte; frente a vasopresina, certeza moderada); agregar vasopresina en vez de escalar norepinefrina (débil, moderada); luego epinefrina (débil, baja).	Norepinefrina fuerte frente a dopamina, epinefrina y selepresina, pero condicional frente a vasopresina y angiotensina II. Secuencia vasopresina → epinefrina sin cambio de dirección (epinefrina: certeza baja → muy baja). Nuevas: disfunción cardiaca (norepinefrina o epinefrina), azul de metileno y midodrina (insuficiente), β-bloqueadores en contra.
Corticoides	Sugeridos en choque con requerimiento continuo de vasopresor (débil, moderada).	Sugeridos en choque séptico (condicional, baja), sin el requisito de vasopresor continuo.
Purificación sanguínea	Polimixina B en contra (débil, baja); sin recomendación para otras técnicas.	En contra también de hemoperfusión, hemofiltración de alto volumen y recambio plasmático.
Nuevas en contra	—	Antipiréticos para desenlaces, vitamina D, probióticos, XueBiJing.
Respiratorio	Alto flujo sobre VMNI (débil, baja); volumen corriente bajo en toda insuficiencia respiratoria por sepsis sin SDRA (débil).	Nuevas: SpO_2 o gasometría, metas de oxígeno, alto flujo sobre oxígeno convencional y sobre terapia alternada, prono despierto; **sin SDRA, 6–8 mL/kg sobre 4–6 mL/kg de peso ideal**.
Líquidos tardíos	—	Nueva: retiro activo de líquidos tras la fase aguda (condicional, muy baja).
Después del alta	Buenas prácticas y sugerencias de seguimiento; rehabilitación tras ventilación >48 h o UCI >72 h (débil, muy baja); grupos de apoyo de pares.	Rehabilitación solo tras ventilación >48 h (condicional, baja); sin grupos de apoyo de pares. Nuevas buenas prácticas: información para la transición, voluntades anticipadas, apoyo a sobrevivientes y competencia del personal en el seguimiento.

Columna 2021 según la versión 2021 y lo que la guía 2026 dice explícitamente de ella; "débil" es el término que la SSC usaba antes para "condicional"; "—" = la guía 2026 marca la declaración como nueva. La profilaxis de úlcera de estrés se revisó y ahora especifica IBP (incluye el ensayo REVISE[10]). ≥30 mL/kg: revisada, con la misma fuerza y certeza y observaciones nuevas (peso ajustado o ideal si el IMC es >30, reevaluación frecuente). Ventilación en SDRA trasladada, pero el prono >12 h/día baja de fuerte (2021) a condicional (2026). Trasladadas sin cambio de dirección: lactato inicial, ingreso a la UCI en 6 h, procalcitonina, duración corta, almidones y gelatinas, terlipresina, levosimendán, ECMO, bicarbonato (certeza baja → muy baja), transfusión restrictiva, insulina, nutrición, tromboprofilaxis (farmacológica sola: certeza baja → moderada), terapia de reemplazo renal y metas de cuidado. Otras novedades: "la sepsis es un diagnóstico clínico" (buena práctica), pruebas de respuesta del huésped y monitores de gasto cardiaco (evidencia insuficiente), llenado capilar ahora en sepsis y no solo en choque, medidas dinámicas con certeza baja (antes muy baja) y conciliación de medicamentos dirigida por farmacia. Ya no aparecen: maniobras de reclutamiento tradicionales, grupos de apoyo de pares y antivirales.[1,2]

10 Lo que estás haciendo mal

ERRORES FRECUENTES

- **Descartar sepsis porque el qSOFA es <2:** su sensibilidad es baja (23.1 % prehospitalaria). Tamiza con NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS.[1]
- **Esperar la procalcitonina para iniciar** el antimicrobiano, o confiar en una sola prueba para descartar sepsis.[1]
- **Retrasar el antimicrobiano en choque** por esperar hemocultivos, el traslado o el catéter central.[1]
- **Dar carbapenémico, vancomicina, antifúngico y metronidazol "por si acaso"** sin factores de riesgo de MDR, hongos o anaerobios: la cobertura innecesaria también daña.[1]
- **Pasar el betalactámico en bolo de 30 min** o iniciar la infusión prolongada sin dosis de carga.[1]
- **Dar líquidos hasta normalizar el lactato.**[1]
- **Perseguir una PAM de 75–80 mm Hg** en un adulto mayor: la meta inicial es 65 (60–65 si ≥65 años).[1]
- **Subir la norepinefrina indefinidamente** sin agregar vasopresina, o escalarla solo porque el llenado capilar sigue prolongado sin evaluar gasto cardiaco.[1,4]
- **Dar paracetamol de horario "para que le baje la fiebre"** esperando mejorar el desenlace, o vitamina C, vitamina D o probióticos.[1]
- **Ventilar con >8 mL/kg de peso ideal**, o calcular el volumen con el peso real, sin buscar SDRA: la mitad no se reconoce.[1]
- **Dar de alta sin conciliar medicamentos** (antipsicóticos e IBP iniciados en la UCI) ni plan de seguimiento y rehabilitación.[1]

11 Casos y consulta rápida

Caso 1

Mujer de 72 años, 70 kg, IMC normal, con neumonía adquirida en la comunidad. En urgencias: PA 84/50 mm Hg (PAM 61), FR 20/min, alerta, llenado capilar de 5 s, lactato de 3.4 mmol/L. El qSOFA es de 1 punto.

Respuesta. El qSOFA bajo no descarta nada: hay hipoperfusión inducida por sepsis con posible choque. Hemocultivos de inmediato sin retrasar el antimicrobiano, que debe ir en la primera hora (fuerte). Cristaloide balanceado ≥30 mL/kg (2.1 L) en 3 h con reevaluación; si la hipotensión persiste, norepinefrina por vía periférica con protocolo de seguridad. Por su edad, meta inicial de PAM de 60–65 mm Hg. Sigue el lactato seriado y el llenado capilar; usa medidas dinámicas antes de más líquido. Si requiere UCI, que ingrese en <6 h.[1] Fuera de la SSC: si cumple criterios de NAC grave y no tiene factores de riesgo de SARM o *Pseudomonas*, betalactámico más macrólido (o más fluoroquinolona respiratoria); la ATS 2025 sugiere además corticoide sistémico en NAC grave (no si es influenza).[11,12]

Caso 2

Hombre de 45 años con fiebre de 38.6 °C y FC de 112/min, PA normal, lactato de 1.6 mmol/L. Inició alopurinol hace 3 semanas y tiene un exantema; el examen general de orina es dudoso.

Respuesta. Síndrome febril con posible infección o reacción farmacológica (SIRS no equivale a sepsis): evalúa disfunción orgánica antes de clasificar como sepsis.[3] Si la hay y la sepsis es una posibilidad junto con otro diagnóstico probable → "sepsis posible sin choque": evaluación rápida de causas infecciosas y no infecciosas (reacción farmacológica) y, si persiste la sospecha de infección bacteriana, antimicrobiano en <3 h desde que se sospechó; antes, si la infección se vuelve lo más probable. No uses la procalcitonina para decidir el inicio. Si termina con otro diagnóstico, suspende el antimicrobiano.[1,3] Si no hay disfunción orgánica, no es sepsis: estudia la infección y la reacción farmacológica (¿DRESS por alopurinol?), vigila y reevalúa.

Caso 3

Mujer de 58 años con choque séptico por diverticulitis perforada, sin hospitalizaciones ni antibióticos recientes. Tras 30 mL/kg, la norepinefrina sube a 0.3 µg/kg/min con PAM de 62 mm Hg.

Respuesta. Control del foco cuanto antes, idealmente en <6 h: la estabilización prolongada sin control rara vez funciona. Foco intraabdominal: cobertura de anaerobios. Sin factores de riesgo de MDR, no cubras patógenos MDR. El antifúngico no es de rutina; el foco abdominal es un factor de riesgo y se valora caso por caso. Betalactámico (p. ej., piperacilina con tazobactam) con dosis de carga y luego infusión prolongada. Con norepinefrina en ascenso: agrega vasopresina (el panel la inicia a una mediana de 0.3 µg/kg/min) y considera hidrocortisona IV (el panel usa 200 mg/día).[1] Fuera de la SSC: alto riesgo por sepsis (SIS), así que piperacilina-tazobactam o cefepima con metronidazol (carbapenémico si hay alta prevalencia de BLEE); con control adecuado del foco, 4 días de antibiótico (hasta 8 en enfermedad crítica).[18]

Caso 4

Hombre de 66 años en el día 12 de UCI, ventilado, colonizado por *Klebsiella* productora de BLEE, con nuevo choque y sospecha de neumonía asociada al ventilador.

Respuesta. Alto riesgo de un patógeno MDR específico (colonización, hospitalización prolongada): cobertura empírica para ese patógeno (condicional), con apoyo de infectología o microbiología; pruebas rápidas según disponibilidad y programa de optimización. Desescala en cuanto tengas cultivo y antibiograma (fuerte). Si hay choque: antimicrobiano en <1 h y, por su edad, meta inicial de PAM de 60–65 mm Hg. Volumen corriente de 6 mL/kg de peso predicho (ideal), no real, si cumple criterios de SDRA y de 6–8 mL/kg de peso predicho (ideal), no real, si no; búscalo de forma activa.[1]

Caso 5

Mujer de 61 años con choque séptico de origen urinario: PAM de 66 mm Hg con norepinefrina, FC de 128/min en ritmo sinusal, llenado capilar de 5 s, presión de pulso de 32 mm Hg. Sin respuesta a la elevación pasiva de piernas; el ecocardiograma muestra FEVI de 25 %.

Respuesta. El llenado prolongado con PAM en meta y presión de pulso baja sugiere flujo anterógrado insuficiente: subir la norepinefrina no es la respuesta y podría empeorarlo por poscarga. Hay disfunción cardiaca con hipoperfusión persistente pese a volumen y PA adecuados: agrega dobutamina a la norepinefrina (o epinefrina sola), siempre sin retirar el vasopresor. Con taquicardia importante, la norepinefrina es preferible a la epinefrina (la guía lo menciona al elegir vasopresor); ojo: la dobutamina también es cronotrópica con FC de 128. Evita el levosimendán. Reevalúa el llenado capilar tras cada ajuste.[1,4]

Caso 6

Hombre de 70 años en el día 5: sin vasopresores, balance de +8 L con edema, cultivos negativos y mejoría clínica. Fue ventilado 4 días. Lleva meropenem desde el ingreso.

Respuesta. Fase posterior a la reanimación aguda: retiro activo de líquidos con diuréticos (condicional). Sin patógeno y con mejoría: desescala (condicional) y prefiere una duración corta; si hay control adecuado del foco y la duración óptima es incierta, procalcitonina + evaluación clínica para decidir la suspensión (condicional, baja). No indiques antipiréticos para mejorar el desenlace. Al egreso: conciliación de medicamentos, información escrita y verbal sobre la sepsis y sus secuelas, seguimiento y rehabilitación física (ventilación >48 h).[1]

CONSULTA RÁPIDA

TEMA	LO ESENCIAL
Tamizaje	NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS; no qSOFA solo. Lactato en toda sospecha.
Primera hora	Hemocultivos → antimicrobiano en <1 h (choque o sepsis probable o definida); <3 h si es posible y sin choque. Control del foco en <6 h.
Antimicrobianos	MDR solo con riesgo específico; sin antifúngico ni anaerobios de rutina; infusión prolongada tras carga; desescalar; duración corta; procalcitonina + evaluación clínica para decidir la suspensión cuando hay control adecuado del foco y la duración óptima es incierta (condicional, baja).
Por foco (fuera de la SSC)	NAC grave: betalactámico + macrólido o fluoroquinolona; NAV/NIH: cubrir *S. aureus* y *Pseudomonas*, 7 días; IVU con sepsis: cefalosporina de 3.ª–4.ª, carbapenémico, piperacilina-tazobactam o fluoroquinolona; si mejora, 7 días (5–7 con fluoroquinolona), contados desde el primer tratamiento eficaz; intraabdominal: piperacilina-tazobactam, carbapenémico o cefepima + metronidazol, 4 días tras control del foco.
Líquidos	Se sugiere ≥30 mL/kg de cristaloide en 3 h con reevaluación frecuente (peso real; con IMC >30 puede usarse peso ajustado o ideal, individualizando); balanceado; sin albúmina de rutina; nunca almidones; medidas dinámicas.
Vasopresores	Norepinefrina periférica → vasopresina → epinefrina. PAM inicial de 65 mm Hg (se sugiere 60–65 si ≥65 años). Disfunción cardiaca: dobutamina con norepinefrina o epinefrina sola.
Adyuvantes	Hidrocortisona en choque séptico. En contra: vitamina C, vitamina D, inmunoglobulina, purificación, β-bloqueadores, probióticos, antipiréticos para desenlaces. Bicarbonato: no para mejorar hemodinamia en acidemia láctica por hipoperfusión; sugerido en choque séptico con acidemia metabólica grave (pH ≤7.2) y LRA AKIN 2–3.
Soporte	Alto flujo si PaO_2/FiO_2 <200 o SpO_2/FiO_2 <235; volumen corriente de 6 mL/kg en SDRA y 6–8 sin SDRA, de peso predicho (ideal), no real; IBP si hay riesgo de sangrado; HBPM; insulina desde 180 mg/dL; nutrición enteral en <72 h.

Superíndices: **1** = Surviving Sepsis Campaign 2026; **2** = Surviving Sepsis Campaign 2021; **3** = Sepsis-3 (Singer, 2016); **4** = Castro y cols., Crit Care 2026; **5** = ADRENAL; **6** = APROCCHSS; **7** = CLOVERS; **8** = BLING III; **9** = ANDROMEDA-SHOCK-2; **10** = REVISE; **11** = ATS/IDSA 2019 (NAC); **12** = ATS 2025 (NAC); **13** = IDSA/ATS 2016 (NIH/NAV); **14–16** = IDSA 2025 (IVU complicada: elección, duración y paso a vía oral); **17** = IDSA 2024 (infección intraabdominal); **18** = SIS 2024 (infección intraabdominal); **19** = consenso de vancomicina ASHP/IDSA/PIDS/SIDP 2020; **20** = CLASSIC. Fuerza y certeza según GRADE, tal como las reporta la guía; "buena práctica" = declaración de buena práctica (sin calificación de certeza). Las declaraciones "en nuestra práctica" describen lo que hace el panel y no son recomendaciones. Los recuadros "Lo que estás haciendo mal", los casos y la consulta rápida son material educativo propio basado en esas fuentes. En la sección 4, cada guía usa su propia escala de fuerza y calidad.

Referencias

1. Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026. Crit Care Med 2026;54(4):725–812. doi:10.1097/CCM.0000000000007075. Publicada simultáneamente en Intensive Care Med (doi:10.1007/s00134-026-08361-1).
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med 2021;47:1181–1247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y
3. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 2016;315:801–810. doi:10.1001/jama.2016.0287
4. Castro R, Kattan E, Urbina T, et al; COPERNICUS Study Group. Capillary refill time prolongation in sepsis and septic shock: supported and potential mechanisms from a pathophysiological perspective. Crit Care 2026 (artículo en prensa). doi:10.1186/s13054-026-06409-8
5. Venkatesh B, Finfer S, Cohen J, et al; ADRENAL Trial Investigators. Adjunctive glucocorticoid therapy in patients with septic shock. N Engl J Med 2018;378:797–808. doi:10.1056/NEJMoa1705835
6. Annane D, Renault A, Brun-Buisson C, et al; CRICS-TRIGGERSEP Network. Hydrocortisone plus fludrocortisone for adults with septic shock. N Engl J Med 2018;378:809–818. doi:10.1056/NEJMoa1705716
7. National Heart, Lung, and Blood Institute Prevention and Early Treatment of Acute Lung Injury Clinical Trials Network; Shapiro NI, Douglas IS, Brower RG, et al. Early restrictive or liberal fluid management for sepsis-induced hypotension. N Engl J Med 2023;388:499–510. doi:10.1056/NEJMoa2212663
8. Dulhunty JM, Brett SJ, De Waele JJ, et al; BLING III Study Investigators. Continuous vs intermittent β-lactam antibiotic infusions in critically ill patients with sepsis: the BLING III randomized clinical trial. JAMA 2024;332:629–637. doi:10.1001/jama.2024.9779
9. ANDROMEDA-SHOCK-2 Investigators for the ANDROMEDA Research Network, SEDAR y LIVEN. Personalized hemodynamic resuscitation targeting capillary refill time in early septic shock: the ANDROMEDA-SHOCK-2 randomized clinical trial. JAMA 2025;334:1988–1999. doi:10.1001/jama.2025.20402
10. Cook D, Deane A, Lauzier F, et al; REVISE Investigators. Stress ulcer prophylaxis during invasive mechanical ventilation. N Engl J Med 2024;391:9–20. doi:10.1056/NEJMoa2404245
11. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and treatment of adults with community-acquired pneumonia: an official clinical practice guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med 2019;200:e45–e67. doi:10.1164/rccm.201908-1581ST
12. Jones BE, Ramirez JA, Oren E, et al. Diagnosis and management of community-acquired pneumonia: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. Am J Respir Crit Care Med 2026;212:24–44 (publicada en línea en 2025). doi:10.1164/rccm.202507-1692ST
13. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis 2016;63:e61–e111. doi:10.1093/cid/ciw353
14. Trautner BW, Cortés-Penfield NW, Gupta K, et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2025 guideline on management and treatment of complicated urinary tract infections—selection of antibiotic therapy. Clin Infect Dis 2026;82(Suppl 3):i36–i67. doi:10.1093/cid/ciaf460
15. Trautner BW, Cortés-Penfield NW, Gupta K, et al. IDSA 2025 guidelines on complicated urinary tract infections—duration of antibiotics. Clin Infect Dis 2026;82(Suppl 3):i79–i88. doi:10.1093/cid/ciaf462
16. Trautner BW, Cortés-Penfield NW, Gupta K, et al. IDSA 2025 guidelines on complicated urinary tract infections—timing of intravenous to oral antibiotics transition. Clin Infect Dis 2026;82(Suppl 3):i68–i78. doi:10.1093/cid/ciaf461
17. Bonomo RA, Chow AW, Edwards MS, et al. 2024 clinical practice guideline update by the Infectious Diseases Society of America on complicated intra-abdominal infections: risk assessment, diagnostic imaging, and microbiological evaluation in adults, children, and pregnant people. Clin Infect Dis 2024;79(Suppl 3):S81–S87. doi:10.1093/cid/ciae346
18. Huston JM, Barie PS, Dellinger EP, et al. The Surgical Infection Society guidelines on the management of intra-abdominal infection: 2024 update. Surg Infect (Larchmt) 2024;25:419–435. doi:10.1089/sur.2024.137
19. Rybak MJ, Le J, Lodise TP, et al. Executive summary: therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: a revised consensus guideline and review of the ASHP, IDSA, PIDS and SIDP. Pharmacotherapy 2020;40:363–367. doi:10.1002/phar.2376. Guía completa: Am J Health Syst Pharm 2020;77:835–864. doi:10.1093/ajhp/zxaa036
20. Meyhoff TS, Hjortrup PB, Wetterslev J, et al. Restriction of intravenous fluid in ICU patients with septic shock. N Engl J Med 2022;386:2459–2470. doi:10.1056/NEJMoa2202707

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Medicina en Resumen condensa guías y artículos recientes para médicos. Cada cifra se verifica contra la fuente original. Cuando las guías difieren, lo señalamos. La información se basa en la bibliografía citada y no sustituye el criterio del médico tratante. Más guías, artículos explicados y videos en **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen