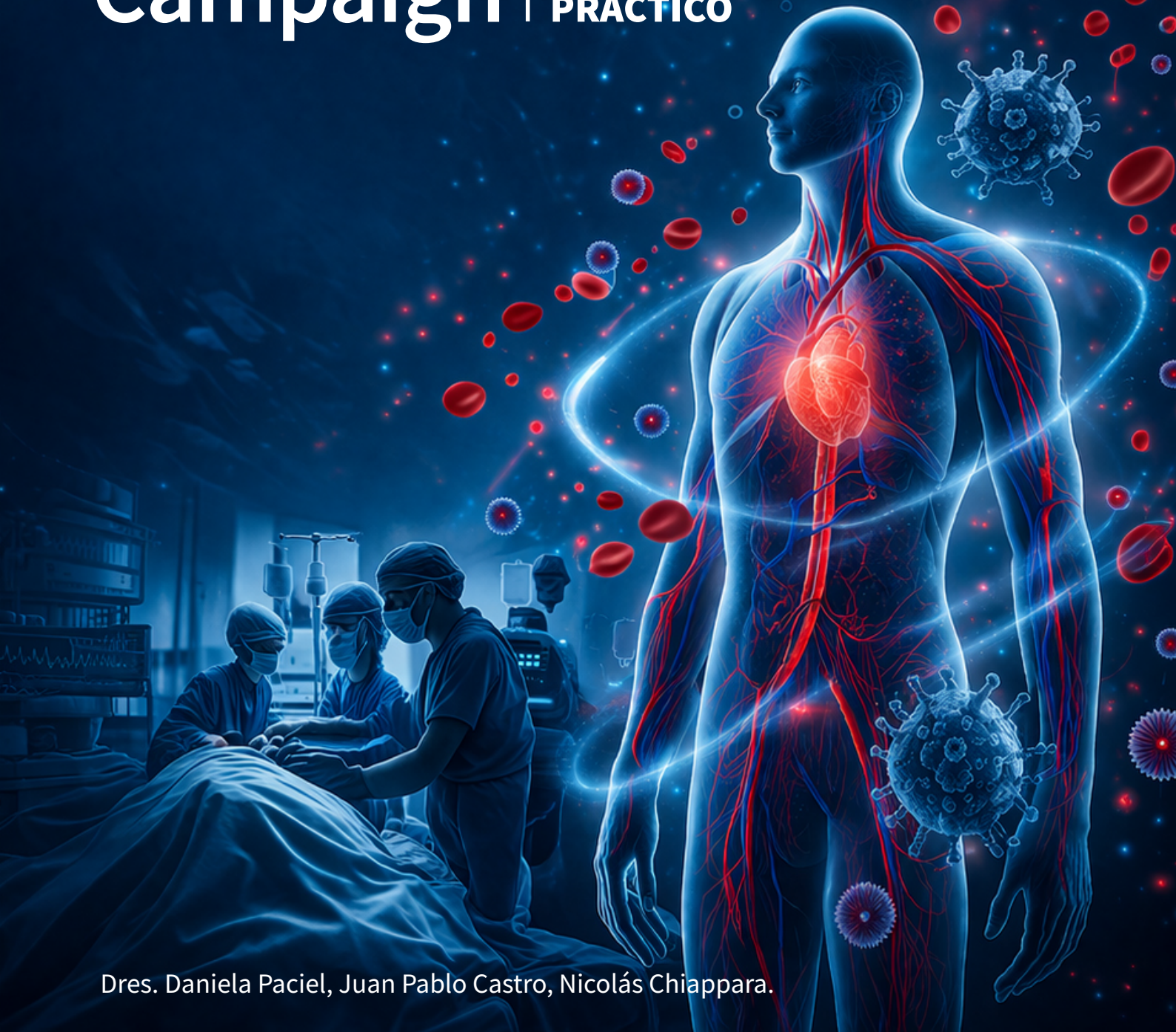


Surviving Sepsis Campaign

INTERNATIONAL
GUIDELINES
2026
RESUMEN
PRÁCTICO



Dres. Daniela Paciel, Juan Pablo Castro, Nicolás Chiappara.

Abril 2026



HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela



Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines 2026.

Resumen práctico

Dres. Daniela Paciel,¹ Juan Pablo Castro,² Nicolás Chiappara.³

¹ Especialista en Medicina Intensiva y en Enfermedades Infecciosas. Docente libre en Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

² Especialista en Enfermedades Infecciosas. Asistente en Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

³ Especialista en Medicina Intensiva. Postgrado en Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de la República.



INTRODUCCIÓN

Una nueva edición de las guías de la SSC sobre el manejo de sepsis y shock séptico acaba de ser publicada. Estas guías sobre una entidad de enorme impacto en la morbimortalidad a nivel global toman un enfoque diferente a las ediciones previas, dado que no solo *se revisan las recomendaciones, sino que se redefine el modo de pensar la sepsis en la práctica clínica, tomando relevancia el pensamiento clínico*

Se mantiene el concepto de sepsis como una disfunción orgánica aguda potencialmente mortal secundaria a infección. Se reafirma la importancia del reconocimiento y tratamiento precoz, y se introduce una visión centrada en el diagnóstico clínico, en la estratificación de la sospecha y en la administración responsable de antimicrobianos. De esta forma, el abordaje deja de apoyarse en una lógica puramente algorítmica y pasa a estructurarse como un proceso de razonamiento clínico escalonado, donde la urgencia terapéutica debe combinarse con precisión diagnóstica y uso racional de recursos.

Otro cambio de alto impacto es que se **ordena la sospecha clínica en categorías de probabilidad**, clasificando a la sepsis en definida, probable, posible o improbable, enfatizando que el diagnóstico no depende de un único test, sino de una evaluación clínica integral. En vez de pensar la sepsis como una entidad dicotómica, confirmada o descartada, se propone una aproximación más gradual que permita ajustar la conducta terapéutica a la probabilidad real de infección y a la gravedad clínica.

METODOLOGÍA

La guía fue desarrollada por expertos de más de 20 países con un panel multidisciplinario, utilizando la metodología GRADE y un marco Evidence-to-Decision. Se intentó reforzar el enfoque pragmático dando participación a pacientes y familiares.

Las recomendaciones se diferencian en el grado de fuerza. Las fuertes se expresan como “recomendamos” respondiendo a conductas que deberían aplicarse en la mayoría de los pacientes. Las condicionales utilizan la fórmula “sugerimos” y reconocen mayor variabilidad según recursos, contexto y juicio clínico. A esto se agregan las buenas prácticas, es decir, intervenciones que se consideran razonables y necesarias aunque no siempre dispongan de perfiles formales de evidencia.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

1. Cribado y Manejo Precoz

La identificación temprana de sepsis depende tanto del juicio clínico como de sistemas institucionales que permitan detectarla y actuar rápido, por lo que la guía recomienda programas institucionales de mejora que integren cribado, protocolos y estrategias de calidad.

Se introduce el concepto de “código sepsis” (similar al código stroke) como modelo de acción multidisciplinario.

En el ámbito prehospitalario se sugiere el uso de herramientas estandarizadas. En el hospital, NEWS, NEWS2, MEWS y SIRS son preferidos sobre qSOFA como herramienta de screening. Así, el qSOFA conserva valor como señal de alarma, pero deja de ocupar un lugar central como método aislado de detección.

2. Diagnóstico

Se reafirma a la sepsis como diagnóstico clínico que no debe ser confirmada ni descartada por un biomarcador aislado.

El uso de tests de respuesta del huésped pueden ser útiles en escenarios particulares, pero la evidencia sigue siendo insuficiente para recomendarlos en forma rutinaria.

Se recomienda obtener hemocultivos lo antes posible e idealmente antes de iniciar antimicrobianos, siempre que esto no retrase el tratamiento.

También se sugiere medir lactato, dado su valor como marcador de hipoperfusión y gravedad. Se destaca que el objetivo no es acumular estudios, sino obtener información útil sin perder tiempo terapéutico

3. Reanimación Inicial

La sepsis y el shock séptico son emergencias médicas, por lo que el tratamiento y la reanimación deben comenzar de inmediato.

En pacientes con hipoperfusión inducida por sepsis o shock séptico se sugiere administrar al menos 30 mL/kg de cristaloides IV en las primeras 3 horas pero considerando la necesidad de individualizar la reposición hídrica, realizando una reevaluación frecuente y utilizando el peso ajustado o ideal en pacientes con obesidad.

No solo el lactato ≥ 4 mmol/L debe motivar reanimación, sino también las elevaciones intermedias cuando se integran a un cuadro compatible con hipoperfusión. Toma relevancia el tiempo de relleno capilar (TRC) herramienta de monitorización, que evidencia cambios en minutos (a diferencia de las dos horas para el descenso del lactato) y es aplicable a entornos de recursos limitados.

4. Vasopresores y Metas Hemodinámicas

Si la hipotensión persiste luego de la reposición inicial de fluidos, deben iniciarse vasopresores. Se acepta el inicio por vía periférica para evitar demoras. Y el inicio concomitante en el shock séptico.

La noradrenalina es el agente de primera línea. El objetivo inicial de presión arterial sigue siendo 65mmHg, pero en pacientes de 65 años o más se sugiere un rango de 60 a 65 mmHg (hipotensión permisiva).

Se mantiene la recomendación de ingreso a UCI dentro de las primeras 6 horas cuando esté indicado.

5. Infección y Antimicrobianos

Inicio de antimicrobianos:

En pacientes con shock séptico posible, probable o definido, se recomienda administrar antimicrobianos de inmediato, idealmente dentro de la primera hora desde el reconocimiento. Lo mismo aplica para pacientes con sepsis probable o definida sin shock.

En cambio, en pacientes con sepsis posible sin shock, se sugiere una evaluación rápida y acotada en el tiempo; si persiste la sospecha de infección, los antibióticos deben iniciarse dentro de las 3 horas desde la sospecha inicial.

Cuando la probabilidad de infección es baja y no existe shock, puede diferirse el tratamiento antimicrobiano con monitorización estrecha.

Se cambia el enfoque, si bien sigue existiendo urgencia, ya no bajo la idea de "antibióticos inmediatos para todos", sino bajo una lógica de urgencia estratificada según gravedad y probabilidad diagnóstica. También se sugiere iniciar antibióticos en el traslado prehospitalario cuando el tiempo hasta el arribo supere aproximadamente los 60 minutos.

Principios PROA:

En esta sección se expresa con mucha claridad la integración de estos principios dentro del abordaje inicial de la sepsis con conceptos como:

- Para el inicio de antimicrobianos empíricos se prioriza la valoración clínica en pacientes con shock séptico posible/probable a la combinación de procalcitonina más evaluación clínica.
- Se recomienda realizarse una evaluación rápida del foco y de la necesidad de control de la fuente. Si existe un foco anatómico que requiere intervención, se sugiere un control precoz, idealmente dentro de las primeras 6 horas.

- La cobertura empírica para patógenos multirresistentes, anaerobios u hongos no debe universalizarse, sino reservarse para pacientes seleccionados según factores de riesgo.
- El desescalamiento se fortalece como recomendación, especialmente cuando existe identificación microbiológica o mejoría clínica
- Se favorecen duraciones cortas de tratamiento guiadas por la evolución y, en determinados escenarios, por procalcitonina.
- Se desaconseja el uso de biomarcadores para discontinuar el uso empírico de antifúngicos, dado que esto aumenta los costos sin claro beneficio clínico.

Uso de antimicrobianos

Como recomendación fuerte el uso de la infusión prolongada de betalactámicos, ya sea extendida o continua luego de una dosis de carga.

El monitoreo terapéutico de antimicrobianos en casos seleccionados. La lógica general es clara: el antibiótico debe iniciarse a tiempo, pero también debe administrarse de la manera farmacodinámicamente más adecuada y reevaluarse precozmente para minimizar exposición innecesaria.

Estudios microbiológicos:

Se plantea un uso contextual de diagnósticos rápidos específicos del patógeno.

No hay datos sólidos que respalden el uso rutinario de cultivos de vigilancia para decidir qué antibióticos iniciar en pacientes con sepsis o shock séptico.

Se sugiere el uso de pruebas rápidas específicas para patógenos problema en casos seleccionados, así como el uso de biomarcadores de *Candida* para guiar el inicio de la terapia antifúngica empírica en pacientes con factores de riesgo.

6. Manejo Hemodinámico Avanzado

Fluidoterapia

En la fase posterior a la reposición inicial, los cristaloides siguen siendo la base del tratamiento, con preferencia por soluciones balanceadas frente a suero salino fisiológico. Se desaconseja el uso de coloides sintéticos (ej. almidones y gelatinas), mientras que la albúmina queda reservada para pacientes seleccionados. La guía considera equivalentes las estrategias liberal y restrictiva luego de la fase inicial, por lo que se insiste en la personalización. En este contexto se jerarquiza el uso de métodos dinámicos, como elevación pasiva de piernas, variación del volumen sistólico o de la presión de pulso, para decidir fluidos adicionales. El lactato seriado y el relleno capilar se integran como herramientas complementarias de seguimiento.

Vasopresores e Inotrópicos

La noradrenalina permanece como el vasopresor de elección. Si la hipotensión persiste, la guía propone añadir vasopresina, y posteriormente adrenalina en situaciones refractarias. En presencia de disfunción cardíaca con hipoperfusión persistente, se contemplan inotrópicos como dobutamina o adrenalina. En cambio, la evidencia sigue siendo insuficiente para recomendar azul de metileno o midodrina, y no se apoya el uso de betabloqueantes con este fin.

7. Soporte Respiratorio

Destacamos que se sugiere una SpO_2 entre 90 y 96%. Se sugiere usar cánula nasal de alto flujo (OAF) en lugar de oxigenoterapia convencional o ventilación invasiva con presión positiva (VNI).

Se sugiere un ensayo de decúbito prono despierta (la duración y frecuencia dependen de la tolerancia del paciente) No debe utilizarse sedación con el propósito de favorecer la tolerancia a la pronación en pacientes no intubados.

Se mantienen recomendaciones de manejo de distrés y ventilación protectora.

8. Otras terapias adyuvantes:

Uso de corticoides en el shock séptico (hidrocortisona 200 mg/día IV). No usar de rutina: antipiréticos con el objetivo de mejorar resultados, vitamina C IV, IVIG, terapias de purificación sanguínea, hemoperfusión con polimixina B, vitamina D y XueBijing fuera de las jurisdicciones donde está aprobado.

Otras medidas de soporte recomendadas: profilaxis de sangrado con IBP si hay riesgo, evitar el uso de probióticos, desresucitación (retirada activa de fluidos) tras la fase aguda, estrategia transfusional restrictiva, nutrición enteral precoz, control glucémico iniciando insulina con glucemias ≥ 180 mg/dL, profilaxis farmacológica de TEV con HBPM.

9. Objetivos de Atención y Transiciones

Se sugiere el planteo temprano de objetivos de cuidado (≤ 72 h). Integrar cuidados paliativos según criterio clínico, programas de transición UCI-sala y trasposos estructurados. Revisar y ordenar toda la medicación del paciente (conciliación farmacológica) en los cambios de atención, por ejemplo al pasar de CTI a sala o al alta, para evitar errores, omisiones, duplicaciones o interacciones, idealmente con participación del servicio de farmacología clínica.

10. Alta, Educación y Seguimiento

Planificación del alta compartida con información clara sobre sepsis. Establecer seguimiento por nuevas secuelas.


11. Resultados a Largo Plazo y Recuperación

Evaluación y seguimiento de secuelas físicas, cognitivas y emocionales. Establecer servicios de seguimiento post-UCI y rehabilitación física (especialmente si VM > 48 horas).

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA PRINCIPAL

- Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, Møller MH, 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.



 Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"
Piso 16. Av. Italia, S/N.
Montevideo, 11600. Uruguay.

 clinfec@fmed.edu.uy

 +598 2 4876981

 @Infectologia_uy

 /infectologia.edu.uy

 @infectologia_uy

 www.infectologia.edu.uy



Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina