

campaña de supervivencia la sepsis de 2026.

Después de revisar la guía de la campaña de la supervivencia la sepsis, estas son a mi criterio, las recomendaciones mas relevantes enfocadas en la atención del paciente crítico.

Clasificación de las recomendaciones:

La clasificación de las recomendaciones se sigue haciendo de acuerdo con la estrategia GRADE, por lo tanto, las recomendaciones Serán catalogadas como:

- a) **Fuerte**; cuando se respalda por mejor evidencia
- b) **condicional** (que antes eran recomendaciones débiles en las guías 2021) cuando la evidencia no es tan sólida.

El lenguaje sigue siendo el mismo **"nosotros recomendamos"** cuando la recomendación es **fuerte** y **"nosotros sugerimos"** cuando la recomendación es **condicional**.

Una recomendación fuerte definitivamente debería tenerse en cuenta mientras que una recomendación condicional depende del contexto.

Las definiciones de sepsis y choque séptico son las mismas del tercer consenso para la definición de la sepsis del 2018.

Las recomendaciones están divididas en grandes grupos.

- a) Tamizaje y manejo temprano
- b) Infección
- c) Soporte hemodinámico
- d) Soporte respiratorio
- e) Terapias complementarias

Aunque las recomendaciones están organizadas por grupos, algunas parecen estar fuera de lugar o se repiten en más de una categoría. Por eso, las he reorganizado ligeramente para evitar solapamientos y repeticiones. A continuación, presento las recomendaciones:

tamizaje y el manejo temprano de la sepsis

- Ya se había dicho en 2021 que los hospitales deberían implementar programas de tamizaje de la sepsis en los pacientes agudamente enfermos y de alto riesgo, así como estandarizar los procesos de manejo. Lo nuevo en esta publicación es que además se debe procurar el mejoramiento continuo de la calidad de esa atención.

El qSOFA no sirvió para lo que lo diseñaron, es más tanto que se criticó el uso de SIRS como un método de alerta temprano en sepsis y ahora le han dado una nueva oportunidad; la recomendación específicamente dice que para los pacientes agudamente enfermos en el hospital se recomienda utilizar una escala de alerta temprana; la que quiera news, **NEWS2** (la más sensible y específica), MEWS o SIRS, Pero no el qSOFA como herramienta de tamizaje en sepsis.

- Si está sospechando sepsis debería tomar hemocultivos (set de 2 hemocultivos de sitios diferentes y muestra de al menos 10 ml de sangre para mejorar rendimiento)

tan pronto como sea posible idealmente antes de empezar los antibióticos, esto permite:

- Optimizar la terapia antibiótica.
- Dirigir la terapia al germen específico.
- Escalar o disminuir el espectro del antibiótico.

Nota: Aunque la guía se centra en los hemocultivos es importante tomar cultivo de todos los sitios que se consideren fuente de la infección.

- Se sugiere la implementación del **Código Sepsis** No como un “botón de pánico”, sino como un grupo de respuesta rápida institucional y multidisciplinario (Medicina, enfermería, laboratorio, Imágenes diagnósticas, farmacia etc.) que, ante un tamizaje positivo, priorice la confirmación, administración temprana de antibióticos, reanimación hídrica y escalamiento del cuidado.
- Si el paciente requiere admisión a UCI debería ser antes de 6 horas.

Infección

- Si tiene un paciente con sepsis o es probable que tenga sepsis se debe iniciar antibiótico temprano (primera hora desde el reconocimiento) esta intervención junto con la reanimación hídrica es quizá la más efectiva para reducir la mortalidad en pacientes con sepsis y choque séptico.
- En pacientes en estado de choque con la mera sospecha de que el origen sea séptico se debe iniciar antibiótico. (el diagnóstico de sepsis es clínico y no depende de un solo biomarcador o prueba diagnóstica). Por lo tanto, el juicio clínico es suficiente y no debe esperar el reporte de la procalcitonina para decidir el inicio de antibióticos.
- Inicie empíricamente antibióticos de espectro ampliado o extendido **SOLO** cuando tiene sospecha de multidrogorresistencia - MDR - (Colonización o infección previa por germen MDR, Uso prolongado de antibióticos de amplio espectro, hospitalización prolongada en sitio con historia de gérmenes MDR)
- Inicie terapia antifúngica empírica **SOLO** en pacientes factores de riesgo para fungemia (Inmunosupresión, uso prolongado de antibióticos, hospitalización prolongada, sepsis de origen abdominal, abdomen abierto)
- El cubrimiento empírico para anaerobios se sugiere **SOLO** para pacientes con factores de riesgo específicos para infección por anaerobios (sepsis de origen abdominal, ginecológica, obstétrica, infección necrotizante de tejidos blandos, infección en cabeza y cuello, abscesos de SNC, empiema.
- En pacientes con sepsis o choque séptico, rápidamente debe evaluar si hay un **foco anatómico** susceptible de tratamiento (drenaje de abscesos, desbridamiento de tejidos necróticos, retirar dispositivos infectados, liberar obstrucciones anatómicas en vías biliar, urinaria, digestiva etc.)
- Si lo encuentra, este foco debe ser manejado antes de 6 horas.

Nota: Si tiene un paciente agudamente enfermo siempre debe pensar en la sepsis como causa desencadenante.

Manejo hemodinámico

- La sepsis y el choque séptico son emergencias médicas cuyo tratamiento y resucitación debe ser inmediato.
- Cuando reanima un paciente con choque séptico la meta inicial es una TAM ≥ 65 mmHg (entre 60 - 65 mmHg Para > 65 años)
- Los cristaloides son la primera línea en la reanimación del choque séptico.

- En pacientes con hipoperfusión (TAM < 65 mmHg, TAS < 90 mmHg, lactato > 2 mmol/L) Iniciar con **crystaloides IV a 30 ml/kg en las primeras 3 horas**.
- Entre los crystaloides mejor las soluciones balanceadas que la solución Salina (excepto en pacientes que además de sepsis tengan trauma de cráneo).
- Entre una estrategia de líquidos en reanimación restrictiva vs liberal, la respuesta es: **estrategia individualizada**. Por lo tanto, se sugiere guiar la reanimación hídrica con medidas dinámicas de respuesta a volumen (VVS, VPP, elevación pasiva de las piernas etc.)
- Si la hipotensión persiste a pesar del bolo de crystaloides. Inicie soporte vasopresor.
 - La **noradrenalina** es el vasoconstrictor de primera línea
 - La vasopresina es el vasoconstrictor de segunda línea
 - La adrenalina es el vasoconstrictor de tercera línea solo en caso falta de respuesta a los dos anteriores (o no disponibilidad de vasopresina)
- No hay que esperar una vía central para iniciar el vasopresor, se puede utilizar una vena periférica de forma temporal, además si el tratante lo considera se puede iniciar vasopresores junto con la reanimación hídrica simultánea en pacientes francamente inestables (hipotensión profunda, moteado en piel, alteración de conciencia).
- En pacientes con choque séptico que requieren dosis altas, crecientes o múltiples vasopresores, es muy útil poner una línea arterial, también si precisa muestras de gases arteriales de forma frecuente.
- En choque séptico, la medición seriada de lactato ayuda a guiar la reanimación, pero es más importante la tendencia descendente que buscar normalizar sus valores rápidamente (se debe evitar la sobre reanimación)
- El uso de albúmina podría ser apropiado en pacientes que han recibido grandes cantidades de volumen o cirróticos (muy individualizado)
- Si el choque séptico se acompaña de bajo gasto cardíaco, se sugiere adicionar inotrópicos concomitante con el uso de vasopresores (dobutamina o milrinone)
- **El concepto central es reanimar bien, a la cabecera del paciente, con la cantidad de volumen adecuada para compensar el déficit sin llegar a la sobre reanimación.**

Soporte respiratorio

- Se sugiere el seguimiento de la oxigenación sea por pulsioximetría o por gases arteriales según gravedad y contexto.
- Se debe titular el oxígeno en pacientes sepsis y falla respiratoria hipoxémica para garantizar saturaciones de oxígeno mayores a 94-95%.
- En pacientes con falla respiratoria hipoxémica se sugiere escalar rápidamente a las cánulas nasales de alto flujo (HFNC) como la principal herramienta de soporte respiratorio, sobre todo si tiene PAFi < 200.
- Si la sepsis se acompaña de SDRA (Moderado a severo) Se recomienda una estrategia de ventilación protectora (Vt 6 ml/kg) Presión plateau < 30 cmH2O, PEEP alto, Ventilación en Prono > 12 horas y el uso intermitente (bolos) de relajantes musculares. ECMO Si todas las estrategias anteriores fallan.

Terapias complementarias

- Corticoides IV (Hidrocortisona 200 mg/día cuando Noradrenalina > 0.2 - 0.3 mcg/kg/min).
- Gastro-protección con inhibidor de bomba de protones en pacientes con factores de riesgo para sangrado digestivo.
- Después de la reanimación inicial y una vez compensado, se debe remover el exceso de volumen (fase de des reanimación).
- En sepsis y choque séptico se recomienda una estrategia restrictiva de transfusión (generalmente si Hb < 7).
- Si no hay contraindicaciones, Inicio temprano de la dieta oral - Enteral (<72h).
- Trombo-profilaxis farmacológica con heparinas de bajo peso molecular si no hay contraindicaciones.
- Todos los pacientes que han recibido ventilación mecánica por > 48 horas o que han ingresado a UCI por > 72 horas deberían beneficiarse de un programa de rehabilitación física y respiratoria posteriormente.

Que NO hacer en Sepsis

- NO iniciar antibióticos de espectro ampliado o extendido cuando no tiene sospecha de multidrogorresistencia (MDR).
- NO iniciar terapia antifúngica empírica en pacientes sin factores de riesgo para fungemia.
- NO esperar la procalcitonina para iniciar antibiótico ante una probable / posible sepsis o choque séptico.
- NO usar expansores del plasma sintéticos como Hidroxietilstarch o gelatinas en la reanimación del choque séptico.
- NO terlipresina como vasopresor en choque séptico.
- NO levosimendán en el choque séptico con bajo gasto cardíaco.
- NO betabloqueadores en choque séptico.
- NO antipiréticos para todos los pacientes con sepsis y choque séptico febriles
Salvo en casos explícitos como el paciente neurocrítico o después de paro cardíaco (hago una aclaración aquí, perseguir la fiebre en pacientes sépticos puede enmascarar una nueva infección o una falta de respuesta al antibiótico) sin embargo, serán necesarios si la fiebre produce malestar o dolor al paciente.
- NO vitamina C, Inmunoglobulinas, probióticos.
- NO terapias de purificación sanguínea (hemoperfusión), Hemofiltración de alta dosis o recambio plasmático, no se ha podido demostrar beneficio.

Finalmente debo confesar que he dejado por fuera de mi resumen una buena cantidad de recomendaciones que a mi concepto no aportan mayor valor a la atención del paciente crítico y más bien distraen o harían interminable esta revisión.

¡GRACIAS!

por llegar hasta aquí, si quieres más información puedes visitar: www.campuscritico.com