

Sepsis en el Perú: de las guías internacionales a la adaptación local

Sepsis in Peru: From International Guidelines to Local Adaptation

Andrei Yakov Espinal Barreto ^{1,2,a,b} 

¹ Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos, Hospital Nacional Del Centro Daniel Alcides Carrión, Huancayo, Junín, Perú.

² Facultad de Medicina Humana, Universidad Continental, Huancayo, Junín, Perú

^a Médico Emergenciólogo

^b Maestro en Educación Superior

Autor de correspondencia

Andrei Yakov Espinal Barreto; ayeb_b07@outlook.com

Historia del artículo

Recibido: 21/07/2026

Aceptado: 28/07/2026

Publicado: 5/10/2026

La sepsis dejó de ser una entidad tratada casi exclusivamente en unidades de cuidados intensivos y comenzó a ser una prioridad en los servicios de emergencia. La publicación de la terapia dirigida por metas propuesta por el Dr. Emanuel Rivers y colaboradores [1,2], contribuyó históricamente a reconocer su carácter tiempo-dependiente y trasladar las intervenciones iniciales al punto de ingreso. Sin embargo, la evidencia posterior ha favorecido una reanimación individualizada, basada en la evaluación clínica continua y en la respuesta hemodinámica similares a los utilizados en el infarto agudo de miocardio o el trauma directamente en el punto de atención [2]. Al reconocer la importancia de las “horas doradas” para el reconocimiento y tratamiento definitivos, esta reconfiguración permitió que los servicios de emergencias, aunque frecuentemente saturados, se convirtieran en el escenario crítico para controlar el impacto de la sepsis [1].

No obstante, esta transición representa un desafío crítico en el contexto de Latinoamérica y del Perú, donde la disparidad en la infraestructura y la carencia de personal dificultan la aplicación estandarizada de protocolos de reanimación temprana [3,4]. Esta realidad regional se contrapone a una carga histórica de enfermedades infecciosas que, desde las primeras descripciones en la antigüedad hasta la era moderna, ha sido el principal eje de la mortalidad humana [5]; la implementación de tales protocolos se ha visto obstaculizada por la fragmentación del sistema de salud y la limitada disponibilidad de recursos [2,6]. La magnitud de esta problemática es innegable, dado que el 84.8 % de los casos de sepsis a nivel mundial y sus decesos se concentran en naciones con ingresos bajos y medios [4], donde la incidencia de enfermedades infecciosas se exacerba por la desnutrición y la carencia de infraestructura bá-

sica [3]. A pesar de estas limitaciones, la adopción de medidas básicas como la administración oportuna de fluidos y la terapia antibiótica empírica sigue siendo la piedra angular para mitigar la alta mortalidad asociada a las infecciones graves en las salas de emergencia, transformando la gestión de la sepsis en un complejo acto de equilibrio entre la evidencia científica internacional [7] y las precarias condiciones asistenciales que caracterizan a nuestros servicios de emergencias.

Ante la carencia de biomarcadores sofisticados en entornos de recursos limitados, el uso de herramientas de tamizaje clínico se ha vuelto imperativo para la detección precoz. Entre las opciones disponibles, destacan puntajes como el qSOFA, NEWS2, MEWS y UVA, que permiten estratificar el riesgo a partir parámetros fisiológicos simples y rápidos de medir [8–10]. Asimismo, el Emergency Severity Index ha demostrado ser un instrumento confiable para priorizar la atención en salas de urgencias saturadas [11]. No obstante, la evidencia resalta que la aplicabilidad de estas herramientas depende estrechamente del contexto clínico local [12], siendo fundamental que la selección de un sistema de triaje sea pragmática, priorizando aquellos que, mediante una evaluación no invasiva y de bajo costo, faciliten la toma de decisiones inmediata antes de la disponibilidad de pruebas de laboratorio avanzadas [13,14].

La escasez de insumos críticos para la estabilización temprana, como bombas de infusión y acceso inmediato a fármacos, obliga a los equipos de emergencia a desarrollar estrategias de priorización clínica basadas en la mejor evidencia disponible en entornos de baja disponibilidad [3]. Asimismo, la falta de una base de datos regional consolidada genera un subregistro sistemático y limita la capacidad de ajustar las guías clínicas internacionales a la realidad epidemiológica de nuestros



Citar como:

centros hospitalarios. La carencia de estos registros sistemáticos y la naturaleza retrospectiva de la información clínica en centros con alta carga asistencial dificultan el desarrollo de protocolos pragmáticos que consideren la variabilidad en la respuesta terapéutica en la práctica clínica rutinaria [6]. Esta brecha se ve exacerbada por una cultura institucional que prioriza el volumen de atención sobre la calidad de atención, perpetuando barreras estructurales que impiden la transición hacia un modelo de cuidados críticos basado en la precisión. En consecuencia, la adopción de algoritmos de estratificación simplificados surge como una alternativa indispensable para identificar pacientes de alto riesgo en escenarios donde el tiempo y la tecnología actúan como factores limitantes. Por ello es más factible reorientar los esfuerzos hacia la educación continua y el empoderamiento del personal de los primeros niveles de atención que aspirar a una infraestructura tecnológica que, por el momento, es inalcanzable para gran parte de nuestro sistema sanitario público.

Las estrategias de bajo costo no deben entenderse como una atención de segunda categoría, sino como una optimización necesaria ante la realidad de nuestros sistemas de salud. Es imperativo que estas medidas de austeridad clínica se integren en una red de referencia y contrarreferencia eficiente que asegure la continuidad del cuidado, evitando que la precariedad inicial se traduzca en un abandono terapéutico posterior. Asimismo, la consolidación de un sistema de triaje basado en la identificación temprana de la disfunción orgánica permite reducir la brecha entre el primer contacto médico y la estabilización definitiva, optimizando así la supervivencia incluso en contextos de recursos limitados. Esta integración requiere, además, una revisión crítica de los protocolos locales que adapte las guías internacionales a las realidades epidemiológicas y operativas regionales, evitando la implementación de estándares irrealizables que desvirtúan el manejo del paciente séptico. Resulta fundamental fomentar una cultura de investigación operativa local que genere evidencia sobre la eficacia de estas adaptaciones, permitiendo así transitar de la intuición clínica hacia un modelo de gestión de sepsis validado por la realidad de nuestra propia población. En última instancia, el éxito de este paradigma adaptativo dependerá de la capacidad de las instituciones para institucionalizar la enseñanza de habilidades de diagnóstico a la cabecera del paciente, integrándolas como competencias centrales en la formación de los profesionales que lideran las áreas de urgencias.

La respuesta frente a la sepsis en el Perú, y entornos de recurso limitados, no debería depender de la reproducción rígida de protocolos diseñados para sistemas con mayor disponibilidad tecnológica. Debe concentrarse en intervenciones esenciales, medibles y adaptadas a cada nivel de atención, capacitación continua, indicadores de cumplimiento y un registro multicéntrico

nacional. La telemedicina podría apoyar la toma de decisiones y la coordinación regional, pero su efectividad debe evaluarse antes de asumir su impacto. El objetivo no es reemplazar la evidencia internacional, sino traducirla, implementarla y validarla dentro de las condiciones epidemiológicas y operativas del sistema sanitario peruano.

Referencias bibliográficas

1. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early Goal-Directed Therapy in the Treatment of Severe Sepsis and Septic Shock. *N Engl J Med*. noviembre de 2001;345(19):1368-77.
2. Nguyen HB, Jaehne AK, Jayaprakash N, Semler MW, Hegab S, Yataco AC, et al. Early goal-directed therapy in severe sepsis and septic shock: insights and comparisons to ProCESS, ProMISe, and ARISE. *Crit Care [Internet]*. 1 de diciembre de 2016;20(1):160. Disponible en: <http://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-016-1288-3>
3. Thwaites L, Nasa P, Abbenbroek B, Dat VQ, Finfer S, Kwizera A, et al. Recommendations for sepsis management in resource-limited settings. *Intensive Care Med*. enero de 2012;38(1):557-74.
4. Thwaites L, Nasa P, Abbenbroek B, Dat VQ, Finfer S, Kwizera A, et al. Management of adult sepsis in resource-limited settings: global expert consensus statements using a Delphi method. *Intensive Care Med [Internet]*. 23 de enero de 2025;51(1):21-38. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07735-7>
5. Funk DJ, Parrillo JE, Kumar A. Sepsis and Septic Shock: A History. *Crit Care Clin [Internet]*. enero de 2009;25(1):83-101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccc.2008.12.003>
6. Vasopressors or Fluids in Early Septic Shock. *N Engl J Med [Internet]*. 11 de junio de 2026;1-12. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoA2516225>
7. Loza-Gomez A, Hofmann E, NokLam C, Menchine M. Severe sepsis and septic shock in patients transported by prehospital services versus walk in patients to the emergency department. *Am J Emerg Med [Internet]*. julio de 2021;45:173-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.08.021>
8. Chaudhary S. P-922. Feasibility and Diagnostic Performance of Sepsis Scores in Supporting Early Intervention and Strengthening Antimicrobial Stewardship in Low-Resource Hospitals

- in LMICs. *Open Forum Infect Dis.* enero de 2026;13(Supplement_1):659-60.
9. Stephen AH, Montoya RL, Aluisio AR. Sepsis and Septic Shock in Low- and Middle-Income Countries. *Surg Infect (Larchmt).* septiembre de 2020;21(7):571-8.
 10. Schmedding M, Adegbite BR, Gould S, Beyeme JO, Adegnika AA, Grobusch MP, et al. A Prospective Comparison of Quick Sequential Organ Failure Assessment, Systemic Inflammatory Response Syndrome Criteria, Universal Vital Assessment, and Modified Early Warning Score to Predict Mortality in Patients with Suspected Infection in Gabon. *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 9 de enero de 2019;100(1):202-8. Disponible en: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/100/1/article-p202.xml>
 11. Siddiqui EU, Ali N, Baig N, Kapadia NN, Raheem A, Siddiqui T. Effectiveness of the Emergency Severity Index in Early Identification of Sepsis in a Tertiary Care Hospital of a Low-resource Setting. *Asian J Res Infect Dis* [Internet]. 24 de octubre de 2024;15(11):47-54. Disponible en: <https://journalajrid.com/index.php/AJRID/article/view/391>
 12. Jenson A, Hansoti B, Rothman R, de Ramirez SS, Lobner K, Wallis L. Reliability and validity of emergency department triage tools in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur J Emerg Med* [Internet]. junio de 2018;25(3):154-60. Disponible en: <https://journals.lww.com/00063110-201806000-00002>
 13. Schultz MJ, Dunser MW, Dondorp AM, Adhikari NKJ, Iyer S, Kwizera A, et al. Current challenges in the management of sepsis in ICUs in resource-poor settings and suggestions for the future. *Intensive Care Med.* mayo de 2017;43(5):612-24.
 14. Sartelli M, Kluger Y, Ansaloni L, Hardcastle TC, Rello J, Watkins RR, et al. Raising concerns about the Sepsis-3 definitions. *World J Emerg Surg* [Internet]. 25 de diciembre de 2018;13(1):6. Disponible en: <https://wjes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-018-0165-6>