EDITORIAL

Sepsis en 2026, partiendo de una respuesta de manejo inicial precoz hacia un sistema integral de atención en el Departamento de Emergencia.

Sepsis in 2026, from an early initial management approach to a comprehensive care system in the Emergency Department.

Juan Pablo Holguín-Carvajal [1,a,b,c]

[1] Facultad de Medicina, Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador.
[a] Especialista en Medicina de Emergencias y Desastres.
[b] Especialista en Docencia Universitaria.
[c] Doctor en Ciencias Médicas.

Autor de correspondencia

Prof. Juan Pablo Holguín-Carvajal, Ph.D.; jpholguin@uazuay.edu.ec

Historia del artículo

Recibido: 24/08/2026 **Aceptado:** 2/09/2026 **Publicado:** 5/10/2026

La sepsis continúa representando uno de los principales desafíos de la medicina de emergencias y los cuidados críticos. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos alcanzados en las últimas décadas, mantiene una elevada carga global de enfermedad y mortalidad. La actualización 2026 de la Surviving Sepsis Campaign (SSC) señala aproximadamente 49 millones de casos y 13 millones de muertes relacionadas con sepsis cada año [1]. A esta carga inmediata se suman secuelas físicas, cognitivas y de salud mental que pueden persistir después del episodio agudo.

En los servicios de emergencia, la sepsis puede presentarse inicialmente como neumonía, infección urinaria, infección intraabdominal, infección de tejidos blandos o mediante manifestaciones inespecíficas como hipotensión, alteración del estado mental, disnea o deterioro funcional. Por esta razón, su reconocimiento temprano continúa siendo uno de los puntos críticos de la atención.

Durante los últimos años, buena parte de la discusión se concentró en las intervenciones que debían ejecutarse durante las primeras horas. Antimicrobianos precoces, reanimación con fluidos, vasopresores y control del foco se consolidaron como componentes esenciales del tratamiento [1–3]. Sin embargo, la evolución de las recomendaciones entre 2016, 2021 y 2026 muestra un cambio relevante: la atención de la sepsis se orienta progresivamente hacia un manejo más individualizado, basado en la probabilidad diagnóstica, la respuesta fisiológica y el contexto clínico.

La definición Sepsis-3 estableció la disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped frente a la infección como elemento central del diagnóstico [4]. No obstante, en la práctica de emergencia el diagnóstico suele construirse mientras se inicia simultáneamente la evaluación y la reanimación. Las herramientas de tamizaje pueden facilitar este proceso, pero no reemplazan la valoración clínica.

La evolución de qSOFA es un buen ejemplo. Aunque adquirió amplia difusión después de la publicación de Sepsis-3, la SSC 2021 recomendó no utilizarlo como herramienta única para el tamizaje de sepsis [2]. La actualización 2026 refuerza esta recomendación y favorece NEWS, NEWS2, MEWS o SIRS sobre qSOFA cuando se emplea una única herramienta de detección hospitalaria [1]. El mensaje es claro: los sistemas de puntuación deben complementar, y no sustituir, el juicio clínico.

La guía 2026 amplía además el reconocimiento hacia el escenario prehospitalario. Se recomienda considerar estrategias de tamizaje durante la atención por los servicios médicos de emergencia y establecer mecanismos de comunicación anticipada con el hospital [1]. Esta incorporación es particularmente relevante en una enfermedad tiempo-dependiente, en la que los retrasos entre el primer contacto sanitario, el transporte, el triaje y el inicio del tratamiento pueden modificar el desenlace.

La administración de antimicrobianos también refleja una evolución hacia mayor discriminación clínica. En 2016 se recomendaba iniciar antimicrobianos intravenosos dentro de la primera hora tanto para sepsis como para choque séptico [3]. En 2021 se estableció una di-

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.
Versión electrónica: ISSN 3119-7213e CrossRef DOI: 10.65920/rpmed
OJS: https://rpmed.pe/ojs

Citar como:
Holguín-Carvajal JP. Sepsis en 2026, partiendo de una respuesta de manejo inicial precoz hacia un sistema integral de atención en el Departamento de Emergencia. Rev Per Med Emg Desast. 2026;1(3):5–7. DOI: 10.65920/rpmed.202613.43

ferenciación más precisa: la administración inmediata continuó siendo prioritaria para pacientes con choque séptico o alta probabilidad de sepsis, mientras que en casos de posible sepsis sin choque se incorporó un periodo limitado para investigar causas infecciosas y no infecciosas [2].

La SSC 2026 mantiene este enfoque. En pacientes con choque séptico posible, probable o definido, así como en aquellos con sepsis probable o definida sin choque, se recomienda administrar antimicrobianos inmediatamente, idealmente dentro de la primera hora. En pacientes con posible sepsis sin choque se permite una evaluación rápida y, si persiste la preocupación por infección, el tratamiento debe iniciarse dentro de las tres horas desde la sospecha inicial [1].

Esta diferenciación no disminuye la importancia del tratamiento precoz. Más bien integra la urgencia terapéutica con los principios de optimización del uso de antimicrobianos. El objetivo contemporáneo es administrar tratamiento oportuno a quienes probablemente lo necesitan y reducir la exposición innecesaria en pacientes con diagnósticos alternativos.

La actualización 2026 incorpora incluso una recomendación específica para el ámbito prehospitalario. En pacientes con sepsis probable o definida, hipotensión y un tiempo estimado superior a 60 minutos hasta la evaluación hospitalaria, se sugiere considerar la administración de antimicrobianos durante el transporte, siempre que exista un sistema estructurado para su identificación y tratamiento [1]. Esta recomendación no implica la administración indiscriminada de antimicrobianos en el ámbito prehospitalario, sino su utilización en pacientes cuidadosamente seleccionados.

La reanimación con fluidos también se ha vuelto progresivamente más individualizada. Los 30 mL/kg de cristaloides durante las primeras tres horas continúan siendo una referencia para pacientes con hipoperfusión inducida por sepsis o choque séptico, pero la fortaleza de esta recomendación disminuyó en 2021 [2]. En 2026 se mantiene como recomendación condicional y se enfatiza explícitamente la necesidad de considerar las características individuales del paciente y realizar reevaluaciones frecuentes para evitar tanto la hiporresucitación como la sobrecarga de volumen [1].

Los cristaloides continúan siendo el líquido de primera elección y, durante la reanimación inicial, la guía 2026 sugiere utilizar cristaloides balanceados sobre solución salina al 0,9 %, salvo situaciones clínicas específicas [1]. Por tanto, el volumen inicial debe entenderse como el comienzo de una estrategia de reanimación que requiere evaluación clínica y hemodinámica continua.

La valoración de respuesta también ha evolucionado. Las medidas dinámicas de respuesta a fluidos adquirieron mayor protagonismo y el tiempo de relleno capilar fue incorporado en 2021 como complemento de otros indicadores de perfusión [2]. El estudio ANDROMEDA-SHOCK contribuyó de manera importante a recuperar el valor de la perfusión periférica como objetivo clínico de la reanimación [5]. Esta aproximación resulta especialmente atractiva para contextos con recursos limitados porque combina evaluación fisiológica, disponibilidad inmediata y bajo costo.

En cuanto al soporte hemodinámico, norepinefrina mantiene su posición como vasopresor de primera línea [1–3]. Las recomendaciones actuales también permiten iniciar vasopresores por acceso periférico cuando sea necesario para evitar retrasos mientras se obtiene un acceso venoso central, siempre con adecuada vigilancia y utilizando una vena apropiada [1, 2]. El objetivo inicial habitual de presión arterial media permanece alrededor de 65 mmHg, aunque la actualización 2026 incorpora mayor consideración de la edad y las características individuales del paciente [1].

Otro elemento relevante es el control del foco. Desde 2016 se reconoce que las infecciones que requieren una intervención anatómica deben identificarse rápidamente y resolverse tan pronto como sea médica y logísticamente posible [3]. La SSC 2026 mantiene esta recomendación y señala que, cuando el control del foco es necesario, los esfuerzos prolongados de estabilización sin resolver la causa pueden ser insuficientes, particularmente en pacientes con choque séptico [1].

Quizá el cambio más importante de la guía 2026 no corresponda a una intervención terapéutica específica. La actualización amplía el concepto de atención de la sepsis hacia programas institucionales de mejora de calidad, atención prehospitalaria, optimización de antimicrobianos, transiciones asistenciales y seguimiento después del alta [1].

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para América Latina. La disponibilidad de lactato, microbiología, cuidados intensivos, vasopresores, procedimientos de control del foco o transporte sanitario oportuno varía considerablemente entre países y entre establecimientos de un mismo sistema de salud. Aplicar medicina basada en evidencia en estos contextos no significa reproducir de manera automática una guía internacional, sino preservar sus principios fundamentales y adaptarlos responsablemente a los recursos disponibles.

La SSC 2026 reconoce esta heterogeneidad al incorporar consideraciones de equidad, factibilidad, utilización de recursos y representación de profesionales con experiencia en países de ingresos bajos y medios durante el proceso de elaboración de las recomendaciones [1]. Esta aproximación mejora su aplicabilidad global, aunque no elimina la necesidad de generar evidencia propia en nuestra región.

El conocimiento individual de las recomendaciones tampoco es suficiente si el sistema no dispone de procesos que permitan reconocer rápidamente al paciente, obtener cultivos cuando corresponda, disponer del an-

timicrobiano adecuado, administrar fluidos de manera segura, iniciar vasopresores oportunamente y garantizar el control del foco. Por ello, la SSC 2026 refuerza los programas de mejora del desempeño y de calidad como componentes centrales de la atención [1].

Después de una década de evolución de las recomendaciones, el principio de oportunidad terapéutica continúa siendo esencial, pero debe acompañarse de una adecuada selección de intervenciones, reevaluación permanente y organización del sistema asistencial. El desafío actual ya no consiste únicamente en tratar precozmente la sepsis, sino en hacerlo de manera individualizada, segura, medible y sostenible.

Referencias bibliográficas

1. Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, Møller MH, Alshamsi F, Azevedo LCP, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026. Crit Care Med. 2026;54(4):725–812. doi: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000007075.

2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Crit Care Med. 2021;49(11). doi: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000005337.

3. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Crit Care Med. 2017;45(3):486–552. doi: https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002255.

4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810. doi: https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287.

5. Hernández G, Ospina-Tascón GA, Damiani LP, Estenssoro E, Dubin A, Hurtado J, et al. Effect of a resuscitation strategy targeting peripheral perfusion status vs serum lactate levels on 28-day mortality among patients with septic shock: the ANDROMEDA-SHOCK randomized clinical trial. JAMA. 2019;321(7):654–664. doi: https://doi.org/10.1001/jama.2019.0071.