

Una década de cambio en sepsis. Evolución de las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign, 2016–2026.

A decade of change in sepsis. Evolution of the Surviving Sepsis Campaign recommendations, 2016–2026.

Juan Pablo Holguín-Carvajal, Ph.D. ^{1,a,b,c} , María Fernanda Salgado-Castillo, Ms.C. ^{1,d,e} 

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.

^d Magíster en Bioética.

^e Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva.

Autor de correspondencia

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

Historia del artículo

Recibido: 24/08/2026

Aceptado: 20/09/2026

Publicado: 5/10/2026

Señor Editor:

Pocas guías de práctica clínica han influido tanto en la atención inicial del paciente crítico como las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign (SSC). La comparación de sus ediciones de 2016, 2021 y 2026 (Tabla 1) permite identificar no solo modificaciones terapéuticas, sino también una evolución en la manera de comprender y tratar la sepsis: desde intervenciones relativamente protocolizadas hacia una atención más individualizada, fisiológica y articulada dentro del sistema sanitario [1–3].

Uno de los cambios más relevantes corresponde al momento de administración de los antimicrobianos. En 2016 se recomendaba iniciarlos por vía intravenosa dentro de la primera hora tanto para sepsis como para choque séptico [1]. En 2021 se incorporó una diferenciación según gravedad y probabilidad diagnóstica: la primera hora se mantuvo para el choque séptico o una alta probabilidad de sepsis, mientras que en pacientes con posible sepsis sin choque se permitió una evaluación rápida y limitada en el tiempo antes de iniciar tratamiento [2].

La actualización 2026 mantiene este enfoque. En pacientes con choque séptico posible, probable o definido, y en aquellos con sepsis probable o definida sin choque, se recomienda administrar antimicrobianos inmediatamente, idealmente dentro de una hora. En la posible sepsis sin choque se acepta una evaluación rápida de causas infecciosas y no infecciosas, con administración de antimicrobianos dentro de tres horas si persiste la sospecha [3]. Estas diferencias no representan una

disminución de la importancia del tratamiento precoz, sino una aplicación más selectiva de acuerdo con la probabilidad de infección y el riesgo clínico.

La reanimación con fluidos muestra una evolución similar. La administración inicial de al menos 30 mL/kg de cristaloides durante las primeras tres horas se mantiene desde 2016, pero pasó de una recomendación fuerte a una recomendación débil en 2021 [1,2]. En 2026 continúa como recomendación condicional y se añade explícitamente la necesidad de considerar las características individuales del paciente y realizar reevaluaciones frecuentes para evitar tanto la hiporesuscitación como la sobrecarga de volumen [3].

También ha cambiado la selección del tipo de fluido. En 2016 se aceptaban cristaloides balanceados o solución salina [1]. En 2021 se sugirió utilizar preferentemente soluciones balanceadas, recomendación que se mantiene en 2026 para la reanimación inicial [2,3]. No-repinefrina, por el contrario, conserva durante toda la década su posición como vasopresor de primera línea.

La evaluación de la perfusión se ha vuelto progresivamente menos dependiente de parámetros aislados. Las medidas dinámicas para valorar respuesta a fluidos adquirieron mayor relevancia y en 2021 se incorporó el tiempo de relleno capilar como complemento para guiar la reanimación [2,4]. La actualización 2026 mantiene un enfoque multimodal e individualizado de la perfusión [3].

Otro cambio relevante es la ampliación del ámbito asistencial. La SSC 2026 incorpora explícitamente el escenario prehospitalario y plantea, de manera condicio-



Citar como:

Tabla 1. Principales cambios seleccionados en las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign, 2016–2026.

Dominio	SSC 2016	SSC 2021	SSC 2026
Tamizaje	Programas institucionales de tamizaje y mejora	Desaconseja qSOFA como herramienta única	Prefiere NEWS/NEWS2, MEWS o SIRS sobre qSOFA como herramienta única; incorpora tamizaje prehospitalario
Antimicrobianos	Dentro de 1 h para sepsis y choque séptico	Dentro de 1 h en choque/alta probabilidad; evaluación hasta 3 h en posible sepsis sin choque	Mantiene la estratificación según probabilidad y gravedad; refuerza optimización antimicrobiana
Fluidos iniciales	≥ 30 mL/kg en las primeras 3 h; recomendación fuerte	≥ 30 mL/kg; recomendación débil	≥ 30 mL/kg; recomendación condicional, con individualización y reevaluación frecuente
Tipo de cristaloides	Balanceado o solución salina	Sugiere cristaloides balanceados	Sugiere cristaloides balanceados sobre solución salina al 0,9 % durante la reanimación inicial
Respuesta a fluidos	Favorece variables dinámicas cuando estén disponibles	Refuerza el uso de medidas dinámicas	Mantiene evaluación individualizada y reevaluación frecuente
Perfusión	Lactato como marcador de hipoperfusión	Incorpora relleno capilar como complemento	Mantiene evaluación multimodal de la perfusión
Vasopresor inicial	Norepinefrina	Norepinefrina; permite inicio periférico para evitar retrasos	Norepinefrina; mantiene inicio periférico cuando sea necesario y PAM inicial alrededor de 65 mmHg, individualizada según contexto
Atención prehospitalaria	Sin recomendaciones específicas relevantes	Alcance principalmente hospitalario	Incorpora tamizaje prehospitalario y antimicrobianos condicionales en pacientes seleccionados con demora > 60 min
Continuidad asistencial	Desarrollo limitado	Incorpora transición de cuidados y seguimiento de supervivientes	Amplía transiciones, planificación del alta y necesidades posteriores a la hospitalización

Fuente: elaboración propia a partir de las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign [1–3].

nal, la administración de antimicrobianos durante el transporte en pacientes con sepsis probable o definida, hipotensión y un tiempo estimado superior a 60 minutos hasta la evaluación hospitalaria, siempre que exista un sistema estructurado para identificar y tratar estos casos [3].

La evolución observada durante esta década muestra que las diferentes ediciones no deben interpretarse como contradictorias, sino como consecuencia de la incorporación progresiva de nueva evidencia. Algunos pilares permanecen prácticamente invariables (reconocimiento temprano, cristaloides, norepinefrina y control oportuno del foco), mientras que otros han requerido mayor individualización y menor rigidez protocolaria.

Para quienes trabajamos en medicina de emergencias, el conocimiento de las recomendaciones vigentes debe acompañarse de la comprensión de la evidencia que sustenta sus modificaciones. Diez años después, la atención de la sepsis continúa exigiendo rapidez, pero su aplicación es progresivamente más selectiva, contextualizada y basada en la reevaluación continua.

Referencias bibliográficas

- 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- 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>