

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

Equipo elaborador: Equipo PROA ZA. Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción

Según la Tercera conferencia de consenso de definición de Sepsis (Sepsis-3), ***la sepsis es una disfunción orgánica que pone en peligro la vida, causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección.*** La sepsis y el shock séptico son problemas importantes de salud, que afectan a millones de personas en todo el mundo cada año y matan entre uno de cada tres y uno de cada seis de los que la padecen. La identificación temprana y el manejo apropiado en las primeras horas tras el desarrollo de la sepsis mejoran los resultados.

El “**código sepsis**” es un proceso de atención multidisciplinario que busca acelerar el diagnóstico y el tratamiento de la sepsis. Si bien los protocolos de código sepsis varían, los elementos comunes incluyen una herramienta de detección para el seguimiento de indicadores clínicos de sepsis, un mecanismo de activación de alerta para casos sospechosos de sepsis por parte de un médico a pie de cama, y un equipo de respuesta que brindará evaluación y tratamiento inmediatos a pie de cama.

Fuentes de información:

Esta guía está basada en:

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026.

Evans et al. Copyright © 2026 by the Society of Critical Care Medicine and the European Society of Intensive Care Medicine.

Diagnóstico:

Las herramientas de cribado de sepsis están diseñadas para promover la identificación temprana de la sepsis y consisten en métodos manuales o en el uso automatizado del historial clínico electrónico. Existe una amplia variación en la precisión diagnóstica de estas herramientas, siendo la mayoría de ellas de bajo valor predictivo, aunque el uso de algunas se asoció con mejoras en los procesos de atención. Se utilizan diversas variables clínicas y herramientas para el cribado de sepsis, como los criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), los signos vitales, los signos de infección, la escala rápida de fallo orgánico asociado a sepsis (qSOFA) o los criterios de Evaluación de Fallo Orgánico asociado a sepsis (SOFA), la Escala de Alerta Temprana (NEWS) o la Escala de Alerta Temprana Modificado (MEWS).

Un gran estudio de cohorte de más de 221.000 pacientes demostró que NEWS2 tenía la mayor sensibilidad y especificidad en comparación con MEWS, SIRS y qSOFA

Las herramientas de cribado pueden dirigirse a pacientes en diversos lugares, empezando en la atención extrahospitalaria, salas de hospitalización, departamentos de urgencias o UCI. Aunque existe una gran

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

variabilidad en la sensibilidad y especificidad de las herramientas de cribado de sepsis, son un componente importante para identificar la sepsis de manera temprana y permitir una intervención oportuna.

Actualmente se recomienda utilizar NEWS, NEW2, MEWS o SIRS en lugar del qSOFA como herramienta única para detectar la sepsis.

PARÁMETRO FISIOLÓGICO	ESCALA						
	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
Saturación de oxígeno (SpO2)	≤91	92–93	94–95	≤96			
SpO2 en caso de EPOC	≤83	84–85	86–87	88–92 ≤93 sin O2	93–94 con O2	95–96 con O2	≥97 con O2
¿Oxígeno suplementario?		SI		Aire ambiente			
Tensión arterial sistólica	≤90	91–100	101–110	111–219			
Frecuencia cardíaca	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Nivel de consciencia				Alerta			C,V,D,I
Temperatura	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Chart 2: NEWS thresholds and triggers

NEW score	Clinical risk	Response
Aggregate score 0–4	Low	Ward-based response
Red score Score of 3 in any individual parameter	Low–medium	Urgent ward-based response*
Aggregate score 5–6	Medium	Key threshold for urgent response*
Aggregate score 7 or more	High	Urgent or emergency response**

* Response by a clinician or team with competence in the assessment and treatment of acutely ill patients and in recognising when the escalation of care to a critical care team is appropriate.

**The response team must also include staff with critical care skills, including airway management.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

La atención inicial al paciente debe incluir de forma inmediata, y al menos horariamente, la toma de constantes (tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, nivel de consciencia, SatO₂). Dentro de la primera hora de atención, medir lactato en suero.

La asociación del nivel de lactato con la mortalidad en pacientes con sospecha de infección y sepsis está bien establecida. Actualmente se recomienda su uso como parte del paquete de sepsis SSC de la Hora-1 para aquellos pacientes con sepsis, y un nivel elevado de lactato forma parte de la definición de Sepsis-3 de shock séptico. Se ha sugerido que el lactato también puede utilizarse para detectar la presencia de sepsis entre pacientes adultos indeterminados con sospecha clínica de sepsis (pero no confirmada).

Aunque históricamente el lactato mayor o igual a 4 mmol/L ha sido el umbral para la reanimación con líquidos, la elevación intermedia del lactato (>2 a <4 mmol/L) es común en pacientes con sepsis y se asocia a una mayor mortalidad, beneficiándose también de una reanimación precoz con fluidos para evitar la progresión a shock séptico.

A modo de conclusión: la sepsis es un diagnóstico eminentemente clínico y no debe confirmarse ni descartarse utilizando un solo biomarcador o prueba diagnóstica.

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN

Como no existe una prueba "gold standar" para diagnosticar sepsis, el profesional que evalúa al paciente no puede tener un diagnóstico diferencial de sepsis solo en un paciente con disfunción orgánica. De hecho, un tercio o más de los pacientes diagnosticados inicialmente con sepsis resultan tener condiciones no infecciosas. La mejor práctica es evaluar continuamente al paciente para determinar si otros diagnósticos son más o menos probables, especialmente porque la trayectoria clínica del paciente puede evolucionar significativamente tras el ingreso hospitalario, aumentando o disminuyendo la probabilidad de un diagnóstico de sepsis. Con esta incertidumbre, pueden surgir desafíos significativos para determinar cuándo es "apropiado" desescalar o suspender los antibióticos.

La evaluación rápida del paciente incluye la historia clínica y el examen físico, pruebas tanto para causas infecciosas como no infecciosas de enfermedad aguda y tratamiento inmediato para condiciones agudas que pueden imitar la sepsis. Estas pruebas diagnósticas incluyen: analítica completa, obtención de hemocultivos (previamente a la administración de antimicrobianos, siempre que no suponga un retraso sustancial en el inicio de los mismos, es decir < 60 minutos en pacientes con alta sospecha de sepsis y shock séptico), otras muestras para cultivo en función del foco infeccioso de sospecha y pruebas de imagen adecuadas. Siempre que sea posible, esto debe completarse dentro de las 3 horas posteriores a la presentación, para que se pueda tomar una decisión sobre la probabilidad de una causa infecciosa de la presentación del paciente y proporcionar una terapia antimicrobiana oportuna si se considera alta la probabilidad de sepsis.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

Estudios microbiológicos

Resulta fácil entender que el papel del laboratorio de Microbiología es fundamental en el tratamiento de los pacientes con infecciones graves.

Para proporcionar el nivel de calidad adecuado, las muestras deben seleccionarse, extraerse y transportarse correctamente para optimizar su análisis e interpretación. La interpretación de los resultados en Microbiología depende en gran medida de la calidad de la muestra enviada para análisis y el manejo de la muestra no puede ser arbitrario. Los profesionales que recogen muestras para Microbiología deben ser conscientes de lo que el médico necesita así como de las necesidades del laboratorio de manera que se asegure que las muestras lleguen a Microbiología tan rápido como sea posible y en condiciones óptimas (2). El transporte rápido de las muestras al laboratorio de microbiología es esencial para optimizar el rendimiento de los cultivos y la interpretación de los resultados.

En teoría, lo más deseable por la inmediatez del diagnóstico, es identificar el microorganismo responsable de la infección directamente a partir de la sangre del paciente. Otra opción persigue identificar el agente etiológico lo más pronto posible una vez el cultivo se ha hecho positivo. Existen técnicas de diagnóstico rápido aplicables en diferentes muestras biológicas. **Métodos Comunes de Diagnóstico Rápido:**

1. **Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR):** Esta técnica molecular permite la amplificación y detección de ADN o ARN de patógenos en muestras clínicas. Variantes como la PCR en tiempo real (qPCR) y la RT-PCR son ampliamente utilizadas para diagnósticos rápidos y precisos.
2. **Microscopía Digital:** Permite la detección de bacterias en hemocultivos en un tiempo reducido, proporcionando resultados en aproximadamente 2 horas. Esta técnica es útil para identificar rápidamente infecciones bacterianas.
3. **Espectrometría de Masas (MALDI-TOF):** Utilizada para la identificación rápida de microorganismos a partir de cultivos, esta técnica ofrece resultados precisos en minutos y es especialmente valiosa en la identificación de bacterias y hongos.
4. **Detección de Antígenos:** Métodos que permiten la identificación rápida de antígenos específicos de patógenos en muestras clínicas. Aunque son menos sensibles que las técnicas moleculares, pueden proporcionar resultados en menos de una hora.
5. **Metagenómica y Secuenciación Masiva:** Estas técnicas emergentes permiten el análisis de múltiples microorganismos en una sola prueba, lo que es especialmente útil en casos de infecciones complejas o cuando se sospecha de múltiples patógenos.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente con respecto a la detección (historia clínica y exploración física, y solicitud de pruebas complementarias), podemos diferenciar:

Término	Significado clínico
Sepsis definitiva	Confirmada por historia, examen y pruebas. Diagnóstico alternativo muy improbable
Sepsis probable	Alta sospecha; diagnóstico más probable; alternativa menos probable
Sepsis posible	Sospecha moderada; diagnóstico alternativo también probable
Sepsis improbable	Evaluación clínica inconsistente; diagnóstico alternativo más probable

RESUCITACIÓN INICIAL

La sepsis y el shock séptico son emergencias médicas. En pacientes con hipoperfusión (hipotensión arterial definida como PAS < 90 mmHg, elevación de Lactato > 2 mmol/l, relleno capilar retardado,...) inducida por sepsis o shock séptico se debe iniciar la resucitación con fluidos de modo inmediato. **Administrar al menos 30 mL/kg de fluidos cristaloides intravenosos durante las primeras 3 horas de resucitación.** Utilizar preferiblemente cristaloides balanceados (Ringer Lactato®, Isofundín®). No se recomienda utilizar almidones ni gelatinas para la reanimación.

Revalorar de forma continua al paciente y guiar la resucitación para disminuir el lactato sérico en pacientes con niveles elevados de lactato. Durante la resucitación aguda, el nivel de lactato sérico debe interpretarse considerando el contexto clínico y otras causas de elevación del lactato. Además, utilizar el tiempo de llenado capilar para guiar la reanimación como un complemento a otras medidas de perfusión.

Una vez administrado el bolo inicial de fluidoterapia, si persisten datos de hipoperfusión, sugerimos usar medidas dinámicas para guiar la resucitación con líquidos en lugar de basarse solo en el examen físico o parámetros estáticos. Los parámetros dinámicos incluyen la respuesta a una elevación pasiva de la pierna o a un bolo de líquido, utilizando el volumen sistólico (VS), la variación del volumen sistólico (VVS), la variación de la presión de pulso (VPP) o la ecocardiografía, cuando esté disponible. Este manejo se realizará en unidades de pacientes críticos.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

¿Cuándo?

La administración temprana de antimicrobianos adecuados es una de las intervenciones más efectivas para reducir la mortalidad en pacientes con sepsis. Por lo tanto, la administración de antimicrobianos a pacientes con sepsis o shock séptico debe considerarse una emergencia. No obstante, la necesidad de proporcionar antimicrobianos lo antes posible debe equilibrarse con los posibles daños asociados con la administración innecesaria de estos.

La reducción de la mortalidad asociada con el uso temprano de antimicrobianos parece ser más fuerte en los pacientes con shock séptico, donde los estudios han informado una fuerte asociación entre el tiempo hasta la administración de antibióticos y la muerte en pacientes con shock séptico.

Por lo tanto ***en pacientes con posible shock séptico o una alta probabilidad de sepsis, se deben administrar antimicrobianos de inmediato, idealmente dentro de la primera hora desde su reconocimiento.***

En pacientes con posible sepsis sin shock, sugerimos un periodo de investigación rápida con duración limitada y, si persiste la sospecha de infección, la administración de antimicrobianos **dentro de las 3 horas** desde el momento en que se reconoció por primera vez la sepsis.

No se debe utilizar la procalcitonina para decidir cuándo iniciar o no antimicrobianos.

Se debería considerar la administración extrahospitalaria de antimicrobianos (durante el traslado del paciente al hospital), en pacientes seleccionados con alta sospecha de shock séptico, en los que se prevea un tiempo de llegada >60 minutos.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

Tiempo de la terapia antimicrobiana

	Shock presente	Shock ausente
Sepsis definitiva o probable	✓✓ Administrar terapia antimicrobiana inmediatamente, idealmente dentro de la primera hora de reconocimiento.	✓✓ Administrar terapia antimicrobiana inmediatamente, idealmente dentro de la primera hora de reconocimiento.
Sepsis posible	✓	✓ Evaluación rápida* de infección vs causas no infecciosas de enfermedad aguda. Administrar terapia antimicrobiana dentro de las 3 horas si persiste la preocupación por la infección.

✓✓ Recomendación fuerte ("recomendamos")
✓ Recomendación condicional ("sugerimos")

Sepsis definitiva: La sepsis se confirma basándose en la historia, el examen clínico y las pruebas diagnósticas. Un diagnóstico alternativo es muy improbable.
Sepsis probable: Alta sospecha de sepsis. La sepsis es el diagnóstico más probable basándose en la historia, el examen clínico y las pruebas diagnósticas. Un diagnóstico alternativo es menos probable.
Sepsis posible: Sospecha moderada de sepsis. La sepsis es un diagnóstico posible; sin embargo, un diagnóstico alternativo también es probable basándose en la historia, el examen clínico y las pruebas diagnósticas.

*La evaluación rápida incluye historia y examen clínico, pruebas para causas tanto infecciosas como no infecciosas de enfermedad aguda y tratamiento inmediato para afecciones agudas que pueden simular sepsis. Siempre que sea posible, esta evaluación debe completarse dentro de las 3 horas posteriores a la presentación para que se pueda tomar una decisión sobre la probabilidad de una causa infecciosa de la presentación del paciente y se proporcione terapia antimicrobiana oportuna si se considera que la probabilidad es alta.

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO

¿Cuál?

La elección correcta del tratamiento antimicrobiano (TA) es un proceso complejo pues, en la mayoría de ocasiones, debe iniciarse de forma empírica. En este sentido, según algunos estudios, esta selección resulta inadecuada en hasta 5 de cada 10 pacientes, incrementando su estancia hospitalaria. Por estos motivos, y a fin de optimizar y homogeneizar la prescripción de los TA y disminuir el riesgo de aparición de microorganismos resistentes, el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antimicrobianos (PRAN), en su línea estratégica «Control de la resistencia antibiótica», propone que los prescriptores empleen guías de tratamiento antimicrobiano empírico adaptadas a la ecología local de cada centro. Asimismo, una prescripción antibiótica empírica adecuada debe tener en consideración, además de la epidemiología y los patrones locales de sensibilidad/resistencia, otros factores como el foco de infección, el perfil del paciente y las características farmacocinéticas y farmacodinámicas (PK/PD) de los antimicrobianos.

Consideraciones generales

- Continúa la recomendación de administrar **infusión prolongada de beta-lactámicos** para el mantenimiento (después de un bolo inicial) en lugar de la infusión en bolo convencional.
- Es imperativa una evaluación diaria para la **desescalada de antimicrobianos** en lugar de utilizar duraciones fijas de terapia sin una reevaluación diaria para la desescalada.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

- En pacientes con un diagnóstico inicial de sepsis o shock séptico, con un control adecuado del foco y buena evolución clínica, usar una **terapia antimicrobiana de duración más corta** en lugar de más larga.
- Para adultos con un diagnóstico inicial de sepsis o shock séptico y un control adecuado del foco, donde la duración óptima del tratamiento no está clara, usar la **procalcitonina y la evaluación clínica** para decidir cuándo suspender los antimicrobianos.
- En caso de sepsis o shock séptico con alto riesgo de **infección por un patógeno multirresistente** (MDR) específico, utilizar terapia antimicrobiana empírica con cobertura para este patógeno MDR.

Factores de riesgo: 1) Colonización con el patógeno multirresistente en cuestión, 2) Infección previa con el patógeno multirresistente en cuestión, 3) Uso prolongado de antibióticos de amplio espectro y 4) Hospitalización prolongada en una unidad con alta prevalencia del patógeno multirresistente en cuestión.

- La **terapia antifúngica** empírica debe considerarse caso por caso en pacientes seleccionados con sepsis o shock séptico y factores de riesgo de infección fúngica, incluyendo inmunosupresión, uso prolongado de antibióticos, hospitalización prolongada y fuentes de infección intraabdominales.
- En presencia de factores de riesgo específicos para **infección anaeróbica**, se debería usar un régimen antibiótico empírico que incluya cobertura contra bacterias anaerobias.

Factores de riesgo de infección anaeróbica: infecciones ginecológicas, intraabdominales o profundas, origen obstétrico de la infección, infección necrotizante de tejidos blandos, infección de cabeza y cuello, y abscesos o empiema del SNC.

CONTROL DEL FOCO

El control adecuado del foco de infección, es un principio clave en el manejo de la sepsis y el shock séptico. Recomendamos identificar rápidamente o descartar un diagnóstico anatómico específico de infección que requiera control urgente de la fuente e implementar cualquier intervención de control de la fuente requerida tan pronto como sea médicamente posible, idealmente **dentro de las primeras 6 horas del diagnóstico**.

El control del foco puede incluir el drenaje de un absceso, el desbridamiento de tejido necrótico infectado, la retirada de un dispositivo potencialmente infectado o el control definitivo de una fuente de contaminación microbiana en curso.

Los focos de infección fácilmente susceptibles de control de la fuente incluyen abscesos intraabdominales, perforación gastrointestinal, intestino isquémico o vólvulo, colangitis, colecistitis, pielonefritis asociada con obstrucción o absceso, infección necrotizante de tejidos blandos, otras infecciones de espacios profundos (por ejemplo, empiema o artritis séptica) e infecciones de dispositivos implantados.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

ADMISIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

El resultado de los pacientes críticamente enfermos depende de la aplicación oportuna de intervenciones de cuidados críticos en un entorno adecuado. Fuera de la UCI, los pacientes sépticos suelen ser atendidos en el departamento de emergencia (DE) y en las salas del hospital. Las admisiones tardías de pacientes críticamente enfermos desde el DE se asocian con una menor adherencia al conjunto de medidas para la sepsis y un aumento de la mortalidad, la duración de la ventilación y la estancia en la UCI y en el hospital.

Por lo tanto, ***en pacientes con sepsis o shock séptico que requieren ingreso en la UCI, éste se debe realizar dentro de las primeras 6 horas del diagnóstico.***

MANEJO HEMODINÁMICO

La presión arterial media (PAM) es un determinante clave de la presión media de llenado sistémico, que a su vez es el principal impulsor del retorno venoso y del gasto cardíaco. Por lo tanto, aumentar la PAM generalmente resulta en un incremento del flujo sanguíneo tisular y aumenta el suministro de perfusión tisular. Mientras que algunos tejidos, como el cerebro y los riñones, tienen la capacidad de autorregular el flujo sanguíneo, las PAM por debajo de un umbral, usualmente entendido como aproximadamente 60 mm Hg, se asocian con una perfusión orgánica disminuida, la cual sigue una relación lineal con la PAM.

En aquellos pacientes que reciben vasopresores, recomendamos un objetivo inicial de presión arterial media (PAM) de 65 mm Hg en lugar de objetivos de PAM más altos. En pacientes de edad igual o superior a 65 años, se admite un umbral más bajo (60 mmHg de PAM objetivo). Se recomienda usar **noradrenalina** como el agente de primera línea en lugar de otros vasopresores. Cuando los pacientes que reciben noradrenalina presentan niveles inadecuados de presión arterial media, sugerimos añadir **vasopresina** en lugar de aumentar la dosis de norepinefrina. La vasopresina generalmente se inicia cuando la dosis de noradrenalina está en el rango de 0,25–0,5 µg/kg/min.

Cuando se utilizan vasopresores de manera periférica, deben administrarse solo por un corto período de tiempo y en una vena en la fosa antecubital o proximal a ésta.

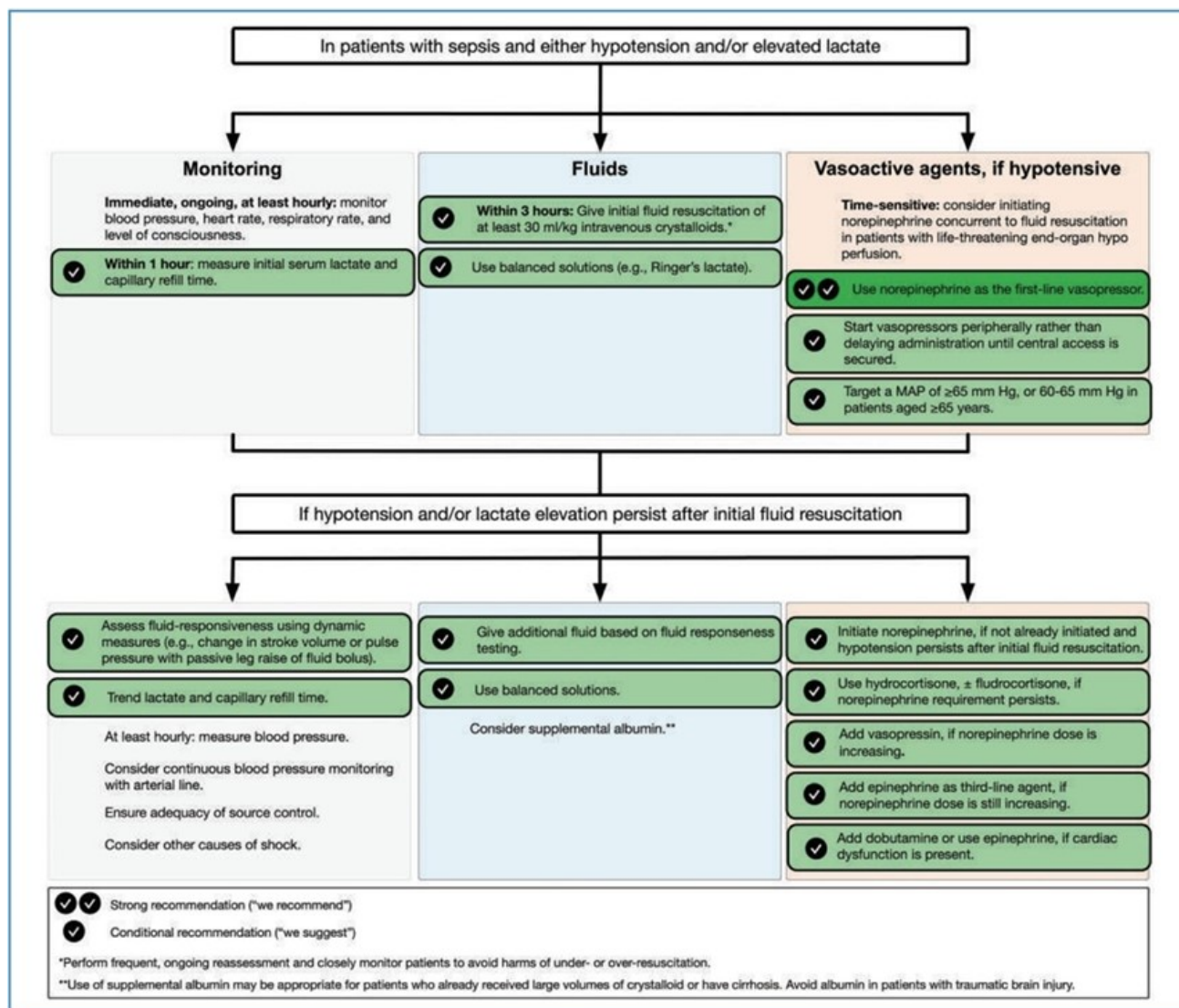


Figura 3. Guía rápida para la reanimación y el soporte hemodinámico en adultos con sepsis y choque séptico. Esta figura sirve como referencia rápida para resumir la monitorización hemodinámica y las intervenciones en pacientes con hipotensión o hipoperfusión inducidas por sepsis. No se trata de un resumen exhaustivo de las recomendaciones sobre reanimación incluidas en las guías de la Campaña para Sobrevivir a la Sepsis. Priorizamos la inclusión de recomendaciones en esta figura para facilitar la atención directa al paciente, incluyendo la monitorización y las intervenciones más utilizadas en la práctica clínica.

MANEJO RESPIRATORIO

Para los adultos con insuficiencia respiratoria hipoxémica inducida por sepsis, sugerimos el uso de **oxigenoterapia nasal de alto flujo (ONAF)** en lugar de la ventilación no invasiva. No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación sobre el uso de ventilación no invasiva en comparación con la ventilación invasiva en adultos con insuficiencia respiratoria hipoxémica inducida por sepsis.

Para pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva con SDRA inducido por sepsis, se recomienda usar una **estrategia de ventilación protectora**, con volumen corriente bajo (6 mL/kg), en lugar de una estrategia de volumen corriente alto (> 10 mL/kg), así como recomendamos usar un objetivo de presión meseta

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

máxima de 30 cm H₂O, en lugar de presiones meseta más altas y usar PEEP más alto en lugar de PEEP más bajo.

En pacientes con SDRA moderado a grave inducido por sepsis, recomendamos usar la ventilación en decúbito prono durante más de 12 horas diarias.

En pacientes adultos con SDRA grave inducido por sepsis, sugerimos usar ECMO veno-venosa (VV) cuando la ventilación mecánica convencional falla, en centros experimentados con la infraestructura adecuada para su uso.

TERAPIA ADICIONAL

- **Corticoterapia:** en pacientes con shock séptico y necesidad continua de terapia con vasopresores, sugerimos el uso de corticosteroides intravenosos. El corticosteroide típico utilizado en adultos con shock séptico es la hidrocortisona IV a una dosis de 200 mg/d administrada como 50 mg por vía intravenosa cada 6 horas o como infusión continua. Se sugiere que esto se inicie a una dosis de noradrenalina $\geq 0,25$ mcg/kg/min al menos 4 horas después del inicio.
- **Hemoderivados:** para los adultos con sepsis o shock séptico, recomendamos utilizar una estrategia de transfusión restrictiva en lugar de liberal.
- **Profilaxis tromboembólica:** se recomienda el uso de profilaxis farmacológica para la tromboembolia venosa (TEV), a menos que exista una contraindicación para dicha terapia. Se recomienda usar heparina de bajo peso molecular en lugar de heparina no fraccionada para la profilaxis de TEV.
- **Terapia de reemplazo renal:** en adultos con sepsis o shock séptico y fallo renal agudo, sugerimos usar terapia de reemplazo renal continua o intermitente. En presencia de acidosis metabólica grave ($\text{pH} \leq 7,2$) y lesión renal aguda (puntaje AKIN 2 o 3), sugerimos el uso de terapia con bicarbonato de sodio.
- **Profilaxis anti úlcera gástrica de estrés.**
- **Insulinoterapia:** iniciar la terapia con insulina cuando el nivel de glucosa sea ≥ 180 mg/dL (10 mmol/L).
- **Nutrición enteral:** en ausencia de contraindicaciones, sugerimos el inicio temprano (dentro de las primeras 72 horas) de la nutrición enteral.

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

Referencias bibliográficas:

- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al: The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315:801–810
- 2. Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK, et al; International Forum of Acute Care Trialists: Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. Am J Respir Crit Care Med 2016; 193:259–272
- 3. Fleischmann-Struzek C, Mellhammar L, Rose N, et al: Incidence and mortality of hospital- and ICU-treated sepsis: Results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med 2020; 46:1552–1562
- 4. Rhee C, Dantes R, Epstein L, et al; CDC Prevention Epicenter Program: Incidence and trends of sepsis in US hospitals using clinical vs claims data, 2009-2014. JAMA 2017; 318:1241–1249
- Alberto L, Marshall AP, Walker R, et al: Screening for sepsis in general hospitalized patients: A systematic review. J Hosp Inf 2017; 96:305–315
- Bhattacharjee P, Edelson DP, Churpek MM: Identifying patients with sepsis on the hospital wards. Chest 2017; 151:898–907
- Makam AN, Nguyen OK, Auerbach AD: Diagnostic accuracy and effectiveness of automated electronic sepsis alert systems: A systematic review. J Hosp Med 2015; 10:396–402
- Warttig S, Alderson P, Evans DJ, et al: Automated monitoring compared to standard care for the early detection of sepsis in critically ill patients. Cochrane Database Syst Rev 2018; 6:CD012404
- Schorr C, Odden A, Evans L, et al: Implementation of a multicenter performance improvement program for early detection and treatment of severe sepsis in general medical-surgical wards. J Hosp Med 2016; 11(Suppl 1):S32–S39
- Islam MM, Nasrin T, Walther BA, et al: Prediction of sepsis patients using machine learning approach: A meta-analysis. Comput Methods Programs Biomed 2019; 170:1–9
- Downing NL, Rolnick J, Poole SF, et al: Electronic health record-based clinical decision support alert for severe sepsis: A randomised evaluation. BMJ Qual Saf 2019; 28:762–768
- Hooper MH, Weavind L, Wheeler AP, et al: Randomized trial of automated, electronic monitoring to facilitate early detection of sepsis in the intensive care unit. Crit Care Med 2012; 40:2096–2101
- Shimabukuro DW, Barton CW, Feldman MD, et al: Effect of a machine learning-based severe sepsis prediction algorithm on patient survival and hospital length of stay: A randomised clinical trial. BMJ Open Respir Res 2017; 4:e000234
- Borthwick HA, Brunt LK, Mitchem KL, et al: Does lactate measurement performed on admission predict clinical outcome on the intensive care unit? A concise systematic review. Ann Clin Biochem 2012; 49:391–394
- 15. Liu G, An Y, Yi X, et al: Early lactate levels for prediction of mortality in patients with sepsis or septic shock: A meta-analysis. Int J Exp Med 2017; 10:37–47
- 16. Levy MM, Evans LE, Rhodes A: The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Crit Care Med 2018; 46:997–1000
- 17. Levy MM, Evans LE, Rhodes A: The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. Intensive Care Med 2018; 44: 925–928

	GUIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO	
Edición 1	Fecha : 17/02/2026	

- 18. Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, et al; Sepsis Definitions Task Force: Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: For the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 2016; 315:775–787
- 19. Klein Klouwenberg PM, Cremer OL, van Vught LA, et al: Likelihood of infection in patients with presumed sepsis at the time of intensive care unit admission: A cohort study. Crit Care 2015; 19:319
- 20. Heffner AC, Horton JM, Marchick MR, et al: Etiology of illness in patients with severe sepsis admitted to the hospital from the emergency department. Clin Infect Dis 2010; 50:814–820
- 21. Tidswell R, Parker T, Brealey D, et al: Sepsis - the broken code how accurately is sepsis being diagnosed? J Infect 2020; 81:e31–e32
- 22. Ferrer R, Artigas A, Suarez D, et al; Edusepsis Study Group: Effectiveness of treatments for severe sepsis: A prospective, multicenter, observational study. Am J Respir Crit Care Med 2009; 180:861–866
- 23. Kalil AC, Johnson DW, Lisco SJ, et al: Early goal-directed therapy for sepsis: A novel solution for discordant survival outcomes in clinical trials. Crit Care Med 2017; 45:607–614
- 24. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, et al: Time to treatment and mortality during mandated emergency care for sepsis. N Engl J Med 2017; 376:2235–2244
- 25. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al: Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Crit Care Med 2017; 45:486–552
- 26. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al: Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 2017; 43:304–377
- 27. Jimenez MF, Marshall JC; International Sepsis Forum: Source control in the management of sepsis. Intensive Care Med 2001; 27 Suppl 1:S49–S62
- 28. Mohr NM, Wessman BT, Bassin B, et al: Boarding of critically ill patients in the emergency department. Crit Care Med 2020; 48:1180–1187
- 29. LeDoux D, Astiz ME, Carpati CM, et al: Effects of perfusion pressure on tissue perfusion in septic shock. Crit Care Med 2000; 28:2729–2732
- (**). Ortega Romero M. Antibiotic use in the emergency department: is there room for improvement? Emergencias. 2018;30(5):292–4.
- (**). González-Del Castillo J, Domínguez-Bernal C, Gutiérrez-Martín MC, Núñez-Orantos MJ, Candel FJ, Martín-Sánchez FJ. Effect of the inappropriate of antibiotic therapy in the Emergency Department on hospital stays. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2017;35(4):208–13.