Complejo Asistencial de Zamora Hospital Virgen de la Concha	**TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO EN SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO**	Sacyl
Edición 1	**Fecha : 15/10/2026**	

Equipo elaborador: Dr. Pablo Cañizares Ortiz. Equipo PROA ZA. Complejo Asistencial de Zamora.

1. 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 dia gnóstico 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.

2. Fuentes de información:

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.

3. Diagnóstico:

La sepsis es un diagnóstico eminentemente clínico, requiriendo una evaluación de todos los órganos, y no debe confirmarse ni descartarse utilizando un solo biomarcador o prueba diagnóstica. Se debe solicitar hemograma, coagulación , función renal e iones, bilirrubina, lactato, procalcitonina, PCR y gasometría arterial en caso de compromiso respiratorio.

Es importante la extracción de hemocultivos (independientemente de la temperatura) antes del inicio de la antibioterapia si es posible, y cultivos de los focos sospechosos de infección.

4. Recomendaciones terapéuticas:

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.

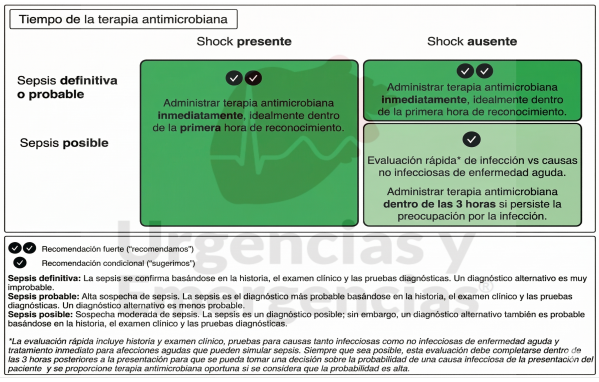
Se debería considerar la administración extrahospitalaria de antimicrobianos (durante el traslado del paciente al hospital), en pacientes seleccionados con alta sospecha de shock séptico, en los que se prevea un tiempo de llegada >60 minutos.

La elección correcta del tratamiento antimicrobiano (TA) es un proceso complejo pues, en la mayoría de ocasiones, debe iniciarse de forma empírica. 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.

5. Consideraciones generales

- ***Infusión prolongada de beta-lactámicos*** para el mantenimiento (después de un bolo inicial).
- Evaluación diaria para la ***desescalada de antimicrobianos*** en lugar de utilizar duraciones fijas.
- En pacientes con 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.
- En pacientes con sepsis o shock séptico y un control adecuado del foco, usar la ***procalcitonina y la evaluación clínica*** para decidir cuándo suspender los antimicrobianos.
- En caso de 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 MDR en cuestión, 2) Infección previa con el patógeno MDR en cuestión, 3) Uso prolongado de antibióticos de amplio espectro y 4) Hospitalización prolongada en una unidad con alta prevalencia del patógeno MDR en cuestión.
  Ver recomendaciones de ***Guía IDSA 2026 para Infecciones por Gram Negativos Resistentes.***
- Considerar la ***terapia antifúngica*** empírica 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.
- Usar un régimen antibiótico empírico que incluya cobertura contra bacterias anaerobias, en caso de
  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.
- Se debe realizar monitorización de **niveles de fármacos**, solicitándolo al Servicio de Farmacia (Vancomicina, Linezolid, Amikacina,….).





6. Tratamiento antimicrobiano empírico según el foco de la infección

Se ha incorporado la herramienta AWaRe, desarrollada por la OMS, que clasifica los antibióticos en tres grupos con el objetivo de guiar el manejo y la prescripción de los mismos. Se basa en un enfoque metodológico que tiene en cuenta las directrices terapéuticas de los síndromes infecciosos más frecuentes y establece los siguientes grupos, indicados dentro de la guía con cada uno de los símbolos que acompaña a esta clasificación:

Complejo Asistencial de Zamora Hospital Virgen de la Concha	**TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO EN SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO**	Sacyl
Edición 1	**Fecha : 15/10/2026**	



Tipo de infección	Tratamiento	Comentarios
FOCO DESCONOCIDO		
Origen comunitario, sin tratamiento antimicrobiano previo	Píperacilina-Tazobactam 4,5 g/6h Asociar Vancomicina 15-20 mg/kg/8-12h, ó Linezolid 600 mg/12h, si hay sospecha de infección por SAMR(*)	Alergia a betalactámicos: Aztreonam 2 g/8h + Ciprofloxacino 400 mg/8h
Origen nosocomial o tratamiento antimicrobiano previo	Meropenem 1 g/8h + Linezolid 600 mg/12h ó Vancomicina 15-20 mg/k/8-12h	Alergia a betalactámicos: Aztreonam 2 g/8h + Ciprofloxacino 400 mg/8h + Linezolid 600 mg/12h ó Vancomicina 15-20 mg/k/8-12h Asociar Anídulafungina 200 mg (1º día), seguido de 100 mg/día, en caso de riesgo de infección fúngica(**)
SHOCK SÉPTICO		
Origen comunitario	Píperacilina-Tazobactam 4,5 g/6h + Amikacina 20 mg/k/día	Alergia a betalactámicos: Aztreonam 2 g/8h + Ciprofloxacino 400 mg/8h + Si riesgo de SAMR(*), asociar Linezolid 600 mg/12h ó Vancomicina 15-20 mg/k/8-12h
Origen nosocomial	Meropenem 2 g/8h +Linezolid 600 mg/12h	Asociar Anídulafungina 200 mg(1º día), seguido de 100 mg/día, en caso de riesgo de infección fúngica(**)
FOCO RESPIRATORIO		
Origen comunitario	Ceftriaxona 2 g/12-24h + Azitromicina 500 mg/24h	Alergia a betalactámicos: Levofloxacino 500 mg/12h + Aztreonam 2 g/8h

Tipo de infección	Tratamiento	Comentarios
Origen nosocomial/NAVM	Píperacilina-Tazobactam 4,5 g/6h óCeftazidima 2 g/8h ó Cefepima 2 g/8h + Ciprofloxacino 400 mg/8h	Alergia a betalactámicos: Levofloxacino 500 mg/12h + Aztreonam 2 g/8h Si riesgo de SAMR (*), asociar Linezolid 600 mg/12h ó Vancomicina 15-20 mg/k/8-12h
FOCO ABDOMINAL		
	Píperacilina-Tazobactam 4,5 g/6h ó Meropenem 2 g/8h en caso de shock séptico o inmunodepresión	Alergia a betalactámicos: Tigeciclina 100 mg(carga) seguido de 50 mg/12h + Amikacina 20 mg/k/día En caso de shock séptico o inmunodepresión, asociar: Linezolid 600 mg/12h y Anídulafungina 200 mg(1º día), seguido de 100 mg/día
FOCO EN SNC		
	Ceftriaxona 50 mg/K/12h+ Vancomicina 35 mg/k (carga), seguido de 3 g/24 h ó Linezolid 600 mg/8h + Ampicilina 2 g/4h, si riesgo de infección por *L. monocytogenes* (****)	Alergia a betalactámicos: Aztreonam 2 g/8h + Vancomicina 35 mg/k (carga), seguido de 3 g/24 h ó Linezolid 600 mg/8h + Rifampicina 600 mg/24h Dexametasona 6-10 mg/6h
FOCO EN PIEL Y PARTES BLANDAS		
	Píperacilina-Tazobactam 4,5 g/6h + Clindamicina 600 mg/8h	Alergia a betalactámicos: Aztreonam 2 g/8h + Clindamicina 600 mg/8h. Si riesgo de SAMR(*), asociar Linezolid 600 mg/12h ó Vancomicina 15-20 mg/k/8-12h
FOCO ENDOVASCULAR (sepsis por catéter)		
	Píperacilina-Tazobactam 4,5 g/6h + Daptomicina 10-12 mg/k/día ó Vancomicina 15-20 mg/k/8-12h ó Linezolid 600 mg/12 h	Alergia a betalactámicos: Aztreonam 2 g/8h + Daptomicina 10-12 mg/k/día ó Vancomicina 15-20 mg/k/8-12h ó Linezolid 600 mg/12 h

(*) **Factores de riesgo para SAMR:** edad >65 años, origen nosocomial de la infección, uso previo de antibióticos.

(**) **Factores de riesgo para infección fúngica:** inmunosupresión, uso prolongado de antibióticos, hospitalización prolongada y fuentes de infección intraabdominales, nutrición parenteral.

(***) **Factores de riesgo para Enterococo:** hospitalización prolongada, uso previo de antibióticos, dispositivos invasivos en tracto urinario, infección intraabdominal.

(****) **Factores de riesgo para L. monocytogenes:** edad>50 años, embarazadas y clínica de rombencefalitis.

Referencias bibliográficas:

- Guía de Terapéutica Antimicrobiana 2026. Mensa J, Soriano A. Guía de terapéutica antimicrobiana 2026. 36.ª ed. Barcelona: Antares; 2026.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN). Guía terapéutica antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: AEMPS; [citado 7 nov 2026]. Disponible en: https://resistenciaantibioticos.es/es/guia-terapeutica-antimicrobiana-del-sns-salud-humana
- Tamma PD, Bonomo RA, et al. Infectious Diseases Society of America 2026 Guidance on the Treatment of Antimicrobial-Resistant Gram-Negative Infections. Clin Infect Dis. 2026. doi:10.1093/cid/ciag481.