

SEPSIS Y CHOQUE SÉPTICO: MARCO CONCEPTUAL Y DIAGNÓSTICO

Terminología Oficial y Estratificación de Probabilidad de la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis 2026

El diagnóstico rápido y el inicio del soporte terapéutico oportuno en el paciente con sepsis o choque séptico dependen críticamente de la unificación de los criterios clínicos. Durante las primeras horas de atención, los intensivistas y médicos de urgencias a menudo enfrentan un estado de alta incertidumbre diagnóstica. Para responder a este desafío clínico, las nuevas directrices de la **Campaña Sobreviviendo a la Sepsis (SSC) 2026** adoptan las definiciones conceptuales del consenso internacional **Sepsis-3** y proponen, por primera vez de forma transversal, una clasificación estandarizada de la probabilidad diagnóstica. Esta herramienta de referencia unifica estos conceptos clave para guiar las decisiones terapéuticas y de antibioticoterapia en la UCI.

I. Definiciones Conceptuales Core (Sepsis-3)

En consonancia con el Tercer Consenso Internacional de Definiciones de Sepsis (Sepsis-3), las directrices de la SSC 2026 reafirman los siguientes conceptos como los pilares fisiopatológicos del paciente críticamente enfermo:

SEPSIS: Se define conceptualmente como una **disfunción orgánica aguda potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección**. Clínicamente, representa la pérdida de la respuesta local controlada ante un foco infeccioso, desencadenando un daño tisular y orgánico a distancia.

CHOQUE SÉPTICO (Septic Shock): Se define como un **subgrupo de pacientes con sepsis que presentan una disfunción circulatoria, celular y metabólica profunda**, la cual confiere un riesgo de mortalidad intrahospitalaria sustancialmente mayor (que supera el 40% en promedio) en comparación con la sepsis por sí sola.

II. Criterios Clínicos Operativos (Al Pie de la Cama)

Para traducir estos conceptos de manera pragmática y accionable en la cabecera del paciente, se aplican criterios operativos estrictos que determinan el estado de gravedad del paciente:

- **Diagnóstico Operativo de Sepsis:** Se establece ante la sospecha o confirmación de una infección que desencadena un incremento agudo de **≥ 2 puntos en la puntuación SOFA** (Sequential Organ Failure Assessment) con respecto al estado basal del paciente.
- **Diagnóstico Operativo de Choque Séptico:** El paciente con sepsis debe cumplir concurrentemente con los siguientes parámetros clínicos, **a pesar de y después de una adecuada reanimación hídrica inicial** (habitualmente la administración de al menos 30 mL/kg de cristaloides intravenosos dentro de las primeras 3 horas de sospecha):

1. **Necesidad persistente de vasopresores** para mantener una Presión Arterial Media (PAM) ≥ 65 mmHg.
2. **Hiperlactatemia persistente**, evidenciada por un nivel de lactato sérico > 2.0 mmol/L (> 18 mg/dL) medido tras la infusión de fluidos.

III. Clasificación de la Probabilidad Clínica (Manejo de la Incertidumbre)

Debido a que el diagnóstico definitivo de infección a menudo no es evidente en las primeras horas de atención en Urgencias o en la UCI, la SSC 2026 formaliza por primera vez un marco de terminología estándar basado en cuatro categorías operativas de probabilidad (Tabla 3 de las guías oficiales). Esto permite al clínico modular de manera racional y segura la urgencia e intensidad de sus intervenciones:

Categoría de Sospecha	Definición Conceptual de la Guía (SSC 2026)	Enfoque Terapéutico y Conducta UCI
Sepsis Definida (Definite Sepsis)	Sepsis confirmada en base a la historia clínica, el examen físico y los resultados de las pruebas diagnósticas. Un diagnóstico alternativo es sumamente improbable.	Iniciar inmediatamente el Hour-1 Bundle: obtener cultivos, medir lactato y administrar antimicrobianos de amplio espectro en la primera hora de forma mandatoria.
Sepsis Probable (Probable Sepsis)	Sospecha diagnóstica elevada de sepsis. Es la explicación más factible de la presentación del paciente, y un diagnóstico diferencial no infeccioso es poco probable.	Iniciar Hour-1 Bundle de forma concurrente. La administración de antimicrobianos y la reanimación hídrica se justifican plenamente por la alta probabilidad de sepsis.
Sepsis Posible (Possible Sepsis)	Sospecha clínica moderada de sepsis. La sepsis es una causa factible, pero un diagnóstico no infeccioso alternativo es igualmente probable sobre la base de la evaluación inicial.	Con choque: iniciar antibióticos inmediatamente (en la 1ª hora). Sin choque: abrir una ventana de investigación rápida de hasta 3 horas antes de infundir antibióticos.
Sepsis Improbable (Unlikely Sepsis)	Baja sospecha de sepsis. El cuadro clínico general no es consistente con sepsis, o bien un diagnóstico alternativo explica de forma mucho más robusta el estado del paciente.	Diferir o suspender el inicio de antimicrobianos empíricos. Continuar con el monitoreo estrecho del paciente e investigar activamente las causas no infecciosas del deterioro.

IV. Implicación de Seguridad en el Hour-1 y Hour-3 Bundle

El mayor beneficio de esta subclasificación de la sospecha clínica radica en evitar el daño colateral de la antibioticoterapia ciega e innecesaria (toxicidad orgánica, daño al microbioma intestinal anaeróbico protector y selección de resistencia) sin retrasar el soporte vital de los pacientes graves. El panel de la SSC 2026 vincula esta clasificación de forma estricta con el tiempo de inicio antimicrobiano:

- 1. Si el **CHOQUE** está presente (**Choque Séptico probable, definido o posible**): El tiempo es oro. Se recomienda de forma categórica (Fuerte, certeza muy baja) administrar el antimicrobiano inmediatamente, **idealmente dentro de la primera hora de reconocimiento**, independientemente del nivel de sospecha.
- 2. Si el **CHOQUE** está ausente pero la **Sepsis es PROBABLE o DEFINIDA**: También se recomienda iniciar el antimicrobiano dentro de la **primera hora de sospecha** para frenar el fallo de órganos.
- 3. Si el **CHOQUE** está ausente y la **Sepsis es SOLO POSIBLE**: Se abre una ventana de seguridad. Se sugiere diferir los antibióticos y realizar un curso de **investigación clínica rápida limitado a un máximo de 3 horas**. Si la sospecha persiste tras este descarte o se confirma la causa bacteriana, se administran antimicrobianos en ese periodo; si se documenta una causa no infecciosa, se suspenden de forma definitiva.

