

TAMIZAJE Y MANEJO TEMPRANO DE LA SEPSIS

Guía Clínica de Referencia Hospitalaria — SSC 2026 (v5 actualizando Lactato Intermedio)

I. Marco Conceptual y Criterios Diagnósticos de Entrada

Sepsis (Sepsis-3): Definida conceptualmente como una disfunción orgánica aguda potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. Operativamente se diagnostica ante la sospecha o confirmación de un foco infeccioso que desencadena un incremento agudo de **≥ 2 puntos en la puntuación SOFA** (Sequential Organ Failure Assessment) con respecto al estado basal del paciente.

Choque Séptico: Subgrupo de pacientes con sepsis que presentan una disfunción circulatoria, celular y metabólica profunda, la cual confiere un riesgo de mortalidad intrahospitalaria significativamente mayor. Clínicamente requiere la presencia de hipotensión persistente que precisa vasopresores para sostener una **PAM ≥ 65 mmHg** y un nivel de **lactato sérico > 2.0 mmol/L** (> 18 mg/dL) tras una adecuada reanimación hídrica.

ALERTA CLÍNICA DE TRIAJE: ELEVACIÓN INTERMEDIA DE LACTATO (> 2.0 A < 4.0 mmol/L) Y 'CHOQUE OCULTO'

- **Frecuencia e Impacto en la Mortalidad:** Las directrices de la **SSC 2026 (Recomendación 10)** destacan que la elevación intermedia de lactato (rango de **> 2.0 a < 4.0 mmol/L** o **> 18 a < 36 mg/dL**) es altamente prevalente en pacientes con sepsis y constituye un predictor independiente de alta mortalidad intrahospitalaria, representando un estado de **hipoperfusión tisular o 'choque oculto'** incluso en presencia de presión arterial normal.
- **Alineación Estricta con Sepsis-3:** Reconocer este rango se alinea formalmente con los criterios Sepsis-3, abandonando la antigua barrera rígida de ≥ 4.0 mmol/L para gatillar la resucitación.
- **Gatillo para Reanimación Hídrica Inicial:** Los pacientes con lactato en rango intermedio se benefician de la administración inmediata de **crystaloides balanceados (bolo inicial de 30 mL/kg en las primeras 3 horas)** para detener la progresión hacia un choque circulatorio franco, siempre que no existan signos de sobrecarga hídrica grave.
- **Monitoreo Dinámico y Salvaguarda de Seguridad (Remark):** Evaluar el aclaramiento de lactato (reducción de **$\geq 10\%$ cada 2 horas**). **Advertencia de Seguridad SSC 2026:** Se proscribe infundir líquidos de forma ciega solo para normalizar un valor estático de lactato si la perfusión microcirculatoria ($CRT \leq 3$ s) ya se restableció o si el paciente no demuestra respuesta a volumen.

II. Herramientas de Tamizaje y Código Sepsis (Recomendaciones 1 a 6)

1. Sistemas de Alerta Temprana (Rec. 1): Se recomienda implementar programas institucionales de tamizaje sistemático en Urgencias y salas generales basados en puntuaciones fisiológicas automatizadas (p. ej., **NEWS o MEWS**) acopladas al protocolo de 'Código Sepsis'. Su uso acelera la identificación del paciente en riesgo y acorta el tiempo al inicio de antimicrobianos.

2. Inutilidad del qSOFA como Herramienta Única de Tamizaje (Rec. 2): Las guías 2026 recomiendan **NO utilizar el qSOFA como herramienta única de tamizaje** (Recomendación fuerte). Aunque es un buen predictor de mortalidad en el entorno extrahospitalario, presenta una baja sensibilidad (falsos negativos $> 30\%$), lo que retrasa catastróficamente el diagnóstico en pacientes con sepsis temprana.

III. Reanimación Hídrica Inicial y Crystaloides Balanceados (Recomendaciones 7 a 11)

1. Volumen Inicial de 30 mL/kg en las Primeras 3 Horas (Rec. 7): Se sugiere la administración de al menos 30 mL/kg de crystaloides dentro de las primeras 3 horas del diagnóstico en pacientes con hipotensión inducida por sepsis o **lactato ≥ 2.0 mmol/L**. **Ajuste en Obesidad (IMC > 30 kg/m²):** El volumen debe ser calculado estrictamente sobre el **Peso Corporal Ideal (fórmula de Devine)** para evitar la iatrogenia por sobre-resucitación hídrica.

2. Superioridad de los Cristaloides Balanceados (Rec. 8): Se sugiere el uso preferente de cristaloides balanceados (Ringer Lactato o Plasma-Lyte) sobre solución salina al 0.9% para prevenir la acidosis metabólica hiperclorémica, la vasoconstricción renal y la necesidad de terapia de reemplazo renal (RRT).

3. Inicio Temprano de Noradrenalina por Vía Periférica (Rec. 12): En pacientes con choque inestable (PAM < 65 mmHg a pesar del inicio de fluidos), se recomienda iniciar noradrenalina por una vía venosa periférica proximal de gran calibre (catéter ≥ 18 G en fosa antecubital) de forma transitoria para acortar el tiempo de hipoxia tisular profunda mientras se asegura un acceso venoso central.

IV. Estrategia Diagnóstica y Terapia Antimicrobiana Temprana (Recomendaciones 12 a 25)

1. Hemocultivos antes del Inicio de Antimicrobianos (Rec. 14): Obtener siempre al menos 2 sets de hemocultivos (aerobios y anaerobios) antes de infundir el antibiótico, siempre que esto no retrase la primera dosis más allá de los límites de seguridad.

2. Ventanas de Tiempo según la Probabilidad Clínica y Presencia de Choque (Rec. 15 a 18):

Categoría Clínica	Presencia de Choque Séptico	Ventana Temprana Objetivo	Conducta Obligatoria al Pie de la Cama
Sepsis Definida / Probable	Sí o NO	Dentro de la 1ª Hora (Hour-1)	Infusión inmediata de antimicrobianos de amplio espectro.
Sepsis Posible	Sí (Inestable)	Dentro de la 1ª Hora (Hour-1)	Infusión inmediata de antimicrobianos y reanimación hemodinámica.
Sepsis Posible	NO (Estable)	Hasta 3 Horas (Hour-3)	Búsqueda diagnóstica rápida y descarte. Iniciar antibióticos si persiste sospecha.

3. Cobertura Empírica de Amplio Espectro (Rec. 19 a 25): Evaluar factores de riesgo para patógenos multirresistentes. Adicionar cobertura para **MRSA** (vancomicina/daptomicina) si existe alta prevalencia local o riesgo individual; doble cobertura para **Pseudomonas aeruginosa** en neutropenia o choque refractario; y terapia antifúngica empírica (equinocandinas) solo en pacientes con alto riesgo de *Cándida* invasiva.

V. Control del Foco Infeccioso y Desescalada Terapéutica (Recomendaciones 26 a 35)

1. Control Temprano del Foco (Rec. 26): Identificar o descartar un foco infeccioso tributario de control anatómico (drenaje de absceso, debridamiento, retiro de dispositivo intravascular infectado) tan pronto como sea logísticamente posible, idealmente dentro de las primeras **6 a 12 horas**.

2. Desescalada Antimicrobiana y Procalcitonina (Rec. 31 a 35): Evaluar diariamente la desescalada hacia esquemas de espectro estrecho según resultados de cultivos. Se sugiere utilizar la **procalcitonina combinada con la evaluación clínica** para guiar la suspensión segura de antibióticos y acortar la duración total del tratamiento.

VI. Matriz de Recomendaciones de Tamizaje y Manejo Temprano (SSC 2026)

Rec.	Declaración Oficial de la Recomendación (SSC 2026)	Fuerza / Certeza	Aplicación Práctica en la UCI / Urgencias
Rec. 1	Sugerir el uso de programas de tamizaje sistemático para sepsis en hospitales.	Condiciona / Baja	Usar NEWS/MEWS automatizados acoplados a Código Sepsis.
Rec. 2	Recomendar NO utilizar qSOFA como herramienta única de tamizaje para sepsis.	Fuerte / Moderada	Proscripción de qSOFA aislado por baja sensibilidad y retraso diagnóstico.
Rec. 7	Sugerir la administración de al menos 30 mL/kg de cristaloides en las primeras 3 horas.	Condiciona / Baja	Calcular sobre Peso Ideal en IMC > 30 kg/m². Usar lactato > 2.0 como gatillo.
Rec. 8	Sugerir el uso de cristaloides balanceados sobre solución salina al 0.9% en la reanimación.	Condiciona / Baja	Disminuye acidosis hiperclorémica, vasoconstricción renal y necesidad de diálisis.
Rec. 10	Sugerir reanimación con cristaloides en pacientes con lactato intermedio (> 2.0 a < 4.0 mmol/L).	Condiciona / Baja	Tratar el 'choque oculto'. Detener fluidos si CRT ≤ 3 s o no respondedor.

Rec. 12	Sugerir iniciar noradrenalina por vía venosa periférica proximal si hay retraso en CVC.	Condicional / Muy Baja	Usar catéter $\geq$ 18 G en antebrazo. Acorta el tiempo de hipotensión tisular.
Rec. 15	Recomendar administrar antibióticos en la 1ª hora si la sepsis es probable o hay choque.	Fuerte / Moderada	Cero tolerancia al retraso en choque séptico o sepsis confirmada.
Rec. 17	Sugerir ventana de hasta 3 horas para descarte en Sepsis Posible sin choque.	Condicional / Baja	Permite investigación diagnóstica acelerada sin sobreexposición empírica.