

DOI: 10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.286-293

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1555>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 286-293



Manejo de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos: Estrategias basadas en evidencia para reducir la mortalidad

Management of sepsis in the intensive care unit: Evidence-based strategies
to reduce mortality

Gestão da sépsis na unidade de cuidados intensivos: Estratégias baseadas
em evidências para reduzir a mortalidade

Valeria Lizbeth Bernal Cevallos¹; Paúl Sebastian Flores Paucar²; Nora Paulina Moyano Barahona³

RECIBIDO: 05/01/2025 **ACEPTADO:** 15/03/2025 **PUBLICADO:** 24/05/2025

1. Médica Cirujana; Médica General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; valebercevallos@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-5824-7652>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; paulflores_6@outlook.com;  <https://orcid.org/0009-0003-2304-4049>
3. Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; paulymoyanob@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-5845-5396>

CORRESPONDENCIA

Valeria Lizbeth Bernal Cevallos

valebercevallos@gmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

La sepsis se define como un trastorno orgánico, potencialmente mortal, provocado por una respuesta desregulada del huésped a la infección. El choque séptico es un subconjunto de la sepsis que incluye tanto trastornos circulatorios como celulares metabólicos, asociados con un mayor riesgo de mortalidad. Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en bases de datos como PubMed, Scopus y Cochrane Library. La búsqueda se centró en estudios que abordaron estrategias de manejo de la sepsis en unidades de cuidados intensivos y su impacto en la mortalidad. La reducción de la mortalidad por sepsis en la UCI exige un enfoque multidisciplinario, una adherencia rigurosa a las guías basadas en la mejor evidencia disponible y una continua adaptación a los avances científicos. La investigación futura deberá enfocarse en la identificación de fenotipos de pacientes que se benefician de terapias específicas, así como en la validación de nuevas estrategias inmunomoduladoras y de soporte orgánico para seguir mejorando los resultados en esta compleja y desafiante condición clínica.

Palabras clave: Sepsis, Intensivo, Mortalidad, Manejo.

ABSTRACT

Sepsis is defined as a life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection. Septic shock is a subset of sepsis that includes both circulatory and cellular metabolic disorders, associated with a greater risk of mortality. A comprehensive literature review of scientific articles published in databases such as PubMed, Scopus, and the Cochrane Library was conducted. The search focused on studies that addressed sepsis management strategies in intensive care units and their impact on mortality. Reducing sepsis mortality in the ICU demands a multidisciplinary approach, rigorous adherence to guidelines based on the best available evidence, and continuous adaptation to scientific advances. Future research should focus on identifying patient phenotypes that benefit from specific therapies, as well as validating new immunomodulatory and organ support strategies to continue improving outcomes in this complex and challenging clinical condition.

Keywords: Sepsis, Intensive, Mortality, Management.

RESUMO

A sépsis é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal causada por uma resposta desregulada do hospedeiro à infecção. O choque séptico é um subgrupo da sépsis que inclui distúrbios metabólicos circulatórios e celulares, associados a um maior risco de mortalidade. Foi efectuada uma revisão exhaustiva da literatura de artigos científicos publicados em bases de dados como a PubMed, Scopus e a Biblioteca Cochrane. A pesquisa centrou-se em estudos que abordavam estratégias de gestão da sépsis em unidades de cuidados intensivos e o seu impacto na mortalidade. A redução da mortalidade por sépsis na UCI exige uma abordagem multidisciplinar, uma adesão rigorosa às diretrizes baseadas nas melhores provas disponíveis e uma adaptação contínua aos avanços científicos. A investigação futura deve centrar-se na identificação dos fenótipos de doentes que beneficiam de terapêuticas específicas, bem como na validação de novas estratégias imunomoduladoras e de suporte de órgãos, de modo a continuar a melhorar os resultados nesta condição clínica complexa e desafiante.

Palavras-chave: Sépsis Intensiva, Mortalidade, Gestão.

Introducción

La sepsis se define como un trastorno orgánico, potencialmente mortal, provocado por una respuesta desregulada del huésped a la infección. El choque septicémico es un subconjunto de la sepsis que incluye tanto trastornos circulatorios como celulares metabólicos, asociados con un mayor riesgo de mortalidad. La incidencia de la sepsis, así como la morbilidad y la mortalidad que ocasiona, la convierten en un importante problema de salud que requiere de la adopción de medidas específicas, dirigidas a tomar conciencia del problema, identificarlo precozmente, desarrollar pautas de actuación de acuerdo con los conocimientos actuales y facilitar su aplicación en la práctica asistencial (1).

La sepsis representa hoy por hoy un problema a nivel mundial, en España, es la enfermedad más prevalente en las unidades de cuidados intensivos (UCI) con una tasa de mortalidad muy elevada, se estima en unos 97 casos/100000 habitantes/año, de sepsis grave. En México, Carrillo y cols., realizaron un estudio epidemiológico en las UCI que reportó una incidencia de 40,957 casos de sepsis al año, mientras que la mortalidad es de 30%. En Brasil, alrededor del 25% de los pacientes hospitalizados sufrían de sepsis severa, con tasas de mortalidad entre un 35 % y un 65% (2).

Fisiopatológicamente, el cuadro de sepsis inicia, con el reconocimiento del microorganismo a través de receptores, generando una amplificación de la respuesta inflamatoria, debido a la identificación de moléculas endógenas asociadas a daño, provocando, una alteración de la cadena respiratoria lo que se conoce como disfunción mitocondrial secundaria a sepsis. La capacidad de predecir la mortalidad de la sepsis se mide con el sistema de clasificación Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II, III, IV. Otra escala que mide la mortalidad y disfunción orgánica es mediante la puntuación Sequential Organ Failure As-

essment (SOFA) durante las primeras 24 horas posteriores al ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (3).

En los últimos años, tanto la morbilidad como la mortalidad por sepsis se han incrementado paulatinamente, los equipos médicos encargado de la atención de estos casos logran diagnosticar mayor número de pacientes en estadios más avanzados de la enfermedad. Algunos pacientes muestran importantes alteraciones inmunológicas o estados morbosos por el uso de agentes quimioterápicos e inmunosupresores. A otros casos, se les realiza el diagnóstico tardío de su enfermedad de base, y/o desarrollan infecciones durante su estancia en el hospital, donde se muestra en todos ellos, a la sepsis como causa de muerte (4).

Metodología

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de artículos científicos publicados en bases de datos como PubMed, Scopus y Cochrane Library. La búsqueda se centró en estudios que abordaron estrategias de manejo de la sepsis en unidades de cuidados intensivos y su impacto en la mortalidad. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas que evaluaron intervenciones como la administración temprana de antibióticos, la reanimación hemodinámica, el control de la fuente de infección y el uso de terapias adyuvantes.

Resultados

Foco de infección y otras características de la sepsis

Respecto al foco de infección, las infecciones respiratorias son la causa más común de sepsis, sepsis severa y shock séptico. Las infecciones respiratorias como causa de sepsis suponen el 50% de todos los casos de sepsis. Le siguen en frecuencia el origen abdominal y genitourinario, con la bacteriemia primaria y de origen desconocido como las siguientes causas más co-

munes. La categoría diagnóstica por enfermedad médica es mayoritaria, y la mayoría presentan una disfunción de órganos, le siguen en frecuencia dos disfunciones de órgano y por último tres fallos de órgano. Las disfunciones de órganos más frecuentes son la respiratoria, seguida de la cardiovascular y la renal (5).

Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS): La sepsis inicia con la activación del sistema inmunológico, manifestada como una respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). La liberación excesiva de mediadores inflamatorios, tales como interleucinas (IL-1, IL-6), factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), y proteínas de fase aguda, desencadena una cascada de eventos que amplifican la respuesta inmune y contribuyen a la patogénesis de la sepsis (6).

- **Disfunción Endotelial:** El endotelio vascular, que juega un papel central en la regulación de la permeabilidad vascular y el tono vascular, sufre disfunción en la

sepsis. Esto conduce a la pérdida de la barrera vascular, aumentando la permeabilidad y facilitando la extravasación de fluidos y células a los tejidos circundantes (6).

- **Coagulopatía:** La sepsis induce alteraciones significativas en el sistema de coagulación, manifestándose como una coagulopatía asociada a la sepsis (CAS). Esta puede presentarse como una respuesta hipercoagulable, aumentando el riesgo de trombosis, o como una respuesta hipocoagulable, predisponiendo al paciente a eventos hemorrágicos (6).
- **Shock Séptico:** La progresión no controlada de la sepsis puede llevar al desarrollo de shock séptico, caracterizado por hipotensión persistente y disfunción orgánica aguda. Este estado crítico refleja una insuficiencia circulatoria global, con una inadecuada perfusión de tejidos y órganos, exacerbando la cascada de eventos patológicos (6).

Tabla 1. Definiciones y Criterios de Pacientes con Sepsis

Infección	Repuesta inflamatoria secundaria a la presencia de microorganismos o la invasión por estos de tejidos de huésped que habitualmente son estériles
Bacterlemia	Presencia de bacterias viables en la sangre
Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS9)	Respuesta inflamatoria que trae por consecuencia una liberación descontrolada de mediadores, que pueden causar daño hístico, insuficiencia múltiple de órganos (IMO) y que se acompaña de gran mortalidad (30%). Puede ser causada por una infección u otro tipo de lesión (quemaduras, traumas, pancreatitis, shock).
Sepsis	Repuesta inflamatoria sistemática causada por una infección con cultivo positivo o identificada en la exploración
Sepsis Grave	Son los casos en los que falla un órgano o se produce una bajada de tensión que se puede corregir adecuadamente con tratamiento.
Shock Séptico	Puede ser causado por cualquier tipo de bacteria. Hongos y (en pocas ocasiones) virus pueden también causar la afección.

	Las toxinas liberadas por bacterias u hongos pueden causar daño tisular. Esto puede llevar a que se presente presión arterial baja y funcionamiento deficiente de órganos. Algunos investigadores creen que los coágulos sanguíneos en las pequeñas arterias ocasionan la falta de flujo de sangre y el funcionamiento deficiente de órganos
Síndrome de Disfunción Multiorgánica	Cuadro clínico que se caracteriza por disfunción progresiva y en ocasiones secuencial de dos o más sistemas fisiológicos, que no pueden mantener la homeostasis sin una intervención terapéutica

Fuente: Loor et al (7).

Para la identificación de la disfunción orgánica, el grupo de trabajo recomienda emplear la escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) de evaluación de fallo orgánico secuencial (tabla 2), ampliamente utilizada en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Los pacientes sin disfunción orgánica previa se asumen que tienen un

SOFA basal de cero puntos. La disfunción orgánica se representa por el aumento de dos puntos o más en la puntuación SOFA, que se asocia con una mortalidad intrahospitalaria mayor del 10%. Cuanto mayor sea la puntuación SOFA, mayor será la probabilidad de mortalidad.

Tabla 2. Escala SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) de evaluación de fallo orgánico secuencial

Criterio	0	1	2	3	4
Respiración	> 400	< 400	< 300	< 200	< 100
PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ /FIO ₂		221-301	142-220	67-141	< 67
Coagulación	> 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Plaquetas 10 ³ /mm ³					
Hígado	< 1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6,0-11,9	> 12,0
Bilirrubina (mg/dl)					
Cardiovascular	PAM ≥ 70 mm Hg	PAM < 70 mm Hg	Dopamina a < 5 o Dobutamina en cualquier dosis	Dopamina en dosis de 5,1-15 o epinefrina ≤ 0,1 o Norepinefrina ≤ 0,1	Dopamina en dosis de > 15 o epinefrina > 0,1 o Norepinefrina > 0,1
Tensión arterial					
Sistema nervioso central	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Escala de Glasgow					
Renal	< 1,2	1,2-1,9	2,0-3,4	3,5-4,9	> 5,0
Creatinina (mg/dl) o flujo urinario (ml/d)				< 500	< 200

FIO₂: fracción de oxígeno inspirado; PAM: presión arterial media; PaO₂: presión arterial de oxígeno; SaO₂: saturación arterial de oxígeno periférico.

PaO₂/FIO₂ es la relación utilizada preferentemente, pero si no está disponible usaremos la SaO₂/FIO₂.

Medicamentos vasoactivos administrados durante al menos 1 hora (dopamina y norepinefrina como ug/kg/minuto) para mantener la PAM por encima de 65 mm Hg.

Fuente: Bernal et al (8).

Clasificación de infecciones de sitio quirúrgico

A finales de los años 90 del siglo XX, el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (Center for Disease Control and Prevention [CDC], por sus siglas en inglés)

clasificó las infecciones del sitio quirúrgico según su localización en:

- **Incisionales:** se subdividen según aparezcan por encima o por debajo de la aponeurosis, en incisional superficial e incisional profunda respectivamente.

- De órgano/espacio: implican una parte de la anatomía diferente de las capas de la pared incidida o manipulada durante la cirugía y ocurre dentro de los primeros 30 días si no se ha colocado prótesis o hasta un año después de dicho procedimiento.
- De otras localizaciones: aparatos respiratorios, cardiovascular, genitourinario, digestivo, sistemas linfáticos, nervioso, osteomioarticular, mamas, entre otras (9).

Diagnóstico

El diagnóstico precoz de la sepsis, mediante la detección rutinaria en pacientes gravemente enfermos y posiblemente infectados, demostró reducir la mortalidad y la falla multiorgánica. Se obtuvieron cultivos apropiados (hemocultivos, orina, LCR, secreciones, heridas) antes de iniciar los antibióticos, sin causar un retraso significativo (> 45 min). Para una identificación adecuada, se tomaron al menos dos conjuntos de hemocultivos (aerobios y anaerobios), uno percutáneo y otro de cada dispositivo vascular (excepto si tenía < 48 h). En pacientes con catéteres permanentes (> 48 h), se obtuvo al menos un hemocultivo de cada luz vascular, especialmente con signos de inflamación o trombos. La obtención de hemocultivos periféricos y a través de accesos vasculares aumentó la probabilidad de identificar la etiología de la sepsis si la misma bacteria se encontraba en ambos (10).

En la última década, se intentó identificar marcadores y biomarcadores para el diagnóstico y diferenciación de la sepsis. La proteína C reactiva (PCR) se evaluó como un instrumento simple y valioso para el diagnóstico y monitorización de la respuesta al tratamiento, aunque su baja especificidad (valores de corte de 50 mg/l mostraron una sensibilidad del 98,5% y una especificidad del 75%) impidió su uso aislado. La procalcitonina (PCT) demostró efectividad para orientar el diagnóstico, con un aumento asociado a disfunción orgánica y choque séptico (valor de referencia de 0,5 ng/ml con sensibilidad del 76% y especificidad

del 70%). Niveles bajos de PCT se utilizaron para detener antibióticos en pacientes con sospecha de sepsis sin confirmación posterior de infección. Estudios evidenciaron la utilidad de la PCT en UCI para suspender antibióticos y en urgencias para determinar su inicio, disminuyendo la duración del tratamiento, la estancia hospitalaria y en UCI, y reduciendo el número de pacientes tratados sin efectos adversos (10).

Nuevas técnicas de biología molecular, como Maldi/tof y el péptido de fluorescencia de ácido nucleico de hibridación in situ, permitieron la identificación rápida del patógeno (< 8 h), aunque con la limitación de diferenciar colonización de infección. Se avanzó en el estudio de biomarcadores más específicos y sensibles, como la presepsina (asociada a mayor mortalidad y potencialmente útil para monitorizar la terapia antibiótica) y el suPAR (indicador de severidad y disfunción orgánica, pero no específico para sepsis). El daño a la capa endotelial glucocálix, reflejado en niveles elevados de SYNDECAN-1 y SYNDECAN-4, se confirmó en modelos sépticos, aunque podría ser inespecífico para infección bacteriana. Finalmente, la relación neutrófilos/linfocitos surgió como una herramienta barata y rápida para el diagnóstico de bacteriemia en estudios de urgencias (10).

Criterios diagnósticos de sepsis:

- Aumento de ≥ 2 puntos en la escala SOFA en presencia de una infección sospechada o confirmada.
- Signos de disfunción orgánica como hipotensión, hipoxemia, oliguria, alteraciones neurológicas, trombocitopenia o acidosis láctica.
- Elevación de marcadores inflamatorios como procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR) e interleucina-6 (IL-6) (11).

Manejo terapéutico

El abordaje terapéutico de la sepsis y el shock séptico se fundamenta en las di-

rectrices de la Surviving Sepsis Campaign (2016), priorizando la intervención precoz y coordinada entre urgencias y la UCI. Ante la identificación de la condición, se procede a la estabilización de la vía aérea y la función respiratoria, seguida de la reanimación hemodinámica temprana con fluidoterapia guiada por la evaluación de la perfusión tisular (lactato). Se enfatiza la obtención de cultivos previos a la administración de antibióticos de amplio espectro dentro de la primera hora del diagnóstico. La monitorización hemodinámica continua, con el uso de variables dinámicas para guiar la administración de fluidos, es crucial para evitar la sobrecarga hídrica (8).

Los pacientes que no respondan a la fluidoterapia inicial requirieren ingreso en la UCI para iniciar agentes vasoactivos, con el objetivo de alcanzar una tensión arterial media específica y normalizar los niveles de lactato. La ecocardiografía se utiliza para una evaluación hemodinámica detallada, y se realiza una vigilancia estrecha de la función de otros órganos y las complicaciones asociadas al shock. En conjunto, estas estrategias terapéuticas buscan optimizar la respuesta del paciente y mejorar los resultados clínicos en esta condición crítica (8).

La modulación de la respuesta inmune busca equilibrar la inflamación y la inmunosupresión. Se estudian bloqueadores de citocinas (anti-IL6, anti-IL-1) para la hiperinflamación, e interferón gamma e IL-7 para potenciar la inmunidad en la inmunosupresión. La administración de inmunoglobulinas intravenosas también se considera en casos de disfunción inmunológica severa (11).

Las terapias de purificación sanguínea, como la hemoperfusión con CytoSorb®, buscan eliminar mediadores inflamatorios. También se utilizan la diálisis de alto volumen y la plasmaféresis en pacientes con insuficiencia renal y disfunción multiorgánica, y se investiga el uso de membranas hemoabsorbentes en la ECMO (11).

Finalmente, la optimización metabólica y nutricional explora la suplementación con antioxidantes (vitamina C), tiamina y nutrición inmunomoduladora (omega-3, aminoácidos esenciales) para mejorar la función metabólica y reducir el estrés oxidativo (11).

Conclusión

El manejo de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos ha experimentado una transformación significativa impulsada por la creciente evidencia científica. La reducción de la mortalidad en esta población críticamente enferma depende fundamentalmente de la implementación temprana y protocolizada de estrategias clave.

En primer lugar, la identificación precoz de la sepsis y el shock séptico, junto con el inicio inmediato de la reanimación con fluidos y la administración de antibióticos de amplio espectro, continúan siendo pilares inamovibles con un impacto directo en la supervivencia. La optimización del manejo hemodinámico, guiada por herramientas de monitorización avanzada y una individualización de la terapia de fluidos y vasopresores, emerge como un factor crucial para prevenir la hipoperfusión tisular y la disfunción orgánica.

En segundo lugar, la era de la medicina personalizada se abre paso en el tratamiento de la sepsis. La implementación de técnicas de diagnóstico molecular rápido permite una desescalada antibiótica oportuna, crucial para combatir la resistencia antimicrobiana y mejorar la eficacia del tratamiento. Asimismo, la investigación en terapias inmunomoduladoras ofrece la promesa de equilibrar la respuesta inflamatoria descontrolada y la inmunosupresión, aunque su aplicación clínica aún requiere una cuidadosa selección de pacientes basada en biomarcadores.

Finalmente, las terapias de purificación sanguínea representan una herramienta complementaria valiosa en casos de sepsis grave con alta carga de mediadores inflamatorios o disfunción multiorgánica. La optimización

metabólica y nutricional emerge como un área de creciente interés para apoyar la función celular y mitigar el estrés oxidativo.

Bibliografía

- Rodríguez Paz Y, Rodríguez Pantoja M, Lemes Sánchez Y, Quesada Castillo Y. Caracterización clínica, epidemiológica y microbiológica de pacientes con sepsis en una unidad de cuidados intensivos. MEDISAN [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 23];24(2):252–62. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000200252&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rodríguez Martínez HO, Sánchez Lago G. Sepsis, causas directas de muerte y resistencia bacteriana en una unidad de cuidados intensivos. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. 2019 [cited 2025 Apr 23];23(6):836–41. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000600836&lng=es&nrm=iso&tlng=en
- Acosta JAH, Vera JGC, Muñoz DAG, Moreira LSR, Freire PGD, Nazareno ILL, et al. Mortalidad de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos. Rev Médica-Científica CAMBIOS HECAM [Internet]. 2023;22(1). Available from: <https://revista-hcam.iess.gob.ec/index.php/cambios/article/view/865/715>
- Abreu Pérez D, Ortega Suárez L, Montero Álvarez L, Lacerda Gallardo AJ, Morales Suárez IG, Espinosa Domínguez M. Características clínicas de pacientes con sepsis en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital de segundo nivel. Med Clínica y Soc [Internet]. 2022 May 5;6(2):57–64. Available from: <https://www.medicinaclinicay-social.org/index.php/MCS/article/view/240>
- López Pérez AB. La Sepsis en una Unidad de Cuidados Intensivos. Características epidemiológicas y factores de riesgo asociados a la mortalidad [Internet]. Universidad de Salamanca; 2019. Available from: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/140448/DME_LópezPérez_SepsisenUCICaractEpidemológicasyFactoresdeRiesgo.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García Vinuesa ML, Medina Gavidia KE, Alvarado Ávila VA, Caiza Chasi VM, Chacha González NK, Duran Mardini EA, et al. Optimización del Tratamiento de Sepsis en Unidades de Cuidados Intensivos: Enfoque Integrado entre Medicina Interna y Cuidados Críticos. Tesla Rev Científica [Internet]. 2023 Nov 21;3(2):e259. Available from: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/259>
- Lloor GYG, Guerrero EK V, Sanguña EDG, Fajardo VGL, Carranza HWS, Trujillo JG V. Diagnóstico y manejo del paciente con sepsis en la UCI. RECIA-MUC. 2019;3(1):985–1007.
- Bernal MH, Martín MJA, Lucas EH de, Martín BC. Criterios de ingreso hospitalario y en la Unidad de Cuidados Intensivos de un paciente séptico. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2018 Apr;12(52):3110–3. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304541218300684>
- Noriega Campos E, Dreke Fernández RM. Incidencia y causas de sepsis en una unidad de cuidados intensivos quirúrgicos. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 23];57. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032020000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Martin Arsanios D, Barragan AF, Garzón DA, Cuervo Millán F, Pinzón J, Ramos Isaza E, et al. Actualización en sepsis y choque séptico: nuevas definiciones y evaluación clínica. Acta Colomb Cuid Intensivo [Internet]. 2017 Jul;17(3):158–83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0122726217300149>
- Naranjo GAJ, Guachamin DET, Pico JVS, Escalante SAG. Nuevas estrategias en el manejo de la sepsis y shock séptico. Una revisión de la evidencia actual. Polo del Conoc. 2025;10(2):1873–90.

CITAR ESTE ARTICULO:

Bernal Cevallos, V. L. ., Flores Paucar, P. S., & Moyano Barahona, N. P. (2025). Manejo de la sepsis en la unidad de cuidados intensivos: Estrategias basadas en evidencia para reducir la mortalidad. RECIAMUC, 9(2), 286-293. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.\(2\).abril.2025.286-293](https://doi.org/10.26820/reciamuc/9.(2).abril.2025.286-293)

