

ARTÍCULO DE SECCIÓN ESPECIAL

EL IMPACTO DE LAS INEQUIDADES EN LATINOAMÉRICA Y LAS POSIBLES SOLUCIONES PARA DISMINUIR LA CARGA DE SEPSIS PEDIÁTRICA: DOCUMENTO DE POSICIÓN

María Claudia Godoy ^{1,2}, Liliana Arriola-Montenegro ³, Vinay Nadkarni ⁴, Joseph Carcillo ⁵, Raffo Escalante-Kanashiro ^{2,6}, Darío García ⁷, Beatrix M. Von-Koeller-Jones ²

FILIACIÓN

¹ Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú

² Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú

³ University of South Alabama. Mobile, AL, USA

⁴ Children's Hospital of Philadelphia, PA, USA

⁵ University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

⁶ Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú

⁷ Servicio de Admisión de Paciente Crítico, Hospital El Cruce "Néstor Carlos Kirchner", Argentina

RESUMEN

La sepsis se define como la disfunción orgánica originada por una respuesta inadecuada y desregulada del organismo frente a una infección. Es un problema global de salud pública, debido a su alta incidencia, mortalidad, morbilidad y carga financiera. La mayoría de los casos de sepsis pediátrica son reportados en países de bajos y medianos recursos. La identificación de los principales problemas en su manejo permitiría crear nuevas estrategias para mejorar el tratamiento y recuperación. En Latinoamérica, la limitada disponibilidad de unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), la distribución geográfica desigual de recursos y el déficit de profesionales especializados constituyen grandes obstáculos. Adicionalmente, no hay programas educativos de sepsis orientados al personal de salud ni a la población en general. La sepsis pediátrica en la región enfrenta desafíos a causa de las inequidades del sistema de salud. Para mitigar su carga, se requiere implementar cambios en la gestión, regulación y concientización.

Palabras claves: Sepsis, Pediatría, Salud Pública, América Latina. (Fuentes: DeCS BIREME)



Citar como:

Citar como: Godoy MC, Arriola-Montenegro L, Nadkarni V, Carcillo J, Escalante-Kanashiro R, García D, Von-Koeller-Jones BM. El impacto de las inequidades en Latinoamérica y las posibles soluciones para disminuir la carga de sepsis pediátrica: documento de posición. Rev Pediatr Espec. 2025;4(3):130-137. doi:10.58597/rpe.v4i3.129

THE IMPACT OF INEQUALITIES AND POTENTIAL SOLUTIONS TO DECREASE THE BURDEN OF PEDIATRIC SEPSIS IN LATIN AMERICA: A POSITION PAPER

ABSTRACT

Sepsis is defined as an organ dysfunction resulting from an inadequate and dysregulated host response to infection. It is a global public health problem due to its high incidence, mortality, morbidity, and financial burden. Most cases of pediatric sepsis are reported in low- and middle-income countries. Identifying the principal gaps in the approach of pediatric sepsis will help to create new strategies in the management and recovery of this disease. In Latin America, the lack of pediatric intensive care units (PICUs), the uneven geographic distribution of resources, and the shortage of specialized professionals are major obstacles. In addition, there are no educational programs for sepsis to raise awareness among healthcare professionals and the general population. Pediatric sepsis in Latin America presents challenges due to inequalities in the healthcare system. Mitigating the burden of sepsis requires implementing management, regulation and awareness changes.

Keywords: Pediatrics, Sepsis, Public Health, Latin America. (Source: MeSH NLM)

Correspondencia:

Raffo Escalante-Kanashiro
Correo: rescalante@insn.gob.pe
Dirección: Av. Brasil N°600 - Breña Lima
Perú.

Recibido: 11/07/2025

Aprobado: 17/09/2025

Publicado: 30/09/2025



Esta es una publicación con licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

INTRODUCCIÓN

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped frente a una infección, que puede derivar a disfunción o falla multiorgánica y muerte.^{1,2} En adultos, esta definición representó un cambio significativo al abandonar el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) e incorporar la escala de evaluación secuencial de insuficiencia orgánica (SOFA, por sus siglas en inglés) para cuantificar la gravedad.

En pediatría, este concepto se adaptó mediante la escala SOFA pediátrica (pSOFA), diseñada para cuantificar la disfunción orgánica en niños críticamente enfermos. En un estudio retrospectivo multicéntrico, Matics y Sánchez-Pinto demostraron que un mayor nivel de pSOFA se asociaba con un incremento de la mortalidad hospitalaria en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), lo que evidenciaba su utilidad como herramienta diagnóstica.³ Sin embargo, su aplicación aún presenta limitaciones y no ha sido estandarizada en la práctica clínica, especialmente en regiones con escasos recursos.^{1,3-5} The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).

Con el objetivo de superar estas limitaciones, en el año 2022, el *Pediatric Sepsis Definition Taskforce* propuso la escala de sepsis de Phoenix (PSS, por sus siglas en inglés), que define la sepsis pediátrica como infección sospechada o confirmada más disfunción orgánica aguda con un puntaje ≥ 2 en sistemas específicos (respiratorio, cardiovascular, neurológico, coagulación, renal y hepático) y el shock séptico como sepsis con al menos 1 punto cardiovascular.^{4,6,7} Este enfoque ha reemplazado progresivamente al SIRS, estableciendo la estratificación de gravedad y estandarizando la comparación e investigación internacional, aunque su implementación sigue siendo limitada en países de ingresos bajos y medios.^{8,9}

En cuanto a su epidemiología, la sepsis presenta un patrón bifásico, con picos de incidencia en la edad pediátrica y en la tercera edad, debido a la vulnerabilidad de estas poblaciones.¹⁰ Según el reporte global de epidemiología y carga de sepsis del 2020, casi el 50 % de los casos de sepsis se presentan en niños menores de cinco años y el 85 % de estos ocurren en países en vías de desarrollo.^{10,11} En Latinoamérica, estudios recientes reflejan que, incluso bajo definiciones como Phoenix, persisten considerables desafíos para el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado estrechamente relacionados con la inequidad en recursos críticos, la distribución desigual de UCIP y las brechas en formación del personal sanitario.^{9,12,13}

Así, la sepsis pediátrica constituye un problema de salud pública a nivel mundial por su elevada incidencia, morbilidad, mortalidad e impacto postsepsis en la calidad de vida del paciente.^{11,14} Pese a la magnitud del problema, la evidencia en Latinoamérica sigue siendo escasa y heterogénea, lo que dificulta el diseño de intervenciones efectivas. Este trabajo tiene como objetivo revisar los principales factores que contribuyen a la carga de sepsis pediátrica en Latinoamérica y, a su vez, plantear posibles estrategias adaptadas al contexto regional para mejorar su detección, manejo y pronóstico.

Principales diferencias en países de Latinoamérica

Los factores sociodemográficos son determinantes para la salud. Una de las principales inequidades en la región es la variabilidad del estatus socioeconómico.^{11,14} Esto no solo se evidencia entre los países, sino también dentro de cada uno, donde se observan poblaciones con economías muy diversas, lo que genera una brecha significativa en el acceso a la atención médica y la salud en general.^{15,16}

Por otro lado, las disparidades en el sistema de salud en Latinoamérica son una de las más acentuadas a nivel global.^{11,16} Houghton et al muestran que hasta el 66 % de ciertas poblaciones de Latinoamérica no acude a un servicio de salud cuando es debido; entre las principales causas, se mencionan la falta de recursos (personal de salud e insumos) y el tiempo de espera prolongado para la atención.¹⁵⁻¹⁷ Además, las poblaciones rurales con niveles socioeconómicos bajos y acceso limitado a los centros de salud tienden a demorar más en la búsqueda de atención médica, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico y tratamiento, así como a complicaciones secundarias.¹⁸

Sin embargo, el abordaje de la sepsis pediátrica se ve afectado por diversos factores que van más allá del servicio de salud. La mayoría de estos países se enfrenta a enfermedades prevalentes, como la desnutrición y la tuberculosis, secundarias a la pobreza y a ciertas condiciones de vida como el hacinamiento o la falta de servicio sanitario, principalmente en áreas rurales.^{15,19}

Por otro lado, Latinoamérica es una región que alberga población muy diversa, lo que conlleva a la existencia de aspectos socioculturales distintos en cada sector que influyen en el proceso de la enfermedad.²⁰ Muchas veces, algunas creencias mágico-religiosas pueden retrasar la detección de signos de alarma y generar cierto rechazo en tratamientos basados en evidencia médica.^{18,21} Por ello, el personal de salud debe aprender a detectar y contextualizar este tipo de creencias desde el primer contacto con el paciente y su familia de acuerdo al entorno. Es necesario comprender la perspectiva del paciente para ganar su confianza e instaurar un tratamiento adecuado en el tiempo correcto.¹⁸

Principales factores que incrementan la carga de sepsis en Latinoamérica

La estructura del sistema de salud en Latinoamérica presenta muchas debilidades. Está diseñado sin sistemas adecuados de referencia y contrarreferencia, lo que sobrecarga muchas veces la atención en el tercer nivel hospitalario, que debería ser reservado para enfermedades de mayor complejidad.^{11,21} Por otro lado, la atención primaria, sin mayor fortalecimiento, no cubre la demanda de la población y, la mayoría de veces, no cuenta con los recursos adecuados para una atención idónea.^{2,11}

De igual manera, las UCIP son centralizadas y con una distribución de locación sin planeamiento estratégico, con una distribución heterogénea de insumos como ventiladores mecánicos, monitores y camas, además de ser insuficientes para la demanda existente.^{11,22,23} A esto se suma no solo la escasez de recursos materiales, sino también la insuficiencia de los recursos humanos.²⁴ Las UCIP en Latinoamérica tienen un déficit significativo de intensivistas pediátricos, así como de enfermeras calificadas. En el estudio realizado por Campos-Miño, se concluye que la mortalidad en las UCIP es inversamente proporcional al aumento de recursos humanos y materiales.²³

Asimismo, la detección temprana de la sepsis en un paciente pediátrico suele ser deficiente e involucra tanto a la comunidad como a los padres y al personal de salud.²⁵ El inicio de la sepsis generalmente ocurre en la comunidad; por lo tanto, es fundamental que la población esté informada y tenga conocimiento de ello. Sin embargo, pese a la alta mortalidad asociada a la sepsis en Latinoamérica, aún no se han establecido campañas de salud pública para concientizar sobre esta problemática y colocar a la población como principal actor en su prevención.²⁶ Igualmente, es fundamental que los padres adquieran conocimiento sobre cuándo es necesario llevar a cabo una evaluación médica para sus hijos.^{25,27}

También existe un déficit de detección en el personal de salud.^{28,29} Este no cuenta con entrenamiento adecuado; por ello, deben adaptarse los planes de enseñanza desde las Escuelas de Medicina, no solo en sepsis, sino también en otros problemas de salud cuyo diagnóstico y tratamiento son tempodependientes. Este fortalecimiento debe ser una estrategia clave para disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida después de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva a través de PubMed, Scopus y Google Scholar, con el objetivo de identificar publicaciones relevantes sobre sepsis pediátrica en Latinoamérica. La estrategia de búsqueda se basó en términos MeSH y palabras claves combinados con operadores booleanos AND y OR. Los principales términos MeSH empleados incluyeron: Sepsis, Septic Shock, Critical Care, Pediatrics, Child, Infant, Health Equity, Health Inequalities, Latin America. Un ejemplo de la fórmula utilizada fue (Sepsis OR Septic Shock) AND (Pediatrics OR Child OR Infant) AND (Health Equity OR Health Inequalities).

La búsqueda se restringió a artículos publicados en inglés y español. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, o metaanálisis relacionados con sepsis pediátrica en población neonatal, infantil o adolescente (< 18 años), así como estudios que describieran epidemiología, inequidades en salud, manejo clínico, resultados o estrategias de mejora. Asimismo, se consideraron proyectos de investigación internacional cuyo contenido fuese extrapolable al contexto latinoamericano.

Se excluyeron estudios realizados únicamente en población adulta, publicaciones con información redundante o duplicada, revisiones narrativas sin aportes aplicables al ámbito pediátrico y aquellos trabajos centrados únicamente en regiones fuera de Latinoamérica sin contenido transferible al análisis regional.

No se aplicó restricción temporal en la estrategia de búsqueda, con el fin de abarcar la mayor cantidad de evidencia disponible.

DESARROLLO

Pese a la alta carga que impone la sepsis en la población pediátrica, los grandes consensos de definición de sepsis han sido descritos para la población adulta. Tras los consensos de 1992 y del 2001, desarrollados por el American College of Chest Physicians y la

Society of Critical Care Medicine, se desarrollaron las primeras aproximaciones en niños al aplicar los criterios del síndrome de respuesta inflamatoria (SIRS). Sin embargo, en pediatría estos criterios fueron rápidamente cuestionados por su baja especificidad y sensibilidad, ya que podían cumplirse en múltiples condiciones no infecciosas, limitando su utilidad para identificar a los pacientes en riesgo de evolución desfavorable.³⁰

Posteriormente, en adultos, el consenso Sepsis-3 redefinió la sepsis como una disfunción orgánica potencialmente mortal secundaria a una respuesta desregulada del huésped frente a una infección, introduciendo el puntaje SOFA como herramienta diagnóstica.^{1,31} En pediatría, se adaptó esta aproximación mediante el pSOFA.³ En un estudio retrospectivo con 6303 pacientes pediátricos ingresados a UCI, Matics y Sánchez-Pinto demostraron que a mayor puntaje pSOFA en las primeras 24 horas mayor probabilidad de muerte hospitalaria (OR: 1,41; IC 95 %: 1,36-1,41), con una buena capacidad para diferenciar entre los pacientes que sobrevivieron y fallecieron (AUROC: 0,90; IC 95 %: 0,88-0,91).³

Frente a estas dificultades, el grupo Pediatric Sepsis Definition Taskforce publicó en 2022 los criterios Phoenix, que establecen la definición pediátrica actual de sepsis. Este marco proporciona criterios objetivos adaptados a la población infantil y constituye un avance hacia la estandarización diagnóstica, aunque su aplicación continúa siendo un reto en contextos de recursos limitados.^{9,32,33} Es fundamental diferenciar la definición estandarizada (Phoenix) del reconocimiento temprano. Mientras que la definición proporciona un marco común y uniforme de investigación y práctica clínica, el reconocimiento precoz depende, en gran medida, del desarrollo de herramientas locales, la capacitación del personal de salud y la organización de sistemas sanitarios.

En este sentido, la realidad latinoamericana pone en evidencia una marcada brecha entre las recomendaciones internacionales y la capacidad de los sistemas de salud para llevarlas a la práctica. El último Consenso Latinoamericano de manejo de sepsis en niños de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos enfatizó la importancia de manejar dos conceptos separados: la definición de sepsis y sus criterios clínicos,³⁴ pero en la práctica persisten grandes variaciones en la interpretación y aplicación de estos.^{30,35} Consideramos fundamental ser cautelosos al extrapolar criterios generados en países de altos ingresos,³⁶ dado que en la región las prioridades incluyen reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida después de la sepsis.^{6,37,38}

Tabla 1. Barreras prioritarias para el reconocimiento y manejo de la sepsis pediátrica en Latinoamérica

Área	Desafíos identificados
Capacitación del personal	Escasa formación en sepsis en atención primaria y prehospitalaria. Falta de entrenadores certificados en zonas rurales.
Infraestructura	Déficit de UCIP en varios países. Baja disponibilidad de transporte sanitario oportuno.
Datos y vigilancia	Ausencia de registros nacionales de sepsis pediátrica. Subregistro y pobre calidad de datos.
Acceso equitativo	Desigual distribución de especialistas y recursos entre áreas urbanas y rurales.
Sensibilización comunitaria	Bajo conocimiento sobre sepsis entre cuidadores. Ausencia de campañas masivas de educación pública.
Políticas públicas	Falta de lineamientos nacionales actualizados. Escasa priorización de la sepsis en agendas sanitarias.
Apoyo post-sepsis	Carencia de protocolos de seguimiento multidisciplinario. Falta de apoyo emocional a familias.

UCIP, unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Más allá de las definiciones, las inequidades estructurales condicionan la atención pediátrica en Latinoamérica. Las UCIP son escasas y distribuidas de manera poco equitativa,²³ con limitaciones en disponibilidad de camas, equipamiento y personal entrenado. Un estudio regional llevado a cabo por Campos-Miño (2012) identificó grandes diferencias en el número de camas UCIP por país: mientras que Argentina reportó aproximadamente 917 camas, países como Honduras apenas cuentan con 16 en todo el país. Asimismo, la cantidad de intensivistas pediátricos también varía considerablemente. Chile y Argentina presentan un mayor número de especialistas certificados a comparación de países como Guatemala y Bolivia, donde la formación en cuidados críticos en pediatría no está formalmente establecida.²³

Otro desafío crítico es la falta de programas de capacitación continua y de intervención educacional en sepsis. Estas iniciativas, cuando se implementan, han demostrado ser herramientas costo-efectivas capaces de estandarizar conceptos, mejorar el reconocimiento y el manejo inicial, y reducir significativamente la mortalidad.³⁹ Sin embargo, en la mayoría de países latinoamericanos siguen siendo escasas o discontinuas.

Sobre la base de estos hallazgos, es posible identificar distintos ejes problemáticos que explican las inequidades actuales en el abordaje de sepsis pediátrica en Latinoamérica. A continuación, se resume en la Tabla 1 los principales desafíos identificados.

DESAFÍOS

Muchos de los casos de sepsis tienen inicio en la comunidad, donde los padres o los cuidadores desempeñan un rol clave en el reconocimiento inicial.²⁵ No obstante, el nivel de conocimiento sobre sepsis en la población inicial continúa siendo variable: en Francia y Alemania, entre el 4 % y el 88 % de personas entrevistadas conocían la palabra sepsis, mientras que en Canadá el 32 % nunca había escuchado este término.^{30,40} A la fecha, no se han encontrado estudios similares para Latinoamérica, lo cual limita la valoración del nivel de reconocimiento en los cuidadores de los niños con sepsis en la región.

La atención prehospitalaria representa otro eslabón crítico en la cadena de reconocimiento y manejo de la sepsis.²⁶ El personal de salud de este nivel se enfrenta el reto de reconocer signos y síntomas inespecíficos,²⁵ lo cual puede retrasar el diagnóstico durante la primera consulta de atención primaria, principalmente cuando existe escaso entrenamiento.^{35,41} Esta situación es especialmente alarmante en Latinoamérica, donde persisten grandes desigualdades en el acceso, formación y distribución del personal. Un reciente análisis llevado a cabo por Arriola y Escalante resaltó las limitaciones estructurales y educativas que dificultan la detección oportuna de la sepsis pediátrica y subrayó la necesidad urgente de fortalecer las capacidades del personal sanitario.²

Mientras que en países de primer mundo se han desarrollado estrategias y algoritmos de formación para mejorar el reconocimiento precoz,³⁵ en Latinoamérica aún persiste la necesidad de implementar estrategias sistemáticas desde el primer nivel de atención dirigidas a estudiantes, médicos y enfermeras. La capacitación continua debe considerarse eje prioritario para reducir retrasos en el diagnóstico y mejorar la supervivencia.

En esta línea, el estudio multicéntrico de Lopera-Múniera *et al.*⁴² (2025) representa un ejemplo alentador. Se desarrolló e implementó una herramienta de tamizaje temprano en el triaje de un servicio de urgencias pediátricas latinoamericano. Esta incluyó parámetros clínicos simples como el triángulo de evaluación pediátrica (PAT, por

sus siglas en inglés), signos vitales, estado mental, tiempo de llenado capilar, factores de riesgo y la percepción de los padres, que clasifican a los pacientes como positivos o negativos para sospecha de sepsis. En una cohorte prospectiva de 16 771 pacientes, la herramienta mostró un alto rendimiento diagnóstico y permitió identificar oportunamente a niños con mayor gravedad clínica, tasas elevadas de hospitalización e ingreso a UCIP.⁴²

Estos resultados se alinean con lo discutido por Lopera-Múniera y Pavlicich (2023), quienes señalaron que las principales barreras para la implementación de herramientas de tamizaje en Latinoamérica son la falta de validación local, la escasez de recursos tecnológicos y la capacitación necesaria para su uso.⁴³ En este contexto, el estudio publicado en 2025 aporta evidencia concreta de que es posible diseñar e integrar herramientas efectivas en entornos de bajos y medianos recursos, siempre y cuando se adapten a la realidad local y se acompañen de programas formativos adecuados.

ESTRATEGIAS DE MEJORA

Con base en los desafíos previamente descritos, se plantean distintas estrategias orientadas a disminuir la morbimortalidad por sepsis pediátrica en Latinoamérica y mejorar la calidad de vida postsepsis (Tabla 2).

En primer lugar, resulta prioritario fortalecer las estrategias de identificación temprana adaptadas a los contextos locales. A pesar de las múltiples actualizaciones y guías internacionales, en la práctica, el reconocimiento precoz sigue siendo un reto en atención primaria. La literatura reciente enfatiza la necesidad de desarrollar herramientas simples, validadas en la población pediátrica y acompañadas de capacitación continua.⁴³ Diversos programas de mejora del desempeño clínico han demostrado que la implementación de lineamientos estandarizados y paquetes de manejo de sepsis se asocia con mayor adherencia y reducción significativa de la mortalidad hospitalaria.

En cuanto a la formación profesional, persiste un déficit en la formación médica básica para el manejo inicial de la sepsis. Los profesionales del primer nivel de atención deberían estar capacitados para estabilizar y referir adecuadamente a los pacientes a centros de mayor complejidad. Sin embargo, este entrenamiento rara vez forma parte de los planes curriculares. Es indispensable implementar programas de educación continua y promover la capacitación obligatoria en sepsis dentro de los servicios de urgencias y primer nivel de atención.

La falta de recursos humanos agrava el problema. La escasez de médicos intensivistas obliga a pediatras generales a desempeñar funciones en servicios de UCIP, lo cual puede dificultar la implementación de guías de práctica clínica y la ejecución de procedimientos médicos. Para revertir esta situación, se deben ampliar los programas de residencia en cuidados críticos pediátricos y garantizar oportunidades de formación técnica continua para el personal que trabaja en unidades de UCIP. La evidencia de Brasil muestra que las desigualdades en infraestructura y disponibilidad de camas de UCIP se correlacionan directamente con una mayor mortalidad por sepsis,⁴⁴ lo que subraya la urgencia de fortalecer las redes de referencia y expandir la formación en cuidados críticos pediátricos.

A nivel estructural, persisten limitaciones en la infraestructura y el acceso equitativo, particularmente en zonas rurales. La centralización de los sistemas sanitarios y la falta de transporte sanitario oportuno retrasan la atención. Políticas de descentralización, junto con la asignación de presupuestos nacionales dirigidos a fortalecer las redes

de referencia y transporte, resultan imprescindibles para mejorar el acceso oportuno y reducir inequidades.

La educación comunitaria constituye otro pilar fundamental. El conocimiento limitado sobre sepsis en la población refuerza la necesidad de campañas de concientización pública y programas comunitarios. Campañas de concientización poblacional, como las promovidas en el marco del Día Mundial de la Sepsis, han demostrado mejorar el reconocimiento público de la sepsis y fomentar la consulta temprana.⁴⁵ Estrategias similares podrían adaptarse a la realidad latinoamericana para aumentar el conocimiento comunitario y contribuir al reconocimiento precoz.

Finalmente, debe incluirse el apoyo familiar y psicosocial como parte del abordaje integral. Los cuidadores de pacientes en UCIP suelen experimentar altos niveles de estrés, ansiedad y miedo. Iniciativas de acompañamiento y apoyo psicosocial a las familias de pacientes críticos han mostrado beneficios en la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés postraumático en los cuidadores, además de favorecer la recuperación global del paciente.⁴⁶

En síntesis, las acciones prioritarias se agrupan en seis ejes: identificación temprana, formación profesional, fortalecimiento de recursos humanos, infraestructura y acceso, educación comunitaria y apoyo familiar. La Tabla 2 resume estas estrategias propuestas y la evidencia disponible que respalda su implementación en Latinoamérica.

CONCLUSIÓN

La sepsis pediátrica en Latinoamérica presenta un reto urgente marcado por profundas inequidades en infraestructura, recursos humanos, acceso a servicios de salud y nivel de concientización comunitaria. Estas brechas estructurales limitan el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado, contribuyendo a una elevada morbimortalidad en la región.

Superar esta problemática requiere no solo la adopción de definiciones estandarizadas y guías clínicas, sino también la implementación de herramientas locales de reconocimiento temprano, adaptadas a los contextos epidemiológicos y de recursos de cada país. Dichas herramientas, acompañadas de programas de capacitación continua, pueden acelerar la detección y reducir las consecuencias de esta enfermedad.

Las soluciones deben ser integrales y multidisciplinarias, como fortalecer la formación médica desde el primer nivel de atención, expandir la capacitación en cuidados críticos pediátricos, descentralizar los servicios de salud, mejorar la infraestructura en zonas rurales y promover campañas de sensibilización pública. Además, es fundamental integrar el apoyo psicosocial a las familias como parte del abordaje.

Reducir la carga de sepsis pediátrica en Latinoamérica exige acciones coordinadas a nivel gubernamental, académico y comunitario. Solo mediante estrategias sostenidas, contextualizadas y orientadas a disminuir inequidades se logrará mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los niños afectados por esta enfermedad.

Abreviaturas:

qSOFA: Quick SOFA

pSOFA: Pediatric SOFA

SIRS: Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica

SOFA: Evaluación secuencial de la falla orgánica

SLACIP: Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCIP: Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

Financiamiento: Este trabajo no recibió aporte de fondos de ninguna institución, pública, privada, comercial ni sin fines de lucro.

Conflicto de interés: Vinay Nadkarni (VN) recibió compensación como el Presidente de la Sociedad de Cuidados críticos médicos 2023. Los puntos de vista expresados en este manuscrito son de él y no buscan representar el punto de vista de la sociedad.

Raffo Escalante-Kanashiro (RSK) es parte del comité editorial de la Revista Pediátrica Especializada. Sin embargo, no ha participado en el proceso editorial relacionado con la evaluación de este artículo

Agradecimiento: A Augusto Chávez de Bedoya por el diseño de la infografía.

Tabla 2. Estrategias de mejora en el manejo de sepsis pediátrica en Latinoamérica

Área de Intervención	Estrategia Propuesta	Nivel	Evidencia Disponible
Identificación temprana	Implementar lineamientos nacionales adaptados a cada país.	Nacional/local	SLACIP/WHO
Formación profesional	Capacitación en sepsis para médicos generales y personal de salud.	Institucional	Estudios en países OCDE
Recursos humanos	Expansión de programas de Residentado en UCIP.	Nacional	Campos-Miño et al., 2012
Infraestructura y acceso	Mejorar redes de referencia y transporte sanitario en zonas rurales.	Regional/estatal	OPS, UNICEF
Educación pública y prevención	Programas comunitarios de sensibilización sobre sepsis.	Comunitario	Revisiones de intervenciones educativas
Apoyo familiar	Grupos de apoyo psicológico para familiares en UCIP.	Hospitalario	Prácticas sugeridas en cuidados paliativos

UCIP, unidad de cuidados intensivos pediátricos; SLACIP, Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos; WHO, World Health Organization; OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; OPS, Organización Panamericana de la Salud; UNICEF, *United Nations International Children's Emergency Fund*.

Contribuciones de Autoría: MCG, LAM, VN, JC, REK, DG y BMvKJ participaron en la concepción y diseño del trabajo, la recolección de datos, el análisis e interpretación de resultados, la redacción del manuscrito y la revisión crítica de su contenido. Además, REK brindó asesoría teórica, técnica y administrativa. Todos los autores aprueban la versión final del manuscrito y se responsabilizan íntegramente de su contenido.

Material suplementario: Disponible en la versión electrónica de la [Revista Pediátrica Especializada](#).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801.
- Arriola-Montenegro L, Escalante-Kanashiro R. Sepsis in Children in Latin America: Gaps, Inequities, and Improvement Strategies. *Pediatr Emerg Care*. 2022;38(10):564–7.
- Matics TJ, Sanchez-Pinto LN. Adaptation and Validation of a Pediatric Sequential Organ Failure Assessment Score and Evaluation of the Sepsis-3 Definitions in Critically Ill Children. *JAMA Pediatr*. 2017;171(10):e172352.
- Schlapbach LJ, Watson RS, Sorce LR, Argent AC, Menon K, Hall MW, et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. *JAMA*. 2024;331(8):665.
- Sanchez-Pinto LN, Bennett TD, DeWitt PE, Russell S, Rebull MN, Martin B, et al. Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. *JAMA*. 2024;331(8):675.
- Sanchez-Pinto LN, Bennett TD, DeWitt PE, Russell S, Rebull MN, Martin B, et al. Development and Validation of the Phoenix Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. *JAMA*. 2024;331(8):675.
- Hall MW, Lodha R, Kissoon N, Randolph AG, on behalf of the Society of Critical Care Medicine Pediatric Sepsis Definition Taskforce. The 2024 Phoenix Sepsis Score Criteria: Part 3, What About Using Stages of Sepsis in the Criteria? *Pediatr Crit Care Med*. 2025;26(2):e256–61.
- Walker SB, Lockwood JM, Scott HF, Sanchez-Pinto LN, Bennett TD. We Have New Sepsis Criteria for Children...Now What? *Hosp Pediatr*. 2025;15(7):e315–7.
- Tasker RC. What Do We Know About Pediatric Sepsis Scoring Post-Phoenix? *Pediatr Crit Care Med*. 2025;26(2):e237–40.
- World Health Organization (WHO). Global report on the epidemiology and burden of sepsis. Current evidence, identifying gaps and future directions [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334216/9789240010789-eng.pdf>
- Souza DC, Jaramillo-Bustamante JC, Céspedes-Lesczinsky M, Quintero EMC, Jimenez HJ, Jabornisky R, et al. Challenges and health-care priorities for reducing the burden of paediatric sepsis in Latin America: a call to action. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):129–36.
- Flauzino De Oliveira C, Evans I, Argent AC, Lodha R, Menon K, on behalf of the Society of Critical Care Medicine Pediatric Sepsis Definitions Taskforce. The 2024 Phoenix Sepsis Score Criteria: Part 2, What About Using Interventions in the Criteria? *Pediatr Crit Care Med*. 2025;26(2):e252–5.
- Wiens MO, Carrol ED, Chisti MJ, De Souza DC, Lodha R, Ranjit S, et al. The 2024 Phoenix Sepsis Score Criteria: Part 4, What About Using World-Oriented Criteria? *Pediatr Crit Care Med*. 2025;26(2):e262–5.
- Souza DCD, Oliveira CFD, Lanziotti VS. Pediatric sepsis research in low- and middle-income countries: overcoming challenges. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2021 [citado el 25 de junio de 2025];33(3). Disponible en: <https://criticalcarescience.org/article/pediatric-sepsis-research-in-low-and-middle-income-countries-overcoming-challenges/>
- Gonzalez G, Arias-Lopez MDP, Bordogna A, Palacio G, Siaba Serrate A, Fernández AL, et al. Condiciones socioeconómicas más bajas se asocian con tasas de sepsis infantil más altas pero con resultados similares. *Andes Pediatr*. 2023;94(2):187.
- Houghton N, Bascolo E, Del Riego A. Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e11. doi: 10.26633/RPSP.2020.11.
- Sena AGN, Schutt-Aine J, Arenas J, Akaba S. Momentos clave en el camino hacia la equidad en salud en la Organización Panamericana de la Salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;47:e42. doi: 10.26633/RPSP.2023.42.
- Iseron KV. Magical thinking: Its effect on emergency medical care. *Am J Emerg Med*. 2023;72:132–6. doi: 10.1016/j.ajem.2023.07.045.
- Dávila-Cervantes CA, Agudelo-Botero M. Health inequalities in Latin America: persistent gaps in life expectancy. *Lancet Planet Health*. 2019;3(12):e492–e493. doi: 10.1016/S2542-5196(19)30244-X.

20. Alves SAA, Oliveira MLBD. Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact. *J Hum Growth Dev.* 2018;28(2):183-8. doi: 10.7322/jhgd.147236
21. Souza DC, Barreira ER, Shieh HH, Ventura AMC, Bouso A, Troster EJ, et al. Prevalence and outcomes of sepsis in children admitted to public and private hospitals in Latin America: a multicenter observational study. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2021;33(2):231-242. doi: 10.5935/0103-507X.20210030
22. Marshall JC, Leligdowicz A. Gaps and opportunities in sepsis translational research. *EBioMedicine.* 2022;86:104387. doi: 10.1016/j.ebiom.2022.104387.
23. Campos-Miño S, Sasbón JS, Von Dessauer B. Los cuidados intensivos pediátricos en Latinoamérica. *Med Intensiva.* 2012;36(1):3–10. doi:10.1016/j.medin.2011.07.004.
24. Rudd KE, Kissoon N, Limmathurotsakul D, Bory S, Mutahunga B, Seymour CW, et al. The global burden of sepsis: barriers and potential solutions. *Crit Care.* 2018;22(1):232. doi: 10.1186/s13054-018-2157-z.
25. Harley A, Schlapbach LJ, Johnston ANB, Massey D. Challenges in the recognition and management of paediatric sepsis — The journey. *Australas Emerg Care.* 2022;25(1):23-9. doi: 10.1016/j.auec.2021.03.006.
26. Yealy DM, Huang DT, Delaney A, Knight M, Randolph AG, Daniels R, et al. Recognizing and managing sepsis: what needs to be done? *BMC Med.* 2015;13(1):98. doi: 10.1186/s12916-015-0335-2.
27. Massaud-Ribeiro L, Silami PHNC, Lima-Setta F, Prata-Barbosa A. Pediatric Sepsis Research: Where Are We and Where Are We Going? *Front Pediatr.* 2022;10:829119. doi: 10.3389/fped.2022.829119.
28. Choy CL, Liaw SY, Goh EL, See KC, Chua WL. Impact of sepsis education for healthcare professionals and students on learning and patient outcomes: a systematic review. *J Hosp Infect.* 2022;122:84-95. doi: 10.1016/j.jhin.2022.01.004.
29. Cherian, Jerald, Segal, Jodi, Sharma, Ritu, Zhang, Allen, Bass, Eric, Rosen, Michael. Patient Safety Practices Focused on Sepsis Prediction and Recognition [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603406/>
30. Schlapbach LJ, Kissoon N. Defining Pediatric Sepsis. *JAMA Pediatr.* 2018;172(4):312-314. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.5208.
31. Menon K, Schlapbach LJ, Akech S, Argent A, Biban P, Carrol ED, et al. Criteria for Pediatric Sepsis—A Systematic Review and Meta-Analysis by the Pediatric Sepsis Definition Taskforce*. *Crit Care Med.* 2022;50(1):21-36. doi: 10.1097/CCM.0000000000005294.
32. Watson RS, Argent AC, Sorce LR, Randolph AG, Sanchez-Pinto LN, Bennett TD, et al. The 2024 Phoenix Sepsis Score Criteria: Part 1, the Evolution in Definition of Sepsis and Septic Shock. *Pediatr Crit Care Med.* 2025;26(2):e246-e251. doi: 10.1097/PCC.0000000000003664.
33. Cortés Guerra D, Jaramillo-Bustamante JC, Sánchez-Pinto N. Sepsis en pediatría: nuevos criterios diagnósticos y desafíos. *Rev Chil Infectol.* 2024;41(5):611–22. doi: 10.4067/s0716-10182024000500151
34. Fernández-Sarmiento J, De Souza DC, Martínez A, Nieto V, López-Herce J, Soares Lanzotti V, et al. Latin American Consensus on the Management of Sepsis in Children: Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos [Latin American Pediatric Intensive Care Society] (SLACIP) Task Force: Executive Summary. *J Intensive Care Med.* 2022;37(6):753-763. doi: 10.1177/08850666211054444.
35. Fiest KM, Krewulak KD, Brundin-Mather R, Leia MP, Fox-Robichaud A, Lamontagne F, et al. Patient, Public, and Healthcare Professional’s Sepsis Awareness, Knowledge, and Information Seeking Behaviors: A Scoping Review. *Crit Care Med.* 2022; 50(8):1187-1197. doi: 10.1097/CCM.0000000000005564.
36. Medeiros DNM, Mafra ACCN, Carcillo JA, Troster EJ. A Pediatric Sepsis Protocol Reduced Mortality and Dysfunctions in a Brazilian Public Hospital. *Front Pediatr.* 2021;9:757721. doi: 10.3389/fped.2021.757721.
37. Paul R, Niedner M, Riggs R, Richardson T, DeSouza HG, Auletta JJ, et al. Bundled Care to Reduce Sepsis Mortality: The Improving Pediatric Sepsis Outcomes (IPSO) Collaborative. *Pediatrics.* 2023;152(2):e2022059938. doi: 10.1542/peds.2022-059938.
38. Evans IVR, Phillips GS, Alpern ER, Angus DC, Friedrich ME, Kissoon N, et al. Association Between the New York Sepsis Care Mandate and In-Hospital Mortality for Pediatric Sepsis. *JAMA.* 2018;320(4):358-367. doi: 10.1001/jama.2018.9071.
39. Noritomi DT, Ranzani OT, Monteiro MB, Ferreira EM, Santos SR, Leibel F, et al. Implementation of a multifaceted sepsis education program in an emerging country setting: clinical outcomes and cost-effectiveness in a long-term follow-up study. *Intensive Care Med.* 2014;40(2):182-91. doi: 10.1007/s00134-013-3131-5.
40. Goldstein B, Giroir B, Randolph A. International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics*: *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6(1):2-8. doi: 10.1097/01.PCC.0000149131.72248.E6..
41. Parsons Leigh J, Brundin-Mather R, Moss SJ, Nickel A, Parolini A, Walsh D, et al. Public awareness and knowledge of sepsis: a cross-sectional survey of adults in Canada. *Crit Care.* 2022;26(1):337. doi: 10.1186/s13054-022-04215-6.
42. Lopera Múnera N, Chávez ME, Samaniego L, Morilla Sanabria LP, Mesquita M, Pavlicich V. Development, Implementation, and Evaluation of an Early Sepsis Screening Tool at Triage in a Pediatric Emergency Department in Latin America. *Pediatr Emerg Care.* 2025;41(8):e58-e66. doi: 10.1097/PEC.0000000000003399.
43. Lopera-Múnera N, Pavlicich V. Estado actual del desarrollo de las herramientas de detección inicial de la sepsis en los departamentos de emergencias pediátricos. *Emerg Pediatr.* 2023;2(2):124–31.

44. Machado FR, Cavalcanti AB, Bozza FA, Ferreira EM, Angotti Carrara FS, Sousa JL, et al. The epidemiology of sepsis in Brazilian intensive care units (the Sepsis PREvalence Assessment Database, SPREAD): an observational study. *Lancet Infect Dis.* 2017;17(11):1180-9. doi: 10.1016/S1473-3099(17)30322-5.
45. Reinhart K, Daniels R, Machado FR, World Sepsis Day Steering Committee and the Global Sepsis Alliance Executive Board. The burden of sepsis: a call to action in support of World Sepsis Day 2013. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2013;25(1):3-5. doi: 10.1590/s0103-507x2013000100002.
46. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40(2):502-9.