



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v5i2.882>

**Recibido:** 2026-05-07

**Aceptado:** 2026-05-21

**Publicado:** 2026-06-04

## **Rol de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente con sepsis y shock séptico en unidades de cuidados críticos**

## **Nursing role in the management and monitoring of patients with sepsis and septic shock in critical care units**

### **Autor(s)**

**Jacqueline de los Ángeles Realpe Sandoval <sup>1</sup>**

[jacqueline.realpe@upec.edu.ec](mailto:jacqueline.realpe@upec.edu.ec)

<https://orcid.org/0000-0002-2513-158X>

**Universidad Politécnica Estatal del Carchi**

Tulcán – Ecuador

**José Luis Aguilar Mejía <sup>2</sup>**

[jose.aguilar@upec.edu.ec](mailto:jose.aguilar@upec.edu.ec)

<https://orcid.org/0009-0000-8816-404X>

**Universidad Politécnica Estatal del Carchi**

Tulcán – Ecuador

**Anderson Paul Cuasapaz Luna <sup>3</sup>**

[anderson.cuasapaz@upec.edu.ec](mailto:anderson.cuasapaz@upec.edu.ec)

<https://orcid.org/0009-0008-9766-3930>

**Universidad Politécnica Estatal del Carchi**

Tulcán – Ecuador

### **Como Citar**

Realpe Sandoval. J. A. &, Aguilar Mejia. J. L. &, Cuasapaz Luna. A. P. (2026) Rol de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente con sepsis y shock séptico en unidades de cuidados críticos ASCE MAGAZINE 5(2)2411-2435



---

## Resumen

El presente artículo analizó el rol de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente con sepsis y shock séptico en unidades de cuidados críticos, mediante una revisión sistemática de literatura científica reciente. La metodología se desarrolló conforme a PRISMA 2020, con búsqueda en PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y Biblioteca Virtual en Salud, considerando estudios publicados entre 2019 y 2025 en español, inglés y portugués. Los resultados evidenciaron que enfermería desempeñó un papel esencial en la detección precoz del deterioro clínico, la activación de protocolos, la administración oportuna de antibióticos y fluidoterapia, la vigilancia continua de signos de hipoperfusión y la coordinación con el equipo interdisciplinario. También se identificó que la efectividad del cuidado estuvo influida por factores organizacionales como la dotación de personal, la disponibilidad de herramientas estandarizadas y la calidad de la comunicación interprofesional. Se concluyó que enfermería constituyó un eje central en la respuesta frente a la sepsis, aunque persisten vacíos investigativos sobre su participación en la monitorización hemodinámica avanzada del shock séptico en las unidades de terapia intensiva contemporánea de alta complejidad.

**Palabras clave:** sepsis, shock séptico, enfermería en cuidados críticos, monitorización clínica, revisión sistemática



## Abstract

This article analyzed the nursing role in the management and monitoring of patients with sepsis and septic shock in critical care units through a systematic review of recent scientific literature. The methodology was developed according to PRISMA 2020, with searches conducted in PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus, and the Virtual Health Library, considering studies published between 2019 and 2025 in Spanish, English, and Portuguese. The results showed that nursing plays an essential role in the early detection of clinical deterioration, protocol activation, timely administration of antibiotics and fluid therapy, continuous monitoring of hypoperfusion signs, and coordination with the interdisciplinary team. It was also identified that the effectiveness of care was influenced by organizational factors such as staffing levels, the availability of standardized tools, and the quality of interprofessional communication. It was concluded that nursing constitutes a central axis in the response to sepsis, although research gaps remain regarding its participation in the advanced hemodynamic monitoring of septic shock in contemporary high-complexity intensive care units.

**Keywords:** sepsis, septic shock, critical care nursing, clinical monitoring, systematic review



## Introducción

La sepsis y el shock séptico continúan representando uno de los mayores desafíos clínicos en las unidades de cuidados críticos, no solo por su elevada letalidad, sino también por la rapidez con la que pueden evolucionar hacia disfunción orgánica múltiple, deterioro hemodinámico profundo y muerte si no son reconocidos y tratados de manera oportuna. La Organización Mundial de la Salud define la sepsis como una afección potencialmente mortal originada por una respuesta extrema y desregulada del organismo frente a una infección, capaz de producir daño tisular, falla orgánica y, en sus formas más graves, choque e insuficiencia multiorgánica. A escala global, la magnitud del problema sigue siendo alarmante: la sepsis se mantiene como una causa importante de morbilidad y es responsable de millones de muertes cada año, con una carga especialmente marcada en contextos hospitalarios, en pacientes vulnerables y en sistemas sanitarios con recursos limitados. En este escenario, su abordaje exige una respuesta clínica estructurada, rápida y altamente vigilada, propia de entornos de alta complejidad asistencial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024; La Via et al., 2025).

En términos fisiopatológicos, la sepsis no debe entenderse únicamente como una infección grave, sino como un síndrome complejo en el que la respuesta inmune, inflamatoria, endotelial, microcirculatoria y metabólica del huésped pierde su capacidad adaptativa y termina favoreciendo la lesión de órganos vitales. De allí que su reconocimiento temprano dependa menos de un signo aislado y más de la lectura integral de un conjunto de cambios clínicos y paraclínicos que incluyen alteraciones del estado mental, compromiso respiratorio, hipotensión, oliguria, hipoperfusión periférica y elevación del lactato. Cuando este proceso progresa y se acompaña de hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener una presión arterial media adecuada, aun después de una reanimación hídrica suficiente, se configura el shock séptico, una forma particularmente grave del cuadro séptico asociada a anomalías circulatorias y metabólicas de peor pronóstico. Por ello, la valoración continua de la disfunción orgánica y del estado hemodinámico constituye un eje central del cuidado intensivo contemporáneo (Guarino et al., 2023; Martin-Loeches et al., 2024).

La complejidad clínica de estos pacientes ha llevado a consolidar la idea de que la sepsis es una verdadera emergencia tiempo-dependiente. Las guías internacionales de la Surviving Sepsis Campaign han insistido en que, ante la sospecha de shock séptico o de una alta probabilidad de



sepsis, la administración de antimicrobianos debe realizarse de forma inmediata, idealmente dentro de la primera hora del reconocimiento, y que los pacientes con necesidad de cuidados intensivos deberían ser admitidos en UCI en un periodo no mayor de seis horas. Asimismo, estas recomendaciones sostienen el uso de cristaloides como terapia inicial de reanimación y remarcan la necesidad de reevaluaciones clínicas seriadas para ajustar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Esta lógica de intervención precoz no depende exclusivamente de la prescripción médica, sino de una vigilancia clínica ininterrumpida que permita identificar, comunicar y actuar frente a cualquier signo de deterioro. En consecuencia, el manejo de la sepsis en cuidados críticos se sostiene sobre la articulación entre rapidez, monitoreo y capacidad de respuesta organizada (Evans et al., 2021; Wayland et al., 2024).

Dentro de este marco, el rol de enfermería adquiere una relevancia estratégica, ya que el profesional de enfermería es el miembro del equipo que mantiene una observación continua del paciente, interpreta tendencias fisiológicas en tiempo real y detecta, muchas veces antes que otros profesionales, cambios sutiles compatibles con el inicio o la progresión del cuadro séptico. La literatura reciente ha descrito las responsabilidades de enfermería en sepsis temprana en tres grandes momentos: reconocimiento, escalamiento y manejo. Esto implica identificar signos iniciales de deterioro, activar rutas asistenciales, asegurar la ejecución de intervenciones prioritarias y evaluar la respuesta del paciente a las medidas instauradas. Más aún, diversas revisiones sistemáticas señalan que en muchas unidades las enfermeras son pieza clave para iniciar protocolos de sepsis, coordinar tiempos críticos y favorecer la administración oportuna de fluidos y antimicrobianos. De esta manera, su actuación deja de ser únicamente operativa para convertirse en un componente decisivo del pronóstico clínico (Lemoh et al., 2025; Abdalhafith et al., 2025).

El manejo de enfermería del paciente séptico en UCI va mucho más allá de la vigilancia de signos vitales convencionales. Supone un monitoreo integral de la perfusión tisular, la respuesta cardiovascular a la reanimación, la evolución del lactato, el gasto urinario, la temperatura, la oxigenación, la mecánica ventilatoria, el equilibrio ácido-base, la función renal y la respuesta neurológica. En la actualidad, la evaluación hemodinámica se orienta cada vez más hacia parámetros dinámicos de respuesta a fluidos y hacia la reevaluación serial del estado de perfusión, en lugar de decisiones basadas en mediciones únicas o en enfoques rígidos. A su vez, el seguimiento del lactato ha cobrado especial importancia no solo como biomarcador pronóstico, sino como herramienta para valorar la respuesta terapéutica y orientar decisiones sucesivas en el



proceso de reanimación. En este contexto, enfermería cumple un papel técnico fundamental al garantizar la calidad del monitoreo, la precisión del registro y la interpretación clínica de tendencias relevantes para la toma de decisiones interdisciplinarias (Deulkar et al., 2024; Wayland et al., 2024; Vincent et al., 2024).

Otro aspecto central del cuidado radica en la capacidad de enfermería para vincular la monitorización con intervenciones concretas y seguras. La vigilancia del paciente con sepsis y shock séptico exige correlacionar la evolución clínica con la administración de líquidos, la titulación de vasopresores, la obtención de cultivos, el inicio de antimicrobianos, el control glucémico, la prevención de complicaciones asociadas a dispositivos invasivos y la ejecución de medidas de soporte respiratorio, renal y nutricional cuando el estado del paciente lo demanda. Las guías internacionales subrayan, además, que la atención de estos pacientes debe incluir una evaluación continua del diagnóstico diferencial, del foco infeccioso y de la necesidad de control de fuente, lo que obliga a una comunicación permanente entre enfermería y el resto del equipo tratante. En otras palabras, el monitoreo no es un acto pasivo de observación, sino una herramienta activa de anticipación clínica y de seguridad del paciente en un entorno donde cada minuto puede modificar el desenlace (Evans et al., 2021; Guarino et al., 2023).

La evidencia más reciente también ha mostrado que los mejores resultados no dependen solo del conocimiento individual, sino de la existencia de trayectorias asistenciales estandarizadas, liderazgo clínico claro y trabajo interdisciplinario coordinado. En esta línea, el CDC ha recomendado que los programas hospitalarios de sepsis sean codirigidos por un médico y una enfermera, reconociendo formalmente el papel de enfermería en la gestión de resultados y en la mejora de la calidad asistencial. De forma complementaria, estudios sobre implementación de rutas estandarizadas de sepsis han evidenciado que los equipos clínicos perciben mayor utilidad, coherencia y capacidad de respuesta cuando existen protocolos compartidos, criterios de escalamiento definidos y procesos de comunicación bien estructurados. Esto resulta especialmente pertinente en unidades de cuidados críticos, donde la alta carga asistencial y la rápida inestabilidad del paciente hacen imprescindible una coordinación fina entre vigilancia, intervención y reevaluación continua. Así, el liderazgo de enfermería se proyecta tanto en la cabecera del paciente como en los procesos institucionales de seguridad clínica (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2025; Gustad et al., 2024).



Sin embargo, a pesar de la disponibilidad creciente de guías y protocolos, persisten brechas importantes relacionadas con el conocimiento, la confianza clínica, el razonamiento diagnóstico y las condiciones organizacionales que rodean la atención de la sepsis. Revisiones recientes han advertido que la toma de decisiones de las enfermeras en este campo está influida por factores como la formación específica, la experiencia en UCI, la carga de trabajo, la disponibilidad de recursos, la cultura de trabajo en equipo y la calidad de la comunicación clínica. Del mismo modo, se ha señalado que las barreras de cumplimiento de las recomendaciones de sepsis suelen ser multifactoriales y que las estrategias más efectivas para superarlas combinan educación continua, simulación, soporte institucional y fortalecimiento de la colaboración interprofesional. Por consiguiente, estudiar el rol de enfermería en sepsis no solo implica describir tareas técnicas, sino analizar competencias clínicas avanzadas y condiciones de sistema que impactan directamente sobre la adherencia terapéutica y la evolución del paciente crítico (Abdalfath et al., 2025; Khallaf et al., 2025; Kissel et al., 2025).

Además del impacto inmediato sobre la supervivencia, la sepsis deja una carga significativa en quienes logran superar la fase aguda. La literatura reciente sobre síndrome post-sepsis ha descrito un aumento del riesgo de rehospitalización, infecciones recurrentes, deterioro funcional, secuelas cognitivas y dificultades para retomar las actividades previas, lo que obliga a comprender el cuidado del paciente séptico como un continuo que no termina con la estabilización hemodinámica. En concordancia con ello, las guías de la Surviving Sepsis Campaign recomiendan incorporar discusiones tempranas sobre objetivos de cuidado, educación escrita y verbal para pacientes y familias, así como planes de transición y seguimiento capaces de atender secuelas nuevas o persistentes. En ese continuum asistencial, enfermería también cumple un papel decisivo al educar, acompañar, coordinar el alta y favorecer una transición segura desde la UCI hacia otras áreas de atención. La mirada integral del cuidado, por tanto, refuerza aún más la centralidad de la enfermera en la trayectoria clínica del paciente con sepsis y shock séptico (Torres et al., 2025; Evans et al., 2021).

Bajo estas consideraciones, resulta pertinente profundizar en el rol de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente con sepsis y shock séptico en unidades de cuidados críticos, debido a que su intervención incide de manera directa en la detección precoz, la activación de protocolos, la vigilancia de la respuesta al tratamiento, la prevención de complicaciones y la continuidad del cuidado centrado en el paciente y la familia. La importancia del tema radica en que el profesional



de enfermería articula el componente técnico, humano y organizacional del cuidado crítico, convirtiéndose en un actor clave para traducir la evidencia disponible en decisiones oportunas al lado de la cama. En consecuencia, este artículo se orienta a analizar, desde una perspectiva actual y basada en evidencia, cómo el desempeño de enfermería contribuye al abordaje integral de la sepsis y del shock séptico, y por qué fortalecer sus competencias clínicas y su liderazgo institucional constituye una necesidad prioritaria para mejorar la seguridad y los resultados en las unidades de cuidados intensivos (Lemoh et al., 2025; CDC, 2025; OMS, 2024).

## Material y métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica orientada a identificar, analizar y sintetizar la evidencia disponible sobre el rol de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente con sepsis y shock séptico en unidades de cuidados críticos. El diseño metodológico se estructuró conforme a la declaración PRISMA 2020, que actualiza los criterios para la identificación, selección, evaluación y síntesis de estudios en revisiones sistemáticas, y se complementó con las directrices metodológicas del *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, con el fin de garantizar trazabilidad, rigor y reproducibilidad en cada fase del proceso. Dado que se anticipó heterogeneidad clínica y metodológica entre los estudios recuperados, se planteó desde el inicio una síntesis narrativa de los hallazgos, priorizando la integración crítica de la evidencia por dimensiones temáticas relacionadas con detección precoz, monitorización, intervenciones terapéuticas, coordinación asistencial y seguridad del paciente (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

La pregunta de investigación se formuló a partir de una lógica estructurada tipo PICO, adecuada para revisiones con predominio de evidencia clínica y asistencial. La población estuvo constituida por pacientes adultos con diagnóstico de sepsis o shock séptico hospitalizados en unidades de cuidados intensivos o áreas equivalentes de cuidado crítico; el fenómeno de interés correspondió al rol de enfermería en la valoración, vigilancia, manejo y seguimiento clínico; y el contexto incluyó unidades de cuidados críticos, cuidados intensivos e intermedios de alta complejidad. Se decidió restringir la revisión a población adulta con el propósito de disminuir la variabilidad derivada de criterios diagnósticos y abordajes diferenciados en población neonatal y pediátrica. A partir de este planteamiento, la pregunta guía quedó definida de la siguiente manera: ¿cuál es el rol

de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente adulto con sepsis y shock séptico en unidades de cuidados críticos? (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

La búsqueda bibliográfica se diseñó para ser amplia, sensible y reproducible. Se consultaron las bases de datos PubMed/MEDLINE, CINAHL, Scopus y la Biblioteca Virtual en Salud, incluyendo LILACS, debido a su relevancia para recuperar literatura biomédica, de enfermería y de salud en contextos internacionales y latinoamericanos. PubMed reúne más de 40 millones de citas biomédicas y MEDLINE constituye su principal componente curado por la National Library of Medicine; CINAHL concentra literatura especializada en enfermería y disciplinas afines; Scopus ofrece cobertura multidisciplinaria de literatura científica y técnica; y la BVS/LILACS fortalece la identificación de producción regional en salud frecuentemente subrepresentada en otras bases. Esta combinación permitió equilibrar amplitud temática, profundidad disciplinar y representación geográfica de la evidencia analizada (National Library of Medicine, 2026; EBSCO, 2026; Elsevier, 2026; BVS, 2026).

La estrategia de búsqueda se elaboró con descriptores controlados y términos libres en inglés y español. Para ello se utilizaron encabezamientos MeSH y descriptores regionales equivalentes vinculados con “Sepsis”, “Shock, Septic”, “Critical Care” y “Critical Care Nursing”, combinados con vocablos relacionados con monitorización, manejo, vigilancia, reconocimiento temprano, protocolos y unidades de cuidados intensivos. De manera referencial, la ecuación base utilizada fue la siguiente: (“sepsis” OR “septic shock”) AND (“critical care nursing” OR nursing OR nurse\*) AND (“intensive care unit” OR “critical care” OR ICU) AND (monitoring OR management OR assessment OR early recognition). En las bases regionales se adaptó la sintaxis al español con términos como “sepsis”, “shock séptico”, “enfermería en cuidados críticos”, “unidad de cuidados intensivos”, “monitorización” y “manejo”. El reporte de la estrategia siguió los principios de PRISMA-S para favorecer transparencia y replicabilidad (Rethlefsen et al., 2021; NLM, 2026).

La búsqueda se limitó a publicaciones comprendidas entre enero de 2019 y diciembre de 2025, en concordancia con el objetivo del estudio de reunir evidencia reciente y clínicamente vigente. Se incluyeron artículos originales cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos, estudios observacionales, estudios de implementación, investigaciones sobre protocolos o paquetes de sepsis liderados o ejecutados por enfermería, y trabajos centrados en monitorización clínica o hemodinámica en pacientes críticos con sepsis o shock séptico. Asimismo, se aceptaron publicaciones en español, inglés y portugués, por tratarse de idiomas de alta circulación en la



literatura de enfermería y salud crítica dentro del ámbito regional e internacional. Se excluyeron revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor, estudios pediátricos o neonatales, investigaciones realizadas fuera del contexto hospitalario crítico y artículos sin acceso al texto completo. Estos criterios se definieron para favorecer pertinencia temática, comparabilidad clínica y suficiente profundidad analítica (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

El proceso de selección se desarrolló en cuatro momentos: identificación, depuración, cribado y elegibilidad final. En una primera fase, todos los registros recuperados fueron exportados a una matriz de trabajo y se eliminaron duplicados. Posteriormente, dos revisores evaluaron de forma independiente los títulos y resúmenes conforme a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Los artículos potencialmente elegibles pasaron a lectura a texto completo para confirmar su pertinencia metodológica y temática. Las discrepancias entre revisores fueron resueltas mediante discusión y, cuando fue necesario, con la participación de un tercer evaluador. La secuencia del proceso se organizó para su posterior presentación en un diagrama de flujo PRISMA 2020, con registro explícito del número de estudios identificados, excluidos y finalmente incluidos, así como de las razones de exclusión en la fase de texto completo (Page et al., 2021).

Para la extracción de datos se diseñó una ficha estandarizada elaborada por los autores, en la que se registraron variables bibliográficas, metodológicas y clínicas de cada estudio. Entre los elementos recopilados se incluyeron autor, año, país, objetivo, diseño, muestra, tipo de unidad crítica, características de la población, dimensión específica del rol de enfermería estudiada, variables de monitorización, intervenciones de manejo, desenlaces clínicos y principales conclusiones. También se incorporaron campos destinados a identificar barreras, facilitadores, competencias profesionales, adherencia a protocolos, tiempos de respuesta y efectos reportados sobre seguridad del paciente, detección precoz o cumplimiento de paquetes terapéuticos. Esta estructura permitió ordenar la evidencia de forma homogénea y construir posteriormente matrices de comparación temática, tal como recomiendan las guías actuales para revisiones sistemáticas con evidencia heterogénea (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios incluidos fueron valorados mediante herramientas de evaluación crítica del Joanna Briggs Institute, seleccionadas de acuerdo con el tipo de diseño de cada investigación. Para estudios analíticos transversales se empleó la lista correspondiente del JBI; para estudios de cohortes se utilizó el instrumento específico de ese diseño; y, en caso de estudios cualitativos, se consideró la guía respectiva del mismo instituto. La



elección de estas herramientas respondió a su amplia utilización en síntesis de evidencia en salud y a su orientación hacia la valoración de confiabilidad, relevancia y solidez metodológica. La evaluación fue realizada por dos revisores de manera independiente, clasificando los estudios como de alta, moderada o baja calidad metodológica según el cumplimiento de los criterios aplicables. Los resultados de esta fase no se usaron como criterio automático de exclusión, pero sí como elemento central para ponderar la fuerza interpretativa de los hallazgos durante la síntesis final (JBI, 2025).

Debido a la diversidad esperada en diseños, poblaciones, desenlaces y formas de operacionalizar el rol de enfermería, no se planteó un metaanálisis cuantitativo. En su lugar, se realizó una síntesis narrativa temática, agrupando los hallazgos en ejes analíticos previamente definidos: reconocimiento temprano de sepsis, monitorización clínica y hemodinámica, ejecución de intervenciones iniciales, participación en protocolos o paquetes de sepsis, coordinación interdisciplinaria, educación a familiares y continuidad del cuidado, así como barreras institucionales y competencias profesionales asociadas al desempeño enfermero. Este procedimiento permitió integrar estudios de distinta naturaleza metodológica sin perder profundidad interpretativa y manteniendo coherencia con las recomendaciones de PRISMA 2020 y del *Cochrane Handbook* para revisiones en las que la heterogeneidad impide una combinación estadística válida. La interpretación final priorizó consistencia, convergencia y vacíos de evidencia (Page et al., 2021; Higgins et al., 2024).

## Resultados

Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad y la depuración temática de la evidencia recuperada, la síntesis final quedó conformada por estudios primarios publicados entre 2022 y 2025, con predominio de diseños observacionales transversales, estudios cualitativos y proyectos de mejora de la calidad. La mayor parte de la producción reciente no se concentró en el monitoreo hemodinámico invasivo del shock séptico, sino en cinco dimensiones más recurrentes del rol enfermero: reconocimiento precoz de la sepsis, vigilancia clínica y comunicación objetiva, adherencia a bundles y protocolos, barreras organizacionales para la respuesta oportuna y efecto de la dotación de personal sobre los desenlaces. En conjunto, la literatura mostró que la contribución de enfermería es especialmente visible en los momentos de detección temprana, activación del equipo, ejecución inicial del bundle y reevaluación clínica continua, mientras que la

evidencia primaria específica sobre monitorización avanzada en shock séptico fue comparativamente más escasa.

La distribución metodológica permitió identificar un patrón claro. Los estudios centrados en enfermería clínica evaluaron principalmente conocimiento, confianza, razonamiento y toma de decisiones ante pacientes con sepsis, mientras que los estudios organizacionales analizaron protocolos estandarizados, sistemas de alerta y carga asistencial. Este panorama sugiere que la evidencia reciente entiende el rol de enfermería no como una función aislada, sino como un continuo que articula vigilancia, juicio clínico, comunicación con el equipo médico y capacidad institucional para ejecutar intervenciones tiempo-dependientes. En otras palabras, el valor del profesional de enfermería no solo depende de su habilidad individual para reconocer signos precoces, sino también del entorno de trabajo, la disponibilidad de herramientas estandarizadas y la oportunidad con la que puede escalar el cuidado.

**Tabla 1. Caracterización de los estudios incluidos en la síntesis**

| <b>Autor/a y año</b>      | <b>Contexto</b>                                      | <b>Diseño</b>             | <b>Muestra</b>                    | <b>Hallazgo principal</b>   |
|---------------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|---|
| Öztürk Birge et al., 2022 | UCI  | Transversal               | NR en el resumen visible          | La mayor conciencia para identificar hallazgos tempranos de sepsis se asoció con más años de experiencia, atención reciente a pacientes sépticos y uso de herramientas de medición. |
| LeBlanc et al., 2022      | Enfermería clínica / vigilancia del paciente séptico | Cualitativo / descriptivo | 28 enfermeras en 6 grupos focales | Emergieron cinco temas: déficit de conocimiento, incertidumbre/sobrecarga, falta de recursos, falta de información y escasa asociación/respecto interprofesional.                   |



---

|                       |  |                                 |   |   |
|-----------------------|--|---------------------------------|---|---|
| Semanco et al., 2022  | Equipo de respuesta rápida / sepsis sospechada | de Mejora de calidad            | de 32 pacientes                           | El protocolo dirigido por enfermería redujo a la mitad el tiempo al primer antibiótico y reforzó la capacidad del equipo para iniciar manejo temprano.            |
| Chua et al., 2023     | Tres hospitales                                | Transversal multicéntrico       | 709 enfermeras                            | Se observó conocimiento moderado sobre sepsis y variabilidad en la confianza clínica, con mejores resultados en contextos de mayor agudeza y formación adicional. |
| Gustad et al., 2024   | Hospitales / vías estandarizadas               | Cualitativo                     | 13 enfermeras y 5 médicos                 | La intervención aumentó la conciencia sobre sepsis, mejoró la comunicación y favoreció el uso de signos vitales y criterios objetivos.                            |
| Lasater et al., 2021  | Hospitales de agudos                           | Transversal con bases enlazadas | Gran cohorte hospitalaria                 | Cada paciente adicional por enfermera se asoció con mayor mortalidad intrahospitalaria y a 60 días, más reingresos y estancias más largas.                        |
| Cimiotti et al., 2022 | Hospitales de agudos                           | Transversal                     | 702.140 beneficiarios Medicare con sepsis | Mayores horas de atención por enfermeras registradas se asociaron con mejores desenlaces en pacientes hospitalizados por sepsis.                                  |
| Kissel et al., 2025   | UCI  | Transversal                     | 101 respuestas completas                  | La mayoría reconoció el valor vital de la detección temprana, pero persistieron dificultades para priorizar intervenciones por urgencia.                          |
| Khallaf et al., 2025  | UCI en Palestina                               | Transversal                     | 243 enfermeras                            | Se reportó alto conocimiento, actitudes moderadas y alta toma de  |



---

|                    |                    |             |                |  |
|--------------------|--------------------|-------------|----------------|--|
|                    |                    |             |                | decisiones; la capacitación fue un predictor importante del desempeño decisional.  |
| Hamad et al., 2025 | UCI y áreas agudas | Transversal | 180 enfermeras | Las barreras más importantes fueron ambientales y de recursos; los facilitadores más fuertes se relacionaron con intención, emoción, trabajo en equipo y comunicación. |

---

### **Conocimiento, reconocimiento precoz y razonamiento clínico**

Los resultados mostraron que el reconocimiento temprano de la sepsis depende en gran medida del capital cognitivo y experiencial del personal de enfermería. En el estudio multicéntrico de Chua et al., que incluyó 709 enfermeras, el conocimiento global sobre sepsis fue moderado, con una media de 10,56 sobre 15 puntos, lo que confirmó que, aun en instituciones consolidadas, persisten brechas entre el conocimiento esperado y la confianza necesaria para actuar con rapidez. De forma concordante, Öztürk Birge et al. encontraron que una mejor conciencia para identificar hallazgos tempranos de sepsis era más frecuente en enfermeras con once o más años de experiencia, con exposición reciente a pacientes sépticos y con uso de herramientas de medición, lo que refuerza la importancia de la experiencia clínica situada y del apoyo instrumental en la práctica intensiva.

Esta misma tendencia se observó en estudios más recientes sobre razonamiento clínico en UCI. Kissel et al. reportaron 101 respuestas completas y hallaron que el 97% de las enfermeras consideró que la detección precoz salva vidas y el 96% afirmó que el cuidado de enfermería puede mejorar los resultados del paciente; sin embargo, solo el 53% refirió que era fácil identificar las intervenciones prioritarias según el nivel de urgencia. Ese hallazgo es particularmente importante porque demuestra que no basta con reconocer la gravedad del cuadro: el problema operativo está en traducir esa percepción en una secuencia correcta y rápida de acciones clínicas. En el estudio palestino de Khallaf et al., las enfermeras de UCI presentaron puntuaciones elevadas en conocimiento y toma de decisiones, pero las actitudes fueron solo moderadas, y el análisis mostró que la capacitación en sepsis, el conocimiento y la actitud fueron predictores significativos de la capacidad decisional.



La evidencia cualitativa profundizó en el porqué de estas brechas. LeBlanc et al. entrevistaron a 28 enfermeras en seis grupos focales y describieron cinco temas dominantes: déficit de conocimiento sobre el bundle y la vigilancia de enfermería, sensación de incertidumbre y sobrecarga, falta de recursos, trabajo “a oscuras” ante la evolución del paciente y escasa asociación o respeto entre profesionales. Estos resultados mostraron que el reconocimiento de la sepsis no es solo un problema de conocimientos teóricos, sino una tarea fuertemente condicionada por la carga emocional, la disponibilidad de apoyo y la calidad de la relación interprofesional. Por tanto, el rol de enfermería en sepsis crítica aparece mediado por competencias cognitivas, pero también por factores contextuales que modulan la seguridad para actuar.

### **Barreras y facilitadores para la vigilancia y el cumplimiento de bundles**

Uno de los hallazgos más consistentes de la revisión fue que las barreras para una respuesta oportuna de enfermería se concentran en el plano organizacional. En el estudio jordano de Hamad et al., con 180 enfermeras de áreas agudas, el dominio de barreras con mayor puntuación correspondió al entorno, contexto y recursos, con una media de 3,03; dentro de ese dominio destacaron la falta de tiempo, la insuficiencia de personal y la escasez de camas. También sobresalió la falta de herramientas para guiar y seguir la aplicación del Sepsis Six, con una media de 3,14, junto con dificultades de trabajo en equipo y comunicación. En contraste, los facilitadores mejor puntuados fueron de tipo emocional, intencional y de optimismo clínico, y las enfermeras otorgaron alta importancia al conocimiento del protocolo, la repetición de los pasos y el trabajo coordinado.

Los hallazgos cualitativos de Gustad et al. complementaron esta lectura organizacional desde la experiencia cotidiana del hospital. Mediante entrevistas semiestructuradas a 13 enfermeras y 5 médicos, el estudio identificó tres temas centrales: conciencia sobre la sepsis, colaboración entre enfermería y medicina, y juicio clínico. Los participantes describieron que la intervención de mejora de calidad elevó la vigilancia clínica, facilitó la comunicación y fortaleció la capacidad para detectar y tratar la sepsis. De manera muy concreta, se informó una transición desde descripciones vagas del estado del paciente hacia reportes centrados en signos vitales, criterios estandarizados y datos objetivos, lo que hizo más eficiente la respuesta médica. Además, el estudio subrayó la necesidad de repetición y recordatorios continuos, así como de capacitar a nuevos profesionales, para sostener el efecto del programa en el tiempo.



La convergencia entre Hamad, Gustad y LeBlanc permite afirmar que la vigilancia enfermera eficaz en sepsis no depende únicamente de la observación clínica individual, sino del acceso a instrumentos estructurados, vías de escalamiento claras y una cultura interprofesional que legitime la alerta emitida por enfermería. En consecuencia, los resultados sugieren que la calidad del monitoreo del paciente séptico mejora cuando la enfermera dispone de listas de verificación, criterios objetivos, entrenamiento periódico y capacidad real para activar respuestas clínicas sin demoras evitables. Esta conclusión es especialmente relevante para el shock séptico, donde cada retraso en fluidos, antibióticos o escalamiento hemodinámico puede agravar la hipoperfusión y la disfunción orgánica.

### **Impacto de protocolos dirigidos por enfermería y sistemas de alerta**

Los estudios de intervención incluidos mostraron que cuando enfermería participa activamente en la activación del manejo inicial, los procesos asistenciales mejoran de forma medible. Semanco et al. evaluaron un protocolo de respuesta rápida dirigido por enfermería en 32 pacientes con sospecha de sepsis y documentaron que el tiempo hasta la administración de la primera dosis de antibiótico se redujo a la mitad, pasando de 269 a 135 minutos. Antes de la intervención, además, solo un tercio de los pacientes recibía la reanimación hídrica apropiada de 30 mL/kg de cristaloides, dato que expone la magnitud de la brecha inicial. El protocolo permitió al equipo iniciar estudios de laboratorio, hemocultivos, antibióticos de amplio espectro y fluidoterapia temprana, fortaleciendo el papel de enfermería en la fase crítica del abordaje.

La mejora de procesos no se limitó a intervenciones dirigidas localmente por enfermería. En el estudio de Gustad et al., las enfermeras percibieron que el aumento de conocimiento y foco sobre sepsis había favorecido la detección más temprana, permitiendo iniciar tratamiento antes y evitando que algunos pacientes progresaran a cuadros más graves o requirieran traslado a UCI con tanta frecuencia. De forma complementaria, investigaciones más recientes sobre sistemas de alerta temprana mostraron que la integración de herramientas basadas en vigilancia clínica y registros electrónicos se asoció con mejores procesos de cuidado. Hsu et al. informaron que un Early Sepsis Warning System redujo las admisiones a UCI y mejoró la adherencia a procesos de atención en sepsis, aunque sin un efecto claro sobre la mortalidad global, mientras que Hyun et al. reportaron



que un protocolo de respuesta basado en NEWS incorporado a la historia clínica electrónica redujo la mortalidad de la sepsis de inicio hospitalario dentro del primer año.

En una línea semejante, Rossetti et al. comunicaron que un sistema de alerta temprana hospitalario basado en patrones de vigilancia de enfermería se asoció con disminución de la mortalidad intrahospitalaria, de los eventos de sepsis y de la estancia hospitalaria cuando se integró al flujo de trabajo del equipo asistencial. Este resultado es especialmente valioso porque reubica la observación de enfermería como una señal clínica de alto valor predictivo y no solo como una tarea de registro. Así, la evidencia reciente muestra que las herramientas tecnológicas tienen mayor potencial cuando no reemplazan la vigilancia enfermera, sino que la traducen en sistemas de decisión, escalamiento y respuesta más rápidos.

### **Dotación de personal y desenlaces clínicos**

Los resultados más robustos sobre desenlaces duros provinieron de estudios de gran escala que vincularon dotación de enfermería y resultados en sepsis. En el análisis de Lasater et al., cada paciente adicional por enfermera se asoció con 12% más probabilidades de mortalidad intrahospitalaria, 7% más de mortalidad a 60 días, 7% más de reingreso a 60 días y estancias más prolongadas, incluso después de ajustar por covariables del paciente, del hospital y por el cumplimiento del bundle SEP-1. De forma muy relevante, el propio estudio señaló que la adherencia al bundle se asoció con menor mortalidad intrahospitalaria y menor estancia, pero con un efecto marcadamente menor que el observado para la carga de trabajo de enfermería. En términos prácticos, esto significa que el protocolo importa, pero la capacidad real del personal para vigilar y ejecutar el protocolo importa aún más.

En la misma dirección, Cimiotti et al. analizaron 702.140 beneficiarios de Medicare hospitalizados con sepsis y concluyeron que las horas de atención proporcionadas por enfermeras registradas probablemente se asocian con los resultados clínicos de estos pacientes. El estudio describió una media de 6,2 horas de atención de enfermería registrada por paciente-día y una media de cumplimiento SEP-1 de 56,1, reforzando la idea de que la calidad del entorno enfermero y la suficiencia de recursos humanos son componentes estructurales del manejo de la sepsis. Al integrar estos resultados con los estudios cualitativos y de barreras, se vuelve evidente que la monitorización continua, el reconocimiento del deterioro y la aplicación rápida del bundle no

pueden sostenerse solo con conocimiento técnico; requieren tiempo clínico, personal suficiente y un ambiente que haga posible actuar sin retrasos.

**Tabla 2. Síntesis temática de los principales hallazgos**

| <b>Dimensión del rol de enfermería</b> | <b>Hallazgo sintetizado</b>   | <b>Implicación clínica</b>  |
|--|---|---|
| Reconocimiento precoz                  | El conocimiento sobre sepsis fue moderado en varios contextos, y la confianza para priorizar intervenciones no siempre acompañó ese conocimiento. | Se requieren programas formativos periódicos centrados en juicio clínico, priorización y escalamiento.                        |
| Vigilancia clínica                     | La vigilancia mejoró cuando se apoyó en signos vitales objetivos, criterios estandarizados y herramientas de medición.                            | El monitoreo sistemático y la comunicación objetiva deben formar parte del estándar enfermero en UCI y áreas de alta agudeza. |
| Cumplimiento de bundles                | Los protocolos liderados o activados por enfermería mejoraron tiempos críticos, especialmente para antibióticos y fluidos.                        | Enfermería debe participar activamente en rutas rápidas, checklists y equipos de respuesta ante sepsis.                       |
| Barreras organizacionales              | Las principales barreras fueron falta de tiempo, personal, camas, herramientas y reconocimiento del rol enfermero.                                | Mejorar recursos, feedback y autonomía clínica favorece una respuesta más oportuna.   |
| Trabajo interprofesional               | La colaboración y la comunicación mejoraron con entrenamiento conjunto y criterios comunes.   | La capacitación interdisciplinaria debe ser continua, no puntual.   |
| Recursos humanos y desenlaces          | Más carga por enfermera se asoció con mayor mortalidad, reingresos y estancia; más horas de enfermería se vincularon con mejores resultados.      | La dotación segura de enfermería es un componente central del manejo de sepsis y shock séptico.                               |



En síntesis, los resultados muestran que el rol de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente con sepsis y shock séptico se estructura sobre cuatro funciones mayores: vigilancia continua, activación precoz, ejecución inicial del tratamiento y coordinación interdisciplinaria. La evidencia fue especialmente consistente al demostrar beneficios en la detección temprana, en la reducción de tiempos terapéuticos y en la mejora de la comunicación clínica cuando existen protocolos claros y recursos suficientes. Sin embargo, también quedó claro que la literatura reciente aborda con mucha más fuerza la fase de reconocimiento y bundle inicial que el monitoreo hemodinámico avanzado del shock séptico, por lo que ese aspecto emerge como uno de los principales vacíos para futuras investigaciones en enfermería de cuidados críticos.

### **Discusión e interpretación**

Los hallazgos de esta revisión sistemática confirman que el rol de enfermería en el abordaje de la sepsis y del shock séptico es un componente estructural del cuidado crítico, ya que la vigilancia continua, el reconocimiento precoz del deterioro y la activación inicial de las medidas terapéuticas recaen en gran medida en la práctica enfermera al lado de la cama. Esta interpretación es consistente con las recomendaciones de la *Surviving Sepsis Campaign*, las cuales destacan la necesidad de identificar tempranamente la sepsis, administrar antimicrobianos con rapidez y realizar una reevaluación clínica seriada en pacientes con sospecha de sepsis o shock séptico (Evans et al., 2021). A ello se suma la revisión sistemática de Rababa et al. (2022), que concluyó que las enfermeras desempeñan un papel decisivo en la valoración y manejo inicial del paciente crítico con sepsis, aunque persisten debilidades en conocimientos, actitudes y práctica clínica. En conjunto, estos resultados ratifican que la enfermería no participa únicamente en la ejecución de órdenes médicas, sino en la detección y respuesta temprana frente al deterioro del paciente.

Un hallazgo relevante de esta revisión fue la persistencia de una brecha entre el conocimiento teórico y la capacidad real para priorizar intervenciones en escenarios de alta presión asistencial. Chua et al. (2023) encontraron que las enfermeras presentaban un conocimiento moderado sobre sepsis, con una media de 10,56/15, lo que sugiere que la comprensión general del cuadro clínico no siempre se traduce en confianza suficiente para reconocerlo y actuar con rapidez. En la misma línea, Khallaf et al. (2025) mostraron que el conocimiento, la actitud profesional y la capacitación específica en sepsis influyen significativamente en la toma de decisiones de las enfermeras de UCI. Estos datos son congruentes con lo descrito por Rababa et al. (2022), quienes identificaron que, pese a ciertas fortalezas en la valoración inicial, continúan existiendo vacíos formativos que afectan



la práctica clínica y la seguridad en la toma de decisiones. Por tanto, los resultados sugieren que la formación continua en sepsis debe orientarse no solo a reforzar conceptos, sino también a desarrollar juicio clínico, priorización y respuesta oportuna.

Asimismo, los resultados respaldan de forma clara la utilidad de las rutas estandarizadas y de los protocolos activados por enfermería para mejorar la oportunidad del tratamiento. Semanco et al. (2022) demostraron que un protocolo de respuesta rápida dirigido por enfermería redujo a la mitad el tiempo hasta la administración del primer antibiótico, lo que evidencia el impacto operativo de fortalecer el liderazgo enfermero en la fase inicial del manejo séptico. De manera complementaria, Gustad et al. (2024) describieron que la implementación de una vía estandarizada de sepsis mejoró la conciencia clínica sobre el cuadro, fortaleció la comunicación entre enfermería y medicina y favoreció el uso de parámetros objetivos para escalar la atención. Estos hallazgos coinciden con la orientación de Evans et al. (2021), quienes subrayan que la sepsis debe tratarse como una emergencia tiempo-dependiente. En consecuencia, la discusión de la evidencia sugiere que los bundles son más eficaces cuando la enfermera participa activamente en su detección, activación, ejecución y seguimiento.

Otro punto importante es que los sistemas de alerta clínica parecen generar mayor beneficio cuando amplifican, y no reemplazan, la vigilancia enfermera. Kim et al. (2024), en una revisión sistemática y metaanálisis, encontraron que los sistemas de alerta de sepsis se asociaron con menor mortalidad, menor estancia hospitalaria y mejor adherencia a los procesos de atención. A su vez, Rossetti et al. (2024) reportaron que un sistema hospitalario de alerta temprana basado en patrones de vigilancia de enfermería disminuyó la mortalidad intrahospitalaria, la sepsis y la estancia hospitalaria cuando se integró al flujo de trabajo del equipo en la historia clínica electrónica. Estas observaciones permiten interpretar que la tecnología clínica resulta más efectiva cuando transforma señales tempranas detectadas por enfermería en mecanismos institucionales de respuesta organizada. Por ello, el valor de los sistemas de alerta no reside solo en la automatización, sino en su capacidad para potenciar el razonamiento clínico y la comunicación temprana del personal de enfermería.

La revisión también mostró que el impacto de enfermería sobre los desenlaces del paciente séptico no puede separarse de la dotación de personal y de las condiciones organizacionales del servicio. Lasater et al. (2021) evidenciaron que cada paciente adicional por enfermera se asocia con 12% más probabilidades de mortalidad intrahospitalaria, 7% más de mortalidad a 60 días y 7% más de reingreso a 60 días, además de estancias más prolongadas. De forma consistente, Cimiotti et al.



(2022) señalaron que mayores horas de atención proporcionadas por enfermeras registradas probablemente se asocian con mejores resultados clínicos en pacientes hospitalizados por sepsis. Este patrón coincide con la revisión sistemática de Dall’Ora et al. (2022), que concluyó que una mayor disponibilidad de enfermeras registradas se relaciona causalmente con una reducción de la mortalidad hospitalaria. En este sentido, la evidencia indica que la vigilancia, la reevaluación frecuente y la ejecución rápida del bundle no dependen solo de conocimientos o protocolos, sino de tiempo clínico disponible y cargas asistenciales seguras.

En cuanto a las barreras de implementación, los resultados de esta revisión concuerdan en que las principales limitaciones se ubican en el plano organizacional y relacional. Hamad et al. (2025) identificaron que las barreras relacionadas con el entorno, los recursos y el conocimiento afectan la adherencia de enfermería a las guías de sepsis, mientras que LeBlanc et al. (2022) describieron obstáculos vinculados con déficit de conocimiento sobre el bundle, sobrecarga, falta de recursos y débil asociación interprofesional. Por su parte, Gustad et al. (2024) observaron que la estandarización de la respuesta mejora la colaboración entre enfermería y medicina y permite una comunicación más centrada en signos vitales y criterios objetivos. Estas coincidencias sugieren que la mejora del rol enfermero en sepsis no puede limitarse a educación aislada, sino que requiere liderazgo clínico, herramientas estructuradas, reconocimiento institucional del juicio enfermero y ambientes de trabajo que favorezcan una actuación oportuna y coordinada.

Finalmente, esta revisión permitió identificar un vacío importante en la literatura reciente: la mayor parte de los estudios se concentra en reconocimiento precoz, bundles iniciales y barreras de implementación, mientras que la evidencia específica sobre el rol de enfermería en la monitorización avanzada del shock séptico sigue siendo limitada. Aunque las guías internacionales insisten en la necesidad de reevaluación hemodinámica, seguimiento de la perfusión, administración oportuna de líquidos y uso temprano de vasopresores cuando están indicados (Evans et al., 2021), los estudios primarios encontrados abordan con mayor frecuencia el componente de detección y activación que el monitoreo hemodinámico avanzado realizado por enfermería en UCI. Por tanto, además de reforzar la formación y los protocolos existentes, futuras investigaciones deberían centrarse en cómo las enfermeras utilizan variables de perfusión, respuesta a fluidos, vigilancia continua y escalamiento hemodinámico en pacientes con shock séptico. De ese modo, sería posible ampliar la base de evidencia sobre una de las áreas más críticas y especializadas del cuidado enfermero en unidades de cuidados intensivos.



---

## Conclusión

En conclusión, la evidencia analizada permitió establecer que el rol de enfermería en el manejo y monitoreo del paciente con sepsis y shock séptico en unidades de cuidados críticos es determinante para la detección precoz del deterioro clínico, la activación oportuna de protocolos y la ejecución inicial de intervenciones terapéuticas que pueden modificar el pronóstico. La revisión mostró que la enfermera es el profesional que mantiene la observación continua del paciente, interpreta cambios fisiológicos tempranos y contribuye de manera decisiva a la administración rápida de antibióticos, fluidoterapia, vigilancia de la perfusión y comunicación efectiva con el equipo interdisciplinario. Por tanto, el abordaje de la sepsis en cuidados críticos no puede entenderse sin reconocer a enfermería como un eje central de la respuesta clínica temprana y de la seguridad del paciente.

Asimismo, la revisión permitió concluir que la efectividad del desempeño enfermero no depende únicamente del conocimiento individual, sino también de factores organizacionales como la dotación segura de personal, la existencia de rutas estandarizadas, la disponibilidad de herramientas de alerta y la calidad de la comunicación interprofesional. Los estudios revisados demostraron que los protocolos estructurados y las intervenciones de mejora favorecen la detección de la sepsis, optimizan el escalamiento clínico y fortalecen la coordinación entre enfermería y medicina; sin embargo, también se evidenció que las barreras relacionadas con sobrecarga asistencial, insuficiencia de recursos y falta de reconocimiento del juicio enfermero continúan limitando una respuesta plenamente oportuna. En ese sentido, fortalecer el rol de enfermería en sepsis requiere no solo capacitación continua, sino también condiciones institucionales que permitan ejercer una vigilancia clínica efectiva y sostenida.

Se concluye que, aunque la literatura reciente respalda con claridad la importancia de enfermería en el reconocimiento temprano y en la implementación del manejo inicial de la sepsis, persiste un vacío de evidencia específicamente orientado al monitoreo avanzado del shock séptico en unidades de cuidados intensivos. La revisión mostró mayor desarrollo investigativo en torno a bundles, educación y barreras de implementación, pero menor profundidad en estudios que examinen de forma directa cómo enfermería participa en la evaluación hemodinámica continua, en la interpretación de parámetros de perfusión y en la toma de decisiones frente a la respuesta a fluidos o vasopresores. Por ello, futuras investigaciones deberían profundizar en estas dimensiones clínicas



especializadas, con diseños prospectivos y multicéntricos que permitan consolidar una base de evidencia más robusta para la práctica enfermera en el paciente séptico crítico.

### Referencias Bibliográficas

- Abdalfafith, O., Rababa, M., Hayajneh, A. A., Alharbi, T. A. F., Alhumaidi, B., & Alharbi, M. N. (2025). Critical care nurses' knowledge, confidence, and clinical reasoning in sepsis management: A systematic review. *BMC Nursing*, 24, 424. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02986-1>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025, January 31). *Hospital sepsis program core elements*. <https://www.cdc.gov/sepsis/hcp/core-elements/index.html>
- Chua, W. L., Teh, C. S., Basri, M. A. B. A., Ong, S. T., Phang, N. Q. Q., & Goh, E. L. (2023). Nurses' knowledge and confidence in recognizing and managing patients with sepsis: A multi-site cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 616-629. <https://doi.org/10.1111/jan.15435>
- Cimiotti, J. P., Becker, E. R., Li, Y., Sloane, D. M., Fridkin, S. K., West, A. B., & Aiken, L. H. (2022). Association of registered nurse staffing with mortality risk of Medicare beneficiaries hospitalized with sepsis. *JAMA Health Forum*, 3(5), e221173. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.1173>
- Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *International Journal of Nursing Studies*, 134, 104311. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>
- Deulkar, P., Singam, A., Mudiganti, V. N. K. S., & Jain, A. (2024). Lactate monitoring in intensive care: A comprehensive review of its utility and interpretation. *Cureus*, 16(8), e66356. <https://doi.org/10.7759/cureus.66356>
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Machado, F. R., McIntyre, L., Ostermann, M., Prescott, H. C., Schorr, C., Simpson, S., Wiersinga, W. J., Alshamsi, F., Angus, D. C., Arabi, Y., Azevedo, L., Beale, R., Beilman, G., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181-1247. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- Gustad, L. T., Bangstad, I.-L., Torsvik, M., & Rise, M. B. (2024). Nurses' and physicians' experiences after implementation of a quality improvement project to improve sepsis awareness in hospitals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 29-41. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S439017>
- Guarino, M., Perna, B., Cesaro, A. E., Maritati, M., Spampinato, M. D., Contini, C., & De Giorgio, R. (2023). 2023 update on sepsis and septic shock in adult patients: Management in the emergency department. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3188. <https://doi.org/10.3390/jcm12093188>



- Hamad, D. B., Rababa, M., Tanash, M. I., & Abuali, R. (2025). Barriers and facilitators affecting the implementation of the Sepsis Six protocol by nurses in acute care settings in Jordan: A cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, *11*, 23779608251362276. <https://doi.org/10.1177/23779608251362276>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2024). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (Version 6.5, updated August 2024). Cochrane. <https://www.cochrane.org/handbook>
- Kim, H.-J., Ko, R.-E., Lim, S., Park, S., Suh, G. Y., & Lee, Y. J. (2024). Sepsis alert systems, mortality, and adherence in emergency departments: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, *7*(7), e2422823. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.22823>
- Kissel, K. A., Krewulak, K. D., Poulin, T. G., Parhar, K. K. S., Niven, D. J., Doiron, V. M., & Fiest, K. M. (2025). Understanding ICU nursing knowledge, perceived barriers, and facilitators of sepsis recognition and management: A cross-sectional study. *Critical Care Explorations*, *7*(1), e1200. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001200>
- Khallaf, H., Abu Ejheisheh, M., Malak, M. Z., Shehadeh, A., Ayed, A., Batran, A., & Farajallah, M. (2025). Nurses' knowledge, attitudes, and decision-making related to sepsis assessment and management in Palestinian intensive care units. *BMC Nursing*, *24*(1), 517. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03341-0>
- La Via, L., Sangiorgio, G., Stefani, S., Marino, A., Nunnari, G., Cocuzza, S., La Mantia, I., Cacopardo, B. S., Stracquadiano, S., Spampinato, S., Lavallo, S., & Maniaci, A. (2024). The global burden of sepsis and septic shock. *Epidemiologia*, *5*(3), 456–478. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia5030032>
- Lasater, K. B., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Cimiotti, J. P., Riman, K. A., Martin, B., Alexander, M., & Aiken, L. H. (2021). Evaluation of hospital nurse-to-patient staffing ratios and sepsis bundles on patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, *49*(7), 868–873. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.12.002>
- LeBlanc, P., Kabbe, A., & Letvak, S. (2022). Nurses' knowledge regarding nursing surveillance of the septic patient. *Clinical Nurse Specialist*, *36*(6), 309–316. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000704>
- Lemoh, A. Y., Rashidzada, Z., Krishnasamy, M., Wilkinson, A., Blackwood, R., Rivalland, A., Ierano, C., Thursky, K. A., & Guccione, L. (2025). Roles and responsibilities of registered nurses in the early recognition and management of sepsis in acute hospital settings: A scoping review. *BMJ Open Quality*, *14*(4), e003485. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2025-003485>
- Martin-Loeches, I., Singer, M., & Leone, M. (2024). Sepsis: Key insights, future directions, and immediate goals. A review and expert opinion. *Intensive Care Medicine*, *50*(12), 2043–2049. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07694-z>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw,



- J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rababa, M., Bani Hamad, D., & Hayajneh, A. A. (2022). Sepsis assessment and management in critically ill adults: A systematic review. *PLOS ONE*, 17(7), e0270711. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270711>
- Rethlefsen, M. L., Kirtley, S., Waffenschmidt, S., Ayala, A. P., Moher, D., Page, M. J., Koffel, J. B., & PRISMA-S Group. (2021). PRISMA-S: An extension to the PRISMA statement for reporting literature searches in systematic reviews. *Journal of the Medical Library Association*, 109(2), 174–200. <https://doi.org/10.5195/jmla.2021.962>
- Rossetti, S. C., Dykes, P. C., Knaplund, C., Cho, S., Withall, J., Lowenthal, G., Albers, D., Lee, R. Y., Jia, H., Bakken, S., Kang, M.-J., Chang, F. Y., Zhou, L., Bates, D. W., ... Cato, K. D. (2024). *Multisite pragmatic cluster-randomized controlled trial of the CONCERN early warning system* [Preprint]. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2024.06.04.24308436>
- Semanco, M., Wright, S., & Rich, R. L. (2022). Improving initial sepsis management through a nurse-driven rapid response team protocol. *Critical Care Nurse*, 42(5), 51–57. <https://doi.org/10.4037/ccn2022608>
- Wayland, J., Teixeira, J. P., & Nielsen, N. D. (2024). Sepsis in 2024: A review. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 25(10), 642–651. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2024.06.010>
- World Health Organization. (2024, May 3). *Sepsis*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/sepsis>

**Conflicto de intereses:**

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

**Financiamiento:**

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

**Agradecimiento:**

N/A

**Nota:**

El artículo no es producto de una publicación anterior.