

DOI: <https://doi.org/10.46296/gt.v9i18.0397>

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL RECONOCIMIENTO PRECOZ DE LA SEPSIS Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD

NURSING INTERVENTIONS FOR THE EARLY RECOGNITION OF SEPSIS AND THEIR IMPACT ON MORTALITY

Morquecho-Campoverde Jessica Cristina ¹; Moncayo-Encalada Yajaira Elizabeth ²; Camayo-Encalada Ericka Vanessa ³

¹ Licenciada en Enfermería, Ministerio de Salud Pública. Azogues, Ecuador.
Correo: jcris1992@hotmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-8245-6390>

² Licenciada en Enfermería, Biblián. Cañar, Ecuador.
Correo: yajamoncaen@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-5073-8216>

³ Licenciada en Enfermería. Machala, Ecuador.
Correo: erickacamayo25@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0004-4580-742X>

Resumen

Introducción: La sepsis es una urgencia tiempo-dependiente en la que el reconocimiento tardío retrasa la administración de antimicrobianos y la reanimación inicial. Debido a su contacto continuo con el paciente, enfermería ocupa una posición estratégica para identificar cambios fisiológicos tempranos y activar protocolos de respuesta. **Objetivo:** sintetizar la evidencia sobre intervenciones de enfermería dirigidas al reconocimiento precoz de la sepsis y evaluar su efecto sobre la mortalidad y otros indicadores de oportunidad asistencial. **Métodos:** revisión sistemática conforme a PRISMA 2020. Se realizó una búsqueda estructurada en PubMed/MEDLINE de estudios publicados entre el 1 de enero de 2004 y el 28 de febrero de 2026. Se incluyeron estudios primarios en adultos o servicios con población predominantemente adulta que evaluaron cribado, protocolos iniciados por enfermería, equipos de respuesta rápida, sistemas de alerta o intervenciones educativas vinculadas con identificación y tratamiento temprano. Debido a la heterogeneidad clínica y metodológica, se realizó síntesis narrativa. **Resultados:** se identificaron 252 registros; 49 informes fueron evaluados para elegibilidad y 30 estudios se incluyeron en la síntesis final. Las intervenciones se agruparon en cribado sistemático y sistemas de alerta, protocolos o bundles activados por enfermería y educación/simulación. En conjunto, los estudios mostraron mejoras consistentes en el reconocimiento, medición de lactato, cumplimiento de bundles y tiempo hasta antibióticos. Los programas de mayor escala que evaluaron mortalidad informaron reducciones clínicamente relevantes: 29,7% a 21,1% en un programa de reconocimiento y respuesta basado en enfermería; 16,2% a 5,0% tras una vía hospitalaria de sepsis en oncología; y una reducción inmediata del 24% de la mortalidad ajustada por riesgo tras implementar una herramienta MEWS-sepsis. Sin embargo, otros estudios observaron reducción de tiempos sin diferencias significativas en mortalidad. **Conclusión:** las intervenciones lideradas o activadas por enfermería mejoran de forma consistente la oportunidad del reconocimiento y tratamiento de la sepsis. La asociación con menor mortalidad es favorable, pero la certeza es limitada por el predominio de diseños antes-después y proyectos de mejora de calidad. Son necesarios estudios multicéntricos con ajustes robustos por gravedad y tendencias temporales.

Palabras claves: sepsis; enfermería; reconocimiento precoz; cribado; mortalidad; protocolo; PRISMA 2020.

Abstract

Background: Sepsis is a time-critical emergency in which delayed recognition may postpone antimicrobial therapy and initial resuscitation. Nurses are strategically positioned to identify early physiologic deterioration and activate rapid-response pathways. **Objective:** To synthesize evidence on nursing interventions for early sepsis recognition and assess their impact on mortality

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 11 de abril de 2026.

Fecha de aceptación: 22 de junio de 2026.

Fecha de publicación: 10 de julio de 2026.



and timeliness of care. Methods: Systematic review reported according to PRISMA 2020. PubMed/MEDLINE was searched for primary studies published from January 1, 2004 through February 28, 2026. Eligible interventions included nurse-led or nurse-initiated screening, sepsis protocols, rapid-response pathways, alert systems, and education or simulation directly linked to early recognition and initial management. Owing to clinical and methodological heterogeneity, a narrative synthesis was conducted. Results: Of 252 records identified, 49 reports underwent eligibility assessment and 30 primary studies were included. Interventions consistently improved screening, lactate testing, bundle compliance, and time to antibiotics. Several large before-after programs reported clinically meaningful mortality reductions, although other studies improved treatment timeliness without a significant mortality difference. Conclusions: Nursing-led or nursing-activated interventions improve the reliability and timeliness of early sepsis care. The mortality signal is favorable but remains limited by predominantly non-randomized quality-improvement designs.

Keywords: sepsis; nursing; early recognition; screening; mortality; protocol; PRISMA 2020.

1. Introducción

La sepsis se define como una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped frente a la infección. Su reconocimiento temprano continúa siendo un reto porque las manifestaciones iniciales pueden ser inespecíficas y coexistir con múltiples procesos agudos. La tercera definición internacional de sepsis (Sepsis-3) reforzó el vínculo entre infección, disfunción orgánica y riesgo de muerte, mientras que las guías de la Surviving Sepsis Campaign han mantenido como prioridad la evaluación rápida y el inicio oportuno de las medidas terapéuticas indicadas.

En la práctica clínica, enfermería constituye uno de los primeros puntos de detección del deterioro. La monitorización de signos vitales, el

triaje, la reevaluación seriada, la identificación de alteraciones del estado mental o de la perfusión, la aplicación de escalas de alerta y la activación de protocolos forman parte de funciones que pueden acortar el intervalo entre el inicio del deterioro y la respuesta clínica. La literatura ha descrito desde herramientas simples de cribado hasta sistemas electrónicos, tele-UCI, protocolos de «código sepsis», equipos de respuesta rápida y programas de entrenamiento mediante simulación.

A pesar de la plausibilidad clínica, el efecto de estas intervenciones sobre la mortalidad no es uniforme. Muchas investigaciones se enfocan en indicadores de proceso -por ejemplo, tiempo hasta antibióticos, medición de lactato o cumplimiento de bundles- y utilizan diseños antes-después susceptibles a cambios

simultáneos en la organización hospitalaria. Por ello, resulta necesario diferenciar entre mejoras de oportunidad asistencial y evidencia directa de reducción de mortalidad.

El objetivo de esta revisión sistemática fue sintetizar la evidencia disponible hasta el 28 de febrero de 2026 sobre intervenciones de enfermería para el reconocimiento precoz de la sepsis y determinar su impacto sobre la mortalidad, junto con desenlaces secundarios relacionados con la rapidez y calidad de la atención inicial.

2. Métodos

2.1 Diseño y guía de reporte

Se realizó una revisión sistemática con síntesis narrativa siguiendo la

declaración PRISMA 2020. El protocolo no fue registrado prospectivamente; esta circunstancia se considera una limitación metodológica y se declara de forma explícita.

2.2 Pregunta de investigación

La pregunta se estructuró mediante PICO: en pacientes adultos con sospecha o diagnóstico de sepsis (P), ¿las intervenciones de reconocimiento o respuesta temprana lideradas, iniciadas o ejecutadas por enfermería (I), comparadas con la práctica habitual o el periodo previo a la intervención (C), mejoran la mortalidad y los indicadores de oportunidad asistencial (O)?

2.3 Criterios de elegibilidad

Dominio	Inclusión	Exclusión
Población	Adultos con sospecha, sepsis o shock séptico; servicios predominantemente adultos; profesionales de enfermería cuando la intervención educativa estaba orientada al reconocimiento clínico.	Población exclusivamente neonatal o pediátrica; estudiantes sin aplicación clínica asistencial.
Intervención	Cribado por enfermería, MEWS/qSOFA u otras alertas, protocolos iniciados por enfermería, código sepsis, equipos de respuesta rápida, tele-UCI, educación o simulación ligada al reconocimiento y respuesta inicial.	Intervenciones sin componente enfermero identificable o sin relación con reconocimiento/respuesta precoz.
Comparador	Práctica habitual, periodo preintervención, otra estrategia o evaluación pre/post.	Sin comparador cuando no aportaba información útil sobre implementación o efecto.
Desenlaces	Mortalidad; tiempo hasta antibióticos; cumplimiento de bundles; lactato; fluidoterapia; ingreso en UCI; estancia; exactitud/aceptación del cribado; competencia clínica.	Sin desenlaces relacionados con reconocimiento, oportunidad terapéutica o resultados clínicos.
Diseño	Estudios primarios observacionales, cuasiexperimentales, antes-después, mejora de calidad, cohortes y estudios de intervención educativa.	Revisiones, editoriales, guías, protocolos sin resultados, cartas y comentarios.

2.4 Fuente de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda se actualizó el 3 de septiembre de 2026, restringiendo la fecha de publicación al intervalo comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 28 de febrero de 2026. Se utilizó PubMed/MEDLINE como fuente bibliográfica principal. Se combinaron términos relacionados con sepsis, enfermería, cribado, reconocimiento, protocolos, bundles, alerta temprana, triaje, MEWS, NEWS2, qSOFA, educación y simulación. La estrategia completa se presenta en el Anexo 1. Las listas de referencias de revisiones relevantes se utilizaron únicamente para verificar saturación temática y no añadieron estudios únicos al conjunto final.

2.5 Selección de estudios y extracción

Los títulos y resúmenes se examinaron contra los criterios predefinidos. Los informes potencialmente elegibles se revisaron con la información bibliográfica, resumen estructurado y texto completo cuando estuvo accesible. Se extrajeron año, ámbito, diseño, tipo de intervención,

población o contexto, desenlaces y hallazgos principales. Los estudios que evaluaron mortalidad se analizaron por separado para evitar equiparar mejoras de proceso con efectos clínicos duros.

2.6 Evaluación metodológica y síntesis

La valoración crítica se apoyó en dominios de las herramientas del Joanna Briggs Institute aplicables a estudios cuasiexperimentales, cohortes y evaluaciones de mejora de calidad: claridad de la intervención, comparabilidad temporal, definición de desenlaces, medición objetiva, completitud del seguimiento y consideración de factores de confusión. El riesgo global fue predominantemente moderado, debido al uso frecuente de diseños antes-después sin asignación aleatoria. No se realizó metaanálisis por heterogeneidad en definiciones de sepsis, entornos, componentes de intervención, periodos de seguimiento y formas de reporte de mortalidad. La síntesis fue narrativa y se organizó por familias de intervención.

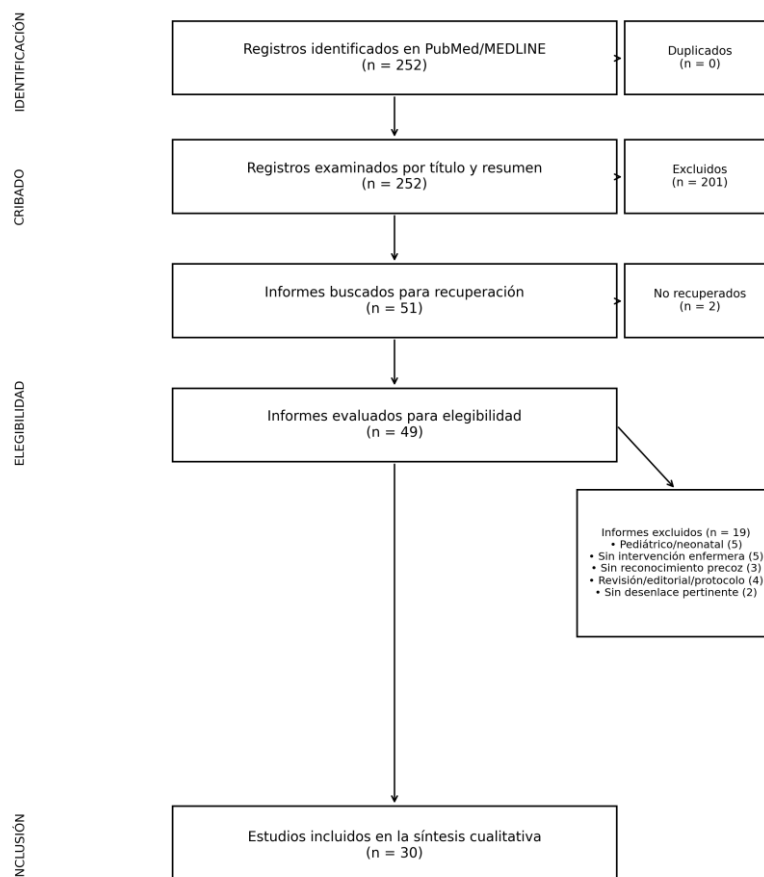
3. Resultados

3.1 Selección de estudios

La búsqueda combinada recuperó 252 registros. Al tratarse de una única estrategia agregada en PubMed/MEDLINE, no se identificaron duplicados internos. Tras el cribado de títulos y resúmenes se excluyeron 201 registros y se buscaron 51 informes. Dos no pudieron recuperarse con información suficiente para confirmar

la elegibilidad, por lo que 49 informes fueron evaluados. Se excluyeron 19 por población pediátrica/neonatal (n=5), ausencia de una intervención enfermera identificable (n=5), falta de un componente de reconocimiento precoz (n=3), diseño secundario/editorial/protocolo sin datos primarios (n=4) o ausencia de un desenlace pertinente (n=2). Finalmente, 30 estudios primarios fueron incluidos en la síntesis cualitativa.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020



Nota: conteos derivados de la estrategia combinada de PubMed/MEDLINE con corte de publicación al 28 de febrero de 2026.

3.2 Características generales

Los 30 estudios se publicaron entre 2010 y febrero de 2026. Predominaron proyectos de mejora de calidad y estudios cuasiexperimentales antes-después realizados en servicios de emergencia, unidades de hospitalización, cuidados intermedios, oncología,

rehabilitación, centros de enfermería especializada y entornos de cuidados prolongados. Las intervenciones se agruparon en tres categorías: (1) cribado sistemático y sistemas de alerta, (2) protocolos/bundles de sepsis activados por enfermería o equipos de respuesta rápida y (3) educación, competencia clínica y simulación.

Tabla 1. Estudios incluidos y principales aportes

Año	Diseño/ámbito	Intervención	Muestra/contexto	Desenlaces	Hallazgo principal
2010	Prospectivo antes-después; emergencia	Rol de enfermería + cribado/protocolo	825 pacientes	Bundle, lactato, antibióticos	Mayor cumplimiento del bundle; antibióticos ≤ 3 h: 38%→56%.
2011	Tele-UCI; multicéntrico	Cribado estandarizado + tele-ICU	89.921 cribados / 36.353 ingresos	Antibióticos, lactato, fluidos	Mejoró adherencia a antibióticos, lactato, fluidos y acceso venoso central.
2012	UCI; intervención educativa	Programa educativo en sepsis	Enfermeras de UCI	Conocimiento, actitud, práctica	Mejoras educativas posteriores a la intervención.
2015	Cuidados intermedios; observacional	Herramienta de cribado dirigida por enfermería	245 pacientes; 2.143 cribados	Rendimiento diagnóstico	Sensibilidad ~95%, especificidad ~92%, VPN 99%.
2015	Emergencia; antes-después	Protocolo de sepsis iniciado por enfermería	195 adultos	Bundle, antibióticos, mortalidad	Antibióticos 135→108 min; sin diferencia significativa en mortalidad.
2015	Educación continua	Programa educativo de sepsis	Enfermeras	Competencia	Aumento de competencia tras capacitación.
2015	Hospital; programa de mejora	Reconocimiento y respuesta basado en enfermería	15.353 estancias con sepsis	Mortalidad, costos	Mortalidad 29,7%→21,1% ($p<0,0001$).
2016	Cuidados prolongados; simulación	Simulación interprofesional con auxiliares y personal licenciado	Personal asistencial	Proceso y calidad	Mejoró preparación para reconocer/responder a sepsis.
2016	Oncología	Protocolo liderado por enfermería	Sepsis postquimioterapia	Tiempo a antibiótico	Reducción del tiempo a primera dosis IV.
2017	Oncología; mejora de calidad	Proceso de "golden hour"	Neutropenia/sepsis	Antibiótico ≤ 1 h	Mejoró rapidez del tratamiento inicial.
2018	Hospital oncológico; antes-después	Vía clínica hospitalaria de sepsis	323 pacientes	Antibióticos, UCI, mortalidad	Antibióticos 110→55 min; mortalidad 16,2%→5,0%.
2019	Triaje de emergencia	Cribado de sepsis en triaje	Pacientes ED	Puerta-antibiótico	Reducción del tiempo puerta-antibiótico.
2019	Hospitalización no UCI	Educación + qSOFA	Enfermeras/pacientes no UCI	Reconocimiento y tiempo a tratamiento	Mejoró reconocimiento y oportunidad terapéutica.
2019	Emergencia; mejora de calidad	Protocolo nurse-driven 3 h	Pacientes con sepsis	Bundle 3 h, estancia	Aumento marcado del cumplimiento del bundle.

2020	Hospital; mejora de procesos	Rediseño del proceso enfermero	Pacientes con sepsis	Tiempos del bundle	Disminución de los tiempos de implementación.
2020	Rehabilitación hospitalaria	Protocolo nurse-driven basado en evidencia	Pacientes de rehabilitación	Traslados/readmisiones	Redujo traslados agudos/readmisiones relacionados con sepsis.
2020	Emergencia; QI	Equipo interdisciplinario Code Sepsis	Pacientes ED	Cumplimiento bundle	Mayor cumplimiento del bundle de sepsis.
2020	Hospital; proyecto EBP	Herramienta MEWS-Sepsis	Enfermeras y pacientes hospitalizados	Mortalidad ajustada	Descenso inmediato del 24% en mortalidad ajustada, sostenido.
2020/2021	Emergencia rural	Bundle de 1 hora	Pacientes con sepsis	Oportunidad terapéutica	Mejoró cumplimiento de atención oportuna.
2021	Emergencia; educación	Programa de conciencia sobre sepsis	Personal de ED	Identificación precoz	Aumento de la identificación temprana.
2021	Emergencia; mejora de calidad	Intervención para antibiótico oportuno	Pacientes con sepsis	Antibiótico	Mejoró tasa de administración oportuna.
2021	Hospitales y nursing homes	Proyecto de identificación/tratamiento	Adultos mayores	Detección y respuesta	Mejoró reconocimiento y tratamiento en población mayor.
2021	Hospitalización	Cribado de sepsis dirigido por enfermería	Pacientes ingresados	Escalada de antibióticos	Evaluó consecuencias del cribado sobre uso antibiótico.
2022	Rapid response team	Protocolo nurse-driven	Pacientes con sepsis	Antibióticos, fluidos	Acortó antibióticos y mejoró reanimación inicial.
2023	Hospitalización general; simulación	Formación computarizada + alta fidelidad	Enfermeras	Reconocimiento	Mejoró reconocimiento precoz en escenarios clínicos.
2024	Skilled nursing facilities	Sepsis pathway	Residentes	Detección e intervención	Aceleró detección y respuesta en centros de enfermería especializada.
2024	Sistema académico; 4 ED	Cribado EHR estandarizado en triaje	Cuatro servicios de emergencia	Cribado, SEP-1, O:E mortalidad	Cribado 91,9-99%; O:E mortalidad 0,99→0,83 (p=0,07).
2025	Emergencia	Code Sepsis liderado por enfermería	Pacientes ED	Puerta-antibiótico, mortalidad	Antibióticos 196,7→144,7 min; mortalidad 10,4% vs 13,5% promedio del sistema.
2026	Medicina-quirúrgica; educación	Escape room de sepsis	Enfermeras médico-quirúrgicas	Conocimiento/confianza/cuidado	Mejoró conocimiento y confianza en el manejo de sepsis.
2026	Enfermería intensiva; simulación	Simulación clínica	Enfermeras	Juicio clínico, autoeficacia	Mejoró juicio clínico y autoeficacia para manejo de sepsis.

3.3 Cribado sistemático y sistemas de alerta

El cribado estructurado mostró un patrón consistente de mejoría en la identificación. En el estudio prospectivo antes-después de 2010, la incorporación de un protocolo con

participación explícita de enfermería elevó la realización del paquete completo de 3,5% a 12,4%, la medición de lactato de 23% a 80% y la administración de antibióticos dentro de las primeras 3 horas de 38% a 56%. En una experiencia de tele-UCI con 89.921 cribados, la

adherencia a antibióticos aumentó de 55% a 74%, la medición de lactato de 50% a 66% y la administración de al menos 20 mL/kg de fluidos de 23% a 70%.

Las herramientas de cribado dirigidas por enfermería también mostraron buen rendimiento para descartar sepsis. Una herramienta implementada en cuidados intermedios alcanzó sensibilidad cercana al 95%, especificidad aproximada del 92% y valor predictivo negativo del 99%, lo que favorece su uso como mecanismo de detección inicial cuando se acompaña de evaluación clínica posterior.

Los sistemas electrónicos y la estandarización del triaje mejoraron la confiabilidad del proceso, aunque la traducción a mortalidad fue menos consistente. En un sistema académico con cuatro servicios de emergencia, la tasa de cribado se situó entre 91,9% y 99% después de la implementación; la mortalidad observada/esperada disminuyó de 0,99 a 0,83, pero sin significación estadística ($p=0,07$).

3.4 Protocolos, bundles y equipos activados por enfermería

Los protocolos iniciados por enfermería fueron las intervenciones con resultados más consistentes sobre oportunidad terapéutica. En un estudio de dos servicios de emergencia, el tiempo mediano hasta antibióticos disminuyó de 135 a 108 minutos y la medición de lactato aumentó de 83,9% a 98,7%; no obstante, no se observó diferencia significativa en mortalidad hospitalaria. Otros proyectos de mejora de calidad mostraron reducción del tiempo puerta-antibiótico, mayor cumplimiento del bundle de tres horas, mejor administración de fluidos y menor demora en la activación de equipos de respuesta.

En oncología, una vía clínica hospitalaria redujo el tiempo mediano hasta antibióticos de 110 a 55 minutos, incrementó el tratamiento antimicrobiano inicial apropiado de 76,1% a 90,1%, redujo el ingreso en UCI de 35,5% a 17,1% y disminuyó la mortalidad asociada a sepsis de 16,2% a 5,0%. Aunque el diseño antes-después impide atribuir causalidad exclusiva al componente enfermero, la magnitud y coherencia

de los cambios apoyan la relevancia de una ruta estandarizada y activable precozmente.

3.5 Educación, simulación y competencia clínica

Las intervenciones educativas incluyeron cursos presenciales, programas de competencia, qSOFA, simulación de alta fidelidad, entrenamiento computarizado y formatos innovadores como escape rooms. En general, se observaron mejoras en conocimiento, confianza, juicio clínico, autoeficacia y capacidad para reconocer señales de deterioro. Sin embargo, la mayoría de estos estudios evaluó desenlaces profesionales o de proceso y no fue diseñada para demostrar una reducción directa de mortalidad. Por tanto, la educación debe interpretarse como un componente facilitador de la

detección temprana, no como evidencia independiente suficiente de beneficio en supervivencia.

3.6 Impacto sobre mortalidad

La mortalidad fue informada de forma directa o comparable en un subconjunto de estudios. Los resultados más relevantes se resumen en la Tabla 2. El patrón global fue favorable, pero heterogéneo: tres programas mostraron reducciones importantes, mientras que otros estudios evidenciaron mejoras de tiempo y cumplimiento sin diferencias significativas en mortalidad. Esta discrepancia probablemente refleja variaciones en tamaño muestral, gravedad basal, exposición al protocolo, definición de sepsis y coexistencia de otras iniciativas institucionales.

Estudio/entorno	Intervención	Resultado de mortalidad	Interpretación
Jones/Wray, 2015; hospital	Programa de reconocimiento y respuesta basado en enfermería	29,7% → 21,1%; p<0,0001	Señal favorable robusta, pero diseño temporal antes-después.
Thursky/Slavin, 2018; hospital oncológico	Vía clínica hospitalaria de sepsis	16,2% → 5,0%; p<0,05	Reducción asociada a mejor oportunidad terapéutica.
Roney/Long, 2020; hospital	Herramienta MEWS-Sepsis liderada por enfermería	Descenso inmediato de 24% en mortalidad ajustada; efecto sostenido	Sugiere beneficio del cribado integrado a respuesta clínica.
Bruce et al., 2015; emergencia	Protocolo iniciado por enfermería	Sin diferencia significativa en mortalidad	Mejoró antibióticos y lactato sin demostrar efecto en supervivencia.

Biederman/Bearman, 2024; 4 ED	Cribado EHR estandarizado	O:E 0,99 → 0,83; p=0,07	Tendencia favorable no significativa.
Graham et al., 2025; emergencia	Code Sepsis liderado por enfermería	10,4% vs 13,5% promedio del sistema	Comparación contextual; no equivale a estimación causal ajustada.

4. Discusión

Esta revisión sistemática reunió 30 estudios primarios y muestra que las intervenciones de enfermería destinadas a reconocer y activar tempranamente la atención de la sepsis mejoran de forma consistente los indicadores de proceso. La señal más estable fue la reducción del tiempo hasta antimicrobianos, acompañada de mayor medición de lactato, mejor cumplimiento de bundles, uso más oportuno de fluidos y mayor confiabilidad del cribado. Estos hallazgos son clínicamente plausibles porque el valor de una intervención temprana depende no solo de identificar el deterioro, sino de conectar la detección con una respuesta operativa inmediata.

El efecto sobre mortalidad es más complejo. Los programas hospitalarios de mayor escala mostraron descensos relevantes, incluido el paso de 29,7% a 21,1% en mortalidad hospitalaria asociada a sepsis y de 16,2% a 5,0% en una

vía clínica oncológica. No obstante, un protocolo iniciado por enfermería mejoró el tiempo hasta antibióticos sin modificar significativamente la mortalidad, y la estandarización electrónica del cribado en cuatro servicios de emergencia produjo una tendencia favorable en mortalidad observada/esperada que no alcanzó significación estadística. En consecuencia, el beneficio sobre supervivencia debe expresarse como una asociación probable y no como un efecto causal demostrado en todos los contextos.

La explicación metodológica es importante. La mayoría de los estudios fueron proyectos de mejora de calidad o diseños cuasiexperimentales antes-después. Estos diseños son apropiados para evaluar implementación, pero son vulnerables a tendencias seculares, cambios en dotación, actualización de guías, disponibilidad de antimicrobianos, cambios en codificación diagnóstica y aprendizaje institucional. Además, las definiciones de sepsis variaron a

través del periodo de estudio, desde SIRS/sepsis severa hasta Sepsis-3 y herramientas como qSOFA o MEWS, lo que limita la comparabilidad.

Los hallazgos también señalan que el cribado aislado no es suficiente. Las herramientas con alta sensibilidad y valor predictivo negativo pueden apoyar la vigilancia, pero una alerta sin vía de respuesta puede aumentar carga de trabajo y fatiga por alarmas. Los mejores resultados aparecen cuando el cribado se integra a acciones claramente definidas: reevaluación clínica, lactato, cultivos cuando corresponda, comunicación inmediata, inicio de antimicrobianos según protocolo y escalamiento a un equipo de respuesta.

Las intervenciones educativas mostraron beneficios sobre competencia y autoeficacia, incluidos estudios publicados en 2026 antes del punto de corte. Sin embargo, el salto desde “mejor conocimiento” a “menor mortalidad” no debe asumirse. La educación parece tener mayor potencial cuando está ligada a cambios estructurales del flujo asistencial, simulación

interdisciplinaria y mecanismos de auditoría y retroalimentación.

5. Conclusiones

Las intervenciones de enfermería para el reconocimiento precoz de la sepsis -especialmente el cribado sistemático integrado a protocolos, los bundles activados por enfermería y los equipos de respuesta rápida- mejoran de manera consistente la oportunidad del tratamiento y la adherencia a procesos esenciales. La evidencia disponible sugiere que los programas organizacionales bien implementados pueden asociarse con menor mortalidad, pero la certeza de este efecto es moderada a baja por el predominio de estudios antes-después y la heterogeneidad de los diseños. La prioridad para futuros estudios debe ser evaluar intervenciones multicéntricas con mortalidad ajustada por gravedad, medidas de seguridad antimicrobiana y análisis de implementación que distingan el efecto del cribado del efecto de la respuesta terapéutica.

Bibliografía

1. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287.
3. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021;47:1181-1247. doi:10.1007/s00134-021-06506-y.
4. Aitken LM, Williams G, Harvey M, et al. Screening for sepsis in general hospitalized patients: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2017;96(4):305-315. doi:10.1016/j.jhin.2017.05.005.
5. Rababa M, Hayajneh AA, Al-Rawashdeh S. Sepsis assessment and management in critically ill adults: a systematic review. *PLoS One*. 2022;17(7):e0270711. doi:10.1371/journal.pone.0270711.
6. The role of nurses in the recognition and treatment of patients with sepsis in the emergency department: a prospective before-and-after intervention study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(12):1464-1473. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.04.007. PMID:20494356.
7. Standardizing sepsis screening and management via a tele-ICU program improves patient care. *Telemed J E Health*. 2011;17(7):560-564. doi:10.1089/tmj.2010.0225. PMID:21718115.
8. Reviewing the effects of an educational program about sepsis care on knowledge, attitude, and practice of nurses in intensive care units. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012;17(2 Suppl 1):S91-S95. PMID:23833608.
9. A nurse-driven screening tool for the early identification of sepsis in an intermediate care unit setting. *J Hosp Med*. 2015;10(2):97-103. doi:10.1002/jhm.2291. PMID:25425449.
10. Bruce HR, Maiden J, Fedullo PF, Kim SC. Impact of nurse-initiated ED sepsis protocol on compliance with sepsis bundles, time to initial antibiotic administration, and in-hospital mortality. *J Emerg Nurs*. 2015;41(2):130-137.

- doi:10.1016/j.jen.2014.12.007
11. Impact of a sepsis educational program on nurse competence. J Contin Educ Nurs. 2015;46(4):179-186. doi:10.3928/00220124-20150320-03. PMID:25856453.
 12. Reductions in Sepsis Mortality and Costs After Design and Implementation of a Nurse-Based Early Recognition and Response Program. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2015;41(11):483-491. doi:10.1016/S1553-7250(15)41063-3. PMID:26484679.
 13. Incorporating Interprofessional Evidenced-Based Sepsis Simulation Education for Certified Nursing Assistants (CNAs) and Licensed Care Providers Within Long-term Care Settings for Process and Quality Improvement. Crit Care Nurs Q. 2016;39(1):24-33. doi:10.1097/CNQ.0000000000000092. PMID:26633155.
 14. Cooksley T, et al. A nurse-led protocol improves the time to first dose intravenous antibiotics in septic patients post chemotherapy. Support Care Cancer. 2016;24(12):5001-5005. doi:10.1007/s00520-016-3362-4. PMID:27455849.
 15. Scullin P, et al. Chasing the Golden Hour - Lessons learned from improving initial neutropenic sepsis management. BMJ Qual Improv Rep. 2017;6(1). doi:10.1136/bmjquality.u204420.w6531. PMID:28469892.
 16. Implementation of a whole of hospital sepsis clinical pathway in a cancer hospital: impact on sepsis management, outcomes and costs. BMJ Open Qual. 2018;7(3):e000355. doi:10.1136/bmjopen-2018-000355. PMID:30019016.
 17. Mitzkewich M. Sepsis Screening in Triage to Decrease Door-to-Antibiotic Time. J Emerg Nurs. 2019;45(3):254-256. doi:10.1016/j.jen.2018.08.002 . PMID:30195863.
 18. Guttendorf J. Sepsis Education Initiative Targeting qSOFA Screening for Non-ICU Patients to Improve Sepsis Recognition and Time to Treatment. J Nurs Care Qual. 2019;34(4):318-324. doi:10.1097/NCQ.0000000000000379. PMID:30585981.
 19. Wahome E. Improving 3-Hour Sepsis Bundled Care Outcomes: Implementation of a Nurse-Driven Sepsis Protocol in the Emergency Department. J Emerg Nurs. 2019;45(6):690-698.

- doi:10.1016/j.jen.2019.05.005
. PMID:31235077.
20. Threath DL. Improving Sepsis Bundle Implementation Times: A Nursing Process Improvement Approach. *J Nurs Care Qual.* 2020;35(2):135-139.
doi:10.1097/NCQ.00000000000000430. PMID:31290779.
21. Jacobs JL. Implementation of an Evidence-Based, Nurse-Driven Sepsis Protocol to Reduce Acute Care Transfer Readmissions in the Inpatient Rehabilitation Facility Setting. *Rehabil Nurs.* 2020;45(2):57-70.
doi:10.1097/RNJ.00000000000000205. PMID:30664606.
22. Hulton L. An Interdisciplinary Code Sepsis Team to Improve Sepsis-Bundle Compliance: A Quality Improvement Project. *J Emerg Nurs.* 2020;46(1):91-98.
doi:10.1016/j.jen.2019.07.001 . PMID:31563282.
23. Implementation of a MEWS-Sepsis screening tool: Transformational outcomes of a nurse-led evidence-based practice project. *Nurs Forum.* 2020;55(2):144-148.
doi:10.1111/nuf.12408. PMID:31705549.
24. Kennedy C. Improving timely sepsis care using the Surviving Sepsis Campaign one-hour bundle in a rural emergency department. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2021;33(3):246-253.
doi:10.1097/JXX.00000000000000436. PMID:32618733.
25. Rodzevik T. Sepsis Awareness to Enhance Early Identification of Sepsis in Emergency Departments. *J Contin Educ Nurs.* 2021;52(1):39-42.
doi:10.3928/00220124-20201215-10. PMID:33373006.
26. Inoue Y. Improving Antibiotic Administration Rate for Patients With Sepsis in the Emergency Department. *J Nurs Care Qual.* 2021;36(4):322-326.
doi:10.1097/NCQ.00000000000000540. PMID:33416264.
27. Kennard M. Identifying and treating sepsis in older people: a quality improvement project in hospitals and nursing homes in Texas. *Nurs Older People.* 2021;33(3):36-41.
doi:10.7748/nop.2021.e1308. PMID:33565283.
28. Graber CJ. Evaluation of antibiotic escalation in response to nurse-driven inpatient sepsis screen. *Antimicrob Steward Healthc Epidemiol.* 2021;1(1):e59.
doi:10.1017/ash.2021.232. PMID:36168494.
29. Rich RL. Improving Initial Sepsis Management Through a

- Nurse-Driven Rapid Response Team Protocol. Crit Care Nurse. 2022;42(5):51-57. doi:10.4037/ccn2022608. PMID:36180059.
30. Kang HS. Evaluation of computer-based training and high-fidelity simulation to improve early recognition of sepsis on the adult general ward. Nurs Open. 2023;10(7):4880-4887. doi:10.1002/nop2.1718. PMID:36879447.
31. Pandian V. Accelerating Detection and Intervention for Sepsis in Skilled Nursing Facilities Using a Sepsis Pathway. J Nurs Care Qual. 2024;39(1):67-75. doi:10.1097/NCQ.00000000000000729. PMID:37350588.
32. Toward Standardization and High Reliability: Improved Sepsis Screening in Emergency Department Triage Across an Academic Health System. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2024;50(11):809-816. doi:10.1016/j.jcjq.2024.07.003. PMID:39261235.
33. ED Nurse-Led Code Sepsis to Reduce Time to Antibiotics. Adv Emerg Nurs J. 2025;47(1):64-74. doi:10.1097/TME.00000000000000551. PMID:39705654.
34. Powers K. An Innovative Escape Room Intervention to Improve Medical-Surgical Nurses' Knowledge, Confidence, and Care of Patients With Sepsis. J Nurs Care Qual. 2026;41(1):64-70. doi:10.1097/NCQ.00000000000000875. PMID:40384097.
35. Helena-Zem-Mascarenhas S. Clinical judgment and self-efficacy of nurses in sepsis management: The use of clinical simulation. Enferm Intensiva (Engl Ed). 2026;37(1):500577. doi:10.1016/j.enfie.2025.500577. PMID:41579417.