UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Cuidado de enfermería al egreso del servicio de urgencias: revisión de alcance

Jhon Alexander Pulido Achagua

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

Cuidado de enfermería al egreso del servicio de urgencias: revisión de alcance

Jhon Alexander Pulido Achagua

Trabajo final presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Enfermería con Profundización en Urgencias

Directora:

Mg. Ximena Sáenz Montoya

Línea de investigación:

Urgencias

Grupo de investigación:

Grupo de Urgencias y Cuidado Crítico

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

«Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él».

Florence Nightingale

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la normativa nacional relacionada con el respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica definida por la Universidad.

Jhon Alexander Pulido Achagua

Fecha 31/08/2022

Resumen

Cuidado de enfermería al egreso del servicio de urgencias: revisión de alcance

Objetivo: Describir las intervenciones de enfermería en el plan de alta para el adulto en el servicio de urgencias.

Método: Revisión de alcance que se desarrolló de acuerdo con los criterios propuestos por el Joanna Briggs Institute (JBI) para la elaboración de una *scoping review*.

Resultados: Se recopilaron 49 publicaciones que permitieron determinar las intervenciones de enfermería en el plan de alta para el adulto en el Servicio de Urgencias. La caracterización evidenció que el tema ha sido investigado constantemente en los últimos diez años con un predominio de publicación del idioma en inglés. A partir del análisis de contenido surgieron tres categorías: *La enfermería prepara al usuario en la institución*; *La enfermería acompaña al usuario afuera de la institución* y *La enfermería proyecta y propone el plan de alta*.

Conclusiones: Las intervenciones de enfermería en el plan de alta involucran la entrega de información y la verificación de su comprensión en la institución; el seguimiento del cuidado y la intervención de necesidades emergentes fuera de la institución; y las proyecciones y propuestas para mejorar el plan de egreso para la institución.

Palabras clave: Planificación del Alta; Intervención de Enfermería Precoz; Enfermería; Urgencias; Revisión de Alcance**.**

Abstract

Nursing care at discharge from the emergency department: a scoping review

Objective: To describe the nursing interventions in the discharge planning for the adult in the emergency department.

Methods: A scoping review was carried out according to the framework adopted by the Joanna Briggs Institute (JBI) for conducting that kind of reviews. **Results:** Forty-nine publications were collected to determine the nursing interventions in the discharge planning for the adult in the emergency department. The characterization showed that the topic has been constantly investigated in the last ten years, with a predominance of the literature in English language. From the content analysis, three categories emerged: *Nursing prepares the user in the institution*; *Nursing accompanies the user outside the institution*; and *Nursing projects and proposes for discharge planning*.

Conclusions: Nursing interventions in the discharge planning involve the delivery of information and verification of comprehension in the institution; the follow-up of care and intervention of emerging needs outside the institution; and the projections and proposals to improve the discharge plan for the institution.

Keywords: Discharge Planning; Early Intervention, Educational; Nursing; Emergency; Scoping Review**.**

Contenido

Pág.

1. Marco de referencia 3
1.1 Planteamiento del problema 3
1.2 Justificación 7
1.3 Pregunta de investigación 11
1.4 Objetivos 11
1.4.1 Objetivo general 11
1.4.2 Objetivos específicos 12
1.5 Conceptos 12
1.5.1 Plan de alta o plan de egreso de enfermería 12
1.5.2 El adulto en el servicio de urgencias 12
1.5.3 Revisión de alcance o *scoping review* 13

2. Marco conceptual 15
2.1 Plan de alta o plan de egreso de enfermería 15
2.2 Intervención de enfermería 17
2.3 El adulto en el servicio de urgencias 18
2.4 Revisión de alcance o *scoping review* 19

3. Marco de diseño 23
3.1 Tipo de diseño 23
3.2 Fases del diseño 24
3.2.1 Definición y alineamiento de los objetivos y la pregunta 24
3.2.2 Desarrollo y alineamiento de los criterios de inclusión con los objetivos y la pregunta 24
3.2.3 Descripción del enfoque planificado para la búsqueda, selección y extracción de datos y presentación de la evidencia 25
3.2.4 Búsqueda de la evidencia 27
3.2.5 Selección de la evidencia 28
3.2.6 Extracción de la evidencia 31
3.2.7 Análisis de la evidencia 32
3.2.8 Presentación de los resultados 54
3.2.9 Síntesis de la evidencia en relación con el objetivo de la revisión, las conclusiones y las implicaciones de los hallazgos 55
3.3 Sesgos y control de sesgos 55
3.4 Limitaciones 57
3.5 Aspectos éticos 57

4. Marco de análisis y resultados 59
4.1 Caracterización de las publicaciones 59f

4.2 Descripción de la calidad de las publicaciones 62
4.3 Categorización de las intervenciones de enfermería 73
4.3.1 Intervenciones relacionadas con información y educación 74
4.3.2 Intervenciones relacionadas con el seguimiento al egreso 78
4.3.3 Intervenciones desde la gestión de enfermería para fortalecer el plan de egreso 79

5. Discusión 83

6. Conclusiones y Recomendaciones 87
6.1 Conclusiones 87
6.2 Recomendaciones 89
6.2.1 Recomendaciones para el área asistencial 89
6.2.2 Recomendaciones para el área investigativa 90
6.2.3 Recomendaciones para el área docente 91
6.2.4 Recomendaciones para el área administrativa 92

Referencias 93

Anexo A. Resumen de las características de las publicaciones 105

Lista de tablas

Pág.

Tabla 2-1. Modelo IDEAL de planificación del alta 16
Tabla 3-1. Términos utilizados para la revisión de alcance 52
Tabla 3-2. Metabuscadores y bases de datos empleados para la revisión de alcance.... 53
Tabla 3-3. Metabuscadores, estrategia y campos de búsqueda..... 54
Tabla 3-4. Extracción de características relevantes en las publicaciones incluidas en la revisión de alcance……57
Tabla 3-5. Lista de control para los estudios transversales analíticos…….58
Tabla 3-6. Matriz de información para la revisión de alcance……59
Tabla 4-1. Calidad de las publicaciones con diseño de revision sistematica y sintesis de investigación 88
Tabla 4-2. Calidad de las publicaciones con diseño de investigación cualitativa …….. 90
Tabla 4-3. Calidad de las publicaciones con diseño de control para informe de caso.....91
Tabla 4-4. Calidad de las publicaciones con diseño transversal analítico……...92
Tabla 4.5. Calidad de las publicaciones con diseño de estudio de cohorte…….……94
Tabla 4.6. Calidad de las publicaciones con diseño cuasi experimental……..……95
Tabla 4.7. Calidad de las publicaciones con diseño de ensayo controlado aleatorizado..97
Tabla 4.8. Calidad de las publicaciones con diseño de texto de opinión…….99

Lista de figuras

Pág.

Figura 2-1. Fases del modelo Aplicación del proceso enfermero……. 167
Figura 2-2. Marcos de la revisión de alcance o *scoping review*…… 261
Figura 3-1. Diagrama de flujo PRISMA de la selección de estudios de la revisión de alcance 30
Figura 4-1. Cantidad de publicaciones por año…..... 59
Figura 4-2. Cantidad de publicaciones por tipo……60
Figura 4-3. Cantidad de publicaciones por enfoque……60
Figura 4-4. Cantidad de artículos científicos según el diseño del estudio……..61

Figura 4-5. Categorías de intervenciones de enfermería en el plan de alta para el adulto en el Servicio de Urgencias……74

Introducción

El cuidado de enfermería al egreso del servicio de urgencias se desarrolla en el plan de alta que se lleva a cabo con el sujeto de atención. Esto quiere decir que las intervenciones se encaminan a un proceso de preparación tanto para el usuario como para su familia, con el objetivo de acondicionar la transición en la siguiente etapa de atención luego de egresar de la institución de salud, ya sea al hogar o a otra institución (Hunt-O'Connor *et al*., 2021). El plan es una importante herramienta para consolidar los conocimientos y habilidades en el cuidado que se requieren fuera de la institución (Hayajneh *et al*., 2020). En consecuencia, enfermería es la responsable y el eje de este proceso trabajando articuladamente con el equipo multidisciplinar (Luther *et al*., 2019).

El profesional de enfermería participa en un plan de alta que debe responder a las condiciones propias del servicio de urgencias, cuyo sujeto de cuidado presenta necesidades inminentes de atención ante la aparición de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable (Benito, 2016). De este modo, tanto el usuario como su familia se encuentran en un área considerada como un punto crítico, que se desarrolla con dinámicas particulares respecto a otros servicios de la institución de salud (Rodríguez-Páez *et al*., 2018)**.**

Diversos estudios se han enfocado en el rol del profesional de enfermería en el plan de alta en el Servicio de Urgencias. Éstos han evidenciado que el profesional se encarga de movilizarse entre las funciones administrativas y asistenciales para servir de puente entre el equipo de salud, el paciente y su familia para lograr los objetivos terapéuticos con estrategias basadas en la formación teórica y en la experiencia práctica (Ortiz, 2019)**.**

Por consiguiente, el enfermero coordina y participa de forma activa para garantizar que el usuario y su familia se beneficien de los recursos adecuados (Hayajneh *et al*., 2020). Si tanto los usuarios como sus familias se sienten más preparados para el cuidado propio

fuera de la institución, se desempeñarán de forma segura y harán uso de los servicios de salud en el momento oportuno (Luther *et al*., 2019).

De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo final de profundización desarrolló una revisión de alcance para describir las intervenciones que realiza enfermería en la planificación del alta en el Servicio de Urgencias. El documento consta de los siguientes capítulos: *el marco de referencia*, que contextualiza el fenómeno, fundamenta la investigación desde lo social, lo teórico y lo disciplinar, plantea el objetivo y define los conceptos; *el marco conceptual*, que sustenta las definiciones de los conceptos; *el marco de diseño*, que describe el tipo de revisión utilizado y el desarrollo del trabajo; *el marco de análisis y los resultados*, que exponen la caracterización de las publicaciones y las categorías emergentes; *la discusión*, que contrasta la literatura de consulta con los resultados de la revisión de alcance; y, por último, *las conclusiones* y *las recomendaciones*.

1. Marco de referencia

1.1 Planteamiento del problema

El plan de alta es una fase clave durante el cuidado de enfermería en el Servicio de Urgencias y está relacionado estadísticamente con las tasas de reingreso (Luther *et al*., 2019). Los estudios consultados han reportado un plan de alta de enfermería insuficiente, dadas las tasas de readmisión tan altas, especialmente dentro de los treinta días posteriores al egreso (Chidume & Pass-Ivy, 2019). En entornos agudos, las tasas de reingreso después del alta pueden llegar hasta el 25% (Hunt-O'Connor *et al*., 2021), pero estudios al respecto estiman que el 27% de los reingresos al sistema de salud son prevenibles (Luther *et al*., 2019). Estas altas tasas pueden ser consecuencia de los eventos desfavorables evitables fuera de la institución dentro de las tres semanas posteriores al alta, los cuales equivalen al 75% (Chidume & Pass-Ivy, 2019).

El riesgo de ocurrencia de eventos desfavorables es susceptible de aumentar porque el usuario y su familia pueden tener dificultades para seguir puntualmente las recomendaciones del servicio de salud, dado que, generalmente el cuidado en el hogar después del alta experimenta cambios significativos. En este sentido, el periodo de tiempo inmediatamente posterior al egreso de la institución es desafiante para el usuario y su familia en términos de conocimientos y habilidades para el cuidado en condiciones funcionales, sociales y ambientales específicas.

La literatura analizada, centrada especialmente en la administración de medicamentos, reporta que las readmisiones causadas por los fármacos ocurren con una tasa media de entre el 10% y el 20%, cuyas causas suelen ser la suspensión del tratamiento, el reemplazo de medicamentos, los cambios en el uso/dosificación y la inclusión de otros medicamentos (Alqenae *et al*., 2020). Así mismo, el riesgo de eventos desfavorables puede aumentar, porque los usuarios y sus familias acostumbran expresar actitudes negativas contra el plan de alta y no se interesaran en el proceso (Hayajneh *et al.*, 2020).

De la igual forma, los usuarios y sus familias están sobrecargados al momento del alta por las múltiples exigencias que demanda su condición de salud, así que corren el riesgo de tener dificultades para procesar y retener la información del cuidado en el hogar, especialmente cuando es compleja y profusa. En algunos casos, la educación que el usuario recibe luego del alta puede ser la continuación de la educación anterior, pero en otros casos la información es nueva y difícil de asimilar en la práctica extrainstitucional. Los usuarios y sus familias con bajos conocimientos en salud presentan más apuros para entender y memorizar; además, la información que el personal de salud considera básica puede no ser conocida por aquellos, lo cual genera lagunas en la comprensión. Los inconvenientes con el aprendizaje afectan negativamente los resultados en la salud y la seguridad del cuidado en el hogar, lo cual se tiende a asociar con el reingreso al servicio de salud (Luther *et al*., 2019).

De otro lado, la readmisión implica un costo tanto para las instituciones de salud como para los usuarios y sus familias que se puede evitar (Luther *et al*., 2019). De acuerdo con esto, la literatura de consulta reporta que los costos que surgen por la alteración de la salud pueden clasificarse en *costos directos*, *costos indirectos* y *costos intangibles*, los cuales se desarrollarán en mayor detalle a continuación.

Costos directos. Pueden ser *sanitarios*, cuando se refieren a bienes y servicios para la prevención, la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades; pueden ser *no sanitarios*, cuando se relacionan con la inversión de tiempo o el capital que deben tener el usuario y su familia para responder a la atención dentro y fuera de la institución —por ejemplo: consultas, dispositivos o adecuaciones del hogar—; o pueden ser *futuros*, cuando se reconoce que la atención del usuario impactará los recursos en salud más adelante.

Costos indirectos. Se relacionan con la pérdida de producción del usuario y su familia o del tiempo productivo, actual o futuro, de forma temporal o definitiva, por enfermedad aguda o crónica, condición de discapacidad o muerte.

Costos intangibles. Están asociados a la pérdida de calidad de vida tanto para el usuario como para su familia (Ripari *et al*., 2017).

Además de estos tipos de costos, la readmisión de un usuario al Servicio de Urgencia puede conllevar una carga indebida por el retraso en la recuperación, el tiempo de ausencia a nivel ocupacional y una angustia injustificada. En relación con los costos

intangibles, cabe resaltar que la readmisión es una experiencia negativa para el usuario y su familia, pues los puede hacer sentir frustrados y ansiosos al percibir que no tienen la capacidad para cuidarse adecuadamente solos en el hogar o que no pueden tener el control sobre la posible progresión de la condición de salud de la persona enferma (Luther *et al*., 2019).

El plan de alta, dentro del Servicio de Urgencias, depende del conocimiento de enfermería sobre el plan de egreso y el rol que los implicados deben desempeñar. Al respecto, uno de los problemas que la literatura reporta se asocia con que el personal de enfermería tiene un bajo nivel de conocimientos sobre el concepto de *plan de alta*, los requerimientos para implementarlo, las funciones de cada profesional de la institución y las actividades a desarrollar antes, durante y después del egreso del usuario de la institución de salud (Hayajneh *et al*., 2020). El personal de enfermería aprende las nociones básicas sobre el plan de alta desde la preparación universitaria, tanto con el componente teórico como en el práctico, en parte gracias a la observación de docentes y enfermeros. Sin embargo, sin formación y experiencia adicional específica no podrá fortalecer los conocimientos y desarrollar habilidades eficientes y eficaces que garanticen el éxito del plan de alta, de tal modo que podría percibir que no está calificado para planificar el alta de la institución de salud (Hayajneh *et al*., 2020).

En consecuencia, cuando el personal de enfermería debe elaborar el plan de alta podría no sentir confianza ni comodidad. Así, prefería centrarse en otras actividades asistenciales o administrativas del servicio que en un plan que impacte positivamente la comprensión y la conservación de información de cuidado fuera de la institución, tanto en el usuario como en su familia. En el alta es importante brindar información sobre el cuidado en el hogar, evaluar la comprensión y reforzar los conocimientos y habilidades; no obstante, en ocasiones la enfermería se limita a las funciones de transferencia de información (Hayajneh et al., 2020). Algunos estudios que se han enfocado en las necesidades educativas de enfermería relacionadas con el plan de alta informan sobre niveles inadecuados de competencia en las actividades orientadas a la educación para el egreso del paciente (Chidume & Pass-Ivy, 2019).

Es claro que el plan de alta en el Servicio de Urgencias requiere de condiciones estructurales que permitan que la enfermería lidere y participe en el proceso. Sin embargo, uno de los problemas reportados en los estudios de consulta es la falta de tiempo para poder elaborar eficazmente el plan de alta, pues el personal de enfermería estima que su

compromiso para coordinar y elaborar el plan de alta se limita a un espacio temporal y a un área física específica en el que ejecuta diversas tareas para múltiples usuarios (Luther *et al*., 2019). Al personal de enfermería le es necesario aprovechar momentos valiosos durante la visita al Servicio de Urgencias del usuario y su familia para el plan de alta, los cuales posiblemente no son los más adecuados, ya que podrían estar orientados al desarrollo de otras actividades asistenciales o administrativas, aunque igualmente importantes (Chidume & Pass-Ivy, 2019).

Con frecuencia, la educación para el alta se imparte a medida que surgen preguntas y necesidades durante las actividades de atención en el servicio, con el fin de aportar piezas de información en intervalos que pueden favorecer en algún grado el aprendizaje, pero no la comprensión a profundidad de las necesidades de los cuidados al egresar de la institución de salud (Chidume & Pass-Ivy, 2019). De igual modo, la familia a menudo no puede estar presente durante todas las sesiones, por lo que es posible que no reciban la información importante relacionada con la atención en el hogar (Luther *et al*., 2019). La naturaleza de la enseñanza sobre el alta está mal definida, pues es informal, tiene problemas en la comunicación y la información es mínima para el usuario y su familia (Luther *et al*., 2019). Los vacíos en la comunicación y en la información pueden generar resúmenes de alta incompletos o de mala calidad, que contienen recomendaciones para el hogar que pueden ser incoherentes y que pueden afectar la seguridad del usuario y representar alta carga financiera (Alqenae *et al.*, 2020). Por lo tanto, es probable que los usuarios y sus familias no accedan a las recomendaciones de cuidado en el hogar, las olviden o incluso no las entiendan.

El plan de alta en el servicio de urgencias debería enfocarse en las necesidades integrales del usuario y su familia e implicar las condiciones particulares a nivel extrainstitucional, puesto que son muchos los factores que influyen negativamente para lograr el éxito del alta —como las capacidades funcionales, las facultades cognitivas, el estado emocional o el soporte social—. No obstante, las investigaciones al respecto señalan como problema común en la planificación del alta la falta de valoración holística, que incluye la preparación para el alta, la evaluación de las necesidades de aprendizaje y la capacidad de cuidar fuera de la institución de salud (Luther *et al*., 2019).

Por su parte, los registros del servicio revelan que las valoraciones de enfermería se presentan incompletas y el plan del alta, fragmentado (Hayajneh *et al*., 2020). En los

servicios que se han estudiado se están usando instrucciones estandarizadas generadas a partir del diagnóstico como elemento básico para el egreso. Sin embargo, estas instrucciones no son suficientemente adecuadas en cuanto a la complejidad de la atención que abarca la mayoría de las altas para preparar al usuario y a su familia, quienes, además, se convierten en receptores pasivos de información (Luther *et al*., 2019).

1.2 Justificación

Al egresar del Servicio de Urgencias, el usuario y su familia necesitan de un plan de alta de enfermería que les brinde conocimientos y habilidades óptimas para el cuidado en el hogar. Si el usuario y su familia se sienten más preparados para el cuidado fuera de la institución de salud, entonces se desempeñarán de forma segura, de modo que consultarán los servicios de salud cuando en realidad sea pertinente hacerlo (Luther *et al*., 2019). En este sentido, el plan de alta de enfermería es de gran relevancia, porque disminuiría las complicaciones, las tasas de readmisión y los costos en salud (Gallardo *et al*., 2018). Esto significa que se podrían lograr efectos positivos en los costos directos, en los costos indirectos y en los costos intangibles para la institución de salud, el usuario y su familia cuando se consolida el cuidado en el hogar (Ripari *et al*., 2017).

El plan de alta de enfermería que los usuarios y sus familias requieren al egresar de un servicio hospitalario debe abordar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales que pueden influir durante el período de transición al hogar. Entre los *factores fisiológicos*, se incluyen la evaluación de las capacidades funcionales de los pacientes y su estado nutricional y de adaptación a los medicamentos; en cuanto a los *factores psicológicos*, involucran la evaluación de las capacidades de aprendizaje y los sentimientos de los pacientes sobre su estado de salud; y los *factores sociales* comprenden no sólo la evaluación de la red familiar y social involucrada, sino también el cuidado y los tipos de servicios disponibles en términos extrainstitucionales (Hayajneh *et al*., 2020). La posibilidad de contar con un plan de alta que prepare al usuario y a su familia para el cuidado en el hogar a partir de circunstancias particulares puede mejorar la satisfacción que surge de la atención recibida (Luther *et al*., 2019).

Al día de hoy, de acuerdo con la exploración en la literatura respectiva, no se han llevado a cabo revisiones sobre las intervenciones de enfermería en el plan de alta del Servicio de Urgencias en el paciente adulto. Se encontraron publicaciones que analizaron el plan de

alta de enfermería en el Servicio de Urgencias y que abordaron la experiencia y las percepciones del personal de salud, de usuarios y de sus familias, pero no que se enfocaran en las intervenciones propiamente.

Como botón de muestra, consideramos el estudio descriptivo-cualitativo de Stevens *et al*. (2020), que se desarrolló en un hospital de Australia con médicos y enfermeras para indagar sobre las prácticas y los procesos de alta en el Servicio de Urgencias. Los autores concluyeron que el alta podría mejorar si se usaran estrategias para fortalecer la comunicación de la información para el egreso, se gestionara la carga de trabajo y de los procesos de alta en urgencias, se trabajara en equipo y se creara una red de seguridad para la transición de la atención. Por su parte, Zhou *et al*., (2021) analizaron la comunicación entre las enfermeras y los cuidadores mientras se brindaba la información de transición del hospital al hogar en el momento del alta, entre cuyos hallazgos se destaca que tanto la entrega como el contenido de la información fueron inconsistentes, lo cual afecta la percepción del cuidador sobre la preparación para el alta y la experiencia de recuperación.

Así mismo, Alqenae *et al*. (2020) investigaron las percepciones de los llamados *médicos de cabecera* sobre el contenido de los resúmenes de alta generados por enfermeras de práctica avanzada en urgencias en Irlanda, especialmente en relación con la información clínica, los servicios clínicos, la medicación en el alta, la educación impartida al paciente antes del alta y la gestión del seguimiento. Según este estudio, los médicos referían sentirse satisfechos con los resúmenes de alta, pero reconocieron que se podían mejorar si se desarrollara una plantilla de resumen más estructurada que pudiera ser utilizada por todas las disciplinas implicadas.

Phonpruk *et al*., (2018) identificaron las percepciones de los enfermeros de urgencias sobre los factores que influyen en la comprensión de los padres de los pacientes en cuanto a la información del alta a partir de los dominios de estructura, proceso y resultados del *modelo de Donabedian*. En cada uno de estos dominios se encontraron tanto facilitadores como barreras que surgen desde la institución relacionadas con los recursos normativos, humanos e informativos. En lo referente a los padres, se encontraron problemas relacionados con el componente cognitivo y cultural para comprender la información sobre el alta.

Entre los estudios que se han enfocado en la experiencia y las percepciones sobre el plan de alta en el servicio de urgencias desde el punto de vista de los enfermeros, se destaca el de Sepúlveda-Pacsi (2019). El autor desarrolló una investigación para conocer la autoconfianza percibida por los enfermeros en la participación en el proceso de alta de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva en los servicios de urgencias, cuyo hallazgo central consistió en que apenas una minoría de enfermeros siente suficiente confianza cuando dan el alta a los usuarios. En suma, los enfermeros se sentirían más seguros si supieran que el usuario tendrá una cita de seguimiento con el médico y si existieran pautas específicas sobre el proceso de alta.

Algunas investigaciones se han decantado por analizar las estrategias de la enfermería para mejorar el plan de alta en el Servicio de Urgencias. Por ejemplo: Agarwal *et al*. (2019) reconocen la necesidad de mejorar los procesos que ocurren en el plan de alta en el Servicio de Urgencias a partir de dos intervenciones: 1) una tarjeta de puntuación digital en la que los enfermeros veían el tiempo del alta y el objetivo de este tiempo, lo cual se comparaba con el mes anterior; 2) una sala de espera para el alta atendida por enfermeros durante las horas de trabajo de mayor volumen durante la semana. Ambas intervenciones proporcionan evidencia preliminar de que la aplicación de enfoques innovadores impulsados por los enfermeros puede inducir cambios dentro del Servicio de Urgencias en los Estados Unidos.

Wood *et al*. (2017) crearon videos con instrucciones para el alta sobre tres diagnósticos en una institución de salud estadounidense. Al evaluar los conocimientos del cuidador, encontraron puntuaciones significativamente más altas con respecto a los que recibieron instrucciones de alta escritas/verbales estándares. Por su parte, Winokur *et al*. (2019) evaluaron la alfabetización en salud en el Servicio de Urgencias de los cuidadores que hablaban inglés y español, de lo cual hallaron que es probable que la población tuviera dificultades para comprender las instrucciones para el alta.

Con base a lo anterior, es posible afirmar que, para asegurar que los usuarios comprendan las directrices del alta, es imperativo contar con materiales adecuados que refuercen las instrucciones verbales y escritas, a partir de representaciones visuales y de traducción de información a diferentes idiomas. Al respecto, Sheele *et al*. (2019) evaluaron las preferencias de los usuarios para recibir información sobre el alta, cuyo resultado arrojó que la mayoría de los encuestados prefirió recibir educación a través de un video y un

documento escrito. Por esta razón, los procesos de alta deben considerar otros formatos para mejorar la comprensión de los usuarios al egresar del Servicio de Urgencias.

Waszak *et al*. (2018) desarrollaron un proyecto de mejora de la calidad que se basó en una iniciativa educativa de urgencias dirigida a los pacientes que reciben analgésicos al momento del alta y que había sido proporcionada por enfermeros ya capacitados en educación al paciente. Los resultados mostraron que la capacitación sobre educación al paciente no sólo mejora significativamente los conocimientos del enfermero, sino que también le permite al usuario sentirse satisfecho al entender claramente las instrucciones.

Lou & Xu (2021) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado en un servicio de urgencias en China para evaluar el impacto de una intervención de enfermería. Esta intervención consistió en tres encuentros: uno presencial al alta y dos, vía telefónica. Para ello, usaron una herramienta de manejo para el alta con el fin de individualizar las preocupaciones potenciales en usuarios que tenían riesgo de regresar al servicio. De esta forma, cuando las enfermeras detecten riesgos, enseñarán, escucharán, tranquilizarán a los usuarios, normalizarán las pautas pertinentes, replantearán los objetivos y estrategias, confrontarán los problemas, proporcionarán recomendaciones, advertirán sobre los riesgos, realizarán una retroalimentación positiva, remitirán a recursos externos y reforzarán estos procesos.

Definitivamente, el plan de alta de enfermería es uno de los procesos que debe liderar el equipo de enfermería en el Servicio de Urgencias. Aunque muchos miembros del equipo interprofesional participan en el plan, la enfermería es el centro de la estructura y la responsable principal. Los enfermeros adoptan el cuidado de las necesidades de atención en el servicio y la preparación para el alta del usuario, para lo cual incluyen la evaluación de la comprensión y la capacidad tanto del usuario como de su familia para proporcionar una atención adecuada en el hogar. Cuando el enfermero evalúa positivamente la preparación de un paciente, se puede presentar una disminución de hasta el 52% en la probabilidad de ser readmitido, lo que significa que la labor es suficientemente precisa para evaluar la probabilidad del riesgo de readmisión (Luther *et al*., 2019).

Además, dados los conocimientos y las habilidades en cuanto al plan de alta que los profesionales han recibido en la teoría y en la práctica, la enfermería se conforma como el equipo idóneo para desarrollar el plan de alta. La formación educativa y las experiencias asistenciales le permiten al enfermero conocer la trayectoria de un usuario hacia el alta,

gracias a que puede evaluar los requerimientos particulares al egresar y trabajar en las necesidades de atención en la casa del usuario y de su familia (Luther *et al*., 2019). De esta manera, un mayor nivel de preparación permite que el personal de enfermería sea más sistemático y lógico en el desarrollo del plan de alta, pues es el mismo enfermero quien se percibe como el personal mejor calificado, sobre otros proveedores de atención médica, para llevarlo a cabo (Hayajneh *et al*., 2020).

Para que el plan de alta de enfermería en el servicio de urgencias sea efectivo, es perentorio adoptar un enfoque integral. Un modelo de atención holístico que se oriente en el usuario y su familia debe partir de una valoración total del contexto personal del usuario, puesto que reconoce el nivel de gestión del autocuidado y conduce a un plan de alta dirigido específicamente a las necesidades del usuario y de su familia. Puesto que el personal de enfermería es el que pasa mayor tiempo con el usuario y con su familia, se constituye como el ente más consciente de los múltiples factores que pueden impactar en la preparación de un usuario para el alta (Luther *et al*., 2019).

De igual modo, un enfoque integral implica que el enfermero logre vincular al personal de salud no sólo a nivel institucional, sino también en el ámbito comunitario, lo que quiere decir que desempeña un papel fundamental en la continuidad de la atención *(*Hayajneh *et al*., 2020). Una responsabilidad clave de los enfermeros consiste en compartir el plan del alta con el equipo interprofesional, para lo cual es pertinente focalizarse en las causas por las que el paciente no esté evolucionando como se esperaba en la preparación para el egreso (Luther *et al*., 2019).

1.3 Pregunta de investigación

¿Qué intervenciones realiza la enfermería en el plan de alta del Servicio de Urgencias cuando egresa un adulto?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir las intervenciones de enfermería en el plan de alta del Servicio de Urgencias cuando egresa un adulto.

1.4.2 Objetivos específicos

Caracterizar la producción científica relacionada con las intervenciones de enfermería en el plan de alta del Servicio de Urgencias cuando egresa un adulto.

Describir la calidad de las publicaciones según las herramientas de evaluación crítica desarrolladas por el Joanna Briggs Institute (JBI).

Categorizar las intervenciones de enfermería en el plan de alta del Servicio de Urgencias cuando egresa un adulto.

1.5 Conceptos

1.5.1 Plan de alta o plan de egreso de enfermería

El plan de alta es un procedimiento cuyo propósito consiste en preparar al usuario y a su familia para la siguiente etapa de atención al egresar de la institución de salud hacia el hogar, la comunidad a la que pertenece o a otra institución de salud, empoderando a sus beneficiarios a través de conocimientos y habilidades en el autocuidado (Hunt-O'Connor *et al*., 2021). El plan requiere de un equipo multidisciplinar que contemple las demandas del usuario y su familia de forma integral (Hayajneh *et al*., 2020), siendo enfermería el responsable principal del proceso (Luther *et al*., 2019). Por ende, el enfermero coordina y participa de forma activa para garantizar que cuenten con las herramientas convenientes fuera de la institución (Hayajneh *et al*., 2020). El plan de alta de enfermería requiere de personal bien capacitado, que tenga claro su rol y esté abierto a ideas innovadoras (Hunt-O'Connor *et al*., 2021) para impactar de manera efectiva la comprensión y capacidad del usuario y su familia de proporcionar atención en el hogar (Luther *et al*., 2019).

1.5.2 El adulto en el servicio de urgencias

El sujeto de cuidado es la persona que requiere de la atención del servicio de urgencia, considerado un ser activo e integral, al cual se le reconoce no sólo su individualidad, sino también las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, con necesidades y experiencias en salud. Además, no se puede ignorar la familia y la comunidad en la que el sujeto se desarrolla, con los cuales mantiene una constante

relación de reciprocidad (Bonilla *et al*., 2016). De acuerdo con lo anterior, es preciso concebir al sujeto de cuidado como una persona adulta de acuerdo con los criterios establecidos por la sociedad que acude al servicio de urgencias por necesidades inminentes de atención ante la aparición de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable (Benito, 2016).

1.5.3 Revisión de alcance o *scoping review*

Una revisión de alcance o *scoping review* es una metodología de investigación utilizada para conocer la cobertura científica existente sobre un tema específico y obtener un reconocimiento de la evidencia disponible sobre un cuerpo de literatura en un tema de estudio preestablecido. Este tipo de revisión busca explorar cómo, quién y con qué propósito se utiliza un tema en un campo determinado (Peters *et al*., 2015) y su importancia no sólo reside en la utilidad que ostenta para abordar preguntas o fenómenos muy amplios, sino que permite examinar evidencia alrededor de interrogantes cuyo enfoque no es lo suficientemente claro para abarcarse a través de una revisión sistemática (Munn *et al*., 2018). Esta revisión busca examinar un campo más amplio para identificar vacíos del conocimiento para la práctica basada en la evidencia, así como aclarar conceptos clave e informar sobre los demás tipos de evidencia que orientan la práctica (Munn *et al*., 2018).

2. Marco conceptual

2.1 Plan de alta o plan de egreso de enfermería

El plan de alta o plan de egreso es un procedimiento en el que se elabora un plan de atención continuada para aplicarse cuando el usuario egrese de la institución de salud, cuyo objetivo consiste en garantizar una transición segura al entorno en el que se pueden satisfacer las necesidades de cuidado del paciente (Potter *et al*., 2019). Este mecanismo sienta las bases para obtener resultados positivos en salud, ya que prepara a los implicados en recibir conocimientos y desarrollar habilidades necesarias para el autocuidado en el hogar tan pronto han sido dados de alta de cualquier servicio de atención (Hayajneh *et al*., 2020).

El enfermero es el responsable del proceso, pues coordina y participa activamente en él para garantizar que tanto el usuario como su familia cuenten con las herramientas adecuadas fuera de la institución de salud (Luther *et al*., 2019). En pocas palabras: el enfermero es quien establece el plan de alta dentro de una institución de salud y prepara al personal para llevarlo a cabo. Además, involucra con su liderazgo a todo el equipo multidisciplinar de salud, puesto que el plan de alta se concierta con todos los integrantes, otorgándoles un rol activo. En la literatura de consulta se encontró esta figura denominada como *el planificador del alta* y, aunque puede ser un profesional de la salud distinto del enfermero, éste se ha identificado como la piedra angular (Hayajneh *et al*., 2020).

Dado que el plan de alta de enfermería considera integral e individualmente las necesidades tanto del usuario como de su familia, el equipo profesional debe anticiparse a los requerimientos y coordinar los procesos con apoyo interdisciplinario (Potter *et al*., 2019). En tal caso, es menester que el personal esté bien capacitado, que tenga claro su rol y que esté abierto a ideas innovadoras (Hunt-O'Connor *et al*., 2021). El propósito es fortalecer efectivamente la comprensión y la capacidad del usuario y de su familia de autoproveer atención adecuada en su hogar, así como determinar el destino del usuario

según las necesidades del usuario y de sus facultades de cuidado (Luther *et al*., 2019). Cuando se identifican estos criterios, se logra una transición segura, lo cual se ajusta a la complejidad de las necesidades y al entorno tanto del usuario y como de su familia (Hunt-O'Connor *et al*., 2021).

Entonces, el plan de alta de enfermería debería emplear un proceso bien estructurado y basado en la evidencia, que inicie desde el momento mismo en que el usuario ingrese a la institución y se mantenga cuando el usuario y su familia comienzan, luego del egreso, su ejercicio de cuidado en el hogar (Luther *et al.*, 2019). En relación con esto, la literatura de consulta considera, como se puede observar en ver Tabla 2-1, el modelo IDEAL de planificación del alta como una guía para ayudar a estructurar y seguir los pasos de planificación (Luther *et al*., 2019).

Tabla 2-1. Modelo IDEAL de planificación del alta

	Término (traducción)	**Descripción**
I	*Include* ('incluir')	La enfermería debe garantizar la inclusión del equipo interprofesional, del usuario y de su familia en la preparación para el alta, para lo cual debe reconocer el contexto personal y los conocimientos/habilidades del usuario para su cuidado en el hogar.
D	*Discuss* ('discutir')	La enfermería debe promover la discusión sobre la atención en salud al ingreso y durante la estancia en el servicio, así como la atención requerida en el hogar para favorecer la toma de decisiones.
E	*Educate* ('educar')	La enfermería debe facilitar el aprendizaje de acuerdo con las capacidades cognitivas y necesidades educativas tanto del usuario como de su familia, para lo cual debe utilizar y dirigir los recursos formativos.
A	*Assess* ('evaluar')	La enfermería debe evaluar continuamente el progreso del usuario hacia el alta en relación con sus conocimientos y habilidades para su cuidado en el hogar, de manera tal que pueda reconocer las modificaciones que se deben considerar en el plan de alta.
L	Listen ('escuchar')	La enfermería debe escuchar no sólo las demandas del usuario y de su familia, sino también las preocupaciones emergentes para personalizar continuamente el plan de alta.

Fuente: Elaboración propia a partir de los presupuestos de Luther *et al*. (2019).

2.2 Intervención de enfermería

En términos etimológicos, la palabra intervención viene del latín tardío *interventio*, que significa ‘interposición’, ‘garantía’, y está compuesta de la preposición latina *inter*: ‘entre’, ‘durante’, y del participo del verbo *venīre*: ‘ir’, ‘venir’, ‘llegar’ (Latin Word Study Tool, 2022). En términos epistemológicos, el modelo de cuidado de Dorothea Orem define la *intervención de enfermería* como una «operación profesional-tecnológica, es decir: una secuencia de acciones llevadas a cabo mediante el sistema de enfermería creado por una entidad responsable en enfermería». Según la teórica, la intervención sólo puede ser posible cuando la capacidad de autocuidado del otro tiene un límite, provocando la ocurrencia de demandas no cubiertas.

Por su parte, según los actuales criterios de la disciplina en cuanto a la formación profesional en la taxonomía, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), seleccionada como lenguaje normalizado por el Real Decreto 1093/2010 en España, expone en su última edición que las intervenciones de enfermería constituyen «todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente […]. Incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad» (García *et al*., 2013).

Para llegar a la ejecución de una intervención, existen modelos profesionales precisos, como el descrito por Alfaro-Lefevre en la Figura 1-2, que muestra las fases del modelo de aplicación del proceso enfermero.

Figura 2-1. Fases del modelo Aplicación del proceso enfermero.

Fuente: García M, *et al* (2013).

Una intervención se planea y se diseña en función de los objetivos en la fase de *planificación*, que le precede a la *valoración* y al *diagnóstico*, dado que revelan las necesidades de cuidado que incluyen su origen. Una vez culminada esta fase, avanza la fase de *ejecución*, y sólo después de transcurrido un tiempo coherente con la magnitud de las intervenciones, se efectúa la evaluación del impacto de las ejecuciones.

2.3 El adulto en el servicio de urgencias

Las personas que solicitan atención en las instituciones de salud son denominadas universalmente como *pacientes*, una palabra que, por su etimología —del participio latino *patiens*: que padece', 'que tolera'—, puede evocar la imagen de un individuo pasivo (Costa *et al*., 2019). También se puede entender como *padeciente*, palabra que hace referencia a un individuo con enfermedad crónica que experimenta los signos y síntomas que presenta el cuerpo biológico —es decir, la enfermedad— y las condiciones psicológicas, sociales y culturales en las que soporta su enfermedad —es decir, el padecimiento— (Lemus *et al*., 2017).

Ambos términos se refieren a un individuo que se encuentra dentro de un modelo biomédico a la espera estática de atención. El cambio gradual del modelo paternalista al modelo de atención en salud centrado en el usuario ha creado otros términos, como *cliente* y *consumidor*, que pueden acelerar la mercantilización de la atención en salud. Otro vocablo que se utiliza en la literatura de consulta es *usuario*, que, junto a los dos últimos términos, implica una mayor igualdad entre los individuos en la toma de decisiones de atención médica personal y, por ende, favorece el empoderamiento (Costa *et al*., 2019).

También se encuentra la expresión *sujeto*, en la que se observa al individuo en su totalidad dentro de un contexto histórico que constituye su realidad, puesto que reconoce que los procesos de salud y enfermedad no están limitados por el aspecto biológico, mental, social, espiritual o cultural (Lemus *et al*., 2017). En conformidad con esto, el *sujeto de cuidado* es aquella persona que demanda la atención del servicio y es considerado como un sujeto activo e integral, pues se reconoce la individualidad que lo caracteriza y todas sus dimensiones, necesidades y experiencias de salud. Pero no se puede ignorar la familia, los grupos y la comunidad en la que el sujeto se desarrolla y tiene constante relación de reciprocidad (Bonilla *et al*., 2016).

Por su parte, los adultos son sujetos de cuidado de una etapa de un ciclo vital específico, demarcado por los criterios de adultez, a saber: *criterios biológicos*, que señalan la culminación definitiva de los cambios físicos; *criterios cronológico-legales*, que, como la mayoría de edad, suponen la facultad para la toma de decisiones; *criterios socioeconómicos*, que se refieren a la independencia económica; *criterios psicosociales*, que incluyen el cambio de roles desde lo familiar, lo social y lo ocupacional; y *criterios psicológicos*, definidos por la madurez psicológica y el esfuerzo por el logro de una identidad personal. Para definir la condición adulta, cada sociedad utiliza distintos tipos de pautas, las cuales se basan en la independencia, la interdependencia, las transiciones del rol, la conformidad con las normas, las transiciones biológico-cronológicas y las capacidades familiares (Torres *et al*., 2020).

El adulto, como sujeto de cuidado, acudirá al Servicio de Urgencias cuando identifique una necesidad inminente de atención por la aparición de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable (Benito, 2016). El Servicio de Urgencias es un ambiente hospitalario abierto al público durante todo el día, en el cual la enfermería especializada brinda atención a individuos con diversas afecciones en su estado de salud, según el nivel de gravedad clínica —también conocido como *triaje*—. Cabe aclarar que el diccionario anglosajón no incluye la palabra *urgency* en el contexto de la salud, sino que adopta el término *emergency* (Treviño, 2021).

2.4 Revisión de alcance o *scoping review*

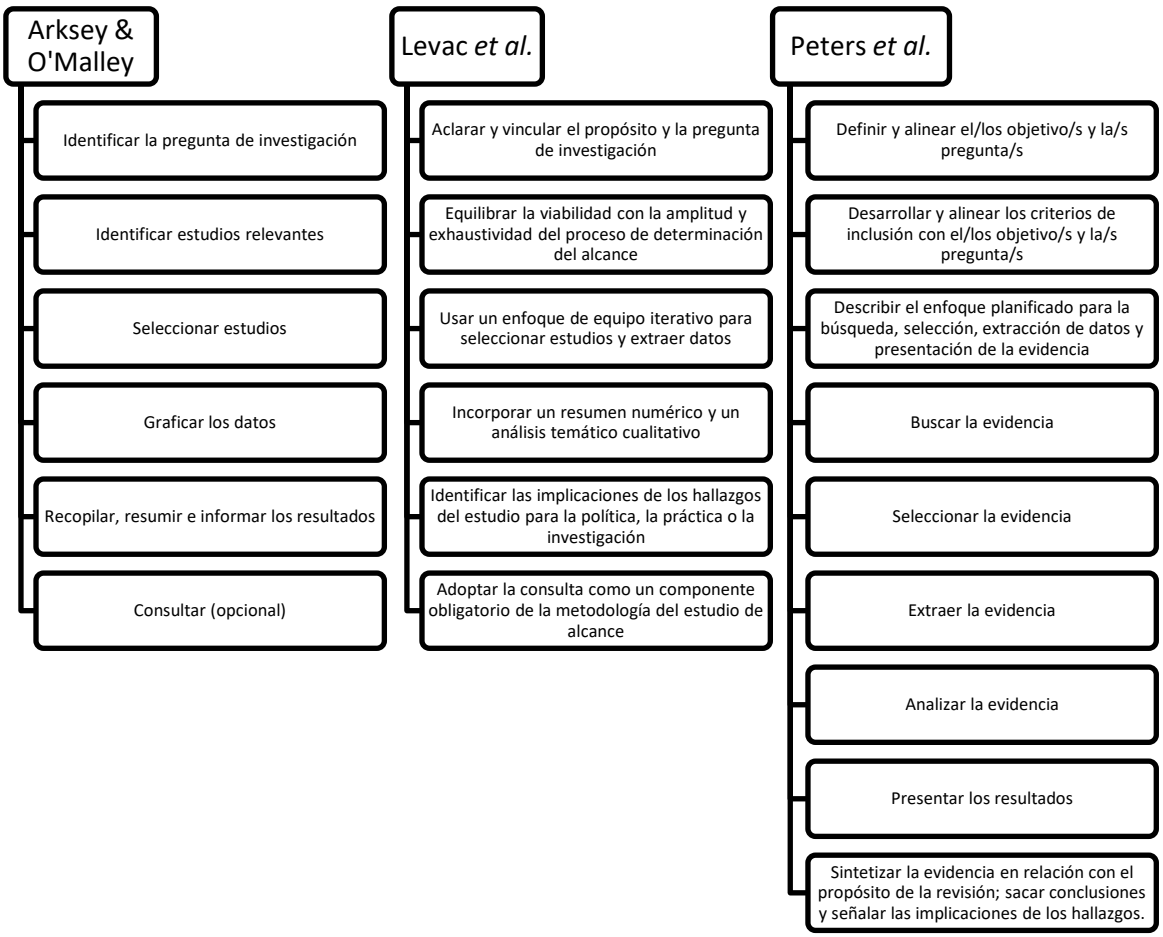
El vertiginoso aumento de la producción científica en el área de la salud ha creado la necesidad de agruparla y sintetizarla en revisiones. Además, el avance del conocimiento en salud hacia una ciencia de carácter multidisciplinario ha provocado la aparición de preguntas cada vez más complejas, que giran en torno a fenómenos multidimensionales. Para que estos fenómenos sean comprendidos, es indispensable realizar análisis multivariados, crear conceptos, desarrollar metodologías y contrastar fuentes, sin omitir la necesidad de conocer qué tipo y qué cantidad de evidencia existe en algún área específica. Para poder dar respuesta a estos interrogantes, han surgido diversos modelos de revisiones que exploran a diferente escala un fenómeno de investigación, en los que se destacan la revisión literaria o narrativa, la revisión sistemática y la revisión de alcance o *scoping review*, concepto en el cual se profundiza para efectos del presente documento.

Este tipo de revisiones parten de una misma metodología, que se emplea principalmente en el área de la salud, ya que permite responder preguntas más extensas (Verdejo *et al*., 2021).

La revisión de alcance es un enfoque que sigue un método riguroso y sistemático para sintetizar la evidencia. El objetivo de la revisión de alcance consiste en determinar la cobertura de un cuerpo de literatura sobre un tema, aclarar conceptos y definiciones clave, reconocer las características o factores relacionados con un concepto, identificar los tipos de evidencia disponible, examinar cómo se lleva a cabo la investigación sobre un tema o campo determinado, determinar y analizar las lagunas del conocimiento y servir de precursor de una revisión sistemática. Las revisiones de alcance no se proyectan producir un resultado o una respuesta evaluada crítica y sintéticamente a una pregunta en particular, sino, más bien, proporcionar una descripción general de la evidencia (Munn *et al*., 2018).

Existen diferentes métodos para llevar a cabo una revisión del alcance, pero solamente nos centraremos, de acuerdo con el objetivo del modelo de revisión elegido, en el manual para la síntesis de evidencia del Joanna Briggs Institute (JBI). El marco original de este manual fue propuesto en el año 2005 por Arksey y O'Malley; luego, fue mejorado en el 2010 por el trabajo de Levac *et al*. Ambos estudios han servido para respaldar la perspectiva de Peters *et al*. en los años 2015, 2017 y 2020 dentro del enfoque de los nueve pasos del JBI para la elaboración de revisiones de alcance (Peters *et al*., 2020). A continuación, en la Figura 2-1, se pueden observar los marcos de la *scoping review*.

Figura 2-2. Marcos de la revisión de alcance o *scoping review*



Fuente: Elaboración propia a partir de los presupuestos del JBI (2020).

3. Marco de diseño

3.1 Tipo de diseño

La *infodemia*, entendida como la profusión de información sobre un tema específico, es un fenómeno que afecta negativamente a todas las disciplinas actuales, dadas la falta de rigor científico, la propagación de información falsa o errónea y la manipulación de datos. A pesar de esto, también es cierto que existe un aumento de producción científica en salud y el avance, en términos de cienciometría y herramientas para la disposición de fuentes de información, sujetas a estándares de alta calidad académica. Este incremento de información científica incluye la enfermería, lo cual genera en los investigadores inquietudes sobre vacíos en los planteamientos y en las interrogantes cada vez más complejos por la necesidad de agrupar y sintetizar la evidencia en la metodología de revisión. De tal suerte, nuestro trabajo de profundización está basado en un tipo de revisión particularmente orientada por los lineamientos de la Joanna Briggs Institute (Verdejo *et al*., 2021).

Esta revisión responde a una pregunta que deriva de un vasto espectro de dilemas que abarca múltiples diseños de estudios. Por lo tanto, la presente revisión de alcance tiene el propósito de proporcionar una descripción general de la evidencia disponible (Chambergo-Michilot *et al*., 2021; Munn *et al*., 2018), específicamente, el cuidado de enfermería a través de una planificación de la salida del usuario de la institución desde el Servicio de Urgencias. La indagación de literatura científica desarrollada hasta el momento muestra que la evidencia sobre la enfermería en el plan de alta en el Servicio de Urgencias es limitada, razón por la cual la pregunta propuesta para el presente trabajo no puede responderse a través de otro tipo de revisión.

3.2 Fases del diseño

El Joanna Briggs Institute (JBI) elaboró un manual para la síntesis de evidencia que cuenta con un capítulo orientado en las revisiones de alcance (Peters *et al*., 2020). El enfoque del JBI para el desarrollo de estas revisiones se basa en nueve pasos, los cuales se desarrollan en detalle a continuación.

3.2.1 Definición y alineamiento de los objetivos y la pregunta

La pregunta y los objetivos indican claramente el tema de la revisión del alcance. Además, corresponden a la nemotécnica PCC (Población, Concepto, Contexto): la población es el adulto; el concepto, las intervenciones de enfermería en el plan de alta; y el contexto, el Servicio de Urgencias.

3.2.2 Desarrollo y alineamiento de los criterios de inclusión con los objetivos y la pregunta

Las publicaciones consideradas para la presente revisión de alcance cumplieron con los criterios de inclusión basados en la nemotécnica PCC (Población, Concepto, Contexto). En cuanto a la muestra promedio de los estudios elegidos, eran adultos varones o mujeres que se encontraban dentro del periodo del ciclo vital de adultez según los diferentes tipos de pautas que utiliza cada país para definir esta condición. Las intervenciones en el plan de alta debían ser desarrolladas por profesionales de enfermería con o sin conocimientos o habilidades en el proceso cuando egresaba el sujeto de cuidado. El Servicio de Urgencias podía pertenecer a instituciones de salud de áreas rurales o urbanas de cualquier país.

En lo referente a los criterios de exclusión, no se tuvieron en cuenta los textos de acceso habilitado sólo para suscriptores o por medio de pagos directos para realizar la descarga del documento. Tampoco se comprendieron estudios de otros servicios que analizaron el ingreso de usuarios por el Servicio de Urgencias en la primera semana inmediatamente después del alta de la institución, a menos que fueran del Servicio de Urgencias.

Del mismo modo, no se incluyó la consulta de literatura gris para la presente revisión de alcance, porque no aparece como resultado dentro de los criterios de búsqueda empleados

en las herramientas para gestionar la investigación de publicaciones científicas en salud —bases de datos o metabuscadores—. Igualmente, según los manuales de evaluación de artículos científicos del JBI, el consumo de literatura gris no sería apto para el análisis de calidad contemplado.

No se discriminó ningún artículo por país siempre y cuando estuviera disponible en idioma español, inglés y portugués. Esta decisión se tomó no sólo debido a las fortalezas en el manejo de artículos escritos en estas lenguas, sino también a las barreras del autor frente a la traducción de publicaciones en distintos idiomas entre los años 2011 y el 2021. Por último, se acogieron artículos de otras disciplinas que analizaran las acciones de la enfermería en la planificación del egreso del adulto desde el Servicio de Urgencias.

3.2.3 Descripción del enfoque planificado para la búsqueda, selección y extracción de datos y presentación de la evidencia

La estrategia de búsqueda para la presente revisión de alcance proyectó abarcar el máximo de literatura posible en relación con las intervenciones de enfermería en el alta para adultos en el Servicio de Urgencias dentro de las limitaciones de idioma y tiempo establecidas. Inicialmente, se realizó una búsqueda para encontrar revisiones similares y descartar publicaciones duplicadas con el tema.

Las bases de datos empleadas para descartar las investigaciones con la misma metodología fueron las siguientes: la colección de la biblioteca Cochrane en el registro central de publicaciones; los recursos informáticos del Johanna Briggs Institute mediante la búsqueda avanzada en la Offshore Vessel Inspection Database (OVID); el International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) para explorar la presencia de revisiones sistemáticas sobre el plan de egreso en el Servicio de Urgencias para adultos por medio del Catálogo de Teses & Dissertações (CAPES); los Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP); el European Electronic Theses and Dissertations (ETDs) DART-Europe E-thesis portal; el Portal de Acceso Abierto de Tesis y Disertaciones en la Universidad Andrés Bello de Chile; el banco de tesis del Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Colombia y el sistema de almacenamiento de tesis de la Universidad Nacional Autónoma de México (TESIUNAM).

Así mismo, se consultó la base de datos MEDLINE para determinar términos contenidos en el título, el resumen y las palabras clave de los artículos encontrados. Las palabras se exploraron según los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y los Medical Subject Headings (MeSH) para establecer los términos centrales y relacionados (ver Tabla 3-1).

Tabla 3-1. Términos utilizados para la revisión de alcance

Tema	DeCS/MeSH	Términos relacionados
Alta del paciente	«Patient Discharge»	«Discharge Planning»; «Patient Discharge»; «Discharge Process»; «Discharge education»; «Discharge Teaching»
Urgencias	«Emergency Medical Services»	«Emergency Health Service»; «Emergency Service Hospital»; «Emergency Service»; «Emergency Department»; «Emergency Room»; «Emergency Unit»
Enfermería	«Nurses»	«Nursing»; «Nurse»

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de búsqueda.

Se consideró llevar a cabo la búsqueda de estudios publicados en dos metabuscadores, dada la posibilidad de acceder a diversas bases de datos que arrojaran resultados relacionados con las intervenciones de enfermería desarrolladas en el plan de alta para adultos en el Servicio de Urgencias. Con el fin de cumplir con los criterios de inclusión de las publicaciones, se hizo uso de los filtros disponibles en tales sistemas para limitar el idioma, la etapa del ciclo vital de los sujetos de estudio y el periodo de tiempo de publicación. Acto seguido, se planteó introducir los resultados arrojados en una herramienta tecnológica desarrollada para el procesamiento de la información de las revisiones.

Una vez realizada la selección de estudios publicados que se incluirían en la revisión de alcance en descripción, se proyectó elaborar una base de datos en el formato Microsoft Excel® para la extracción de datos que permitiera identificar las características de las publicaciones y los aspectos centrales de las intervenciones de enfermería en el alta para el adulto en el Servicio de Urgencias. Cabe aclarar que se reconoció que, de acuerdo con los hallazgos en la literatura de consulta, la matriz se podía modificar. Finalmente, se resolvió utilizar un gestor bibliográfico para facilitar la citación adecuada de la literatura,

pero fue necesario supervisar y corregir el análisis del sistema cuando no correspondía con los datos correctos para la referenciación.

Así mismo, se planeó exponer los resultados a través de figuras, gráficas, tablas y textos. La caracterización de la producción científica se organizó en gráficas y tablas junto con un resumen narrativo de los hallazgos más importantes. La descripción de la calidad de las publicaciones se dispuso en tablas apoyadas en textos que señalaran los resultados generales del análisis. Por último, para la categorización de intervenciones, se decidió utilizar texto con algunas figuras que pudieran representar las relaciones encontradas por el autor.

3.2.4 Búsqueda de la evidencia

Los documentos más relevantes se consultaron mediante los metabuscadores de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y de PubMed. Se prefirió el empleo de portales, ya que permiten la búsqueda y el acceso a la producción disponible en diferentes bases de datos (ver Tabla 3-2)

Tabla 3-2. Metabuscadores y bases de datos empleados para la revisión de alcance

Metabuscador	Bases de datos
PubMed	MEDLINE, PreMEDLINE (citas enviadas por los editores), Genbank y Complete Genoma. MEDLINE contiene, además, las siguientes subases: AIDS, Bioethics, Cancer, Complementary Medicine, Core Clinical Journals, Dental Journals, Nursing Journals, PubMed Central.
BVS	Scientific Electronic Library Online (SciELO), Epistemonikos, Campus Virtual de Saude Pública (CVSP), Litterature Scientifique en Sante (LISSA), Literatura Latinoamericana de Información en Ciencias de la Salud (LILACS), PAHO IRIS Repositorio Internacional, Base Internacional de guías GRADE (BIGG), Base Regional de Informes de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (BRISA). Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud, Políticas Informadas por Evidencias, Biblioteca Cochrane Library, Embase, PubMed, Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS), Literatura del Caribe en Ciencias de la Salud (MEDCARIB), Literatura en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA),

	Sistema de Información de la Biblioteca de la OMS (WHOLIS) y Localizador de Información en Salud (LIS).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de búsqueda.

Con el fin de maximizar la precisión de la búsqueda, se usaron los términos DeCS/MeSH y relacionados en combinación con los operadores booleanos «Y» y «O» ajustándose a las orientaciones de cada metabuscador (ver Tabla 3-3). Luego de seleccionar los términos y afinar la estrategia de búsqueda en cada uno de los metabuscadores, se aplicaron los filtros de idioma, de etapa del ciclo vital de los sujetos objeto de estudio y el periodo de tiempo de publicación de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos para la revisión.

Tabla 3-3. Metabuscadores, estrategia y campos de búsqueda

Metabuscador	Estrategia de búsqueda
PubMed	(«Patient Discharge» [All Fields] OR «Discharge Planning» [All Fields] OR «Discharge Process» [All Fields] OR «Discharge Education» [All Fields] OR «Discharge Teaching» [All Fields]) AND («Emergency Medical Services» [All Fields] OR «Emergency Health Service» [All Fields] OR «Emergency Service Hospital» [All Fields] OR «Emergency Service» [All Fields] OR «Emergency Department» [All Fields] OR «Emergency Room» [All Fields] OR «Emergency Unit» [All Fields]) AND «Nurs»
BVS	(«Patient Discharge» OR «Discharge Planning» OR «Discharge Process» OR «Discharge Education» OR «Discharge Teaching») AND («Emergency Medical Services» OR «Emergency Health Service» OR «Emergency Service Hospital» OR «Emergency Service» OR «Emergency Department» OR «Emergency Room» OR «Emergency Unit») AND «Nurs»

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de búsqueda.

3.2.5 Selección de la evidencia

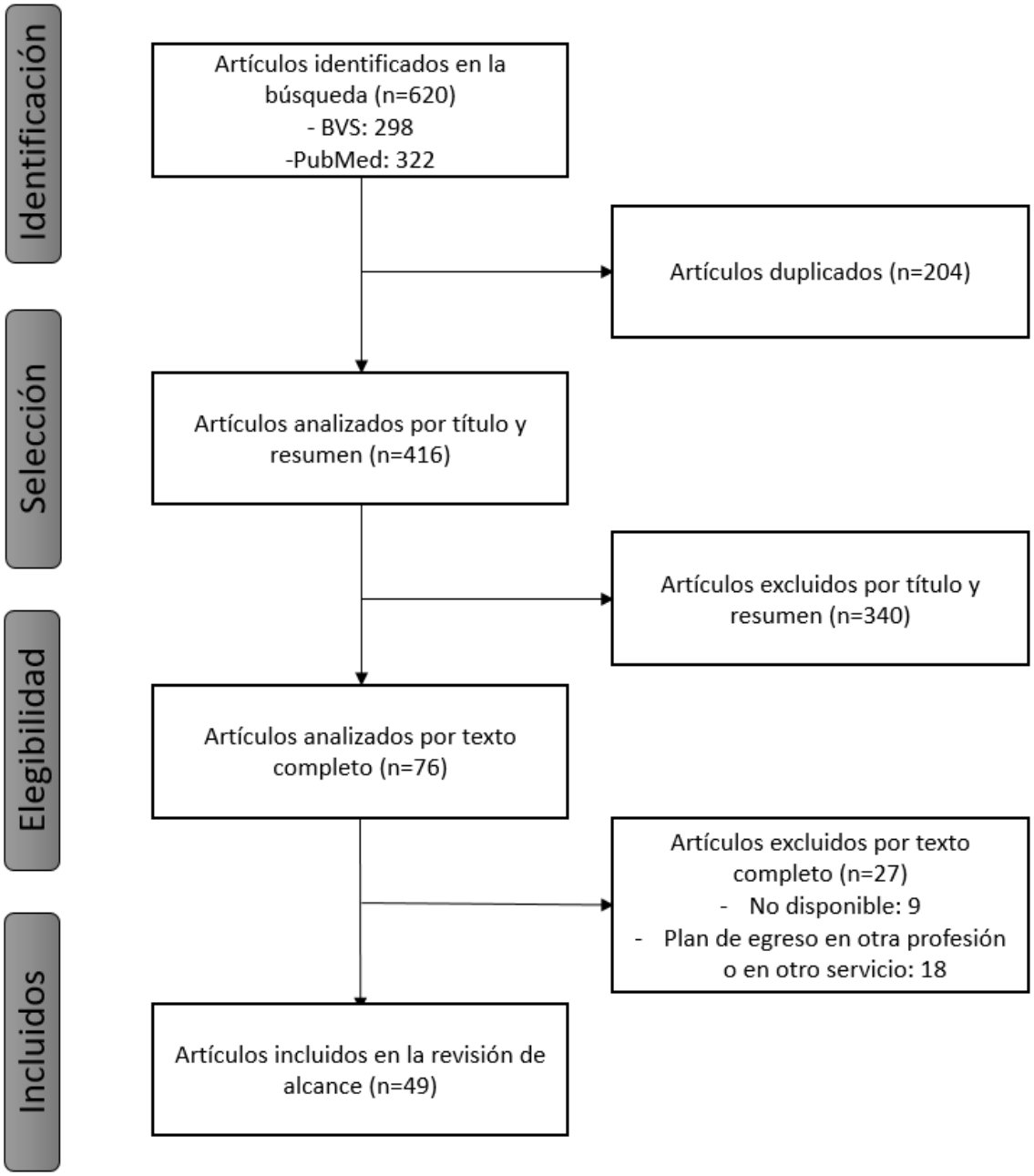
Las publicaciones resultantes de la búsqueda fueron cargadas en la herramienta de investigación Rayyan que apoya el proceso de elección de literatura científica. El sistema agrupó los documentos y permitió visualizar las características generales en relación con

el año de publicación y el tipo de publicación —artículo científico, artículo periodístico, protocolo de investigación, resumen de investigación—. De igual forma, facilitó la eliminación de duplicados mediante la funcionalidad integrada destinada a esta actividad, aunque el investigador era quien aceptaba si la publicación era suprimida cuando la valoración del título y resumen mostraban que en realidad estaba duplicada.

Posteriormente, se examinaron los títulos y los resúmenes de los estudios publicados para evaluar los criterios de inclusión establecidos para la presente revisión y así preseleccionar las publicaciones. La herramienta de investigación Rayyan también cuenta con una opción que permite etiquetar como *aprobado*, *rechazado* o *dudoso* y especificar la razón de esta elección, por lo que fue muy útil para la selección preliminar. Cuando se presentaron inquietudes en relación con la pertinencia o no de incluir algún documento, se acudió al tutor de trabajo final designado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Sin embargo, ante posturas de discrepancia sobre la validez de algunos artículos, se recurrió al juicio de un segundo revisor.

Finalmente, se recuperaron las publicaciones preseleccionadas en el paso anterior para llevar a cabo la lectura completa con el uso de las bases de datos de la Universidad Nacional de Colombia, el buscador de Google especializado en literatura científica o académica (Google Académico) y la plataforma Sci-Hub. Los textos fueron leídos mínimo tres veces para determinar si serían incluidos en nuestra revisión de alcance de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los documentos elegidos fueron cargados en el gestor de referencias bibliográficas Mendeley y se corrigió o complementó la cita cuando fue necesario para garantizar una correcta citación del archivo. Los resultados de la búsqueda se presentan a continuación en la Figura 3-1, en el diagrama de flujo PRISMA (Page *et al*., 2021).

Figura 3-1. Diagrama de flujo PRISMA de la selección de estudios de la revisión de alcance



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de búsqueda.

3.2.6 Extracción de la evidencia

Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel® para extraer las características relevantes de las publicaciones seleccionadas. Los datos extraídos fueron el título, la fecha de publicación, la disciplina de las ciencias de la salud a la que pertenece el artículo, el país en el que se desarrolló la investigación, el tipo de población participante, el tipo de diseño, el objetivo del estudio y las intervenciones del plan de alta de enfermería para adultos en el Servicio de Urgencias (ver Tabla 3-4).

Tabla 2-4. Extracción de características relevantes en las publicaciones incluidas en la revisión de alcance

Datos de indexación del documento elegido	**Descripción**
Tipo de publicación	Clasificación del material electrónico seleccionado para la revisión de alcance.
Fecha de publicación	Fecha reportada por la base en la que se publicó el documento.
Área del conocimiento	Disciplina en ciencias de la salud a la que está dirigido el estudio.
País	Lugar geográfico donde se realizó la investigación.
Población	Muestra de personas a los que se les aplicó el estudio.
Diseño	Tipo de metodología que se aplicó para extraer los resultados de la investigación.
Objetivos de la investigación	Fin que pretendían los autores y que estaba registrado en el contenido del artículo.
Intervenciones del plan de alta de enfermería para adultos en el Servicio de Urgencias	Actividades de profesionales de enfermería detectadas para el adulto que es dado de alta después de ingresar al Servicio de Urgencias.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de búsqueda.

También se elaboró una matriz de información en una hoja de cálculo de Microsoft Excel® para valorar la calidad de los estudios con las preguntas establecidas por las herramientas

de evaluación crítica del JBI que permitieron evaluar la confiabilidad, la relevancia y los resultados de los artículos publicados (JBI, 2020). Ambas matrices se diligenciaron después de la triple lectura crítica de cada publicación. Un ejemplo de este tipo de herramientas de evaluación de la calidad se puede observar en la Tabla 3-5, en la cual se muestra una lista de chequeo para estudios cuantitativos transversales analíticos.

Tabla 3-5. Lista de control para los estudios transversales analíticos

Pregunta	Sí	No	No está claro	No aplica
1. ¿Se han definido claramente los criterios de inclusión en la muestra?	◻	◻	◻	◻
2. ¿Se describieron detalladamente los sujetos del estudio y el entorno?	◻	◻	◻	◻
3. ¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?	◻	◻	◻	◻
4. ¿Se utilizaron criterios objetivos y normalizados para medir la afección?	◻	◻	◻	◻
5. ¿Se identificaron los factores de confusión?	◻	◻	◻	◻
6. ¿Se indicaron las estrategias para hacer frente a los factores de confusión?	◻	◻	◻	◻
7. ¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?	◻	◻	◻	◻
8. ¿Se ha utilizado un análisis estadístico adecuado?	◻	◻	◻	◻

Fuente: Herramientas de evaluación metodológica según el Johanna Briggs Institute (JBI, 2020).

3.2.7 Análisis de la evidencia

La caracterización de la producción científica relacionada con las intervenciones de enfermería en el plan de alta del Servicio de Urgencias cuando egresa un adulto se analizó de forma descriptiva y estadística. Para ello, se contemplaron el año de publicación, la profesión del/los autor/es, el tipo de diseño, el tipo de participantes y el país de los participantes.

La descripción de la calidad se apoyó en la herramienta de evaluación crítica del JBI: *Critical appraisal tools*, que permite evaluar la confiabilidad, la relevancia y los resultados de los artículos publicados. De tal modo, para nuestra revisión de alcance se tuvieron en cuenta los siguientes diseños metodológicos: estudios transversales, estudios de casos y controles, informes de casos, series de casos, estudios de cohorte, estudios de precisión de pruebas de diagnóstico, evaluaciones económicas, estudios de prevalencia, estudios cualitativos, estudios cuasiexperimentales, ensayos controlados aleatorios, revisiones sistemáticas y textos de opinión (JBI, 2020).

En cuanto a la categorización de las intervenciones de enfermería, ésta se alcanzó mediante el análisis de contenido cualitativo-descriptivo, teniendo en cuenta que la revisión de alcance proporciona un resumen general de la evidencia disponible. La categorización fue estructurada según los hallazgos de cada pieza documental en relación con las intervenciones de enfermería dirigidas en el momento del egreso de adultos del Servicio de Urgencias. A continuación, en la Tabla 3-6 se muestran los hallazgos a la manera de una matriz de información.

Tabla 3-6. Matriz de información para la revisión de alcance

Autor/es-año de publicación	**Título del estudio**	**Intervenciones de enfermería para el adulto que egresa del Servicio de Urgencias**
Bay *et al*., 2011	*Mild traumatic brain injury: a midwest survey of discharge teaching practices of emergency department nurses*	Recopilación de instrucciones de alta utilizadas en 132 departamentos de emergencia de trece estados en los Estados Unidos, enfocadas en la atención de la lesión cerebral traumática leve. Las instrucciones del alta basadas en evidencia identifican complicaciones graves, facilitan la recuperación y previenen una nueva lesión.
Vashi *et al*., 2011	*"Sign right here and you're good to go": a content analysis of audiotaped*	Contenido de alta: explicación de la enfermedad; curso esperado; cuidado personal; instrucciones de medicación; síntomas que provocaron el regreso al Servicio de Urgencias; tiempo especificado

	emergency department discharge instructions	para la visita de seguimiento; instrucciones de atención de seguimiento; oportunidades para hacer preguntas; y confirmación de comprensión por parte del paciente. La conservación de las instrucciones tiene mejor acogida al hacer una grabación de las oportunidades para brindar el alta.
Weiss *et al*., 2011	*Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization*	Educación de enfermería para la preparación del egreso por medio de la dotación de un equipo. El análisis de costos proyectó un ahorro total de un aumento de un dólar diario en la dotación de personal de enfermería que no trabaja en horas extraordinarias y una disminución en las horas extraordinarias de enfermería de 11,64 millones de USD y 544 000 USD anuales para las dieciséis unidades de estudio. A través de la enseñanza sobre el alta, aumentó la percepción del paciente en cuanto a la preparación para el alta para el uso del Servicio de Urgencias, pero no la readmisión. Dotación de un equipo de enfermería especializada en la preparación para el alta y reducir el ingreso al Servicio de Urgencias.
Rosted *et al*., 2012	*Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study*	La enfermera debe apuntar a escuchar y tomar en consideración las experiencias, puntos de vista y valores de los pacientes para asegurarse de que sean tratados con dignidad y respeto. La atención de enfermería no se limita a los problemas de las personas mayores, sino

		que también tiene en cuenta a los cuidadores familiares. La enfermera debe estar preparada para asumir la responsabilidad de brindar una buena atención de enfermería. Se elaboraron instrucciones de alta por escrito que se entregaron a los pacientes.
Blakemore, 2012	*Plans to cut waiting times focus on patient discharge*	Aunque no presenta intervenciones descritas por el área de enfermería, se enlista una serie de hallazgos frente al plan de egreso del Servicio de Urgencias. Se debería permitir que las enfermeras den el alta a los pacientes durante los fines de semana y los días festivos de acuerdo con el Ministro de Salud. Es necesario aumentar el número de rondas en el servicio para promover el alta temprana y revisar la toma de decisiones sobre el alta. Se debe contar con un equipo de enfermería adecuado en número y con una carga de trabajo que permita trabajar en el plan de alta en el marco de un sistema financiero que se centre en el usuario y su experiencia.
Gozdzialski *et al*., 2012	*Patient and family education in the emergency department: how nurses can help*	Las instrucciones también deben incluir a quién contactar para el seguimiento y tanto el paciente como su familia deben ser informados de cualquier problema importante que requiera el reingreso al Servicio de Urgencias. Educación en salud a tener en cuenta sobre los elementos más importantes de la enfermedad.

Alberti *et al*., 2013	*Patient comprehension of discharge instructions from the emergency department: a literature review*	Existen intervenciones utilizadas para proporcionar instrucciones de alta; métodos utilizados para evaluar la comprensión del paciente y estrategias más efectivas para asegurar la comprensión del paciente de las instrucciones de alta del Servicio de Urgencias. Se proporcionan instrucciones a los pacientes para aumentar su capacidad de manejar mejor su salud después de una visita al Servicio de Urgencias. Las intervenciones de enfermería abarcaron la enseñanza del alta, empleada como medida de alfabetización en salud de los pacientes; los materiales de alta escritos a mano; instrucciones orales combinadas con instrucciones escritas; diagnóstico específico; y el folleto de uso de instrucciones de alta. Las intervenciones didácticas multimedia de las instrucciones de alta también se incorporaron en cuatro de los estudios. Los métodos incluyeron un video animado, un video de síntomas de dolor en el pecho, ilustraciones de dibujos animados y video de instrucciones de teléfono móvil. Otra intervención didáctica utilizada fue la elaboración de instrucciones a partir del método de *geragogía* (‘pedagogía para la vejez’): una metodología didáctica que incorpora las posibles deficiencias cognitivas y de lectoescritura de las personas mayores.

Limpahan *et al*., 2013	*Closing the loop: best practices for cross-setting communication at ED discharge*	El resultado clave fue un conjunto de mejores prácticas de transición de la atención para los departamentos de emergencias. La educación debe incluir el diagnóstico, cualquier cambio de medicación y el motivo del cambio; *señales de alerta* específicas de la afección que deben incitar al paciente a buscar atención médica y a quién debe llamar el paciente; actividad y otras limitaciones; y seguimiento recomendado. La educación eficaz incluye la evaluación de la comprensión del paciente de la información proporcionada e incorpora conceptos de alfabetización en salud y competencia cultural. Debe adherirse a los requisitos lingüísticos legales. Se puede proporcionar educación al paciente, la familia o el cuidador.
Kessler *et al*., 2013	*Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department*	La incorporación de una evaluación de enfermería estandarizada para personas de 65 años o más disminuyó el deterioro funcional. Una enfermera, que ayudó a coordinar la atención de alta para pacientes de edad avanzada, condujo a menos visitas de regreso al Servicio de Urgencias y menos admisiones, con un estado mental mejorado y una disminución del estrés para los cuidadores.
Buckley *et al*., 2013	*Patient input into the development and enhancement of ED discharge instructions: a focus group study*	Se pretendió obtener información directa del paciente para informar el desarrollo de documentos de alta específicos para un subconjunto de cinco diagnósticos comunes de urgencias —como dolor de espalda,

		esguince de tobillo, lesión en la cabeza, cálculos renales y laceración—. Luego, se le pidió al grupo de muestra que revisara y ofreciera comentarios sobre el contenido, la organización y la presentación de secciones específicas, que incluyen las siguientes opciones: *¿Qué está mal (diagnóstico)?*; *¿Qué debo hacer en casa?*; *¿Cuándo me voy a sentir mejor?*; *¿Necesito ver a otro médico?*; y *Razones para regresar al departamento de emergencias*.
Gugelmann *et al*., 2013	*Multidisciplinary intervention decreases the use of opioid medication discharge packs from 2 urban EDs*	El programa pretendió llevar a cabo una intervención educativa multidisciplinaria para disminuir los paquetes de opiáceos dispensados en el Servicio de Urgencias al alta. Con uso de cada componente individual de la intervención, se enfatizan los riesgos de la prescripción de opioides, la descripción de los factores de riesgo específicos asociados con el abuso de opioides recetados y la importancia de la analgesia no opioide. Se presentaron grandes rondas departamentales a los profesores y enfermeras. Se realizó una notificación electrónica *emergente* asociada al hospital mediante una CPOE (Ingreso de Orden Médica Computarizada), recordando a los proveedores los riesgos y alternativas en el momento de la prescripción de opioides. Se produjeron discusiones formales e informales con el personal de enfermería del Servicio de Urgencias en entornos clínicos y educativos y un club de revistas de

		enfermería, así como discusiones de casos de residentes y una segunda conferencia que presentó materiales sobre la prescripción segura de opioides y los factores de riesgo asociados con el abuso para las enfermeras practicantes del Servicio de Urgencias.
Schultz *et al*., 2014	*Discharge from an emergency department observation unit and a surgical assessment unit: experiences of patients with acute abdominal pain*	El estudio no realizó ninguna intervención, debido a que investigó la percepción de las experiencias de los pacientes con dolor abdominal agudo que egresaban de la Unidad de Observación del Servicio de Urgencias. En este contexto, es el médico quien otorga el alta, con respecto a lo cual se enuncian los siguientes hallazgos: La información de seguimiento en la consulta de control con el médico de cabecera recibida del hospital era insuficiente y el usuario y su familia no creían que pudieran informar al médico de manera suficiente. Para crear un enlace entre el hospital y el médico de cabecera, algunos pacientes obtuvieron acceso a sus registros médicos del hospital. Instrucciones de cuidado personal en el hogar. En general, expresaron la necesidad de información más específica. Incertidumbre remanente: tenían preguntas sin respuesta después de un tiempo transcurrido. En otros servicios, como el de salas de cirugía, fue reportado por la enfermería consejos útiles para el autocuidado y en

		comparación con el servicio de urgencias específicamente.
Robinson *et al*., 2015	*Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults*	Se llevó a cabo un diseño y suministro de material educativo como videos, carteles y los manuales de educación para la salud sobre la planificación del alta —incluidas las enfermedades comunes, la atención domiciliaria, la información sobre medicamentos y las estrategias de autocontrol— podrían estar fácilmente accesibles, por ejemplo, en las salas de espera.
Coronado, 2015	*Comment on "Emergency nurses' perceptions of discharge processes for patients receiving schedule II and III medications for pain management in the Emergency Department"*	El estudio arroja una conclusión significativa sobre la importancia la enfermería como matriz de apoyo para la investigación en función de mejorar los procesos de alta.
	Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a	Se efectuó una intervención de ocho minutos que consideró una instrucción sobre la fibrilación auricular, el tratamiento, las precauciones, los síntomas de alarma y el control del pulso, así como el tríptico informativo individualizado y un control sin intervención específica. A los 30 y 90 días, se realizó un seguimiento telefónico y una revisión del historial clínico para evaluar el conocimiento de la arritmia y la existencia de complicaciones, consultas a urgencias e ingresos hospitalarios. Se contempló el rol educativo de la enfermería y su intervención en el apoderamiento del paciente.

Fuenzalida *et al*., 2015	*corto plazo en pacientes con fibrilación auricular*	Una vez se le había entregado el informe de alta al paciente, una enfermera realizó una formación al grupo intervención, que consistió en una explicación sobre aspectos básicos de la arritmia, posibles complicaciones asociadas a ella o a su tratamiento, precauciones a tener en cuenta y signos/síntomas de alarma.
Šteinmiller *et al.*, 2015	*Older people in the emergency department: a literature review*	Se concluye que realizar una evaluación integral de la salud de los pacientes mayores brinda una oportunidad para que las enfermeras otorguen una atención centrada en el paciente. Además, puede prevenir readmisiones no planificadas y mejorar la gestión del proceso de atención en el Servicio de Urgencias.
Palonen *et al*., 2015	*Discharge education for older people and family members in emergency department: a cross-sectional study*	La educación al alta por parte de la enfermería está asociada con un mayor grado de preparación para el alta de los pacientes y sus familiares en la atención de urgencias finlandesa. Se aplicó un instrumento denominado PREPARED (*Prescriptions*, *Ready to re-enter to community*, *Education*, *Placement*, *Assurance of security, Realistic expectations*, *Empowerment*, *Directed to appropriate services*) fue desarrollado en 1998 por un equipo de australianos para medir las percepciones de los consumidores de la comunidad sobre la calidad de los procesos y los resultados de las actividades de planificación del alta en hospitales de servicios para enfermedades agudas.
	Enhancing the QUality of Prescribing Practices for older	Educación del proveedor: conferencia, club de revistas y tarjetas recordatorias sobre

Stevens *et al*., 2015	*veterans discharged from the Emergency Department (EQUiPPED): preliminary results from enhancing quality of prescribing practices for older veterans discharged from the emergency department, a novel multicomponent interdisciplinary quality improvement initiative*	farmacología durante tres turnos en el transcurso de un mes para los proveedores del Servicios de Urgencias. Soporte de decisiones clínicas basado en la informática: conjuntos de pedidos de farmacia para pacientes ambulatorios geriátricos agrupados según los diagnósticos de alta comunes con opciones de medicamentos preferidas para su uso en adultos mayores, el cual simplificó el proceso de ingreso de pedidos con campos rellenados previamente. Se incluyó información del ajuste de dosis, medicamentos a evitar y los enlaces al contenido geriátrico sintetizado. Comentarios de proveedores individuales: sesión de retroalimentación cara a cara e informes mensuales estandarizados que incluían el número total de veteranos de 65 años o más que evaluaron y dieron de alta del Servicio de Urgencias, el número total de medicamentos recetados y proporción del total de medicamentos PIM (*potentially inappropriate medications*).
Cadogan *et al*., 2016	*A perfect storm: care transitions for vulnerable older adults discharged home from the emergency department without a hospital admission*	Se consideró una función esencial de los enfermeros proveedores del Servicios de Emergencias proporcionar información adecuada. Proporcionar un seguimiento domiciliario prolongado de los pacientes por parte de una enfermera después de la visita al Servicio de Urgencias reduce las visitas repetidas a este servicio.

Palonen *et al*., 2016	*Family involvement in emergency department discharge education for older people*	La educación de las enfermeras aumentó la confianza de la familia en el manejo de los problemas de los pacientes mayores en el hogar después del alta. Los enfermeros líderes del Servicios de Urgencias podrían brindar educación y pautas generales al personal para promover políticas de organización favorables en la atención de la familia.
Chang *et al*., 2016	*Registered nurses and discharge planning in a Taiwanese ED: a neglected issue?*	Implementar la enseñanza del alta en el Servicio de Urgencias por medio de estrategias, como videos y carteles educativos y manuales de educación para la salud sobre la planificación del egreso, incluidas las enfermedades comunes, la atención domiciliaria, la información sobre medicamentos y las estrategias de autocontrol, podrían estar fácilmente accesibles, por ejemplo, en las salas de espera.
Webster *et al*., 2016	*No need to object: ethical obligations for interprofessional collaboration in emergency department discharge planning*	Incluir explícitamente a las enfermeras en la planificación de la disposición tiene el potencial de mejorar la seguridad del paciente, facilitar la cohesión del equipo y prevenir el sufrimiento moral. Sería un cambio significativo en la práctica actual.
Bergman *et al*., 2016	*Discharge instructions for concussion: are we meeting the patient needs?*	Se creó un folleto de manejo de síntomas de conmoción cerebral utilizando información científica actual. Se brindó un folleto educativo sobre conmociones cerebrales, junto con la educación postconmocional estandarizada, a pacientes con lesiones cerebrales traumáticas leves que fueron dados de alta de emergencias de un centro de trauma de nivel I.

		Se concluye que proporcionarles a los profesionales de la salud capacitación en comunicación efectiva mejora la entrega de instrucciones de alta y, posteriormente, la comprensión de la información por parte del paciente.
Fermann *et al*., 2017	*Design and rationale of a randomized trial of a care transition strategy in patients with acute heart failure discharged from the emergency department: GUIDED-HF (Get with the Guidelines in Emergency Department Patients with Heart Failure)*	GUIDED-HF (*Get With the Guidelines in Emergency Department Patients With Heart Failure*) es una intervención de atención de transición centrada en los pacientes que son dados alta del Servicio de Urgencias. El personal de enfermería participante del estudio se enfocó en una de las cuatro áreas principales de la intervención: la educación.
Fuenzalida *et al*., 2017	*Long-term benefits of education by emergency care nurses at discharge of patients with atrial fibrillation*	La educación sanitaria contribuye a mejorar el pronóstico de los pacientes con fibrilación auricular atendidos en el Servicio de Urgencias. La intervención consistió en una explicación básica sobre la arritmia y su tratamiento, precauciones y signos de alarma, un entrenamiento para tomar el pulso y un folleto informativo individualizado. El tiempo dedicado a esta intervención, medido en un piloto con trece pacientes incluidos durante una semana, fue de 7,9 ± 2,0 min (media ± desviación estándar). El objetivo principal de la educación de la enfermería consiste en empoderar a los pacientes, permitiéndoles asumir la responsabilidad de su salud y estar bien informados sobre la importancia del

		tratamiento adecuado, las posibles complicaciones y las principales señales de advertencia. La enfermera entregó a los pacientes un folleto personalizado sobre la medicación prescrita al alta, incluyendo un resumen de la información proporcionada durante la intervención educativa. Dado que varias enfermeras participantes brindaron educación al paciente, la información se estandarizó de acuerdo con las pautas institucionales.
Ingram *et al*., 2017	*Discharge of non-acute coronary syndrome chest pain patients from emergency care to an advanced nurse practitioner-led chest pain clinic: a cross-sectional study of referral source and final diagnosis*	La enfermera de cardiología avanzada utiliza la educación y las competencias adicionales para brindar una evaluación integral y ejecutar un alta adecuada del Servicio de Urgencias, con un seguimiento oportuno para las personas.
Waszak *et al*., 2018	*A quality improvement project to improve education provided by nurses to ED patients prescribed opioid analgesics at discharge*	Se llevó a cabo una educación dual modal (verbal y escrita) con una enseñanza al paciente para verificar la comprensión. Las enfermeras, como defensoras y educadoras de pacientes, fueron candidatas ideales para ayudar a brindar información vital sobre la seguridad de los medicamentos. Por decimoquinto año consecutivo, las enfermeras fueron calificadas como la profesión de mayor confianza.
Duignan *et al*., 2018	*GPs' opinions of discharge summaries generated by*	Se realizó una entrega de información por parte de la enfermería especializada sobre

	advanced nurse practitioners in emergency care settings	los procedimientos que se ejecutaron en la atención dentro del Servicio de Urgencias.
Norton, 2018	*Concussion in sport: the importance of accurate and reliable discharge advice*	Existió un suministro de información clara, concisa, verbal o escrita en un formato que el paciente y sus padres pudieran entender, destacando los riesgos potenciales a largo y corto plazo. Se recomienda incluir información sobre la posibilidad de un retraso en la aparición de los signos y síntomas, y de que algunos pacientes puedan parecer recuperarse inicialmente y luego deteriorarse.
Hwang *et al.*, 2018	*Geriatric emergency department innovations: transitional care nurses and hospital use*	Se realizó una evaluación del deterioro funcional y cognitivo, la fragilidad física y las complejidades médicas comunes en los adultos mayores que a menudo limitan su capacidad para navegar por el sistema de atención médica ambulatoria. Se personalizaron la intervención TCN (*Transitional Care Nurses*) para abordar las necesidades del paciente y los recursos específicos del sitio disponibles, reflejando las mejores prácticas para los proyectos de implementación.
	Using written instructions to improve the quality of	Se presenta un alta de calidad que educa a los pacientes sobre su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y curso esperado de la enfermedad. También apoya a los pacientes en la recepción de la atención posterior al Servicio de Urgencias. Se coordina la atención con otros proveedores de salud al alta.

Hall *et al*., 2018	*emergency department discharge communication: an interdisciplinary, patient-centered approach*	Se crean instrucciones escritas con folletos a nivel de salud del paciente de diez diagnósticos principales.
Rising *et al*., 2019	*Patient uncertainty as a predictor of 30-day return emergency department visits: an observational study*	Se aplicó la escala U-Scale a los pacientes con mayor incertidumbre, porque tenían mayores probabilidades de volver a visitar el Servicio de Urgencias a los treinta días. Se realizó una llamada de seguimiento durante los 30 días siguientes.
Suárez *et al*., 2019	*Intervención enfermera en el paciente anciano frágil dado de alta desde los servicios de urgencias*	La enfermera responsable del paciente realiza de forma sistemática una evaluación de fragilidad mediante la escala ISAR (*Identificaction of Senior At Risk*) a todo paciente mayor de 75 años en el momento del egreso del paciente a la unidad.
Sepúlveda-Pacsi *et al*., 2019	*Emergency nurses' perceived confidence in participating in the discharge process of congestive heart failure patients from the emergency department: a quantitative study*	La atención dirigida por enfermeras de urgencias con evidencia de autoconfianza en el proceso de alta mejora las disparidades en las tasas de readmisión por insuficiencia cardiaca congestiva y otras afecciones.
Mäkinen *et al*., 2018	*Assessing the discharge instructing in the emergency department: patient perspective*	En el alta de alta calidad en el Servicio de Urgencias desde la enfermería se destaca no sólo informar y educar a los pacientes sobre su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y curso esperado de la enfermedad, sino también apoyar a los pacientes para recibir la atención al alta y la coordinación de la atención en el servicio de urgencias en el contexto del sistema de atención de la salud.

Stevens *et al*., 2019	*Fast track patient`s satisfaction, compliance and confidence with emergency department discharge planning*	Se realizó una entrega de información relacionada con el proceso de alta según el motivo de consulta al Servicio de Urgencias. Hubo una entrevista telefónica a pacientes después del alta del Servicio de Urgencias, con máximo dos llamadas. Se efectuó una entrega de información verbal o escrita. Como recomendación, la transición de la atención de urgencias a los servicios comunitarios podría mejorar con una carta de notificación de alta electrónica estandarizada a los médicos de la comunidad con una copia proporcionada a cada paciente.
Siow *et al*., 2019	*Factors and post-discharge outcomes associated with patients' readiness for discharge from the emergency medicine ward: a prospective study*	La educación y la planificación del alta, cuando son proporcionadas por las enfermeras antes del alta, pueden ayudar a preparar a los pacientes y a sus familiares para una transición segura entre el hospital y el hogar. La identificación de las necesidades de los pacientes en el momento del alta de la Servicio de Urgencias puede permitir a las enfermeras determinar qué pacientes pueden necesitar asistencia adicional.
		Se llevaron a cabo dos intervenciones efectivas: Distribución de tarjetas digitales al personal de enfermería, que fue diseñado con aportes de enfermería y fue implementado en colaboración con el personal. Las tarjetas muestran no sólo el tiempo hasta el alta, el rango actual y anterior, sino también la duración de los datos y los objetivos

Agarwal *et al*., 2019	*Nursing driven approaches to improving emergency department discharge*	generales del departamento. Fue una estrategia individualizada y no punitiva, centrada en la competencia individual e interna para proporcionar datos transparentes en tiempo real. Rol dedicado de una enfermera de alta dentro de una sala de espera de alta durante las horas diarias de gran volumen (14:00-22:00) durante cuatro semanas. La enfermera podía ayudar con el alta en la habitación y supervisar la atención de los pacientes en un espacio separado, siempre y cuando completaran medicamentos o fluidos intravenosos, que esperaban la llegada de un medicamento o que esperaban transporte.
Acosta *et al*., 2020	*Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes*	Se entendió que la planificación del alta y el diseño de un plan de cuidados de enfermería son fundamentales para asegurar que el paciente esté preparado para el autocuidado en el domicilio. La enfermera puede actuar como coordinadora de cuidados al identificar las necesidades y preferencias, tanto del paciente como de su familia, al crear un plan individualizado y al desarrollar acciones de educación para la salud durante la hospitalización, lo cual debería contribuir a la reducción de los reingresos hospitalarios.
		Tanto las enfermeras practicantes como los médicos oficiales hablaron de proporcionar información de alta que incluía diagnóstico, resultados de investigación, información sobre medicamentos o instrucciones de tratamiento de autocontrol.

Stevens *et al*., 2020	*Perceptions and experience of emergency discharge as reported by nurses and medical officers*	Las estrategias de comunicación utilizadas a menudo por los participantes para mejorar la comprensión del paciente consistieron en repetir la información y solicitar al paciente que repitiera las instrucciones de descarga. Una de las enfermeras entrevistadas refiere que siente que para las alertas en el hogar sería mejor darles algo por escrito en lugar de simplemente decirles que regresen si esto sucede. Los enfermeros registrados informaron que su función principal de alta se centró en garantizar que el paciente comprendiera los servicios de alta, las necesidades de autogestión, los servicios de apoyo y las remisiones. Los enfermeros se aseguraron de que los pacientes entendieran, que no se olvidaran y que supiera cuándo tomar sus medicamentos, cuándo volver y cuándo preocuparse o no. Los procesos de alta deben involucrar a la familia y los cuidadores. Una sugerencia común proporcionada por algunos participantes del estudio se refería a proporcionar a los pacientes una carta de alta. Por último, se informó que la comunicación es importante para un proceso de alta eficiente, tanto entre pacientes y médicos como entre enfermeras y médicos.
		La investigación indica que las prácticas de enseñanza de evaluación y alta para personas con lesión cerebral traumática se

Abdul *et al*., 2020	*Emergency department discharge instruction for mild traumatic brain injury: evaluation on readability, understandability, actionability and content*	centran más en descartar una lesión cerebral grave e informar a la persona sobre las *señales de alerta* que justifican una visita de regreso al proveedor médico. La información, que se entregó el 90% del tiempo o más, abarcó la enseñanza sobre el cuidado de heridas; necesidades de seguimiento —incluida la próxima visita al proveedor de atención médica—; y educación sobre medicamentos —incluida la información sobre el alivio del dolor—. Se encontró que los folletos impresos, las listas de verificación y un conjunto de instrucciones verbales de la enfermera son métodos tradicionales que se utilizan para la enseñanza del alta. Más del 90% de los encuestados afirmó que usaban información impresa estandarizada, y casi el 61% informó que su centro proporcionaba salas privadas para la enseñanza del alta. Las estrategias de difusión comprendieron instrucciones impresas (90,8%), instrucciones escritas a mano (44,8%), folletos (12,6%) y recursos de Internet (16,1%). Pocos afirmaron haber usado DVD o medios de video.
Wilkin, 2020	*Effects of video discharge instructions on patient understanding: a prospective, randomized trial*	Se ejecutó una entrega de material audiovisual con información sobre algunas patologías definidas de alta del Servicio de Urgencias.
		En el año 2012, se propuso una herramienta de autoevaluación preliminar para el *Servicio de Urgencias*, la cual abordó cinco

Cetin-Sahin *et al*., 2021	*Front-line emergency department nurses' and physicians' assessments of processes of elder-friendly care for quality improvement*	subescalas, a saber: *Personal del Servicio de Urgencias*; *Detección y evaluación; Planificación del alta*; *Servicios comunitarios* y *Filosofía de atención*. El objetivo consistió de este mecanismo consistió en apoyar a los Servicios de Urgencias para calificar sus procesos y desempeños de atención geriátrica. Una subescala compuesta de cuatro ítems implicó dar un resumen escrito de la visita al Servicio de Urgencias al paciente y a su familia; acoger a los miembros de la familia en la planificación del alta; realizar un seguimiento telefónico del paciente y su la familia después del alta; y proporcionar materiales educativos de apoyo por escrito tanto al paciente como a su familia al momento del alta. Todos estos aspectos del cuidado se han considerado importantes en el cuidado de los adultos mayores frágiles durante mucho tiempo, lo que se destacó aún más con la pandemia por la COVID-19. Como recomendación, se estableció que un modelo de gobierno compartido que incorpore un enfoque de mejora de la calidad en la enfermería de urgencias ha mostrado previamente resultados positivos.
		El estudio estima que la enseñanza es un método de comunicación que consiste en pedir a los pacientes que expliquen con sus propias palabras lo que les acaba de decir un proveedor de atención médica. La reeducación (*teach-back*) y la enseñanza en el Servicio de Urgencias ha mejorado el recaudo de la información sobre el

Hodges *et al*., 2021	*Quality improvement: using teach-back to improve patient satisfaction during discharge in the emergency department*	diagnóstico, el tratamiento, la atención de seguimiento y las instrucciones de devolución. Al brindar la enseñanza pertinente posterior al alta, las enfermeras aprendieron a establecer un tono sin prejuicios; explicar la información del alta, incluso, decirle al paciente qué hacer si no se siente mejor después de irse, usando términos simples y evitando la jerga médica; y preguntarle al paciente abiertamente qué debería hacer si no se siente mejor después de irse.
Abass *et al*., 2021	*Patient satisfaction with the emergency department services at an academic teaching hospital*	Se desarrolló una evaluación del consumidor del Servicio de Urgencias de los proveedores y sistemas de atención médica mediante el instrumento ED-CAHPS (*Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Emergency Department Survey*).
Lou *et al*., 2021	*The effectiveness of an emergency department nursing intervention on psychological symptoms and self-care capacities: a randomized controlled study protocol*	Los participantes del estudio recibieron la atención habitual de su enfermera de cabecera hasta que se obtuvo la firma del alta médica del Servicio de Urgencias y la enfermera de cabecera proporcionó la información del alta. Debido a que no había evidencia clara que sugiriera que una intervención más larga sería más poderosa que una más corta, se desarrolló una intervención a corto plazo que incluyó tres encuentros: uno al momento del alta y dos controles telefónicos a los dos a cuatro días, y a los siete a diez días del alta. Utilizando una herramienta de manejo de enfermedades clínicas de 19

		elementos/ítems desarrollada y refinada en estudios anteriores con clientes similares.
King *et al*., 2021	*Shortcuts in knowledge mobilization: an ethnographic study of advanced nurse practitioner discharge decision-making in the emergency department*	Se desarrollaron diferentes formas en que se accede convenientemente al conocimiento en la práctica clínica habitual, a través de conversaciones con colegas o guías clínicas mediante aplicaciones para teléfonos inteligentes.
Dermody *et al*., 2021	*The effectiveness of pictorial discharge advice versus standard advice following discharge from the emergency department: a systematic review and meta-analysis*	El estudio concluye que los consejos de alta pueden ser verbales o escritos; y deben ser claros, concisos y sin ambigüedades. Así mismo, un método para simplificar los consejos de alta consiste en reducir la dependencia del texto mediante el uso de pictogramas como una forma de compartir información. Los pictogramas pueden incorporar ilustraciones —como dibujos, pinturas o fotos— con señalización y símbolos gráficos informativos para potenciar y comunicar información de forma clara, rápida y sencilla.
Friy *et al*., 2021	*Family members' perceptions of older person discharge from emergency departments*	Se elaboraron instrucciones de forma clara al momento del alta, no sólo de manera verbal, sino también escrita.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

3.2.8 Presentación de los resultados

Los resultados de la revisión de alcance se exponen en el marco de análisis mediante figuras, gráficas y tablas, además de estar acompañados de discursos explicativos. La caracterización de la producción científica se presenta con gráficas y tablas que sintetizan los hallazgos descriptivos de tipo numérico, mientras que el texto resalta los hallazgos más importantes. La descripción de la calidad de las publicaciones se organizó en una tabla, en la cual se resaltan los aspectos generales del análisis. En relación con la categorización

de las intervenciones, se elaboró un resumen apoyado en mapas conceptuales para proporcionar una representación visual de la descripción de la evidencia analizada.

3.2.9 Síntesis de la evidencia en relación con el objetivo de la revisión, las conclusiones y las implicaciones de los hallazgos

La evidencia se esquematizó de acuerdo con los objetivos establecidos en la revisión de alcance y se comparó con otra literatura científica en el apartado *Discusión*. Las conclusiones se detallan en el apartado con este nombre e inician con la conclusión general de acuerdo con el objetivo general establecido para la revisión de alcance que continúan con conclusiones que responden a cada uno de los objetivos específicos. Las implicaciones se enuncian para la enfermería en las *Recomendaciones* para el área investigativa, asistencial, docente y administrativa.

3.3 Sesgos y control de sesgos

Manterola y Otzen (2015) señalan que los sesgos pueden influir en los resultados de una investigación, por lo que es esencial conocerlos para intentar evitarlos, minimizarlos o corregirlos. Uno de los sesgos de la revisión de alcance puede ser el de *selección*, debido al error sistemático en los procedimientos utilizados para seleccionar las publicaciones. No obstante, la revisión de alcance en descripción se basó en los nueve pasos propuestos por el enfoque de la JBI.

Igualmente, se estableció una estrategia minuciosa mediante una ecuación de búsqueda reproducible y verificada para los metabuscadores que abarcara el cumplimiento de los estándares para la consulta de los artículos involucrados en la revisión de alcance. Fue posible contar con espacios para exponer la aparición de direccionamientos perjudiciales para el ejercicio investigativo con el director académico y con un tercer revisor externo para consultar aspectos sin resolver del contenido de los documentos. El propósito de ello consistió en evitar errores en la selección y verificar que todo el proceso respondiera a detectar las intervenciones de enfermería en el alta para el adulto en el Servicio de Urgencias. Por esta razón, se incluyó en la revisión sólo la literatura relacionada con la

temática para garantizar que se alineara con el marco de referencia, el conceptual, el de diseño y el de análisis, así como con los resultados.

En cuanto al sesgo de información por faltas en el análisis por título, resumen y texto completo que pudiera generar el error de incluir o excluir literatura pertinente para la revisión, se contó con la asesoría continua del tutor de trabajo final asignado por Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Del mismo modo, se minimizó la pérdida de información con la matriz de información para el análisis de contenido, puesto que se verificó el diligenciamiento de cada una de las casillas establecidas cuando se llevó a cabo la lectura crítica de los artículos. El tutor del presente trabajo final también valoró la necesidad de anexar u omitir casillas según la necesidad de información para el cumplimiento de objetivo establecido en la revisión. Es pertinente advertir que no se tuvo acceso al total de los documentos arrojados por la búsqueda, lo que pudo haber influido en los resultados al estar restringida por costos monetarios.

En cuanto al sesgo de confusión, se utilizó la herramienta de investigación Rayyan para eliminar de la selección los artículos duplicados arrojados por los metabuscadores, aunque se rectificó manualmente y se aceptó si eran duplicados después de la comparación del título y el resumen. La inexperiencia en el proceso de revisión, dado que es la primera vez que se efectúa, podía hacer orientar sus resultados a unos que respondieran con sus expectativas y preconcepciones, pero especialmente al momento de la búsqueda y análisis se basó en literatura pertinente sobre este tipo de revisión y en las orientaciones del tutor de trabajo de grado. Para evitar el sesgo de idioma, la traducción de artículos en idiomas distintos del español se logró mediante herramientas dispuestas en la red cuando no se entendían algunos elementos lingüísticos.

El sesgo de publicación hace referencia a la posibilidad de privilegiar artículos con resultados positivos para la revisión de alcance. En ese sentido, el desarrollo de los pasos estandarizados para encontrar los artículos buscó alejarse de predisposiciones que inclinaran los resultados hacia la ocurrencia de errores que no fueran por efectos del azar o del enfoque sistemático.

Cabe mencionar que dentro de los parámetros de la búsqueda pudieron escapar artículos útiles para clasificar en los resultados, debido a la inmensidad de la información contenida en los metabuscadores. Ante este inconveniente, el uso de los términos DeCS/MeSH y de los términos relacionados garantizó el acceso a los resultados destacados en las

intervenciones de enfermería dentro del plan de alta del Servicio de Urgencias para adultos. Así mismo, se programaron encuentros con asesores en la gestión de bibliometría del Sistema Nacional de Bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia, con quienes se orientó la elección de los términos precisos y la construcción de la estrategia de búsqueda acuciosa en cada uno de los metabuscadores con el fin de apoyar el control de sesgos de selección.

3.4 Limitaciones

Una de las limitaciones de la presente revisión de alcance surgió de las escasas publicaciones latinoamericanas relacionadas con las intervenciones de enfermería en el plan de alta para adultos en el Servicio de Urgencias. En consecuencia, las intervenciones de enfermería en el plan de alta correspondieron a países con potentes desarrollos en su sistema de salud, diferentes a los de América Latina, específicamente, a los de Colombia. Se identificó, además, la restricción según la cual se contemplaron solamente dos metabuscadores, a pesar de que debemos admitir que otras bases de datos podrían arrojar resultados importantes sobre las intervenciones de enfermería en el plan de alta en el Servicio de Urgencias. Una última limitación se trató de la imposibilidad de acceder a la producción investigativa que solicitaba pago por descarga, teniendo en cuenta que ésta pudo haber alimentado el corpus para la revisión de alcance.

3.5 Aspectos éticos

De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, nuestra revisión de alcance se halla dentro de la categoría de *investigación sin riesgo*, dado que se enfoca en la búsqueda de literatura científica, no en el contacto con seres humanos. De la misma manera, la ley 23 de 1982 sobre los derechos de autor y el Acuerdo 35 de 2003, que expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual en la Universidad Nacional de Colombia, son fundamento de la presente revisión en cuanto al respeto de la autoría de las piezas científicas y los autores citados con el uso del estilo de referenciación de la American Psychiological Association (APA). Para contribuir con la política ambiental del Sistema de Gestión Ambiental de la Universidad Nacional de Colombia, según el Acuerdo 016 de 2011, se utilizaron solamente medios magnéticos para reducir el daño al medio ambiente. Para velar por el uso

responsable de los recursos, no fue necesario la impresión de ningún tipo de documento para su posterior publicación.

Por lo que corresponde a los principios éticos de la enfermería: *autonomía*, *justicia*, *beneficencia* y *no maleficencia*, consideramos que el presente trabajo de profundización beneficia el cuerpo teórico de la profesión y, por consiguiente, el futuro de la práctica clínica de enfermería. En función de la pretensión de preservar todas etapas del proceso investigativo, se desarrolló y se registró un protocolo de revisión de alcance a través de figshare.com teniendo en cuenta la plantilla del protocolo SUMARI (*System for the Unified Management of the Assessment and Review of Information*) de la JBI para la síntesis de evidencia.

El documento resultante será publicado en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Colombia. Se realizará la inscripción del documento en un evento de carácter académico sobre Enfermería, ya sea a nivel nacional, ya a nivel internacional, para exponer los resultados y luego publicar un artículo de la revisión de alcance en una revista indexada.

El documento que presenta los resultados del trabajo final de profundización se sometió al software antiplagioTurnitin® con el fin de evitar la publicación de documentos que no fueran originales y las consecuencias por daño a la propiedad intelectual de terceros.

4. Marco de análisis y resultados

La muestra final del proceso de cribado arrojó 49 publicaciones que se caracterizaron cuantitativamente con estadística descriptiva. De la misma forma, se describieron en cualitativamente en contenido para detectar categorías de las intervenciones de enfermería.

4.1 Caracterización de las publicaciones

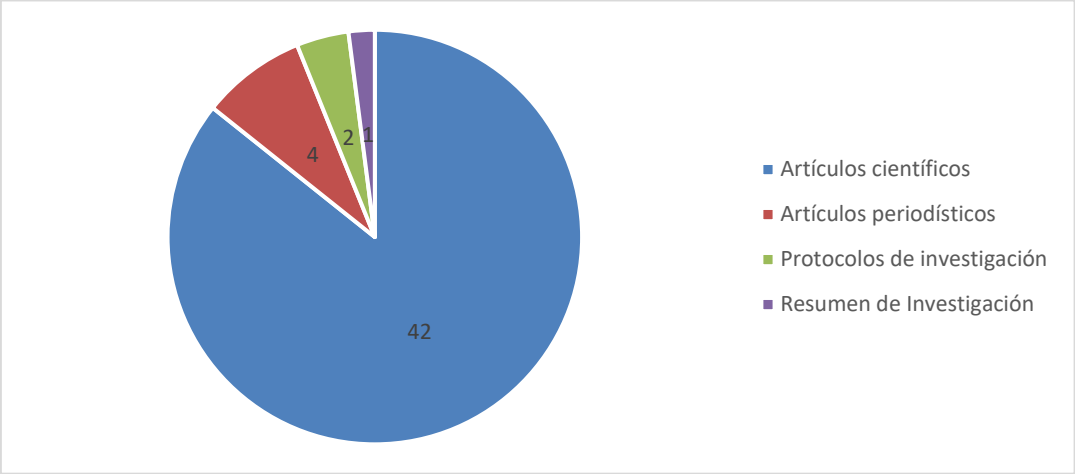
El análisis evidenció que los años 2019 y 2021 fueron en los que más se llevaron a cabo publicaciones en relación con el rol de la enfermería en el plan de alta para el adulto en el Servicio de Urgencias (14,2% cada uno). Como se puede observar en la Figura 4-1, la publicación sobre el tema ha sido constante en la última década, pero ha aumentado en los últimos cinco años (53%).

Figura 4-1. Cantidad de publicaciones por año

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

Como se evidencia en la Figura 4-2, las publicaciones correspondieron en su mayoría a artículos científicos (85,7%); seguido de los artículos periodísticos (8,1%); protocolos de investigación (4%) y apenas un texto de resumen de investigación (2%).

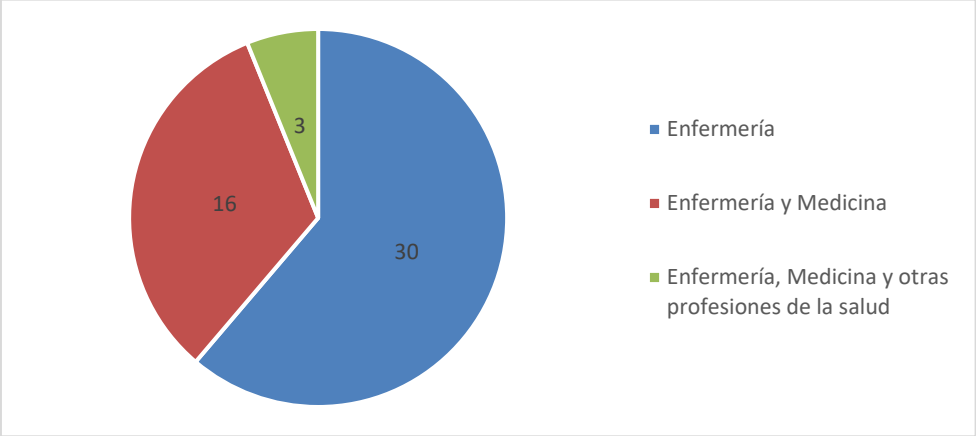
Figura 1-2. Cantidad de publicaciones por tipo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

En la Figura 4-3 se puede observar la relación de las publicaciones que se enfocaron únicamente en enfermería (61,2%), mientras que las publicaciones restantes abarcaron la enfermería en combinación con la medicina (32,6%) y la enfermería en combinación con la medicina y otras profesiones de la salud (6,1%). Cabe insistir en que el plan de alta es un proceso que debe involucrar a todos los profesionales de la salud en el Servicio de Urgencias.

Figura 4-3. Cantidad de publicaciones por enfoque

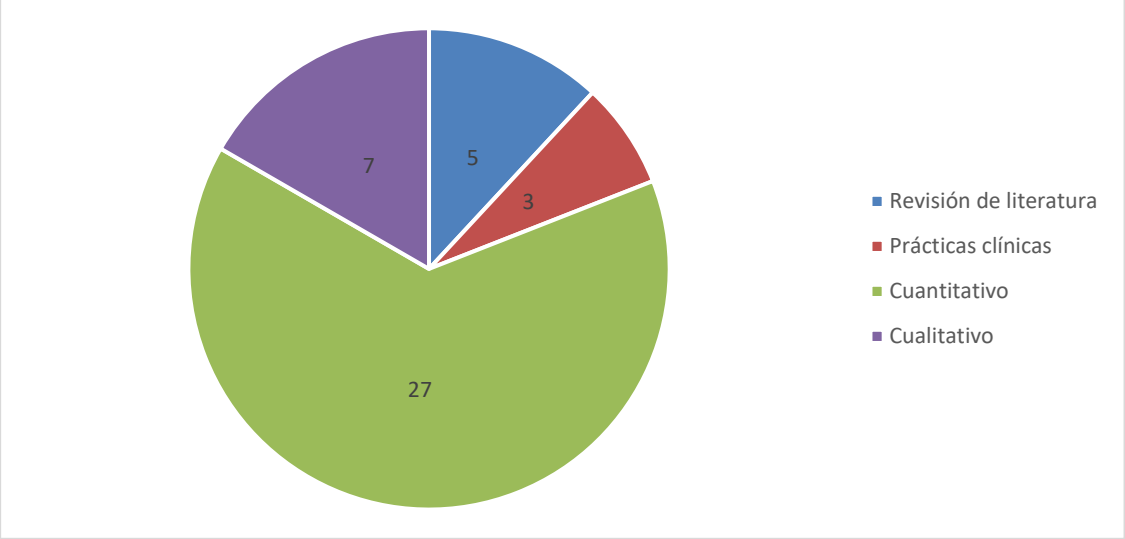


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

El país con más publicaciones en el tema escogido fue Estados Unidos, con un 50%; seguido de Australia y Finlandia, con un 8,1%, respectivamente; y de España e Irlanda, cada uno con el 6,1%. Canadá, China y Dinamarca contaron cada uno con el 4% de publicaciones, mientras que Arabia, Brasil, Inglaterra, Malasia, Nueva Zelanda y Taiwán con el 2%, respectivamente. El continente con más publicaciones fue América, con un 53%, seguido de Europa, con un 26,5%, y de Asia y Oceanía, con un 10,2%, respectivamente.

En la Figura 4-4 se puede consultar la metodología de los 42 estudios seleccionados. El 11,9% de ellos equivale a *revisiones de literatura*; el 7,1%, a *descripciones de evidencia*; el 64,2%, a *estudios cuantitativos*; y el 16%, a *estudios cualitativos*. En los estudios cuantitativos, el 40,7% correspondió a investigaciones de intervenciones, de las cuales el 11,1% fueron ensayos controlados aleatorizados. En los estudios cualitativos, el 71,4% fueron investigaciones descriptivas, mientras que las que utilizaron enfoque etnográfico y enfoque fenomenológico, 14,2% cada uno. En cuanto a la muestra de las investigaciones, se consideró la enfermería en el 32,3%; mientras que los estudios restantes se enfocaron en los pacientes o familiares (64,7 %) y en los médicos (2,9%).

Figura 4-4. Cantidad de artículos científicos según el diseño del estudio



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión.

4.2 Descripción de la calidad de las publicaciones

Según la valoración de la calidad de los estudios resultantes con las herramientas de evaluación crítica del JBI (ver Tabla 4-2), cada numeral corresponde a un criterio de valoración de acuerdo con el tipo de diseño metodológico de cada pieza. De esta manera, cada numeral pertenece a una pregunta que responde a la evaluación de los once criterios para valorar la calidad de las revisiones sistemáticas y síntesis de investigación, así (JBI, 2020):

1. *¿La pregunta de revisión es clara y explícita?*

2. *¿Los criterios de inclusión fueron apropiados para la pregunta de la revisión?*

3. *¿La estrategia de búsqueda fue adecuada?*

4. *¿Las fuentes y los recursos utilizados para la búsqueda de los estudios fueron adecuados?*

5. *¿Los criterios de valoración de los estudios fueron adecuados?*

6. *¿La evaluación crítica fue realizada por dos o más revisores de forma independiente?*

7. *¿Existen métodos para minimizar los errores en la extracción de datos?*

8. *¿Los métodos utilizados para combinar los estudios fueron adecuados?*

9. *¿Se evaluó la probabilidad de sesgo de publicación?*

10. *¿Las recomendaciones para la política o la práctica están respaldadas por los datos comunicados?*

11. *¿Las directrices específicas para la nueva investigación fueron adecuadas?*

La tabla 4-1 recopila el análisis de calidad de seis revisiones, cada una de las piezas se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 11 ítems arroja que fue aprobado un 75% los criterios de calidad para este conjunto de publicaciones.

Tabla 4-1. Calidad de las publicaciones con diseño de revisión sistemática y síntesis de investigación.

Lista de control para revisiones sistemáticas y síntesis de investigación

Tipo de estudio	Autor/año de publicación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Revisiones literarias	Alberti *et al*., 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No está claro	No	Sí	Sí
Revisión de literatura	Kessler *et al*., 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No está claro	No	No está claro	Sí
Revisión de literatura	Steinmiller *et al*., 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No está claro	Sí	N/A	Sí
Revisión de literatura	Abdul *et al*., 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No	No	Sí	Sí	Sí
Revisión de literatura	Dermody *et al*., 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No está claro	Sí	N/A	Sí
Revisión de literatura	Bergman *et al*., 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí	No

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

A continuación, se expone el listado de preguntas que responde a la evaluación de cada uno de los diez criterios de calidad para la investigación cualitativa (JBI, 2020):

1. *¿Hay congruencia entre la perspectiva filosófica declarada y la metodología de investigación?*

2. *¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la pregunta u objetivos de la investigación?*

3. *¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y los métodos de recogida de datos?*

4. *¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la representación y el análisis de los datos?*

5. *¿Hay congruencia entre la metodología de investigación y la interpretación de los resultados?*

6. *¿Hay alguna declaración que sitúe al investigador cultural o teóricamente?*

7. *¿Se aborda la influencia del investigador en la investigación y viceversa?*

8. *¿Los participantes y sus voces están adecuadamente representados?*

9. *¿Es la investigación ética según los criterios actuales o, en el caso de los estudios recientes, hay pruebas de la aprobación ética por parte de un organismo adecuado?*

10. *¿Las conclusiones del informe de investigación se derivan del análisis o la interpretación de los datos?*

La tabla 4-2 evidencia el análisis de calidad de siete investigaciones cualitativas, cada uno de los artículos se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 10 ítems arroja que fue aprobado un 82.8% los criterios de calidad para este grupo de publicaciones.

Tabla 4-2. Calidad de las publicaciones con diseño de investigación cualitativa.

Lista de control para investigación cualitativa											
Tipo de estudio	**Autor/año de publicación**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Cualitativo, descriptivo	Buckley *et al*., 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí	Sí
Cualitativo, fenomenológico-comparativo	Schultz *et al*., 2014	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí	Si
Cualitativo, descriptivo	Cadogan *et al*., 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	SI
Cualitativo, descriptivo	Palonen *et al*., 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	SI
Cualitativo, descriptivo	Chang *et al*., 2016	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	SI

Cualitativo, descriptivo	Stevens *et al*., 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No está claro	Sí	Sí	SI
Cualitativo, etnografía	King *et al*., 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	SI

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

A continuación, se puede observar el listado de preguntas que responde a la evaluación de cada uno de los ocho criterios de calidad para informes de caso (JBI, 2020):

1. *¿Se describieron claramente las características demográficas del paciente?*

2. *¿Se ha descrito claramente la historia del paciente y se ha presentado como una línea de tiempo?*

3. *¿Se ha descrito claramente el estado clínico actual del paciente en el momento de la presentación?*

4. *¿Se han descrito claramente las pruebas de diagnóstico o los métodos de evaluación y los resultados?*

5. *¿Se describió claramente la/s intervención/es o procedimiento/s de tratamiento?*

6. *¿Se ha descrito claramente el estado clínico posterior a la intervención?*

7. *¿Se identificaron y describieron los acontecimientos adversos (daños) o imprevistos?*

8. *¿El informe del caso proporciona lecciones para llevar?*

La tabla 4-3 evidencia el análisis de calidad de tres informes de caso, cada uno de los artículos se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 8 ítems arroja que fue aprobado un 89.2% de los criterios de calidad para este grupo de publicaciones.

Tabla 4-3. Calidad de las publicaciones con diseño de control para informe de caso.

Lista de control para informes de caso									
Tipo de estudio	**Autor/año de publicación**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Prácticas clínicas	Limpahan *et al*., 2013	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí	Sí	N/A	Sí

Prácticas clínicas	Webster *et al*., 2016	Sí	N/A	Sí	N/A	Sí	No está claro	No está claro	Sí
Prácticas clínicas	Norton, 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

En seguida, se puede apreciar el listado de preguntas que responde a la evaluación de cada uno de los ocho criterios de calidad para los estudios transversales analíticos (JBI, 2020):

1. *¿Se han definido claramente los criterios de inclusión en la muestra?*

2. *¿Se describieron detalladamente los sujetos del estudio y el entorno?*

3. *¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?*

4. *¿Se utilizaron criterios objetivos y normalizados para medir la afección?*

5. *¿Se identificaron los factores de confusión?*

6. *¿Se indicaron las estrategias para hacer frente a los factores de confusión?*

7. *¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?*

8. *¿Se ha utilizado un análisis estadístico adecuado?*

La tabla 4-4 evidencia el análisis de calidad de catorce estudios transversales analíticos, cada uno de los documentos científicos se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 8 ítems arroja que fue aprobado un 78.5% de los criterios de calidad para estas publicaciones.

Tabla 4-4. Calidad de las publicaciones con diseño transversal analítico.

Lista de control para estudios transversales analíticos									
Tipo de estudio	**Autor/año de publicación**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Cuantitativo, descriptivo-transversal	Bay *et al*., 2011	Sí	Sí	N/A	N/A	No	No	Sí	Sí

Cuantitativo, descriptivo-transversal	Vashi *et al*., 2011	Sí	Sí	N/A	N/A	No	No	Sí	Sí
Cuantitativo, datos de panel	Weiss *et al*., 2011	Sí	Sí	Sí	N/A	No está claro	No	Sí	Sí
Cuantitativo, observacional-transversal	Palonen *et al*., 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No	Sí	Sí
Cuantitativo, observacional-transversal	Ingram *et al*., 2017	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No	Sí	Sí
Cuantitativo, descriptivo-transversal	Duignan *et al*., 2018	Sí	Sí	Sí	N/A	N/A	N/A	Sí	Sí
Cuantitativo, descriptivo-transversal	Sepúlveda-Pacsi *et al*., 2019	Sí	Sí	N/A	N/A	No	No	Sí	Sí
Cuantitativo, descriptivo	Mäkinen *et al*., 2018	Sí	Sí	N/A	N/A	No	No	Sí	Sí
Cuantitativo, observacional transversal epidemiológico	Acosta *et al*., 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Cuantitativo, observacional transversal	Cetin-Sahin *et al*., 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No está claro	Sí	Sí
Cuantitativo, observacional transversal	Abass *et al*., 2021	Sí	Sí	N/A	N/A	No está claro	No	Sí	Sí
Cuantitativo, observacional descriptivo exploratorio	Friy *et al*., 2021	Sí	Sí	N/A	Sí	N/A	N/A	Sí	Sí
Cuantitativo, observacional longitudinal	Siow *et al*., 2019	Sí	Sí	N/A	N/A	No	No	Sí	Sí
Cuantitativo, descriptivo exploratorio	Stevens *et al*., 2019	Sí	Sí	N/A	N/A	No	No	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

Seguidamente, se expone el listado de preguntas que responde a la evaluación de cada uno de los once criterios de calidad para los estudios de cohorte (JBI, 2020):

1. *¿Fueron los dos grupos (1. Grupo experimental/ 2. Grupo sin intervención) similares y reclutados de la misma población?*

2. *¿Se midieron las exposiciones de forma similar para asignar a las personas a los grupos expuestos y no expuestos?*

3. *¿Se midió la exposición de forma válida y fiable?*

4. *¿Se identificaron los factores de confusión?*

5. *¿Se indicaron las estrategias para hacer frente a los factores de confusión?*

6. *¿Estaban los grupos/participantes libres del resultado al inicio del estudio (o en el momento de la exposición)?*

7. *¿Se midieron los resultados de forma válida y fiable?*

8. *¿Se informó del tiempo de seguimiento y fue suficiente para que se produjeran los resultados?*

9. *¿Se completó el seguimiento, pero, si no fue así, se describieron y exploraron las razones de la pérdida de seguimiento?*

10. *¿Se utilizaron estrategias para abordar el seguimiento incompleto?*

11. *¿Se ha utilizado un análisis estadístico adecuado?*

La tabla 4-5 evidencia el análisis de calidad de dos estudios de cohorte, cada uno de los documentos científicos se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 11 ítems arroja que fue aprobado un 68.18% de los criterios de calidad para estas publicaciones.

Tabla 4-5. Calidad de las publicaciones con diseño de estudios de cohorte.

Lista de control para estudios de cohorte												
Tipo de estudio	**Autor/año de publicación**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**
Cuantitativo, observacional de cohorte	Waszak *et al.*, 2018	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí

Cuantitativo, observacional de cohorte-prospectivo	Hwang *et al*., 2018	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

La siguiente información concierne a los interrogantes que responde la evaluación de cada uno de los nueve criterios de calidad para los estudios cuasi experimentales (JBI, 2020):

1. *¿Está claro en el estudio cuál es la causa y cuál es el efecto —es decir: no hay confusión sobre qué variable viene primero—?*

2. *¿Los participantes incluidos en alguna comparación eran similares?*

3. *¿Los participantes incluidos en alguna comparación recibieron un tratamiento/cuidado similar, aparte de la exposición o intervención de interés?*

4. *¿Había un grupo de control?*

5. *¿Se realizaron múltiples mediciones del resultado tanto antes como después de la intervención/exposición?*

6. *¿Se completó el seguimiento y, en caso contrario, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en cuanto a su seguimiento?*

7. *¿Se midieron del mismo modo los resultados de los participantes incluidos en las comparaciones?*

8. *¿Se midieron los resultados de forma fiable?*

9. *¿Se ha utilizado un análisis estadístico adecuado?*

La tabla 4-6 evidencia el análisis de calidad de siete estudios cuasiexperimentales, cada uno de los documentos científicos se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 9 ítems arroja que fue aprobado un 85.7% de los criterios de calidad para estas publicaciones.

Tabla 4-6. Calidad de las publicaciones con diseño cuasi experimental.

Lista de control para estudios cuasi experimentales										
Tipo de estudio	**Autor/año de publicación**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**

Cuantitativo, intervención longitudinal cuasi-experimental	Robinson *et al*., 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención longitudinal piloto	Rosted *et al*., 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención longitudinal	Gugelmann *et al*., 2013	Sí	Sí	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención	Stevens *et al*., 2015	SÍ	N/A	N/A	N/A	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención longitudinal piloto	Rising *et al*., 2019	Sí	Sí	Sí	Si	No	No	Sí	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención longitudinal piloto descriptivo	Agarwal *et al*., 2019	Sí	Sí	N/A	N/A	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención longitudinal	Hodges *et al*., 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	No	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

A continuación, se puede consultar el listado de preguntas que responde a la evaluación de cada uno de los trece criterios de calidad para los ensayos controlados aleatorios (JBI, 2020):

1. *¿Se utilizó una verdadera aleatorización para la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento?*

2. *¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?*

3. *¿Los grupos de tratamiento eran similares en la línea de base?*

4. *¿Los participantes desconocían la asignación del tratamiento?*

5. *¿Las personas que administraban el tratamiento no conocían su asignación?*

6. ¿Los evaluadores de resultados ignoraban la asignación del tratamiento?

7. *¿Los grupos de tratamiento fueron tratados de forma idéntica, aparte de la intervención de interés?*

8. *¿Se completó el seguimiento y, en caso contrario, se describieron y analizaron adecuadamente las diferencias entre los grupos en cuanto a su seguimiento?*

9. *¿Se analizaron a los participantes en los grupos a los que fueron asignados al azar?*

10. *¿Se midieron los resultados de la misma manera en los grupos de tratamiento?*

11. *¿Se midieron los resultados de forma fiable?*

12. *¿Se utilizó un análisis estadístico adecuado?*

13. *¿El diseño del ensayo fue apropiado y se tuvo en cuenta cualquier desviación del diseño estándar del ECA —aleatorización*

individual, grupos paralelos— en la realización y el análisis del ensayo?

La tabla 4-7 evidencia el análisis de calidad de cinco ensayos controlados aleatorios, cada uno de los documentos científicos se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 13 ítems arroja que fue aprobado un 93.8% de los criterios de calidad para estas publicaciones.

Tabla 4-7. Calidad de las publicaciones con diseño de ensayo controlado aleatorizado.

Lista de control para ensayos controlados aleatorios														
Tipo de estudio	**Autor/año de publicación**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Fuenzalida *et al*., 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo aleatorizado multicéntrico	Fermann *et al*., 2017	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Fuenzalida *et al*., 2017	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Wilkin, 2020	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro
Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Lou *et al*., 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No está claro	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

En seguida, se puede observar el listado de preguntas que responde a la evaluación de cada uno de los seis criterios de calidad para un texto de opinión (JBI, 2020):

1. *¿La fuente del dictamen está claramente identificada?*

2. *¿La fuente de opinión tiene prestigio en el campo de la experiencia?*

3. *¿Los intereses de la población relevante son el centro del dictamen?*

4. *¿La posición expuesta es el resultado de un proceso de análisis y hay lógica en la opinión expresada?*

5. *¿Hay alguna referencia a la literatura existente?*

6. *¿Se defiende lógicamente cualquier incongruencia con la bibliografía/las fuentes?*

La tabla 4-8 evidencia el análisis de calidad de cuatro textos de opinión, cada uno de los documentos científicos se sometió a la evaluación de la lista de control del JBI. La respuesta de cada uno de los 6 ítems arroja que fue aprobado un 83.3% de los criterios de calidad para estas publicaciones.

Tabla 4-8. Calidad de las publicaciones con diseño de texto de opinión.

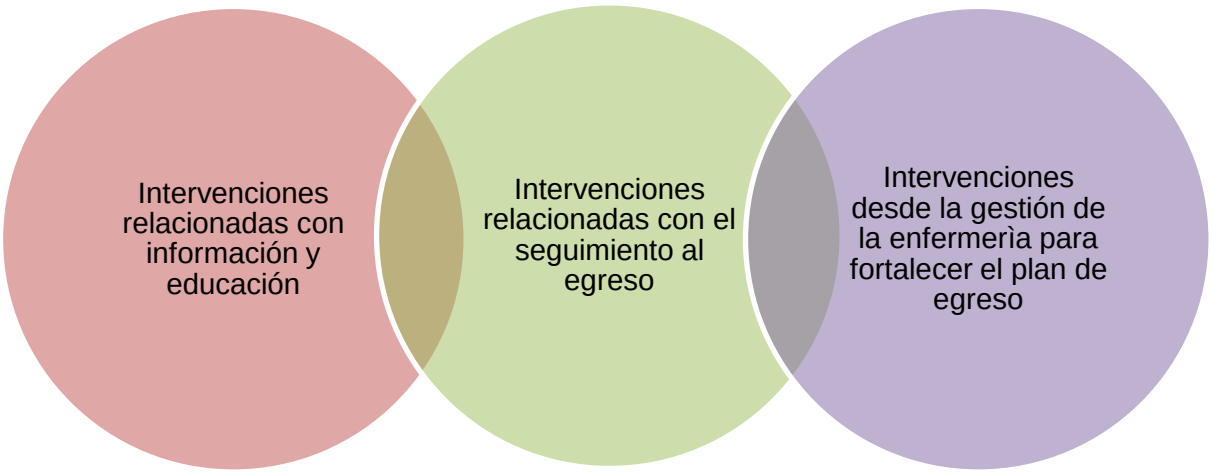
Lista de control para un texto de opinión							
Tipo de estudio	**Autor/año de publicación**	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Artículo periodístico	Blakemore, 2012	Sí	N/A	Sí	Sí	N/A	N/A
Artículo periodístico	Gozdzialski *et al*., 2012	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No está claro
Artículo periodístico	Coronado, 2015	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Resumen de investigación	Hall *et al*., 2018	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Artículo periodístico	Suárez *et al*., 2019	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

4.3 Categorización de las intervenciones de enfermería

El análisis de contenido de las publicaciones estableció las siguientes tres categorías de intervenciones de enfermería en el plan de alta para el adulto en el Servicio de Urgencias: *La enfermería prepara al usuario en la institución*; *La enfermería acompaña al usuario fuera de la institución*; y *La enfermería proyecta y propone para el alta*. De este modo, el desarrollo de cada una de estas agrupaciones se explora en los siguientes títulos.

Figura 4-5. Categorías de intervenciones de enfermería en el plan de alta para el adulto en el Servicio de Urgencias



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la revisión de alcance.

4.3.1 Intervenciones relacionadas con información y educación

La enfermería en el plan de alta en el Servicio de Urgencias prepara al usuario y a su familia de acuerdo con las necesidades detectadas, las preferencias referidas y el contexto integral en el que está inmersa la persona. Para crear un plan individualizado, el profesional actúa como coordinador de los cuidados (Acosta *et al*., 2020; Kessler *et al*., 2013; Mäkinen *et al*., 2018; Stevens *et al*., 2019) y coordinador de la atención con otros profesionales de la salud (Kessler *et al*., 2013; Suárez *et al*., 2019), para lo cual emplea un enfoque centrado en el paciente (Šteinmiller *et al*., 2015). Las herramientas para la valoración integral (Kessler *et al*., 2013; Suarez Cadenas *et al*., 2019) son fundamentales para responder a las demandas del cuidado (Cadogan *et al*., 2016; Stevens *et al*., 2020) que se adapta al contexto cultural (Sepúlveda-Pacsi, 2019).

Así mismo, son congruentes con lo que los pacientes creen que necesitan saber y lo que enfermería piensa que los pacientes necesitan saber (Chang *et al*., 2016), otorgándoles a los usuarios un papel activo en su cuidado (Abass *et al*., 2021). Entonces, comprender las necesidades permite que la enfermería evalúe los desafíos potenciales y determine el alcance de la coordinación de la atención en relación con la asistencia adicional o con los ajustes en el hogar (Siow *et al*., 2019; Cetin-Sahin *et al*., 2021). Los estudios en desarrollo buscan comparar la atención estándar con la orientación integral individualizada (Fermann *et al*., 2017; Lou *et al*., 2021).

La preparación del usuario y su familia implica entregar la información adecuada para el alta, considerada por Cadogan *et al*. (2016) como función esencial en el Servicio de Urgencias. En las diversas publicaciones consultadas se describe el contenido de la información al alta desde el desarrollo de la atención en el servicio hasta el cuidado fuera de la institución (Chang *et al*., 2016; Stevens *et al*., 2020).

No obstante, algunos autores se enfocan en temáticas que consideran significativas en el contenido, a saber: los riesgos potenciales a largo y corto plazo, la posibilidad de un retraso en la aparición de los signos/sintomas y la evolución diferencial al interior del hogar (Norton, 2018); el pronóstico y curso esperado de la enfermedad (Hall *et al*., 2018; Mäkinen *et al*., 2018; Schultz *et al*., 2014; Vashi *et al*., 2011); cualquier cambio de tratamiento y el motivo de la modificación, pruebas pendientes, la información de contacto para preguntas de seguimiento, signos de alarma y el seguimiento recomendado (Limpahan *et al*., 2013); el contacto para el seguimiento y la identificación de problemas por los cuales es necesario visitar el Servicio de Urgencias (Gozdzialski *et al*., 2012); las necesidades de seguimiento, incluida la visita para control (Bay *et al*., 2011); y los datos del profesional de enfermería (Duignan *et al*., 2018).

Otros estudios han comparado el cuidado estándar con las intervenciones con contenido de información estructurado e individualizado, apoyado en material educativo. Al realizar un seguimiento telefónico y verificar la historia clínica, han concluido que el rol educativo de la enfermería empodera al paciente, permitiéndole asumir la responsabilidad de su salud y estar bien informados (Fuenzalida *et al*., 2017; Fuenzalida *et al*., 2015)

Además, la preparación del usuario y su familia implica el uso de diferentes estrategias para garantizar el acceso a la información. Las estrategias comúnmente señaladas por las publicaciones se asociaron a la información verbal y escrita, utilizada en conjunto o por separado en el Servicios de Urgencias (Alberti *el al*., 2013; Bay *et al*., 2011; Bergman *et al*., 2016; Cetin-Sahin *et al*., 2021; Gozdzialski *et al*., 2012; Limpahan *et al*., 2013; Mäkinen *et al*., 2018; Norton, 2018; Palonen *et al*., 2015; Stevens *et al*., 2019; Vashi *et al*., 2011; Waszak *et al*., 2018). Encontramos investigadores que han determinado documentos de alta escritos a aquellos que condensan el contenido de información nombrado previamente (Duignan *et al*., 2018; Stevens *et al*., 2020). Otros crearon documentos de alta

estandarizados en versión electrónica como un forma de mejorar la transición de la atención de urgencias a los servicios comunitarios (Stevens *et al*., 2019).

Un aspecto importante que abarcan en general las publicaciones es el desarrollo de material educativo escrito (Alberti *et al*., 2013; Bay *et al*., 2011; Cetin-Sahin *et al*., 2021; Fuenzalida *et al*., 2017; Hall *et al*., 2018; Palonen *et al*., 2016; Stevens *et al*., 2020; Waszak *et al*., 2018). Se emplean pictogramas y medios digitales como el audio y el video (Alberti *et al*., 2013; Bay *et al*., 2011; Hodges *et al*., 2021) o recursos de internet (Bay *et al*., 2011). El material se debe entregar al usuario y a su familia, compartir en medios virtuales, como correos electrónicos (Duignan *et al*., 2018; Kessler *et al*., 2013), o difundir en espacios donde es fácilmente accesible dentro de la institución para que sea visible al público (Chang *et al*., 2016). El proceso de educación del paciente en el momento del alta se puede mejorar con un enfoque de enseñanza al paciente que mezcla varias estrategias relevantes (Abdul *et al*., 2020; Waszak *et al*., 2018), adaptadas al nivel de alfabetización en salud (Gozdzialski *et al*., 2012).

Una revisión sistemática que buscaba determinar la efectividad de los consejos pictóricos al alta en comparación con los consejos estándar al alta sobre la comprensión en el Servicio de Urgencias detectó que el pictograma es un método potencial para simplificar y compartir los consejos de alta. Este recurso puede incorporar ilustraciones —dibujos, pinturas o fotos— con señalización y símbolos gráficos informativos para potenciar y comunicar información de forma clara, rápida y sencilla. El uso de pictogramas es un complemento del consejo escrito o verbal, mas no un reemplazo, que además requiere de recursos físico y humano en el diseño para garantizar que sea apropiado para la edad y la alfabetización (Dermody *et al*., 2021). Resaltamos un estudio que se centró en los efectos de las instrucciones de alta en video sobre la comprensión del paciente y encontró que se mejoraron la comprensión y la retención del paciente de las instrucciones de alta, lo cual coincidió con que se debe utilizar como complemento de los métodos estándares verbales y escritos (Wood *et al*., 2017).

De igual forma, la preparación debería estar basada en la comunicación centrada en el usuario y su familia. El apoyo para la comprensión de los retos, las necesidades y las expectativas durante el proceso de recuperación, así como las limitaciones y los cambios después de una lesión o enfermedad (Gozdzialski *et al*., 2012), dan como resultado un

aumento en la adherencia y la satisfacción (Alberti *et al*., 2013), porque aumenta la confianza en el manejo de la situación de salud en el hogar (Palonen *et al*., 2016). Conviene resaltar que los métodos de enseñanza se deben adaptar a varios estilos de aprendizaje y comunicación para contribuir a una mayor comprensión, como el uso de texto simple, los videos o las imágenes (Alberti *et al*., 2013; Bergman *et al*., 2016). Ahora bien: la preparación no solamente involucra la entrega de la información, sino también su asimilación. Los autores consultados reconocen que es necesaria la oportunidad para plantear preguntas (Vashi *et al*., 2011) y realizar una evaluación de la comprensión de las instrucciones al alta (Alberti *et al*., 2013; Limpahan *et al*., 2013; Vashi *et al*., 2011).

Hodges *et al*. (2021) hallaron en su estudio que pedir a los pacientes que expliquen en sus propias palabras lo que se les estaba enseñando mejoró considerablemente la retención de la información sobre el diagnóstico, el tratamiento y otras instrucciones. El estudio concluyó que la reeducación, la cual se enfoca en la validación de la comprensión del paciente, puede ser una intervención práctica y rentable para comunicarse con los pacientes, en particular, aquellos con poca alfabetización en salud. Por su parte, Gozdzialski *et al*. (2012) y Stevens *et al*., (2020) identificaron que una estrategia de comunicación utilizada a menudo para mejorar la comprensión del paciente fue solicitar al paciente que repitiera las instrucciones de alta. La educación al alta está asociada con un mayor grado de preparación para el egreso de los pacientes y sus familiares en la atención de urgencias (Palonen *et al*., 2015).

En la preparación para el alta se destaca la forma en que el profesional debe interactuar con el paciente y el usuario. Por ejemplo: Hodges *et al*. (2021) señalan que la enfermería debe utilizar un tono de voz adecuado y términos simples; mientras que Abass *et al*. (2021) ponen de relieve la capacidad para explicar de forma entendible durante el proceso de alta para satisfacer al usuario, método con el que coincide Vashi *et al*. (2011). El progreso en la comprensión de los pacientes de la información y las instrucciones no sólo les permite participar de manera efectiva en su propia atención médica (Mäkinen *et al*., 2018), sino también fortalecer la confianza en los profesionales y la institución para comprometer a los usuarios con su propio cuidado (Rising *et al*., 2019). Las experiencias durante y después del alta que incluyen la comunicación pueden impactar positivamente en la satisfacción con la atención que reciben y en un proceso de alta eficiente (Stevens *et al*., 2020).

Finalmente, preparar adecuadamente el plan del alta involucra tanto al paciente como a su familia en el proceso, modelo que se ha centrado en la familia y que fue contemplado por Cetin-Sahin *et al* (2021) y Stevens *et al*., (2020). La educación se puede proporcionar al paciente, a la familia o al cuidador (Limpahan *et al*., 2013) para facilitar la transición segura entre el hospital y el hogar (Siow *et al*., 2019); también es posible revisar el plan de alta con un miembro de la familia o una persona de apoyo presente para el manejo fuera de la institución (Bergman *et al*., 2016). Chang *et al*. (2016) y Schultz *et al*. (2014) estiman que, para mejorar la calidad de la planificación del alta en el Servicio de Urgencias, es necesario abordar la información disponible con los pacientes y sus familias para que puedan participar activamente en el plan de alta y así lograr mayor comprensión, cumplimiento y autogestión (Stevens *et al*., 2019). El proceso de alta debería ser considerado, entregado y negociado en presencia de la familia del paciente (Friy *et al*., 2021).

4.3.2 Intervenciones relacionadas con el seguimiento al egreso

El equipo de enfermería en el plan de alta no solamente debe participar cuando el usuario está dentro de la institución, sino que también es imperativo que ponga en práctica estrategias para acompañarlo cuando egresa. Los estudios analizados ponen énfasis en la oportunidad de seguimiento después del alta (Acosta *et al*., 2020; Cadogan *et al*., 2016; Fuenzalida *et al*., 2017). Algunos publicaciones valoran el seguimiento telefónico (Abass *et al*., 2021; Cetin-Sahin *et al*., 2021; Fermann *et al*., 2017; Palonen *et al*., 2016; Robinson *et al*., 2015; Schultz *et al*., 2014) y la visita domiciliaria (Fermann *et al*., 2017).

En el estudio de Stevens *et al*. (2020) y Cadogan *et al*. (2016) se juzga indispensable efectuar una programación de citas de seguimiento antes de abandonar el Servicio de Urgencias. Schultz *et al*. (2014) presuponen que los planes de seguimiento tras el alta podrían incluir un acceso abierto las 24 horas a la unidad de alta. El tele asesoramiento, la teleevaluación y el telemonitoreo son métodos alternativos simples y accesibles, gracias a los cuales es posible brindar atención domiciliaria (Cetin-Sahin *et al*., 2021). Los nuevos desarrollos tecnológicos abren la puerta para mejorar la atención cuando el usuario y su

familia reciben el alta y se encuentran en el hogar (Hwang *et al*., 2018; Stevens *et al*., 2020).

Rosted *et al.* (2012) aplicaron una evaluación al alta en intervalos de uno y seis meses de seguimiento para determinar los problemas no resueltos que requerían intervención del servicio de salud. Concluyeron que las complicaciones disminuyen cuando una enfermera valora e interviene al alta y en el seguimiento. Robinson *et al*. (2015) identificaron los problemas que no se abordaron durante el proceso de alta, ayudaron con el autocontrol y garantizaron apoyos sociales y de salud, realizando evaluaciones telefónicas en el primer y tercer día después del alta.

4.3.3 Intervenciones desde la gestión de enfermería para fortalecer el plan de egreso

El profesional de enfermería, dentro de la organización del plan de alta, debe proyectarse como un líder en formación de todo el proceso de ejecución. En las instituciones de salud se ha implementado la capacitación para la enfermería orientada en fortalecer el rol en la educación de la salud (Cetin-Sahin *et al*., 2021) y en comunicación efectiva (Bergman *et al*., 2016). Para ello, los autores reconocen que la educación debe reforzarse de manera sostenida para optimizar el desempeño del profesional y conectar con el método de enseñanza en la práctica (Hodges *et al*., 2021). Además, estiman necesario incentivar la participación constante de enfermería en el plan de alta para promover la adquisición de conocimientos y habilidades que le permitan al profesional definir su rol dentro de este proceso, y así adquirir mayor confianza, autonomía y compromiso (King *et al*., 2021; Chang et al., 2016).

Existen estudios que demuestran que una mayor confianza de los enfermeros conduce a un mejor desempeño de las tareas (Chang *et al*., 2016; Sepúlveda-Pacsi, 2019), incluyendo el conocimiento sobre la situación de salud-enfermedad (Bergman *et al.*, 2016; Norton, 2018). Gugelmann *et al*. (2013) y Stevens *et al*. (2015) indican que la participación de enfermería en discusiones formales e informales en entornos tanto clínicos como educativos es una estrategia que favorece el alta segura. La educación que involucra simulación podría también brindar oportunidades para mejorar las habilidades de

comunicación y lograr un compromiso auténtico hacia la persona y su familia (Friy *et al*., 2021).

La enfermería debe proponer y visibilizar la necesidad de documentos orientadores dentro de las instituciones y los servicios sobre el plan de alta. King *et al*. (2021) establecen que la enfermería puede acceder a recursos físicos o magnéticos para guiar la atención en situaciones clínicas complejas, lo cual denominan *atajo* dentro del plan de alta, entre cuyas aplicaciones la de los teléfonos inteligentes es predilecta para el acceso. Disponer de recursos actualizados y eficaces desde en las instituciones garantiza una toma de decisiones de alta eficiente y basada en la evidencia. Igualmente, la integración del plan de alta dentro de los registros electrónicos responde a esta necesidad como una forma de respaldar el plan de alta (Stevens et al., 2020).

Al respecto, Duignan *et al.* (2018) resaltan en su estudio la importancia de elaborar una plantilla estructurada de resumen de alta que pueda ser utilizada por todas las disciplinas para mejorar la calidad de información registrada en términos de exactitud y claridad de las instrucciones, formulación con la que está de acuerdo Bay *et al.* (2011). Al mismo tiempo, Gugelmann *et al*. (2013), Agarwal *et al*. (2019) y Stevens *et al*., (2015) admiten que una intervención que utilice notificaciones electrónicas emergentes en la historia clínica del usuario le podría señalar al personal la forma correcta de orientar el plan de alta.

La enfermería también debe proponer la conformación y consolidación de equipos para el plan de alta. En este sentido, King *et al.* (2021) enfatizaron en la relevancia de las redes sociales conformadas por colegas con experiencia por ser fuentes confiables y convenientes de asesoramiento. Las instituciones de salud deben fomentar entonces la conformación de equipos para consulta a favor de la toma de decisiones de un alta eficiente y basada en la evidencia. El trabajo en equipo es importante en las redes creadas entre colegas de diferentes profesionales para un proceso de alta eficiente (Acosta *et al*., 2020; Sepúlveda-Pacsi, 2019; Stevens *et al*., 2020). Además, el enfoque interprofesional es una forma práctica y eficiente de implementar un plan de alta consistente entre todas las disciplinas profesionales (Waszak *et al*., 2018) e incentiva la conexión de los profesionales del Servicio de Urgencias con otros que continuarán con la atención (Cadogan *et al*., 2016).

La enfermería debe plantear el uso de diferentes herramientas para la valoración del plan de alta desde diferentes perspectivas. En concreto, Cetin-Sahin *et al*. (2021) utilizaron en su estudio una herramienta de autoevaluación para el Servicio de Urgencias para valorar la planificación del alta. Estudios como el de Rosted *et al*. (2012), que se han centrado en la opinión de los pacientes, la familia y los cuidadores, tomó en cuenta las experiencias, los puntos de vista y los valores de los usuarios. En efecto, involucrar a los pacientes en el desarrollo del plan hace probable que experimenten una mejor comprensión y resultados de salud (Buckley *et al*., 2013), de manera que puedan cambiar las creencias al fomentar la consciencia de la situación en salud, pues las condiciones que promueven una transición saludable adoptan la participación del paciente al ser ésta una experiencia individual (Schultz *et al*., 2014).

La oportunidad de recibir realimentación sobre cómo se está realizando el alta en informes periódicos en el proceso es reconocida por algunos estudios (Agarwal *et al*., 2019; Stevens *et al*., 2015). La atención eficiente y de calidad que se enfoca en la experiencia del usuario se puede logar si el personal recibe una retroalimentación basada en datos individuales del desempeño para el alcance de las metas del Servicio de Urgencias (Agarwal *et al*., 2019). La percepción tanto del profesional de enfermería como del paciente y su familia del plan de alta es primordial dentro de las instituciones, cuyo propósito consiste en realizar un diagnóstico del proceso dentro del servicio e implementar las acciones necesarias para mejorarlo. Así mismo, la realidad cambiante hace necesario la utilización de estos instrumentos periódicamente para que el plan de alta se ajuste a la condición del sujeto de cuidado y su familia dentro de un contexto nacional y local en salud.

Entonces, la enfermería debe proyectar y visibilizar la importancia del plan de alta y de su rol. Webster *et al*. (2016) percibieron como una necesitad el hecho de que las instituciones de salud reconocieran el plan de alta y el rol que desempeña el profesional. De acuerdo con Chang *et al*. (2016), se requiere de una clarificación del proceso y de las funciones de cada profesional en el plan de alta de un servicio mediante dinámicas y cargas particulares. La necesidad de un plan de alta de calidad responde a la necesidad de cambios organizativos de la institución, puesto que la aplicación de estrategias para el egreso conlleva tiempo, espacio y recursos humanos (Bay *et al*., 2011; Blakemore, 2012; Mäkinen *et al*., 2018; Siow *et al*., 2019; Stevens *et al*., 2020; Suárez *et al*., 2019; Weiss *et al*., 2011).

Webster *et al*. (2016) demostraron la necesidad de una inclusión explícita de enfermería en el plan a través de políticas en el sistema con el fin de consolidarlas.

Al enfermero le corresponde proyectarse como un profesional líder del plan de alta. La posibilidad de estructurar un proceso de alta dirigido por enfermería es una solución para garantizar un alta oportuna, constante y segura desde el Servicio de Urgencias (Stevens *et al*., 2020). Hwang *et al*. (2018) advirtieron que un enfermero de cuidados de transición, que esté capacitado para identificar las necesidades específicas relacionadas con la salud y que esté concentrado en mejorar las transiciones de la atención en el Servicio de Urgencias al hogar, puede ser una innovación eficaz en el egreso. El reto reside en establecer servicios dirigidos por el área de enfermería especializada que evalúe con experticia, estratifique el riesgo y planifique adecuadamente la atención, para otorgar el alta del Servicio de Urgencias con atención de seguimiento ambulatorio (Ingram *et al*., 2017). Agarwal *et al*. (2019) y Blakemore (2012) apreciaron la presencia de un profesional de enfermería dedicado exclusivamente para intervenir con el egreso dentro de una sala de espera de alta.

.

5. Discusión

El papel de la enfermería en el plan de alta ha sido investigado en diversos servicios de las instituciones de salud. En relación con esto, Mabire *et al*. (2016) desarrollaron una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones de enfermería en el plan de alta cuando los usuarios estaban hospitalizados. Los tipos de intervención reportados por estos autores fueron la valoración, la preparación, la participación del paciente o del cuidador, la continuidad de la atención, la evaluación el día del alta y el seguimiento posterior al alta. Nuestra revisión de alcance se enfocó en el Servicio de Urgencias, área que dispone de unas dinámicas de atención particulares con respecto a otros servicios. En general, se encontró que las intervenciones de enfermería apuntaban a la preparación del usuario dentro de la institución y el apoyo cuando egresaba, además de intervenciones para mejorar el plan de alta.

La enfermería prepara al usuario en las instalaciones sanitarias, para lo cual echa mano de las estrategias para brindar información y asegurar su comprensión por parte del paciente y su familia en la institución. Una revisión de la educación al alta en un servicio de cirugía general concuerda con la necesidad de entrega de información personalizada que refleje las necesidades de aprendizaje y utilice diversos medios para mejorar el conocimiento de los pacientes para el manejo exitoso de la recuperación posterior al alta (Kang *et al*., 2018). Una educación en salud apropiada influye positivamente no sólo en la retención de la información, sino también en una mayor adherencia a la terapia. Esto abarca la modificación de hábitos y el aumento de la satisfacción con la atención (Alberti *et al.* , 2013), favoreciendo así la recuperación física y mental, con respecto a los que no reciben educación (Veronovici *et al*., 2014).

En la revisión integrativa llevada a cabo por Veronovici *et al*. (2014), los autores destacan el papel esencial de la educación al paciente con cirugía cardiovascular y del diseño de herramientas educativas estandarizadas, con el fin de lograr un ahorro de recursos al paciente y la institución, tiempo y energía del profesional de enfermería. Según el estudio,

el enfermero sólo obtiene resultados positivos cuando la intervención es individualizada, dado que despierta el interés y el agradecimiento del paciente. A pesar de los múltiples argumentos a favor de la educación en salud para el alta, no existen pautas normalizadas o estándares específicos que dicten la mejor forma de educar al paciente para garantizar el autocontrol después del alta (Veronovici *et al*., 2014).

La verificación de la adquisición de conocimiento también ha sido abordado por parte de los estudios analizados. Una revisión sistemática sobre la enseñanza retroactiva en el alta concluyó que su aplicación en este proceso resulta efectiva para mejorar los resultados de los pacientes al fomentar la comprensión y la participación en el cuidado (Geum *et al*., 2021). Esta estrategia no solamente se emplea en el alta, sino también durante los encuentros de atención, por lo que su evidencia respalda la enseñanza posterior con pacientes y familias para mejorar la comprensión de las instrucciones de alta y apoyar la autogestión. No obstante, no siempre el personal la pone en práctica cuando se comunica con los pacientes y las familias (Klingbeil *et al*., 2018).

En cuanto a la inclusión de la familia en el proceso, en una revisión de literatura se halló que la educación del alta adaptada a la familia se suele asociar con mejores resultados de salud del paciente pediátrico y adulto (Desai *et al*., 2015). El enfoque centrado en la familia se encuentra en estudios neonatales y pediátricos en los que se reconoce el rol de la familia y se le invita a participar tanto en el cuidado como en la toma de decisiones. Tradicionalmente, la planificación del alta se ha efectuado sin una participación familiar significativa y actualmente aún sigue siendo limitada (Ingram *et al*., 2016). Las familias desempeñan un papel importante en la satisfacción de las necesidades de cuidado de las personas que requieren asistencia. El ideal es orientar el cuidado hacia un modelo universal centrado en la familia, siempre y cuando haya colaboración entre los miembros de la familia y el personal de salud (Kokorelias *et al*., 2019).

La enfermería en el acompañamiento al alta adopta las estrategias para asegurar el cuidado fuera de la institución y responder a las necesidades emergentes. Una revisión integrada del seguimiento de enfermería después del alta en la Unidad de Cuidados Intensivos reconoce que es una forma de apoyar la recuperación de los pacientes. Los autores encontraron que los usuarios podían visitar la sala de urgencias en el tiempo inmediato después del alta de la unidad, por lo que una alternativa fue asignar una cita de seguimiento, o sea, realizar llamadas telefónicas en las primeras horas del egreso. El

seguimiento dirigido por enfermeros podría promover la salud de los pacientes y permitir el uso de recursos adecuados (Jónasdóttir *et al*., 2016).

Por último, la enfermería proyecta, propone y ayuda a comprender las estrategias que puede asumir el profesional para mejorar el plan de alta. A este respecto, Cieto *et al*. (2014) desarrollaron una revisión integrativa para identificar las innovaciones y recursos de enfermería en el plan de alta. Los autores identificaron como innovaciones las listas de chequeo, el programa de estancia corta y la enfermera de enlace; como recursos, el trabajo en equipo multidisciplinario, la integración de los servicios hospitalarios, el seguimiento después del alta, los registros físicos o electrónicos, el material educativo, los protocolos para alta, la formación continuada de los profesionales de la salud, el enfermero facilitador para alta y el enfermero educador. La conclusión del estudio confirma que los recursos e innovaciones contribuyen a mejorar el proceso de alta.

6. Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

La revisión de alcance que ha sido desarrollada en el presente documento sintetizó la evidencia científica de los últimos diez años sobre las intervenciones de enfermería en el plan de alta para el adulto y su familia en el Servicio de Urgencias. El ejercicio logró capturar un mapa de los avances frente a la caracterización cienciometrica del área y permitió realizar un análisis tanto de calidad de la producción científica como del contenido. Para ello, se tuvo en cuenta el contexto de las actuaciones de la disciplina en el momento del egreso desde un servicio que representa la cara de la institución y del sistema de salud donde enfermería se desenvuelve.

Estas intervenciones de enfermería, abordadas desde distintas perspectivas de la atención sanitaria en el adulto, permiten identificar los procesos que facilitan y dificultan la implementación del plan de alta en el Servicio de Urgencias, pero adaptado a las necesidades de cada región colombiana. De tal modo, los resultados de esta revisión es material útil para futuras investigaciones en el contexto asistencial, para la formación y práctica de enfermería y para la estructuración de un plan de egreso de calidad en las instituciones del país.

Las publicaciones que estudiaron el plan de alta han sido recurrentes en los últimos diez años y provienen en su mayoría de países de habla inglesa. Así mismo, la mayoría eran artículos científicos que incluían revisiones sistemáticas, estudios cualitativos y estudios cuantitativos. Las publicaciones dan cuenta del interés de investigación del plan de alta por parte de la enfermería en diferentes escenarios dentro del Servicio de Urgencias desde la perspectiva de los pacientes y sus familias, de enfermería y de otros profesionales de la salud. Cabe resaltar que las producciones a nivel latinoamericano fueron escasas: Brasil el único representante, pero no se encontró ninguna que proviniera de Colombia.

En relación con la calidad de las publicaciones, evaluada mediante las herramientas de valoración crítica en documentos de investigación según los parámetros de la Johanna Briggs Institute (JBI), se puede concluir que el plan de egreso es un tema que ha ido creciendo con el interés de los autores mediante estudios de diversos diseños metodológicos de investigación. El más frecuente es el transversal analítico, lo que quiere decir que predomina el incentivo por establecer relaciones hipotéticas entre variables. Así pues, la calidad de los registros depende no sólo en gran medida del desarrollo investigativo de los profesionales, sino también de los avances de cultura investigativa del sistema educativo y de salud.

El diseño metodológico menos usado es el estudio fue el de tipo cohorte. De ello se infiere que la evidencia en la práctica aún tiene un trayecto importante por recorrer antes de generar conceptos de calidad confiables. Esta conjetura es coherente con la percepción sobre la falta de saturación del conocimiento por aclarar del plan de egreso de la enfermería desde el Servicio de Urgencias.

Se pudo evidenciar que existe una adecuada calidad en las piezas, por lo que es posible percibir un nivel aceptable de atributos en el conjunto de parámetros que valoró cada herramienta de evaluación de rigurosidad metodológica científica desde el título hasta las conclusiones de los artículos, lo que demuestra una congruencia en la presentación de la mayoría de la información. Así mismo, podemos verificar el impacto positivo que trae el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la investigación sobre el plan de egreso de enfermería en la última década, lo cual aporta a la satisfacción de todos los actores del ecosistema sanitario.

Con respecto al análisis de contenido, se generaron tres categorías de intervenciones de enfermería en el plan de alta para el adulto en el Servicio de Urgencias, esto es: *Intervenciones relacionadas con la información y la educación; Intervenciones relacionadas con el seguimiento al alta*; e *Intervenciones desde la gestión de la enfermería para fortalecer un plan de egreso*. La enfermería prepara en la institución de salud al usuario y su familia en el plan de alta desde el momento en que el usuario ingresa hasta que sale del servicio de urgencias, consolidando su rol profesional. Ergo, la educación de enfermería debe hacer uso de varias estrategias para cumplir tanto con la entrega como con la garantía de comprensión de información terapéutica, para garantizar un mínimo de

seguimiento según cada caso y de ese modo empoderar al sujeto de cuidado en la gestión de su propia salud.

La evidencia encontrada señala que la labor de la enfermería no finaliza cuando el usuario y su familia salen de la institución, sino que continúa con el acompañamiento profesional. Las intervenciones relacionadas con el seguimiento al alta de la enfermería que acompaña al usuario fuera de la institución emplean recursos que garantizan el cuidado en el hogar y se apoyados en las tecnologías emergentes para orientar el plan de egreso en usuarios y su familia.

Las intervenciones que se ejecutan desde la gestión de la enfermería para fortalecer el plan de egreso ponen de manifiesto la importancia del profesional en la toma de decisiones desde un enfoque de procesos que se desarrollen a favor del paciente y su familia, de enfermería, del resto del personal de sanitario y, por ende, de la institución de salud. Las intervenciones que se proyectan requieren de un compromiso a nivel organizativo e individual para mejorar el plan de alta. Además, deben partir desde el reconocimiento y la clarificación de funciones del personal de salud para que todos contribuyan al proceso de forma multidisciplinaria.

Los resultados de nuestra revisión de alcance muestran que, a pesar de que la enfermería en el plan de alta para el adulto en el Servicio de Urgencias es fundamental, los desafíos para implementar el proceso son complejos, ya que se debe orientar la atención hacia un modelo asistencial que se focalice en el paciente y en su familia. Un modelo dirigido a las necesidades y expectativas de salud y del cuidado de la persona conlleva un cambio de pensamiento, e incluso cultural, de quienes integran el servicio y la institución. Los desafíos surgen para la contribución de la enfermería en la consolidación del plan de alta para el usuario y su familia.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Recomendaciones para el área asistencial

La enfermería debe fundamentar su desarrollo disciplinar en la evidencia disponible relacionada con el plan de alta en el adulto que egresa del Servicio de Urgencias. El propósito consiste en optimar el cuidado cuando el usuario y su familia salen de la institución para conferirles herramientas que permitan adaptarse a su nuevo entorno. El

plan de alta desarrollado en los servicios de salud debe mejorar continuamente según las siguientes estrategias reportadas en la literatura científica consultada:

El traspaso de información para la independencia en salud debe realizarse a través de una estrategia integral con educación personalizada en un espacio terapéutico que permita comprobar la captación de la información, para lo cual las TIC son de gran utilidad al entregar y preservar las instrucciones de autocuidado. El plan de egreso debe incluir orientaciones emitidas de forma multidisciplinar, en lo posible, bajo el modelo centrado en la familia. El plan de egreso será una valiosa herramienta que otorgue un papel activo al usuario sobre la gestión de su propia salud.

Se debe efectuar un seguimiento que permita identificar problemas, tomar decisiones, anticiparse a las complicaciones, adherirse al tratamiento y tener confianza en el manejo de la enfermedad. Para esto, es menester procurar una comunicación telefónica, virtual o incluso mediante visitas domiciliarias cuando se pueda articularse con un programa de atención en casa. También se debe evaluar periódicamente para conocer el resultado del plan de egreso en el tiempo.

El plan de egreso debe obedecer a una política institucional, de modo que se pueda garantizar la disposición de recursos humanos y materiales para su eficaz cumplimiento. Implica un entrenamiento continuo de los profesionales involucrados mediante diferentes estrategias, como es el caso de la simulación, que se orienta en la educación en salud y la comunicación efectiva. Disponer de programas de actualización en la temática y sistemas de registro electrónico con notificaciones emergentes es perentorio para orientar los momentos importantes en el plan de egreso.

6.2.2 Recomendaciones para el área investigativa

La enfermería debe continuar investigando sobre el plan de egreso para adultos en el Servicio de Urgencias en instituciones de carácter tanto público como privado. Las condiciones del Servicio de Urgencias varían según el contexto, lo que lleva a motivar la investigación en diversos escenarios en el sistema de salud a nivel latinoamericano, pero, especialmente, en Colombia. Además, los estudios emergentes deben contemplar a los pacientes y sus familias, a la enfermería y a otros profesionales de la salud como fuente de conocimiento primordial sobre el plan de egreso.

Es importante indagar sobre las competencias mínimas que debe cumplir un enfermero para estar en la posición de otorgar un adecuado plan de alta, así como las escalas, metodologías y tecnología disponible para apoyar el egreso de un usuario en el Servicio de Urgencias. En la misma línea, los investigadores deben dirigir su mirada hacia la recolección de evidencia pertinente en torno a la creación de políticas que direccionen las condiciones generales y específicas para emplear el plan de egreso por parte de la enfermería. También es posible incursionar en las necesidades de los profesionales para abordar un plan de alta que cumpla con sus expectativas. Del mismo modo, es imperativo explorar las percepciones y necesidades de los usuarios del sistema de salud desde las necesidades y la cultura colombiana. Es el momento oportuno para que se gestionen soluciones con las propuestas de la *e-health* para el desarrollo de herramientas que soporten el plan de egreso esperado.

No se encontraron estudios sobre el cuidado de la enfermería a usuarios cuyo egreso fuera a otra institución diferente al cuidador familiar. Esto, debido a que un criterio de exclusión de los artículos analizados en esta revisión de alcance descartó la participación de quienes no tenían la firma de un pariente para autorizar la inclusión en una investigación.

6.2.3 Recomendaciones para el área docente

La enfermería debe abordar el plan de egreso en cada una de prácticas que desarrolla el profesional de formación con el fin de fomentar los conocimientos y habilidades en el proceso, no sólo cuando se encuentran en el Servicios de Urgencias con adultos, sino también en otros servicios de la institución de salud. La clarificar el rol desde la academia le permitirá al profesional desempeñarse desde sus funciones y trabajar interprofesionalmente, incluyendo al usuario y su familia. Los estudiantes deberían egresar con conocimientos básicos en el plan de alta de acuerdo con las condiciones propias de los servicios en los que se desarrollarán, considerando que la formación de pregrado es un escenario necesario para mejorar el cuidado al egreso. En las instituciones de salud es esencial promover espacios académicos de encuentro entre el personal de enfermería y otros profesionales de la salud para fomentar la discusión sobre el plan de alta para adultos en el Servicio de Urgencias.

6.2.4 Recomendaciones para el área administrativa

La enfermería ha de posicionarse no solamente en el Servicios de Urgencias, sino también en las demás dependencias de la institución como protagonista en la elaboración del plan de egreso, pues es un proceso fundamental de la atención. Se debe reconocer y delimitar las funciones del equipo de salud y de las condiciones necesarias desde el centro de salud, en cuanto a normativa, infraestructura y recursos humanos. El objetivo con ello es que el plan de alta incida tanto en el cuidado del usuario como de su familia en el hogar y que se establezca un compromiso de la enfermería y de otros profesionales de la salud.

Es fundamental para los sistemas de salud que se examine el reconocimiento que se le está dando a la enfermería en la capacidad, en la toma de decisiones, en la carga laboral y en la relación enfermero-paciente en el Servicio de Urgencias. De igual forma, debe existir un reconocimiento salarial que promueva el ahorro en el costo de las complicaciones de la enfermedad, el manejo eficiente de dispositivos, la prevención de efectos adversos, la satisfacción del usuario, la percepción de calidad y la confianza en el sistema.

Para el caso específico de Colombia, es asimismo necesario reflexionar sobre la legislación que habilite y reconozca las competencias para intervenir en el alta de la atención, la disponibilidad del talento humano de enfermería para otorgar el egreso. Pero no se deben omitir la discusión sobre los espacios adecuados y la tecnología asequible, puesto que el egreso debe ser guiado por un profesional debidamente capacitado.

Referencias

Abass, G., Asery, A., AlBadr, A.A., AlMaghlouth, A., AlOtaiby, S. & Heena, H. (2021). Patient satisfaction with the emergency department services at an academic teaching hospital. *J Family Med Prim Care*, *10*(1), 1718-1725. DOI: https://doi.org/DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_8_20

Abdul, N.I., Said, M., Saufi, M. & Sharini, A.N.S. (2020). Emergency department discharge instruction for mild traumatic brain injury: evaluation on readability, understandability, actionability and content. *Australas Emerg Care*, *23*(4), 240-246. DOI: https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.06.005

Acosta, A.M., Lima, M.A., Pinto, I.C. & Weber, L.A. (2020). Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaúcha Enferm*, *41*(Spe.), e20190155. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155

Agarwal, A.K., Foster, S., Garzón, C., Martino, B., Snider, C.K., Mazzone, L. *et al*. (2019). Nursing driven approaches to improving emergency department discharge. *Am J Emerg Med*, *37*(9), 1784-1787. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajem.2019.02.015

Alberti, T.L. & Nannini, A. (2013). Patient comprehension of discharge instructions from the emergency department: a literature review. *J Am Assoc Nurse Pract*, *25*(4), 186-194. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00767.x

Alqenae, F.A., Steinke, D. & Keers, R.N. (2020). Prevalence and nature of medication errors and medication-related harm following discharge from hospital to community settings: a systematic review. *Drug Saf*, *43*(6), 517-537. DOI: https://doi.org/10.1007/s40264-020-00918-3

Bay, E., & Strong, C. (2011). Mild traumatic brain injury: a Midwest survey of discharge teaching practices of emergency department nurses. *Adv Emerg Nurs J*, *33*(2), 181-

192. DOI: https://doi.org/10.1097/TME.0b013e318217c958

Benito, Ú. (2016). *Competencias y técnicas de enfermería en los servicios de urgencias*. Alicante: 3Ciencias, Editorial Área de Innovación y Desarrollo. DOI http://dx.doi.org/10.17993/Med.2016.36

Bergman, K. & Louis, C.S. (2016). Discharge instructions for concussion: are we meeting the patient needs? *J Trauma Nurs*, *23*(6), 327-333. DOI: https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000242

Blakemore, S. (2012). Plans to cut waiting times focus on patient discharge. *Emerg Nurse*, *20*(1), 5. https://doi.org/10.7748/en2012.04.20.1.5.p8046

Bonilla, A., Sánchez, M., Cabal, V., Vargas, L., Valle, R., Guarnizo *et al*. (2016). *Modelo de prestación de servicios de enfermería centrados en la persona y su familia*. Facultad de Enfermería, Universidad el Bosque. https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/5209

Buckley, B.A., Mccarthy, D.M., Forth, V.E., Tanabe, P., Schmidt, M.J., Adams, J.G., *et al*. (2013). Patient input into the development and enhancement of ED discharge instructions: a focus group study. *J Emerg Nurs*, *39*(6), 553-561. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.018

Cadogan, M.P., Phillips, L.R. & Ziminski, C.E. (2016). A perfect storm: care transitions for vulnerable older adults discharged home from the emergency department without a hospital admission. *Gerontologist,* *56*(2), 326-334. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/gnu017

Cetin-Sahin, D., Mccusker, J., Ciampi, A., Cossette, S., Vadeboncoeur, A., Vu, T.T.M., *et al*. (2021). Front-line emergency department nurses' and physicians' assessments of processes of elder-friendly care for quality improvement. *Int Emerg Nurs*, *58*(1), 101049. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101049

Chambergo-Michilot, D., Díaz-Barrera, M.E. y Benites-Zapata, V.A. (2021). Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, *38*(1), 136-142. DOI: https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6501

Chang, W., Goopy, S., Lin, C.C., Barnard, A., Liu, H.E. & Han, C.Y. (2016). Registered

nurses and discharge planning in a Taiwanese ED: a neglected issue? *Clinical Nursing Research*, *25*(5), 512-531. DOI: https://doi.org/10.1177/1054773815584138

Chidume, T. & Pass-Ivy, S. (2020). Student-novice nurse preparation: addressing barriers in discharge teaching. *Nurs Educ Perspect, 41*(2), 88-91. DOI: https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000498

Cieto, B.B., Garbuio, D.C., Camargo, V.B. & Napoleão, A.A. (2014). Nursing resources and innovations for hospital discharge: an integrative review. *Rev Min Enferm*, *18*(3), 758-763. DOI: https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140055

Coronado, K. (2015). Comment on “Emergency nurses’ perceptions of discharge processes for patients receiving schedule II and III medications for pain management in the Emergency Department”. *J Emerg Nurs*, *41*(6), 468-469. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.001

Costa, D.S., Mercieca-Bebber, R., Tesson, S., Seidler, Z. & López, A.L. (2019). Patient, client, consumer, survivor or other alternatives?: a scoping review of preferred terms for labelling individuals who access healthcare across settings. *BMJ Open*, *9*(3), e025166. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025166

Dermody, S., Hughes, M. & Smith, V. (2021). The effectiveness of pictorial discharge advice versus standard advice following discharge from the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *J Emerg Nurs*, *47*(1), 66-75. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.005

Desai, A.D., Popalisky, J., Simon, T.D. & Mangione-Smith, R.M. (2015). The effectiveness of family-centered transition processes from hospital settings to home: a review of the literature. *Hosp Pediatr*, *5*(4), 219-231. DOI: https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0097

Duignan, M., Gibbons, L., O’Connor, L., Denning, R., Honari, B. & McKenna, K. (2018). GPs’ opinions of discharge summaries generated by advanced nurse practitioners in emergency care settings. *Emerg Nurse*, *26*(4), 19-27. DOI: https://doi.org/10.7748/en.2018.e1818

Fermann, G. J., Levy, P. D., Pang, P., Butler, J., Ayaz, S. I., Char, D. *et al*. (2017). Design and rationale of a randomized trial of a care transition strategy in patients with acute heart failure discharged from the emergency department: GUIDED-HF (Get With the Guidelines in Emergency Department Patients With Heart Failure). *Circ Heart Fail*,

10(2), e003581. DOI: https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003581

Friy, M., Elliott, R., Curtis, K., Mei, J., Fitzpatrick, L., Groth, R. *et al*. (2021). Family members' perceptions of older person discharge from emergency departments. *Int J Older People Nurs*, *16*(3), e12365. DOI: https://doi.org/10.1111/opn.12365

Fuenzalida, C., Hernández, G., Ferro, I., Siches, C., Ambrós, À. & Coll-Vinent, B. (2017). Long-term benefits of education by emergency care nurses at discharge of patients with atrial fibrillation. *Int Emerg Nurs*, *35*(1), 7-12. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.006

Fuenzalida, C.I., Ferró, I., Siches, C., Ambrós, À., Sánchez, M., Cabrera, J. *et al*. (2015). Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación auricular. *Emergencias*, *27*(2), 75-81. https://medes.com/publication/98624

García, M.E. y Torrenteras, J. (2013). "Las intervenciones de enfermería" como patrón pedagógico de *e-learning*, wiki y aplicación móvil. *RED. Revista de Educación a Distancia,* (39), 104-125. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54729539007

Gallardo, K., Ortiz, V.T. y Giraldo, S.A. (2018). Revisión temática de plan de egreso: otra competencia en enfermería. *Rev Unimar*, *36*(1), 137-147. DOI: https://doi.org/10.31948/unimar.36-1.9

Geum, E., Joo, H., Lee, Y. & Man, Y. (2021). Effectiveness of discharge education with the teach-back method on 30-day readmission: a systematic review. *J Patient Saf*, *17*(4), 305-310. DOI: https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000596

Gozdzialski, A., Schlutow, M. & Pittiglio, L. (2012). Patient and family education in the emergency department: how nurses can help. *J Emerg Nurs*, *38*(3), 293-295. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.014

Gugelmann, H., Shofer, F.S., Meisel, Z.F. & Perrone, J. (2013). Multidisciplinary intervention decreases the use of opioid medication discharge packs from 2 urban EDs. *Am J Emerg Med*, *31*(9), 1343-1348. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajem.2013.06.002

Hall, J.N., Graham, J.P., McGowan, M. & Cheng, A.H. (2018). Using written instructions to improve the quality of emergency department discharge communication: an

interdisciplinary, patient-centered approach. *Am J Med Qual*, *33*(2), 216. DOI: https://doi.org/10.1177/1062860618755250

Hayajneh, A.A., Hweidi, I.M. & Abu, M.W. (2020). Nurses' knowledge, perception and practice toward discharge planning in acute care settings: a systematic review. *Nurs Open, 7*(5), 1313-1320. DOI: https://doi.org/10.1002/nop2.547

Hodges, R., Stepien, S. & Kim, L.Y. (2021). Quality improvement: using teach-back to improve patient satisfaction during discharge in the emergency department. *J Emerg Nurs*, *47*(6), 870-878. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2021.05.006

Hunt-O'Connor, C., Moore, Z., Patton, D., Nugent, L., Avsar, P. & O'Connor, T. (2021). The effect of discharge planning on length of stay and readmission rates of older adults in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews. *J Nurs Manag, 29*(8), 2697-2706. DOI: https://doi.org/10.1111/jonm.13409

Hwang, U., Dresden, S.M., Rosenberg, M.S., Garrido, M.M., Loo, G., Sze, J. *et al*. (2018). Geriatric emergency department innovations: transitional care nurses and hospital use. *J Am Geriatr Soc*, *66*(3), 459-466. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.15235.

Ingram, J.C., Powell, J.E., Blair, P.S., Pontin, D., Redshaw, M., Manns, S. *et al*. (2016). Does family-centred neonatal discharge planning reduce healthcare usage?: a before and after study in South West England. *BMJ Open*, *6*(3), e010752. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010752

Ingram, S.J., McKee, G., Quirke, M.B., Kelly, N. & Moloney, A. (2017). Discharge of non-acute coronary syndrome chest pain patients from emergency care to an advanced nurse practitioner-led chest pain clinic: a cross-sectional study of referral source and final diagnosis. *J Cardiovasc Nurs*, *32*(2), E1-E21. DOI: https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000374

Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *Critical appraisal tools*. Adelaide: University of Adelaide. https://jbi.global/critical-appraisal-tools.

Jónasdóttir, R.J., Klinke, M.E. & Jónsdóttir, H. (2016). Integrative review of nurse-led follow-up after discharge from the ICU. *J Clin Nurs*, *25*(1-2), 20-37. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.12939

Kang, E., Gillespie, B.M., Tobiano, G. & Chaboyer, W. (2018). Discharge education delivered to general surgical patients in their management of recovery post discharge:

a systematic mixed studies review. *Int J Nurs Stud*, *87*, 1-13. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.004

Kessler, C., Williams, M.C., Moustoukas, J.N. & Pappas, C. (2013). Transitions of care for the geriatric patient in the emergency department. *Clin Geratr Med, 29*(1), 49-69. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.10.005

King, R., Sanders, T. & Tod, A. (2021). Shortcuts in knowledge mobilization: an ethnographic study of advanced nurse practitioner discharge decision-making in the emergency department. *J Adv Nurs*, *77*(7), 3156-3167. DOI: https://doi.org/10.1111/jan.14834

Klingbeil, C. & Gibson, C. (2018). The teach back project: a system-wide evidence based practice implementation. *J Pediatr Nurs*, *42*, 81-85. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.002

Kokorelias, K.M., Gignac, M.A., Naglie, G. & Cameron, J.I. (2019). Towards a universal model of family centered care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, *19*(1), 564. DOI: https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5

Lemus, S., Hamui, A.P., Ixtla, M. y Maya, A.P. (2017). Una mirada crítica sobre la noción paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Rev Conamed, 22*(2), 98-103. https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172h.pdf

Limpahan, L.P., Baier, R.R., Gravenstein, S., Liebmann, O. & Gardner, R.L. (2013). Closing the loop: best practices for cross-setting communication at ED discharge. *Am J Emerg Med*, *31*(9), 1297-1301. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajem.2013.04.017

Lou, X. & Xu, H. (2021). The effectiveness of an emergency department nursing intervention on psychological symptoms and self-care capacities: a randomized controlled study protocol. *Medicine (Baltimore)*, *100*(21), e24763. DOI: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000024763

Luther, B., Wilson, R.D., Kranz, C., & Krahulec, M. (2019). Discharge processes: what evidence tells us is most effective. *Orthop Nurs*, *38*(5), 328-333. DOI: https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000601

Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A. & Pellet, J. (2016). Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a

systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, *14*(9), 217-260. DOI: https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003085

Mäkinen, M., Castrén, M., Huttunen, K., Sundell, S., Kaartinen, J., Ben-Meir, M. *et al*. (2019). Assessing the discharge instructing in the emergency department: patient perspective. *Int Emerg Nurs*, *43*(1), 40-44. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.07.005

Manterola, C. y Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *Int. J. Morphol*, *33*(3), 1156-1164. DOI: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056

Ortiz, A. M. (2019). *El rol de enfermería en urgencias, emergencias y desastres* [monografía de pregrado]. Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Adventista. http://repository.unac.edu.co/handle/11254/914

Munn, Z., Peters, M.D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between systematic or scoping review approach. *BMC Med Res Methodol*, *18*(1), 143. DOI: https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x

Norton, C. (2018). Concussion in sport: the importance of accurate and reliable discharge advice. *Emerg Nurse, 25*(10), 35-42. DOI: https://doi.org/10.7748/en.2018.e1724

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M, Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D. *et al*. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*, *74*(9), 790-799. DOI: https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016

Palonen, M., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. (2016). Family involvement in emergency department discharge education for older people. *J Clin Nurs*, *25*(21-22), 3333-3344. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.13399

Palonen, M., Kaunonen, M., Helminen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2015). Discharge education for older people and family members in emergency department: a cross-sectional study. *Int Emerg Nurs, 23*(4), 306-311. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.02.003

Peters, M.D, Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A.C. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. In: E. Aromataris & Z. Munn (Eds.). *JBI manual for evidence synthesis*. Adelaide: Joanna Briggs Institute (JBI). DOI: https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Peters, M.D., Godfrey, C.M., McInerney, P., Baldini, C. Khalil, H. & Parker., D. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Joanne Briggs Institute. https://nursing.lsuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf

Perseus Digital Library (2022). *Latin Word Study Tool: interventio*. Tufts University. http://www.perseus.tufts.edu/hopper/morph?l=interventio&la=la

Phonpruk, K., Flowers, K., Fulbrook, P. & Naughton, G. (2018). Paediatric emergency nurses' perceptions of parents' understanding of discharge information: a qualitative study. *Australas Emerg Care*, *21*(2), 56-63. DOI: https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.05.001

Potter, P.A. (2019). The health care delivery system. In: Potter, P.A., Griffin, A., Stockert, P.A., & Hall, A.M. *Essentials for nursing practice* (9th ed.) (pp. 29-47). Elsevier.

Ripari, N.V., Elorza, M.E. y Moscoso, N.S. (2017). Costos de enfermedades: clasificación y perspectivas de análisis. *Rev Cienc Salud*, *15*(1), 49-58. DOI: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5376

Rising, K.L., Lanoue, M.D., Gerolamo, A.M., Doty, A.M., Gentsch, A.T. & Powell, R.E. (2019). Patient uncertainty as a predictor of 30-day return emergency department visits: an observational study. *Acad Emerg Med*, *26*(5), 501-509. DOI: https://doi.org/10.1111/acem.13621

Robinson, T.E., Zhou, L., Kerse, N., Scott, J.D., Christiansen, J.P., Holland, K. *et al* (2015). Evaluation of a New Zealand program to improve transition of care for older high risk adults. *Australas J Ageing*, *34*(4), 269-274. DOI: https://doi.org/10.1111/ajag.12232

Rodríguez-Páez, F.G., Jiménez-Barbosa, W.G. y Palencia-Sánchez, F. (2018). Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: un análisis desde el triaje. *Univ Salud*, *20*(3), 215-226. DOI: https://doi.org/10.22267/rus.182003.124

Rosted, E., Wagner, L., Hendriksen, C. & Poulsen, I. (2012). Geriatric nursing assessment and intervention in an emergency department: a pilot study. *Int J Older People Nurs, 7*(2), 141-151. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00323.x

Schultz, H., Qvist, N., Mogensen, C.B. & Pedersen, B.D. (2014). Discharge from an emergency department observation unit and a surgical assessment unit: experiences

of patients with acute abdominal pain. *J Clin Nurs*, *23*(19-20), 2779-2789. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.12527

Sepúlveda-Pacsi, A.L. (2019). Emergency nurses' perceived confidence in participating in the discharge process of congestive heart failure patients from the emergency department: a quantitative study. *Hisp Health Care Int*, *17*(1), 30-35. DOI: https://doi.org/10.1177/1540415318818983

Sheele, J.M., Bhangu, J., Wilson, A., & Mandac, E. (2019). Patient preference for medical information in the emergency department: post-test survey of a random allocation intervention. *J Emerg Nurs*, *45*(5), 517-522. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.05.009

Siow, E., Man, S., Lin, K., Dat, R.S., Chow, K. & Ying, S. (2019). Factors and post-discharge outcomes associated with patients' readiness for discharge from the emergency medicine ward: a prospective study. *Int Emerg Nurs*, *46*(1), 100773. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.04.002

Šteinmiller, J., Routasalo, P. & Suominen, T. (2015). Older people in the emergency department: a literature review. *Int J Older People Nurs, 10*(4), 284-305. DOI: https://doi.org/10.1111/opn.12090

Stevens, L., Fry, M., Browne, M. & Barnes, A. (2019). Fast track patient`s satisfaction, compliance and confidence with emergency department discharge planning. *Australas Emerg Care*, *22*(2), 87-91. DOI: https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.01.004

Stevens, L., Fry, M., Jacques, M., & Barnes, A. (2020). Perceptions and experience of emergency discharge as reported by nurses and medical officers. *Australas Emerg Care*, *23*(1), 55-61. DOI: https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.12.002

Stevens, M.B., Hastings, S.N., Powers, J., Vandenberg, A.E., Echt K.V., Bryan, W.E. *et al*. (2015). Enhancing the Quality of Prescribing Practices for older veterans discharged from the Emergency Department (EQUiPPED): preliminary results from enhancing quality of prescribing practices for older veterans discharged from the emergency department, a novel multicomponent interdisciplinary quality improvement initiative. *J Am Geriatr Soc*, *63*(5), 1025-1029. DOI: https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jgs.13404

Suárez, M., García, M.Á. & Martín-Sánchez, F.J. (2019). Intervención enfermera en el

paciente anciano frágil dado de alta desde los servicios de urgencias. *Enferm Clín*, *29*(1), 60-61. DOI: https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.001

Torres, F., Zacarés, J.J. y García, O.F. (2020). Convertirse en adulto hoy: la «transición interminable». En: Sandoval-Obando, E. Serra, E. y García, O.F. (Eds.). *Nuevas miradas en psicología del ciclo vital* (pp. 121-152). RIL Editores/Universidad Autónoma de Chile.

Treviño, J.G. (2021). *Urgencia*. Santiago de Chile: Etiimologías de Chile. http://etimologias.dechile.net/?urgencia

Vashi, A. & Rhodes, K.V. (2011). “Sign right here and you’re good to go”: a content analysis of audiotaped emergency department discharge instructions. A*nn Emerg Med, 57*(4), 315-322. DOI: https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2010.08.024

Verdejo, C., Tapia-Benavente, L., Schuller-Martínez, B., Vergara-Merino, L., Vargas-Peirano, M. & Silva-Dreyer, A.M. (2021). What you need to know about scoping reviews. *Medwave, 21*(2), e8144. DOI: https://doi.org/10.5867/medwave.2021.02.8144

Veronovici, N.R., Lasiuk, G.C., Rempel, G.R. & Norris, C.M. (2014). Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: an integrative review. *Eur J Cardiovasc Nurs*, *13*(1), 22-31. DOI: https://doi.org/10.1177/1474515113504863

Waszak, D.L., Mitchell, A.M., Ren, D. & Fennimore, L.A. (2018). A quality improvement project to improve education provided by nurses to ED patients prescribed opioid analgesics at discharge. *J Emerg Nurs*, *44*(4), 336-344. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.09.010

Webster, L.B. & Shirley, J.L. (2016). No need to object: ethical obligations for interprofessional collaboration in emergency department discharge planning. *Annu Rev Nurs Res*, *34*(1), 183-198. DOI: https://doi.org/10.1891/0739-6686.34.183

Weiss, M.E., Yakusheva, O, & Bobay, K.L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Serv Res*, *46*(5), 1473-1494. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01267.x

Wilkin, Z.L. (2020). Effects of video discharge instructions on patient understanding: a prospective, randomized trial. *Adv Emerg Nurs J*, *42*(1), 71-78. DOI:

https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000279

Winokur, E.J., Rutledge, D.N., & McGowan, J.J. (2019). A picture is worth a thousand words: pictographs to improve understanding of discharge instructions. *J Emerg Nurs*, *45*(5), 531-537. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.01.007

Wood, E.B., Harrison, G., Trickey, A., Friesen, M.A., Stinson, S., Rovelli, E. *et al*. (2017). Evidence-based practice: video-discharge instructions in the pediatric emergency department. *J Emerg Nurs*, *43*(4), 316-321. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.11.003

Zhou, H., Roberts, P.A. & Della, P.R. (2021). Nurse-caregiver communication of hospital-to-home transition information at a tertiary pediatric hospital in Western Australia: a multi-stage qualitative descriptive study. *J Pediatr Nurs*, *60*, 83-91. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.017

Anexo A. Resumen de las características de las publicaciones

Autor/año publicación	Tipo de publicación	Enfoque	País	Diseño	Muestra	Objetivo
Bay *et al*., 2011	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, descriptivo transversal	Enfermeros (87)	Determinar en qué medida las prácticas de alta en el Servicio de Urgencias se ajustaban a las directrices de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) contenidas en el plan de atención de la Evaluación de Conmociones Cerebrales Agudas
Vashi *et al*., 2011	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Estados Unidos	Cuantitativo, descriptivo transversal	Instrucciones de alta de enfermeros y médicos (477)	Evaluar cuantitativa y cualitativamente la calidad y el contenido de las instrucciones verbales de alta en dos servicios de urgencias
Weiss *et al*., 2011	Artículo científico	Enfermería y Administración de Empresas	Estados Unidos	Cuantitativo, datos de panel	Pacientes (1760)	Determinar el impacto de la dotación de personal de enfermería a nivel de la unidad en la calidad de la enseñanza

						del alta, la percepción del paciente de la preparación para el alta y el reingreso posterior al alta y las visitas al Servicio de Urgencias y el costo-beneficio de los ajustes en la dotación de personal de enfermería de la unidad
Rosted *et al*., 2012	Artículo científico	Enfermería	Dinamarca	Cuantitativo, intervención longitudinal piloto	Pacientes (150)	Describir y probar un modelo de evaluación e intervención de enfermería estructurada para personas mayores dadas de alta del Servicio de Urgencias
Blakemore, 2012	Artículo periodístico	Enfermería	Irlanda	NA	NA	NA
Gozdzialski *et al*., 2012	Artículo periodístico	Enfermería	Estados Unidos	NA	NA	Discutir la importancia de la enseñanza del alta para el paciente y su familia en el contexto de urgencias
Alberti *et al*., 2013	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Revisión de literatura	Artículos sobre la educación de enfermería al	Examinar las investigaciones publicadas entre los años 1995 y 2010 que evalúan la comprensión del paciente de las instrucciones de alta del

					alta del Servicio de Urgencias (21)	Servicio de Urgencias o de los contextos de atención urgente
Limpahan *et al*., 2013	Artículo científico	Enfermería, Medicina, Farmacia	Estados Unidos	Prácticas clínicas	NA	Desarrollar pautas de mejores prácticas del Servicio de Urgencias para mejorar la comunicación durante las transiciones de atención al paciente
Kessler *et al*., 2013	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Estados Unidos	Revisión de literatura	Artículos	Presentar una síntesis de la literatura científica actual sobre las transiciones de la atención al paciente geriátrico en el Servicio de Urgencias
Buckley *et al*., 2013	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cualitativo, descriptivo	Pacientes (14)	Obtener la opinión directa de los pacientes para informar sobre las revisiones específicas de los documentos de alta creados a través de un enfoque guiado por la alfabetización e identificar los temas comunes dentro de los comentarios de los pacientes que pueden servir como marco

						para la creación de documentos de alta en el futuro
Gugelmann *et al*., 2013	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Estados Unidos	Cuantitativo, intervención longitudinal	Pacientes (35 649)	Evaluar una intervención educativa multidisciplinaria para determinar si disminuiría los paquetes de opiáceos dispensados en el Servicio de Urgencias al momento del alta
Schultz *et al*., 2014	Artículo científico	Enfermería	Dinamarca	Cualitativo, fenomenológico comparativo	Pacientes (10)	Investigar las experiencias de los pacientes con dolor abdominal agudo al alta de una unidad de observación del Servicio de Urgencias en comparación con el alta de una unidad de evaluación quirúrgica
Robinson *et al*., 2015	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Nueva Zelanda	Cuantitativo, intervención longitudinal cuasi-experimental	Pacientes (5 239)	Evaluar una intervención en personas mayores de 65 años con ingreso médico agudo y alto riesgo de reingreso en el Servicio de Urgencias
Coronado, 2015	Artículo periodístico	Enfermería	Estados Unidos	NA	NA	Destacar la necesidad de que enfermería apoye la investigación para mejorar los

						procesos de alta en el Servicio de Urgencias
Fuenzalida *et al.*, 2015	Artículo científico	Enfermería	España	Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Pacientes (240)	Evaluar si una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias en pacientes con fibrilación auricular (FA) aumenta el conocimiento sobre la arritmia y su tratamiento y disminuye complicaciones e ingresos asociados
Š teinmiller *et al*., 2015	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Finlandia	Revisión de literatura	Artículos (25)	Examinar los estudios de las personas mayores como pacientes en el Servicio de Urgencias, sus motivos de visita a este servicio, los factores que afectaban el proceso de alta y los factores asociados a la vuelta al Servicio de Urgencias
Palonen *et al*., 2015	Artículo científico	Enfermería	Finlandia	Cuantitativo, observacional-transversal	Pacientes (135) y familiares (128)	Examinar la asociación de la educación para el alta con la preparación para el alta entre pacientes mayores y sus

						familiares en uno de emergencias
Stevens *et al*., 2015	Artículo científico	Enfermería, Medicina, Farmacia	Estados Unidos	Cuantitativo, intervención longitudinal	Pacientes (4 042)	Evaluar una intervención para mejorar la calidad de las prácticas de prescripción — reducir el uso de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM)— durante el alta para veteranos mayores dados en el Servicio de Urgencias (EQUiPPED)
Cadogan *et al*., 2016	Artículo científico	Enfermería, Medicina, Farmacia, Trabajo Social, etc.	Estados Unidos	Cualitativo, descriptivo	Enfermeros, médicos, farmaceutas y trabajadores sociales	Describir desde la perspectiva de los proveedores del Servicio de Urgencias los factores que influyen en la calidad y la seguridad de las transiciones al hogar desde el servicio para adultos mayores vulnerables
Palonen *et al*., 2016	Artículo científico	Enfermería	Finlandia	Cualitativo, descriptivo	Enfermeros (15), pacientes (7) y cuidadores (5)	Describir las experiencias de los usuarios mayores del Servicios de Urgencias y enfermeros con respecto a la educación al alta

Chang *et al*., 2016	Artículo científico	Enfermería	Taiwán	Cualitativo, descriptivo	Enfermeros (25)	Identificar las percepciones de las enfermeras de urgencias sobre los factores que influyen en la implementación de la planificación del alta
Webster *et al*., 2016	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Prácticas Clínicas	NA	Establecer un argumento normativo y un motivo para la reforma de políticas de acuerdo con las obligaciones éticas para la colaboración interprofesional en la planificación del alta del Servicio de Urgencias
Bergman *et al*., 2016	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Revisión de literatura	Pacientes (12)	Evaluar la satisfacción de los pacientes con un folleto de educación postconmoción cerebral en comparación con las instrucciones de alta estándar
Fermann *et al*., 2017	Protocolo de investigación	Enfermería y Medicina	Estados Unidos	Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo aleatorizado multicéntrico	Pacientes (700)	Evaluar una intervención de atención de transición en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda que son dados de alta del Servicio de Urgencias.

Fuenzalida *et al*., 2017	Artículo científico	Enfermería y Medicina	España	Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Pacientes (240)	Determinar si una intervención educativa por parte de las enfermeras al alta del Servicio de Urgencias en pacientes con fibrilación auricular (FA) disminuye complicaciones a los tres meses de seguimiento
Ingram *et al*., 2017	Artículo científico	Enfermería	Irlanda	Cuantitativo, observacional transversal	Pacientes (1041)	Evaluar los resultados de los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) dados de alta del Servicio de Urgencias a una clínica de dolor torácico dirigida por una enfermera de cardiología avanzada y compararlos por tipo de derivación (enfermera o médico del Servicio de Urgencias)
Waszak *et al*., 2018	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, observacional de cohorte	Enfermeros (36)	Evaluar la iniciativa de educación basada en evidencia impartida por enfermeras para pacientes a los que se les recetó un opioide en un Servicio de Urgencias

Duignan *et al*., 2018	Artículo científico	Enfermería	Irlanda	Cuantitativo, descriptivo transversal	Médicos (120)	Describir la percepción de los médicos de cabecera sobre el contenido de los resúmenes de alta generados por enfermeras de práctica avanzada de emergencia (EANP)
Norton, 2018	Artículo científico	Enfermería	Australia	Prácticas clínicas	NA	Describir tanto la anatomía normal del cerebro como la fisiopatología de la conmoción cerebral y analizar las pautas de egreso del Servicio de Urgencias dadas por la enfermería para regresar a las actividades deportivas después de esta lesión
Hwang *et al*., 2018	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, observacional de cohorte prospectivo	Pacientes (57 287)	Evaluar el efecto de la exposición a una enfermera de cuidados transicionales durante una visita al Servicio de Urgencias sobre el riesgo de ingreso hospitalario, ingreso a los días posteriores a la visita y visitas al Servicio de Urgencias

Hall *et al*., 2018	Resumen de investigación	Enfermería	Canadá	NA	NA	Aumentar en un 30% la proporción de pacientes dados de alta de urgencias con instrucciones de alta escritas en un plazo de siete meses
Rising *et al*., 2019	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, intervención longitudinal piloto	Pacientes (156)	Examinar la relación entre la incertidumbre del paciente al momento del alta del Servicio de Urgencias medida por la *Escala de incertidumbre* (U-scale) y las visitas posteriores al Servicio de Urgencias a los treinta días
Suárez *et al*., 2019	Artículo periodístico	Enfermería	España	NA	NA	Compartir las experiencias en la detección del paciente frágil y la intervención de enfermera gestora de casos (NCM. por sus siglas en inglés) en pacientes que son dados de alta directamente de un Servicio de Urgencias
Sepúlveda-Pacsi *et al*., 2019	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, descriptivo transversal	Enfermeros (22)	Conocer la autoconfianza percibida por los enfermeros titulares del Servicio de Urgencias en las tareas de alta

						con pacientes con insuficiencia cardíaca estabilizada
Mäkinen *et al.*, 2018	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Finlandia	Cuantitativo, descriptivo transversal	Pacientes (132)	Evaluar si el personal de urgencias consigue instruir al paciente al momento del alta, determinando cómo afronta el paciente su tratamiento en casa
Stevens *et al*., 2019	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Australia	Cuantitativo, descriptivo exploratorio	Pacientes (100)	Explorar la experiencia, la confianza, la satisfacción y las percepciones de los pacientes dados de alta recientemente del Servicio de Urgencias
Siow *et al*., 2019	Artículo científico	Enfermería y Medicina	China	Cuantitativo, observacional-longitudinal	Pacientes (184)	Examinar los factores y los resultados asociados con la preparación para el alta hospitalaria (RHD. por sus siglas en inglés) de los pacientes en un Servicio de Urgencias
Agarwal *et al*., 2019	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, intervención longitudinal piloto descriptivo	Enfermeros	Evaluar el impacto de los enfoques innovadores de ciclo rápido impulsados por la enfermería en LWOT —*Left Without Treatment*: pacientes

						que se van sin tratamiento; se incluyen a aquellos que ven a un proveedor y se van antes del tratamiento o aquellos que se van sin ser vistos por un proveedor durante su estadía—
Acosta *et al*., 2020	Artículo científico	Enfermería	Brasil	Cuantitativo, observacional transversal epidemiológico	Pacientes (117) y cuidadores (81)	Evaluar la calidad de la transición de los cuidados de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles desde el alta del Servicio de Urgencias hasta el domicilio
Stevens *et al*., 2020	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Australia	Cualitativo, descriptivo	Enfermeros (6), enfermeros practicantes (3) y médicos (12)	Explorar la experiencia y las percepciones de las enfermeras registradas, las enfermeras practicantes y los funcionarios médicos sobre las prácticas y los procesos de alta del Servicio de Urgencias
Abdul *et al*., 2020	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Malasia	Revisión de literatura	Instrucciones de alta (81)	Evaluar la comprensibilidad, la capacidad de acción y la legibilidad de las instrucciones escritas de alta disponibles en el Servicio de Urgencias de los

						hospitales públicos y comparar el contenido de las instrucciones de alta con los consejos escritos de alta recomendados por las guías de práctica clínica del Ministerio de Sanidad, el Instituto Nacional para la Salud y la Red de Directrices Intercolegiales
Wilkin, 2020	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Pacientes (6)	Evaluar los efectos de las instrucciones en video sobre la comprensión del paciente de sus instrucciones de alta del Servicio de Urgencias
Cetin-Sahin *et al*., 2021	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Canadá	Cuantitativo, observacional transversal	Enfermeros (38) y médicos (36)	Evaluar y comparar entre las enfermeras y los médicos de primera línea del servicio de emergencias las calificaciones de los indicadores de calidad del proceso de atención en el Servicio de Urgencias amigables para los ancianos; la variabilidad en las

						calificaciones; y la validez concurrente de las calificaciones con respecto a la calidad general percibida de la atención geriátrica
Hodges *et al*., 2021	Artículo científico	Enfermería	Estados Unidos	Cuantitativo, intervención longitudinal	Pacientes (2 570 pre-intervención y 4694 post-intervención	Determinar si la enseñanza dirigida por enfermeras al alta podría mejorar la satisfacción del paciente con la información del alta hasta la meta del Servicio de Urgencias 64,4% o más
Abass *et al*., 2021	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Arabia Saudita	Cuantitativo, observacional transversal	Pacientes (200)	Explorar la satisfacción del paciente en relación con los servicios de atención médica del Servicio de Urgencias
Lou *et al*., 2021	Protocolo de investigación	Enfermería	China	Cuantitativo, intervención longitudinal de ensayo controlado aleatorizado	Pacientes (200)	Evaluar el impacto de una intervención de enfermería en el Servicio de Urgencias en las nuevas visitas al servicio, las percepciones de los pacientes sobre la continuidad de la atención, las percepciones de la enfermedad, las

						capacidades de autocuidado y los síntomas psicológicos
King *et al*., 2021	Artículo científico	Enfermería	Inglaterra	Cualitativo, etnografía	Enfermeros (9) y consultores de urgencias (4)	Comprender cómo las enfermeras practicantes avanzadas utilizan el conocimiento para informar su toma de decisiones de alta en el Servicio de Urgencias
Dermody *et al*., 2021	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Estados Unidos	Revisión de literatura	Artículos (4)	Examinar la evidencia disponible para determinar la efectividad de los consejos pictóricos de alta en comparación con los consejos de alta estándar en el Servicio de Urgencias
Friy *et al*., 2021	Artículo científico	Enfermería y Medicina	Australia	Cuantitativo, observacional descriptivo exploratorio	Cuidadores (133)	Explorar las perspectivas de los miembros de la familia sobre el alta de las personas mayores del Servicio de Urgencias para informar nuevos modelos de atención alternativos o innovadores