

Facultade de Enfermaría e Podoloxía



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN **ENFERMERÍA**

Curso académico 2016 /2017

La influencia de la comunicación enfermera en el grado de satisfacción de pacientes mayores terminales y de sus acompañantes durante los cuidados paliativos.

Revisión Sistemática

Arianna Améndola Pin

Director(es): María Sobrido Prieto

Tutor/res:

María Sobrido Prieto

ÍNDICE

<u>ÍNDICE DE ACRÓNIMOS</u>	<u>5</u>
<u>ÍNDICE DE TABLAS</u>	<u>6</u>
<u>RESUMEN</u>	<u>7</u>
<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	<u>10</u>
<u>2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO</u>	<u>13</u>
<u>3. METODOLOGÍA</u>	<u>14</u>
3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	14
3.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	14
3.2.1. BÚSQUEDA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS	14
3.2.2. BÚSQUEDA DE ESTUDIOS ORIGINALES	15
3.3. ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES	16
3.3.1. RELACIONADAS CON LA PUBLICACIÓN	16
3.3.2. RELACIONADAS CON EL ÁMBITO DE ESTUDIO	17
3.3.3. RELACIONADAS CON EL ÁMBITO ENFERMERO	17
3.4. SELECCIÓN DE ARTÍCULOS Y ELIMINACIÓN DE DUPLICADOS	17
<u>4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</u>	<u>19</u>
4.1. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS	19
4.2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA DE ESTUDIOS ORIGINALES	19
4.2.1. LA COMUNICACIÓN	22
4.2.2. EL APOYO	23
4.2.3. LA SATISFACCIÓN	25
<u>5. LIMITACIONES</u>	<u>31</u>
<u>6. CONCLUSIÓN</u>	<u>32</u>
<u>7. BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>33</u>

ANEXOS	35
ANEXO 1: RESULTADOS Y SELECCIÓN DE LA BÚSQUEDA DE REVISIONES SISTEMÁTICAS	35
ANEXO 2: RESULTADOS Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS ORIGINALES	36

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

CP: Cuidados paliativos.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
VH: Virginia Henderson.
RAE: Real Academia de la lengua Española.
RS: Revisión sistemática.
CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.
EE.UU.: Estados Unidos de América.
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I - Criterios de inclusión y exclusión _____	14
Tabla II - Búsqueda de RS _____	14
Tabla III - Búsqueda de estudios originales _____	15
Tabla IV - Relacionadas con la publicación (1) _____	20
Tabla V - Relacionadas con la publicación (2) _____	21
Tabla VI - Relacionadas con el ámbito enfermero _____	27

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos (CP) surgen 20 años después de la Segunda Guerra Mundial, en Reino Unido. En España, es en 1982 cuando se inicia el primer programa de CP en Valdecilla. La comunicación y el apoyo constituyen un pilar básico para una buena satisfacción y desarrollo de los CP. En el modelo enfermero de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se hace referencia a estos aspectos dentro de la necesidad de comunicación con los demás y de la necesidad de creencias y valores.

Objetivo: Conocer la percepción de los pacientes paliativos y de sus acompañantes sobre como afecta la comunicación y el apoyo enfermero a su nivel de satisfacción.

Metodología: La búsqueda ha sido realizada en tres bases de datos del ámbito sanitario (Medline, CINAHL y Web of Science), durante el mes de marzo del 2017. La estrategia de búsqueda ha sido limitada en función de los años (desde el 2012 hasta la actualidad), de la edad (mayor o iguales a 65 años) y del idioma (español e inglés). Además, se han contemplado una serie de variables: relacionadas con la publicación (tipo de estudio, muestra, relación paciente/acompañante y profesionales.), con el ámbito de estudio (localización y unidad) y con el ámbito enfermero (comunicación, apoyo y satisfacción). Para la eliminación de duplicados, se ha empleado un gestor de referencias.

Resultados: Se encontraron 0 revisiones sistemáticas que tratasen el tema de estudio y 122 estudios cualitativos. Del total solo han sido seleccionados cuatro, por cumplir criterios.

Conclusiones: La comunicación y el apoyo dependiendo de su práctica o ausencia influyen de manera positiva o negativa en la satisfacción de los pacientes terminales y de sus acompañantes. Sin embargo, es necesaria más investigación para poder generalizar esta afirmación.

Palabras clave: relación enfermera-paciente, relación profesional-familiar, cuidados terminales.

RESUMO

Introdución: Os cuidados paliativos (CP) xorden 20 anos despois da Segunda Guerra Mundial, no Reino Unido. En España, é en 1982 cando se incia o primeiro programa de CP en Valdecilla. A comunicación e o apoio constituen un pilar básico para unha boa satisfacción e desenvolvemento dos CP. No modelo enfermeiro das 14 necesidades de Virginia Henderson, faise referencia a estes aspectos dentro da necesidade de comunicación cos demais e da necesidade de creencias e valores.

Obxectivo: Coñecer a percepción dos pacientes paliativos e dos seus acompañantes sobre como afecta a comunicación y o apoio enfermeiro ao seu nivel de satisfacción.

Metodoloxía: A búsqueda realizouse en tres bases do ámbito sanitario (Medline, CINAHL e Web of Science),, durante o mes de marzo do 2017. A estratexia de búsqueda limitouse en función dos anos (dende o 2012 hata a actualidade), da idade (maiores o iguais a 65 anos) e do idioma (español e inglés). Ademais, contempláronse unha serie de variables relacionadas: coa publicación (tipo de estudo, mostra, relación pacientes/acompañantes e profesionais), co ámbito de estudo (localización e unidade) e co ámbito enfermeiro (comunicación, apoio e satisfacción). Para a eliminación de duplicados, empregouse un xestor de referencias.

Resultados: Encontráronse 0 revisións sistemáticas que traten o tema de estudo e 122 estudos cualitativos. Do total solo seleccionáronse catro, por cumprir criterios.

Conclusión: A comunicación e o apoio dependendo da súa práctica o ausencia influen de maneira positiva ou negativa na satisfacción dos pacientes termináis e dos seus acompañantes. Sen embargo, é necesaria máis investigación para poder xeneralizar esta afirmación.

Palabras clave: relación enfermeira-paciente, relación profesional-familiar, cuidados termináis.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care (PC) emerges 20 years after World War II, in the United Kingdom. In Spain, it was in 1982 when the first PC program began in Valdecilla. Communication and support constitute the basics for good satisfaction and development of the PC. In the nurse model of Virginia Henderson's 14 needs, these elements are reference within the need to communicate with others and the need for beliefs and values.

Aim: To know the perception of palliative patients and their companions about how communication and nursing support affects their level of satisfaction.

Methodology: The research has been conducted in three health databases (Medline, CINAHL and Web of Science) during March 2017. The search strategy has been limited according to the years (from 2012 to the present), to the patients ages (+65 years) and to the language (Spanish and English). In addition, a series of variables were contemplated related to: the publication (type of study, simple, patient/companion relationships and professionals), the study scope (location and hospital unit) and the nursing field (communication, support and satisfaction). A reference manager has been used in order to remove the duplicates.

Outcomes: We found 0 systematic reviews dealing with the topic of study and 122 qualitative studies. Of the total, only four have been selected because they meet criteria.

Conclusions: Communication and support depending on their practice or absence influence positively or negatively the satisfaction of palliative patients and their companions. However, more research is needed to be done, to be able to generalize this statement.

Keywords: nurse-patient relations, professional-family, terminal care.

1. INTRODUCCIÓN

El final de la Segunda Guerra Mundial (1945) supuso el comienzo de un período de desarrollo tecnológico en todos los ámbitos y, más concretamente, en el de la salud. La mayoría de los países industrializados incrementaron su inversión en la atención sanitaria y en una mayor tecnificación de la salud. Estos avances trajeron consigo consecuencias positivas, como el desarrollo de aparatos y técnicas más potentes y efectivas, que de modo directo o indirecto, han supuesto la resolución de muchas enfermedades o la reducción de la mortalidad.¹ Como contrapartidas negativas, el hombre fue considerado como una máquina en la que primaba la atención de los aspectos físicos, pasando a un segundo plano sus sentimientos y emociones, de manera que quedó en el olvido la humanización de los cuidados.

El concepto de los cuidados paliativos (CP) surge en Reino Unido 20 años después (1960-1970), con el fin de atender las necesidades de los enfermos terminales y de sus acompañantes. En España no es hasta 1982, cuando se inicia el primer programa de CP en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, seguido del Hospital Santa Creu de Vic (Barcelona) en 1987. Desde entonces, el número de programas que se han desarrollado en España ha experimentado un crecimiento constante, añadiéndose cada año una media de 10 nuevos programas.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los CP como “un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de una identificación temprana, evaluación y tratamiento correcto del dolor y otros problemas físicos, psicosociales o espirituales.” Diversos estudios sustentan esta definición y además recalcan la importancia de la

comunicación, el apoyo y el cuidado coordinado entre el equipo sanitario, los pacientes y los acompañantes para poder ofrecer CP adecuados a las necesidades.³⁻⁵

En el ámbito enfermero, los CP son un pilar básico en el desarrollo de las funciones, y es que los diferentes modelos de enfermería existentes contemplan la valoración de sus características, anteriormente nombradas. En España, el modelo de enfermería más empleado es el de Virginia Henderson (VH). Este define que el rol de la enfermería consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlos durante la etapa final de la vida para proporcionarles una muerte digna. Dentro de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se recogen la necesidad de comunicación y la necesidad de creencias y valores. En ambas se integra el apoyo, pues los pensamientos, sentimientos y emociones están íntimamente ligados a las alteraciones de la salud tanto físicas como psicológicas.⁶

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), la comunicación es un medio para transmitir señales mediante un código común entre el emisor y el receptor. Hay estudios que la definen como una herramienta para explorar las preocupaciones y proporcionar consuelo a los pacientes y a los acompañantes, es por ello que se considera que tiene un alto potencial terapéutico.^{3,7} A lo largo de nuestra vida como profesionales de enfermería, es necesario que cultivemos las habilidades de comunicación a través de la reflexión, la observación, la capacitación y la práctica con los pacientes.⁷ Esta comunicación terapéutica requiere una colaboración interdisciplinaria entre los distintos miembros del equipo sanitario para desarrollar planes de atención integral que aborden, de manera efectiva, tanto los aspectos fisiológicos como psicológicos de la asistencia.³

El apoyo, o también se podría denominar consuelo, es definido por la RAE como el descanso y alivio de la pena, molestia o fatiga que aflige y oprime el ánimo. Hace referencia al cuidado focalizado en las preferencias y las necesidades del paciente y de sus acompañantes, es decir, a la ayuda que los enfermeros/as les puedan proporcionar para que se sientan comprendidos, acompañados y así poder abordar desde el respeto todos aquellos temores y/o deseos que puedan manifestar.⁸

La comunicación y el apoyo son elementos esenciales para que los enfermeros/as puedan ofrecer una atención de alta calidad. No obstante, se ha observado que debido a la alta carga de trabajo, muchas veces pasan a un segundo plano, dejando en el olvido la relevancia de los aspectos psicológicos tanto de los pacientes como de los acompañantes durante estos momentos tan delicados, como son los CP.^{9,10}

2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO

La población a estudio son hombres y mujeres de edad superior a 65 años que se encuentren en una situación terminal e ingresados en alguna unidad hospitalaria y las personas que los acompañan durante esos momentos.

El objetivo que nos planteamos es conocer la percepción de los pacientes paliativos y de sus acompañantes sobre como afecta la comunicación y el apoyo enfermero a su nivel de satisfacción.

3. METODOLOGÍA

Con el fin de recabar información acerca del tema a estudio, se ha realizado una búsqueda en tres bases de datos. Mediante la combinación de palabras clave y el empleo de límites, se ha llegado a una estrategia de búsqueda con sus resultados correspondientes.

3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Tabla I - Criterios de inclusión y exclusión

Población	Pacientes hospitalizados en fase terminal, conscientes y orientados en las tres esferas (tiempo, persona y espacio) y sus acompañantes. Se excluirán pacientes con edades inferiores a 65 años.
Tipos de estudios	Se incluirán solamente revisiones sistemáticas y estudios originales.
Idiomas	Se incluirán publicaciones escritas en español e inglés.
Años	Se limita la búsqueda a publicaciones desde el 2012 hasta el 2017 con el fin de revisar la literatura científica más actual en relación al tema de investigación.
Bases de datos	Medline, CINAHL y Web of Science.

3.2. Estrategia de búsqueda

3.2.1. Búsqueda de revisiones sistemáticas

Tabla II - Búsqueda de RS

MEDLINE

(communication[Mesh] OR communicat*[title]) AND ("Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR (nurs*[title] AND patient*[title])) AND ("Terminal Care"[Mesh] OR terminal*[title] OR palliative*[title] OR "end-of-life"[TITLE])		
Límites	Resultados	5
<ul style="list-style-type: none"> - Revisión sistemática. - Grupo de edad: +65 años. - Idioma: Inglés y español. 		
CINAHL		
TX (terminal care or end of life care or death) AND TX (nurse patient relations) AND TX (professional-family relations) AND Communicat*		
Límites	Resultados	0
<ul style="list-style-type: none"> - Excluir registros MEDLINE. - Revisión sistemática. - Grupo de edad: +65 años. - Idioma: Inglés y español. 		

3.2.2. Búsqueda de estudios originales

Tabla III - Búsqueda de estudios originales

MEDLINE		
(communication[Mesh] OR communicat*[title]) AND ("Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Professional-Family Relations"[Mesh] OR (nurs*[title] AND patient*[title])) AND ("Terminal Care"[Mesh] OR terminal*[title] OR palliative*[title] OR "end-of-life"[TITLE])		
Límites	Resultados	61

La influencia de la comunicación enfermero en el grado de satisfacción durante los cuidados paliativos. RS

<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de edad: +65 años. - Idioma: Inglés y español. - Años de publicación: 2012 – 2017 		
CINAHL		
TX (terminal care or end of life care or death) AND TX (nurse patient relations) AND TX (professional-family relations) AND Communicat*		
Límites	Resultados	3
<ul style="list-style-type: none"> - Excluir registros MEDLINE. - Grupo de edad: +65 años. - Idioma: Inglés y español. - Años de publicación: 2012 – 2017 		
WEB OF SCIENCE		
TS=(terminal Care*) AND TS=(nurse-patient Relations* OR professional-family relations*) AND TS=(Communicat*)		
Límites	Resultados	79
<ul style="list-style-type: none"> - Área de búsqueda: Enfermería. - Idioma: Inglés y español. - Años de publicación: 2012 – 2017 		

3.3. Establecimiento de variables

Con el fin de responder a nuestra pregunta de estudio, hemos tenido en cuenta las variables que presentamos a continuación:

3.3.1. Relacionadas con la publicación

- Tipo de estudio: hace referencia al diseño de estudio que ha sido empleado para la realización de la investigación.

La influencia de la comunicación enfermero en el grado de satisfacción durante los cuidados paliativos. RS

- Profesionales: el tipo de profesión que desarrolla cada miembro del personal sanitario participante.
- Muestra: número de pacientes o acompañantes que han participado en la investigación.
- Relación entre acompañantes y pacientes: tipo de parentesco, si lo hay, entre pacientes y acompañantes.

3.3.2. Relacionadas con el ámbito de estudio

- Localización del estudio: país donde se ha desarrollado el estudio.
- Unidad: hace referencia a la especialidad de la planta del hospital.

3.3.3. Relacionadas con el ámbito enfermero

- Comunicación: en referencia al modo (verbal, no verbal o ambas) y a la forma (adecuada, sencilla, empática, etc.) de transmisión del mensaje para que sea comprendida por el receptor.
- Apoyo: entendiéndose como el nivel de soporte emocional que las enfermeras proporcionan para aliviar las penas, las molestias que afectan al estado de ánimo.
- Satisfacción: sentimiento de complacencia con el cumplimiento de las necesidades identificadas y expresadas tanto por los pacientes como por sus acompañantes.

3.4. Selección de artículos y eliminación de duplicados

Se obtuvieron un total de 143 resultados y se empleó un gestor de referencias bibliográficas para identificar y eliminar todos los posibles duplicados, de manera que se redujo a 122 resultados.

A continuación, se procedió al análisis tanto del título como del resumen y se hizo una primera selección de 9 resultados. Y finalmente, se

realizó una lectura crítica de estos, de manera que tan solo fueron escogidos cuatro estudios.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados de la búsqueda de revisiones sistemáticas

No hemos identificado la existencia de revisiones sistemáticas que traten el tema de estudio (Anexo 1).

4.2. Resultados de la búsqueda de estudios originales

Hemos localizado un total de cuatro estudios^{4,9-11} (Anexo 2), todos tratan de entrevistas dirigidas a pacientes, a sus acompañantes o ambos, obteniendo un tamaño de muestra de 83 personas, de estos 3 eran pacientes y 80 acompañantes.

Nos gustaría destacar el número tan reducido de estudios que hemos hallado. Esto sugiere la posibilidad de que quizás, no se le esté dando la importancia necesaria al tema en cuestión. Bajo nuestro punto de vista, la comunicación y el apoyo son elementos que deberían ser representativos del tratamiento de cualquier afección, pero más concretamente durante los cuidados al final de la vida de los pacientes terminales.

Consideramos que estos elementos son fundamentales para la práctica enfermera, pues no solo creemos que sean el medio por excelencia para abarcar los aspectos psicológicos de la asistencia, sino que también nos ayudan a comprender y a profundizar en los distintos aspectos fisiológicos que se vayan manifestado a lo largo del proceso de enfermedad. Estos aspectos son recogidos tanto dentro de las funciones de enfermería como dentro de los nueve roles enfermeros.

Tabla IV - Relacionadas con la publicación (1)

AUTORES	TIPO DE ESTUDIO	PROFESIONALES
Noome M. ⁴	Entrevista	Enfermería
Ciemins EL. ¹¹	Entrevista	Personal sanitario (médicos y enfermeras)
Guitierrez KM. ¹⁰	Entrevista	Enfermería
Enguidanos S. ⁹	Entrevista semiestructurada protocolizada	Equipo de cuidados paliativos (Tres médicos, una enfermera y una trabajadora social)

En relación con los profesionales sanitarios, solo dos estudios^{4,10} focalizan su total atención en el personal de enfermería. De los restantes, uno se centra en el personal sanitario (médicos y enfermeras) y el otro, en el equipo de cuidados paliativos (médicos, enfermera y trabajadora social).⁹ Aunque todos reflejen en algún momento a la enfermería, nos llama la atención que tan solo dos se dirijan exclusivamente a esta, ya que los enfermero/as somos los que nos encontramos al cuidado de los pacientes y de sus acompañantes, de manera permanente y continuada. La comunicación y el apoyo son elementos que están recogidos en los distintos modelos de enfermería, y consideramos que suponen un papel fundamental a la hora de proporcionar una atención enfermera de alta calidad. De este modo, creemos que este hecho puede deberse a la alta carga de trabajo y a la focalización en la mejora de las técnicas enfermeras, de manera que se tiende a olvidar valorar al paciente desde una perspectiva holística. Otra posible causa, puede ser la poca motivación o la falta de tiempo de los enfermeros para dedicarse a la investigación, es decir, quizás si se esta valorando adecuadamente al paciente y se están empleando estos elementos pero no se deja constancia de ello mediante publicaciones.

Tabla V - Relacionadas con la publicación (2)

AUTORES	MUESTRA	RELACIÓN PACIENTE/ ACOMPAÑANTE	
Noome M. ⁴	Acompañantes n=26	Padres Cónyuge Hermanos Hijos	Yernos Cuñados Sobrinos Amigos
Ciemins EL. ¹¹	Pacientes n=3	Padres	Hijos
	Acompañantes n=11	Cónyuge	
Guitierrez KM. ¹⁰	Acompañantes n=20	Cónyuge Hermanos Hijos	Nietos Consuegros
Enguidanos S. ⁹	Acompañantes n=23	Padres Cónyuge Hermanos	Hijos Nietos

De los cuatro estudios seleccionados tan solo Ciemins EL.¹¹ habla de las perspectivas de los pacientes, pues el resto hace referencia al punto de vista de los acompañantes.

Los estudios muestran que la mayoría de los acompañantes tienen una relación familiar de primer y segundo grado con el paciente. Y es que en este proceso del final de la vida, habitualmente el paciente suele estar acompañado de familiares (padres, cónyuges, hermanos...). Tan solo Noome M.⁴ incluye dentro de su tamaño muestral relaciones de amistad entre ellos.

Nos ha sorprendido que solo un estudio hable de las perspectivas de los pacientes, ya que éstos son los que viven en primera persona las distintas situaciones. Creemos que estos son los que pueden expresar las opiniones más relevantes que ayuden en la mejora de los cuidados.

Desconocemos las causas que puedan explicar este hecho, pero quizás sea la situación emocional o de salud del paciente, la que nos impida conocer su situación (limitación del paciente) o, incluso, que nos dé menos miedo (limitación del investigador) el tratar el tema con los acompañantes. En cualquier caso, dada la situación tan delicada con la que estamos tratando nos parece complejo poder llegar a conocer en profundidad los sentimientos por los que el paciente está pasando.

AUTORES	PAÍS	UNIDAD HOSPITALARIA
Noome M. ⁴	Países Bajos	UCI
Ciemins EL. ¹¹	EE.UU.	Paliativos
Guitierrez KM. ¹⁰	EE.UU.	UCI
Enguidanos S. ⁹	EE.UU.	Servicio de consultas de paliativos

En cuanto a la localización de los estudios, tres han sido realizados en EE. UU.⁹⁻¹¹ y uno en los Países Bajos.⁴ Nos ha llamado la atención no haber encontrado más estudios realizados en Europa, ya que ha sido el lugar de origen de los cuidados paliativos. Esto nos ha llevado a pensar que quizás las técnicas y los aspectos físicos puedan seguir siendo el principal objetivo de la investigación en la actualidad, quedando en un segundo plano los aspectos comunicativos y psicológicos de la atención sanitaria. Consideramos que esto puede deberse a que se siga viendo la muerte como un fracaso en el periodo de curación y no como la etapa final de la vida de una persona.

4.2.1. La comunicación

La comunicación es el modo y la forma de transmitir el mensaje, de manera de que sea comprendido adecuadamente por el receptor. Dado la

importancia de este elemento, VH integra la necesidad de comunicarse con los demás, dentro de su modelo de enfermería.

En dos estudios,^{4,11} se refleja que tanto los médicos como las enfermeras se mostraron accesibles y disponibles. Por el contrario, en otro se dice que es necesaria una mejoría.⁹

Si analizamos cuestiones más concretas de la comunicación, como la obtención de la información, los cuatro estudios,^{4,9-11} identificaron la dificultad de obtener información acerca de los cuidados y el estado del paciente. Y dos,^{4,9} sustentan que el intercambio de información debe desarrollarse en un ambiente en el que los acompañantes se sientan cómodos y se respete su intimidad.

Los acompañantes enunciaron los elementos que consideraron más relevantes para que las enfermeras proporcionen una buena comunicación.¹⁰ La información debe de ser transmitida de manera respetuosa, honesta, compasiva, a través del lenguaje verbal y no verbal, el estilo debe de ser claro, simple y cuidadoso.

En cuanto a la comunicación, consideramos que la base de los cuidados es la confianza que se deposita en los profesionales. De esta manera, estamos de acuerdo con que los profesionales deberían mostrarse accesibles y disponibles en todo momento, para que los acompañantes y pacientes se sintieran con la comodidad y seguridad adecuada para expresar sus preguntas, preocupaciones, miedos, temores, etc.

4.2.2. El apoyo

El apoyo, es entendido como el nivel de soporte emocional que las enfermeras proporcionan para aliviar las penas y las molestias que afectan al estado de ánimo. En el modelo de VH, también está integrado

este concepto, dentro de dos necesidades: la necesidad de comunicación con los demás y las necesidades de creencias y valores.

Las necesidades espirituales son mencionadas en dos estudios^{4,11}. Los acompañantes manifestaron que las enfermeras no preguntaron por sus preferencias espirituales⁴ a pesar de que les hubiese gustado, pues comentan que durante estos momentos delicados, uno no es capaz de pensar con claridad y que por tanto, necesitaban ese apoyo enfermero. Sin embargo, en otro¹¹ se dice todo lo contrario, un acompañante comenta que todo se cuidó al detalle y que se sintieron muy complacidos con el personal sanitario. En relación con esto, creemos que como personal de enfermería deberíamos valorar siempre todos los ítems del modelo enfermero que hayamos escogido. Como ya hemos mencionado anteriormente, es posible que la carga de trabajo a veces suponga un contratiempo para realizar valoraciones biopsicosociales, pero no se debería olvidar que trabajamos con la salud de la persona y esta puede verse afectada tanto física como psicológica como socialmente.

La participación en los cuidados, también ha sido valorada en tres estudios por los acompañantes.^{4,9,10} En dos de ellos,^{4,10} describen que no se les permitió participar a pesar de sus deseos, creándoles un aumento de la angustia por el miedo a no poder cumplir las voluntades de sus seres queridos. En contraposición, en el otro⁹ manifiestan que se tuvieron en cuenta sus opiniones acerca de las preferencias del entorno de atención más adecuado para el paciente. Consideramos que, tras comprobar la existencia de una buena relación entre acompañante y paciente, es muy positivo la incorporación de éstos, ya que suelen ser las personas que más conocen a los pacientes. A través de su participación, creemos que se consigue la creación de un ambiente familiar, cercano y cómodo para el desenvolvimiento de los cuidados. Además, sería una forma de asegurar el cumplimiento de los deseos y voluntades del paciente terminal.

El tiempo y la preparación, fueron otros dos aspectos recogidos en tres estudios.^{4,9,11} Se valoró el tiempo disponible tanto para prepararse para la situación como para despedirse del ser querido. En dos estudios,^{4,11} los acompañantes evaluaron positivamente tanto el tiempo como la preparación dada. En el otro,⁹ estuvieron contentos con el tiempo ofrecido pero identificaron la necesidad de mejorar en la preparación para poder comprender el desarrollo de los acontecimientos. Bajo nuestro punto de vista, el tiempo y la preparación son dos elementos básicos durante los CP. Del mismo modo, consideramos que justificarían una parte de nuestra labor como enfermeros, es decir, es posible que los acompañantes durante estos momentos tan delicados no sean conscientes de todo lo que está sucediendo pero está en nuestras manos (como personal sanitario presente las 24 horas) el saber orientarles, guiarles y asegurarnos de que comprenden el presente y el futuro desarrollo de los acontecimientos. Además, es importante que respetemos el tiempo que necesiten para conseguirlo y para despedirse tranquilamente de sus seres queridos.

4.2.3. La satisfacción

Se entiende por satisfacción, el sentimiento de complacencia con el cumplimiento de las necesidades identificadas y expresadas tanto por los pacientes como por sus acompañantes. Los cuatro estudios hablan de la satisfacción relacionada con la comunicación y el apoyo.^{4,9-11}

Los acompañantes se sintieron satisfechos con los cuidados paliativos recibidos y consideran que una buena comunicación y apoyo reduce sus niveles de ansiedad durante estos momentos tan delicados.^{4,10} Por otro lado, Ciemins EL¹¹ a través de las perspectivas de los acompañantes, establece tres aspectos necesarios para poder alcanzar una buena satisfacción: 1) abarcar los aspectos físicos, emocionales y del comportamiento; 2) asegurar la comprensión del presente y del futuro de

la situación; y 3) respeto por las decisiones de tratamiento, espiritualidad y necesidades de los familiares. Y para finalizar, los acompañantes manifestaron que la comunicación y el apoyo les ayudó a aceptar la situación, por lo que se sintieron satisfechos con el enfoque holístico de los cuidados.⁹

En general, todos los estudios dan a entender que una buena comunicación y apoyo aumenta el grado de confianza, reduce la ansiedad y la angustia e incrementa la satisfacción de los pacientes y de sus acompañantes.

Tabla VI - Relacionadas con el ámbito enfermero

AUTORES	COMUNICACIÓN	APOYO	SATISFACCIÓN
Noome M. ⁴	<p>Personal de enfermería disponible y accesible para preguntar.</p> <p>Observaron problemas de comunicación entre enfermeras y otros profesionales.</p> <p>Apreciaron miedo por parte de los profesionales para discutir con ellos cuidados finales.</p>	<p>Flexibilidad en las horas y el número de visitas.</p> <p>Habitaciones privadas.</p> <p>Les gustaría haber participado en los últimos cuidados.</p> <p>Apreciaron que las enfermeras mostraran interés por ellos.</p> <p>Apreciaron el tiempo y el respeto a la hora de despedirse del paciente.</p> <p>Falta de apoyo espiritual.</p>	<p>A pesar de que expresaron algunos aspectos en los que se necesitaba mejorar, en general las familias estuvieron satisfechas con el cuidado enfermero recibido.</p>
Ciemins EL. ¹¹	<p>Algunos consideraron que el equipo era accesible y cercano.</p>	<p>Unos apreciaron que el equipo cubriese sus necesidades</p>	<p>Para un buen grado de satisfacción es necesario:</p>

	<p>Otros se sintieron víctimas de la rutina.</p> <p>Uno expresó dificultad para obtener información de los médicos.</p>	<p>espirituales.</p> <p>Varios valoraron positivamente la preparación y el tiempo para imaginar lo que iba a ocurrir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia: Abarcar los elementos físicos como los emocionales y del comportamiento. - Alivio: asegurar la comprensión del presente y del futuro de la situación. - Respetando las decisiones: sobre el tratamiento, la espiritualidad y las necesidades de los familiares.
Guitierrez KM. ¹⁰	<p>Debe de ser respetuosa, honesta, compasiva, cuidadosa.</p> <p>Debe de ser verbal y no verbal (gestos, acciones, actitud, etc.)</p> <p>Lenguaje claro, simple y cuidadoso.</p>	<p>Sentirse comprendidos.</p> <p>Ser escuchados.</p> <p>Fomentar las preguntas para evitar las dudas.</p> <p>Angustia por miedo a no cumplir los</p>	<p>Consideran que una buena comunicación aumenta el grado de confianza, reduce los niveles de ansiedad e incrementa la satisfacción tanto de pacientes como familiares.</p>

	<p>Comprobar que ha sido comprendido el mensaje.</p> <p>Falta de información sobre el estado del paciente.</p> <p>Dificultades a la hora de entender y retener la información recibida.</p> <p>Miedo a formular preguntas por miedo a ser juzgados.</p>	<p>deseos de paciente.</p>	
Enguidanos S. ⁹	<p>Buen tono de voz, ambiente cómodo.</p> <p>Mejorar el acceso al personal sanitario.</p> <p>Oportunidad de intercambio de opiniones.</p>	<p>Valoran el no sentirse presionados por el tiempo.</p> <p>Apreciaron que tuvieran en cuenta sus opiniones acerca del entorno de atención más cómodo para el paciente.</p>	<p>Los participantes agradecieron y apreciaron el enfoque holístico del equipo. La comunicación y el apoyo les ayudó a aceptar la situación.</p>

	Falta de intimidad en las conversaciones.	Necesidad de mejorar la preparación del desarrollo de los acontecimientos.	
--	---	--	--

5. LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones detectadas en la elaboración de este trabajo, son las que presentamos a continuación:

- La principal limitación es el número tan reducido de estudios que hablan del tema, si bien la búsqueda inicial ha arrojado un gran número de resultados, los criterios establecidos han eliminado parte de ellos. Dada la importancia del tema, consideramos que es necesaria más investigación al respecto para poder generalizar los resultados.
- Asimismo, los estudios han sido limitados a español o inglés. Desconocemos si existen publicaciones en otros idiomas que trabajen el tema en cuestión.
- Con respecto a la población de estudio, tal y como hemos manifestado anteriormente, la mayor parte de los estudios se centran en los acompañantes, pero son pocas las investigaciones realizadas en pacientes. Dado el perfil del paciente a estudiar (terminalidad), consideramos poco viable poder ampliar toda la información deseada.
- Con respecto a los profesionales sanitarios no se describen las características de los colectivos, como por ejemplo años de experiencia, datos que aportarían mayor relevancia al tema de estudio. En nuestra opinión, en la comunicación y apoyo de un profesional con el paciente, la experiencia es fundamental.

6. CONCLUSIÓN

Tras la realización de esta revisión sistemática, hemos llegado a las conclusiones siguientes:

1. La comunicación y el apoyo representan dos elementos de gran relevancia que dependiendo de cómo sean llevados a cabo influyen tanto positiva como negativamente en la satisfacción de pacientes y acompañantes.
2. En general, los acompañantes y pacientes manifestaron estar satisfechos con los cuidados recibidos.
3. Los acompañantes manifestaron el deseo de participar en el cuidado de sus seres queridos. Además, expresaron dificultades a la hora de acceder al personal sanitario, por lo que consideran necesario mejorar este aspecto.
4. El tiempo ha sido otro elemento muy valorado, aprecian la importancia de no sentirse presionados para entender la situación o para despedirse de sus seres queridos.
5. Por último, hacer referencia a la necesidad de dedicar más tiempo a este tema de investigación para poder avanzar y mejorar. Y así, poder asegurarnos de que siempre proporcionamos cuidados de calidad desde una perspectiva biopsicosocial.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sobrido M. Análisis de la difusión y diseminación de las agencias de tecnologías sanitarias [Tesis doctoral]. A Coruña; Universidade de A Coruña; 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/tesis/26188.pdf>
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Historia de los Cuidados Paliativos. [Internet] 2014; [Consultado 10 de Mayo, 2017]. Disponible en: http://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1.
3. Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyles E, Ragan SL. Palliative care communication in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs 2013 Abr;17(2):163-167.
4. Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LCM. Exploring family experiences of nursing aspects of the end-of-life care in the ICU: A qualitative study. Intens Crit Care Nurs 2016 Abr 2016;33:56-64.
5. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Internet] 2014; [Consultado 10 de Mayo, 2017]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
6. Alba M, Bellido J, Cárdenas V, Muñoz J, López A, Millán M. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN [Libro en Internet]. Jaén: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén 2010. Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf
7. Schapira L. Communications by professionals in palliative care. Clin Geriatr Med 2015 May;31(2):231-243.
8. Goodlin SJ, Hauptman PJ, Arnold R, Grady K, Hershberger RE, Kutner J, et al. Consensus statement: Palliative and supportive care in advanced heart failure. J Card Fail 2004 Jun;10(3):200-209.

9. Enguidanos S, Housen P, Penido M, Mejia B, Miller JA. Family members' perceptions of inpatient palliative care consult services: a qualitative study. *Palliat Med* 2014 Enr;28(1):42-48
10. Guitierrez KM. Experiences and needs of families regarding pronostic communication in an intensive care unit: supporting families at the end of life. *Crit Care Nurs Q* 2012;35(3):299-313.
11. Ciemins EL, Brant J, Kersten D, Mulette E, Dickerson D. A qualitative analysis of patient and family perspectives of palliative care. *J Palliat Med* 2015 Mar; 18(3):282-285.

ANEXOS

Anexo 1: Resultados y selección de la búsqueda de revisiones sistemáticas

	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	ELECCIÓN	MOTIVO
1	Rajamani A, Barrett E, Weisbrodt L, Bourne J, Palejs P, Gresham R, et al. Protocolised approach to end-of-life care in the ICU--the ICU PALCare Pilot Project. Anaesth Intensive Care 2015;43(3):335-340.	NO	Tipo de publicación: No es una revisión sistemática
2	Roberts D, McLeod B, Stajduhar KI, Webber T, Milne K. Applying research into practice: a guide to determine the next palliative home care nurse visit. Home Healthc Nurse 2014 Feb;32(2):88-95; quiz 95-7.	NO	Tipo de publicación: No es una revisión sistemática
3	Radwin LE, Ananian L, Cabral HJ, Keeley A, Currier PF. Effects of a patient/family-centered practice change on the quality and cost of intensive care: research protocol. J Adv Nurs 2011 Jan;67(1):215-224.	NO	Tipo de publicación: No es una revisión sistemática
4	Kirk TW. Managing pain, managing ethics. Pain Manag Nurs 2007 Mar;8(1):25-34.	NO	Tipo de publicación: No es una revisión sistemática

5	Weschules DJ, Bain KT, Reifsnnyder J, McMath JA, Kupperman DE, Gallagher RM, et al. Toward evidence-based prescribing at end of life: a comparative analysis of sustained-release morphine, oxycodone, and transdermal fentanyl, with pain, constipation, and caregiver interaction outcomes in hospice patients. Pain Med 2006 Jul-Aug;7(4):320-329.	NO	Tipo de publicación: No es una revisión sistemática
---	---	----	--

Anexo 2: Resultados y selección de estudios originales

	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	ELECCIÓN	MOTIVO
1	Alfaya Gongora Mdel M, Bueno Pernias MJ, Hueso Montoro C, Guardia Mancilla P, Montoya Juarez R, Garcia Caro MP. Palliative care team visits. Qualitative study through participant observation. Colomb Med (Cali) 2016 Mar 30;47(1):38-44.	NO	Resumen: Descripción de las visitas del equipo sanitario de paliativos a pacientes y las características que las influncian.
2	Hogsnes L, Danielson E, Norbergh KG, Melin-Johansson C. Healthcare professionals' documentation in nursing homes when caring for patients with dementia in end of life - a retrospective	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

	records review. J Clin Nurs 2016 Jun;25(11-12):1663-1673.		
3	Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, Vloet LC. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. Intensive Crit Care Nurs 2016 Apr;33:56-64.	SI	Cumple criterios
4	Ramos KJ, Downey L, Nielsen EL, Treece PD, Shannon SE, Curtis JR, et al. Using Nurse Ratings of Physician Communication in the ICU To Identify Potential Targets for Interventions To Improve End-of-Life Care. J Palliat Med 2016 Mar;19(3):292-299.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
5	Gleeson A, Larkin P, O'Sullivan N. The impact of meticillin-resistant Staphylococcus aureus on patients with advanced cancer and their family members: A qualitative study. Palliat Med 2016 Apr;30(4):382-391.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
6	Russell J. Effects of Constraints and Consequences on Plan Complexity in Conversations About End-of-Life Care. J Soc Work End Life Palliat Care 2015;11(3-4):323-345.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
7	Ong J, Brennsteiner A, Chow E, Hebert RS. Correlates of Family Satisfaction with Hospice Care: General Inpatient Hospice Care versus Routine Home Hospice Care. J Palliat Med 2016	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

	Jan;19(1):97-100.		
8	Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, Gold J, Ciechanowski PS, Shannon SE, et al. Randomized Trial of Communication Facilitators to Reduce Family Distress and Intensity of End-of-Life Care. Am J Respir Crit Care Med 2016 Jan 15;193(2):154-162.	NO	Texto completo: No cumple los criterios de edad.
9	Fosarelli P. A Mother's Last Illness and Death-Lessons Learned by a Physician Daughter. J Pain Symptom Manage 2015 Nov;50(5):730-732.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
10	Gjerberg E, Lillemoen L, Forde R, Pedersen R. End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes--experiences and perspectives of patients and relatives. BMC Geriatr 2015 Aug 19;15:103-015-0096-y.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
11	Bekkema N, de Veer AJ, Hertogh CM, Francke AL. 'From activating towards caring': shifts in care approaches at the end of life of people with intellectual disabilities; a qualitative study of the perspectives of relatives, care-staff and physicians. BMC Palliat Care 2015 Jul 25;14:33-015-0030-2.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
12	Auret K, Sinclair C, Averill B, Evans S. Advance care planning and	NO	Título: No se ajusta al tema de

	end-of-life care in a network of rural Western Australian hospitals. Aust J Rural Health 2015 Aug;23(4):195-200.		estudio.
13	Hjelmfors L, van der Wal MH, Friedrichsen MJ, Martensson J, Stromberg A, Jaarsma T. Patient-Nurse Communication about Prognosis and End-of-Life Care. J Palliat Med 2015 Oct;18(10):865-871.	NO	Resumen: La frecuencia y el motivo por el que las enfermeras de atención primaria discuten acerca de la educación sanitaria con pacientes terminales.
14	Davis R. Starting end-of-life conversations in hospital. Nurs Times 2015 Jan 21-27;111(4):18-21.	NO	Resumen: La incentivación de los profesionales sanitarios para que aborden el tema de la toma de decisiones con pacientes terminales.
15	Holdsworth LM. Bereaved carers' accounts of the end of life and the role of care providers in a 'good death': A qualitative study. Palliat Med 2015 Oct;29(9):834-841.	NO	Texto completo: Evaluación de las perspectivas de los familiares a cargo del cuidado de pacientes terminales en el hogar.
16	Rajamani A, Barrett E, Weisbrodt L, Bourne J, Palejs P, Gresham R, et al. Protocolised approach to end-of-life care in the ICU--the ICU PALCare Pilot Project. Anaesth Intensive Care 2015;43(3):335-340.	NO	Resumen: Identificación de los problemas relacionados al cuidado paliativos para la

			realización de un protocolo.
17	Schapira L. Communications by professionals in palliative care. Clin Geriatr Med 2015 May;31(2):231-243.	NO	Resumen: Principio y estrategias básicas de comunicación que pueden ayudar a los sanitarios a dirigir las conversaciones con los pacientes terminales.
18	Deane WH, Fain JA. Incorporating Peplau's Theory of Interpersonal Relations to Promote Holistic Communication Between Older Adults and Nursing Students. J Holist Nurs 2016 Mar;34(1):35-41; quiz 42-3.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
19	Hislop JO. Driving Miss (or Mr.) Daisy. Nursing 2015 Apr;45(4):54-6, 58-9.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
20	Towsley GL, Hirschman KB, Madden C. Conversations about End of Life: Perspectives of Nursing Home Residents, Family, and Staff. J Palliat Med 2015 May;18(5):421-428.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
21	Heyland DK, Dodek P, Mehta S, Cook D, Garland A, Stelfox HT, et al. Admission of the very elderly to the intensive care unit: family members' perspectives on clinical decision-making from a multicenter cohort study. Palliat Med 2015 Apr;29(4):324-335.	NO	Texto completo: Perspectivas de las familias en cuanto a la toma de decisiones en relación a las opciones de tratamiento en la

			UCI.
22	Hartog CS, Schwarzkopf D, Riedemann NC, Pfeifer R, Guenther A, Egerland K, et al. End-of-life care in the intensive care unit: a patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response. Palliat Med 2015 Apr;29(4):336-345.	NO	Resumen: Evaluación de la atención y comunicación al final de la vida desde la perspectiva del personal sanitario.
23	Martinsson L, Heedman PA, Eriksson M, Tavelin B, Axelsson B. Increasing the number of patients receiving information about transition to end-of-life care: the effect of a half-day physician and nurse training. BMJ Support Palliat Care 2016 Dec;6(4):452-458.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
24	Ghani N. The spirit of a Jasmine. J Palliat Med 2015 Jan;18(1):87.	NO	Tipo de publicación: artículo de opinión.
25	Peschman J, Brasel KJ. End-of-life care of the geriatric surgical patient. Surg Clin North Am 2015 Feb;95(1):191-202.	NO	Resumen: Las diferencias entre la orden no RCP, los cuidados paliativos, el cuidado en residencias y el manejo de los síntomas.
26	Keall R, Clayton JM, Butow P. How do Australian palliative care	NO	Título: No se ajusta al tema de

	nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. J Clin Nurs 2014 Nov;23(21-22):3197-3205.		estudio.
27	O'Shea MF. Staff nurses' perceptions regarding palliative care for hospitalized older adults. Am J Nurs 2014 Nov;114(11):26-34; quiz 35, 44.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
28	Ciemins EL, Brant J, Kersten D, Mulette E, Dickerson D. A qualitative analysis of patient and family perspectives of palliative care. J Palliat Med 2015 Mar;18(3):282-285.	SI	Cumple criterios
29	Kozar P, Chatterjee K. Competing discourses surrounding primary caregivers of hospice patients. J Health Care Chaplain 2014;20(4):125-143.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
30	Cagle JG, Pek J, Clifford M, Guralnik J, Zimmerman S. Correlates of a good death and the impact of hospice involvement: findings from the national survey of households affected by cancer. Support Care Cancer 2015 Mar;23(3):809-818.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
31	Jones JW, McCullough LB. Extending life or prolonging death: when is enough actually too much? J Vasc Surg 2014 Aug;60(2):521-522.	NO	Resumen: Procedimiento a llevar a cabo en un paciente con fallo renal, cáncer de páncreas

			terminal y demencia.
32	Strand JJ, Mansel JK, Swetz KM, Department of Medicine, Section of Palliative Medicine, Mayo Clinic. The growth of palliative care. Minn Med 2014 Jun;97(6):39-43.	NO	Resumen: Principios centrales de la atención paliativa y exploración del crecimiento en oncología y unidades críticas.
33	Leydon GM, Shergill NK, Champion-Smith C, Austin H, Eyles C, Baverstock J, et al. Discontinuity of care at end of life: a qualitative exploration of OOH end of life care. BMJ Support Palliat Care 2013 Dec;3(4):412-421.	NO	Resumen: Comprensión de las experiencias de los pacientes terminales durante la toma de decisiones e identificación de las barreras y facilidades desde la perspectiva médica.
34	Davenport LZ, Schopp G. When communication fails: resolving end-of-life impasses. JAAPA 2014 Jun;27(6):28-31.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
35	Clayton MF, Reblin M, Carlisle M, Ellington L. Communication behaviors and patient and caregiver emotional concerns: a description of home hospice communication. Oncol Nurs Forum 2014 May;41(3):311-321.	SI	Título: No se ajusta al tema de estudio.
36	Kodali S, Stametz RA, Bengier AC, Clarke DN, Layon AJ, Darer JD.	NO	Tipo de publicación: Estudio

	Family experience with intensive care unit care: association of self-reported family conferences and family satisfaction. J Crit Care 2014 Aug;29(4):641-644.		cuantitativo.
37	Long AC, Engelberg RA, Downey L, Kross EK, Reinke LF, Cecere Feemster L, et al. Race, income, and education: associations with patient and family ratings of end-of-life care and communication provided by physicians-in-training. J Palliat Med 2014 Apr;17(4):435-447.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
38	Alexander SC, Ladwig S, Norton SA, Gramling D, Davis JK, Metzger M, et al. Emotional distress and compassionate responses in palliative care decision-making consultations. J Palliat Med 2014 May;17(5):579-584.	NO	Texto completo: No cumple los criterios de edad.
39	Lin RJ, Adelman RD, Diamond RR, Evans AT. The sentinel hospitalization and the role of palliative care. J Hosp Med 2014 May;9(5):320-323.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
40	Bittleman DB, Solinger AB, Finlay GD. Shared decision-making at end-of-life is aided by graphical trending of illness severity. BMJ Case Rep 2014 Jan 13;2014:10.1136/bcr-2013-201522.	NO	Resumen: Demostrar que el empleo del gráfico "Rothman Index (RI) facilita la comunicación médico-familia.

41	Hickman SE, Nelson CA, Smith-Howell E, Hammes BJ. Use of the Physician Orders for Life-Sustaining Treatment program for patients being discharged from the hospital to the nursing facility. J Palliat Med 2014 Jan;17(1):43-49.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
42	Buck HG, Fahlberg B. Let's talk about it: arranging a family conference. Nursing 2014 Jan;44(1):14-15.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
43	Chang A, Datta-Barua I, McLaughlin B, Daly B. A survey of prognosis discussions held by health-care providers who request palliative care consultation. Palliat Med 2014 Apr;28(4):312-317.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
44	Foreva G, Assenova R. Hidden patients: the relatives of patients in need of palliative care. J Palliat Med 2014 Jan;17(1):56-61.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
45	Lewis K. How nurses can help ease patient transitions to end of life care. Nurs Older People 2013 Oct;25(8):22-26.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
46	Hanson LC, Winzelberg G. Research priorities for geriatric palliative care: goals, values, and preferences. J Palliat Med 2013 Oct;16(10):1175-1179.	NO	Resumen: Toma de decisiones de pacientes mayores tras el diagnóstico de una enfermedad de gravedad.
47	Fletcher K. Midwifing distress at end of life: missed opportunities?	NO	Título y resumen: No se ajustan

	Palliat Support Care 2014 Feb;12(1):81-89.		al tema de estudio.
48	Joshi R. Family meetings: an essential component of comprehensive palliative care. Can Fam Physician 2013 Jun;59(6):637-639.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
49	Enguidanos S, Housen P, Penido M, Mejia B, Miller JA. Family members' perceptions of inpatient palliative care consult services: a qualitative study. Palliat Med 2014 Jan;28(1):42-48.	SI	Cumple criterios
50	Carlsson ME. A separate structured conversation with relatives of patients enrolled for advanced palliative home care: a care development project. Palliat Support Care 2014 Apr;12(2):107-115.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
51	Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyles E, Ragan SL. Palliative care communication in oncology nursing. Clin J Oncol Nurs 2013 Apr;17(2):163-167.	NO	Resumen: Empleo del modelo holístico de COMFORT (Communication, Orientation, Mindful presence, Family, Openings, Relating and Teamwork) durante los cuidados paliativos.
52	Brazil K, Cupido C, Taniguchi A, Howard M, Akhtar-Danesh N, Frolic A. Assessing family members' satisfaction with information sharing	NO	Texto completo: Empleo de una herramienta (encuesta

	and communication during hospital care at the end of life. J Palliat Med 2013 Jan;16(1):82-86.		transversal) para la medición de la satisfacción de una manera cuantitativa.
53	Unroe KT, Sachs GA, Hickman SE, Stump TE, Tu W, Callahan CM. Hospice use among nursing home patients. J Am Med Dir Assoc 2013 Apr;14(4):254-259.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
54	Clabots S. Strategies to help initiate and maintain the end-of-life discussion with patients and family members. Medsurg Nurs 2012 Jul-Aug;21(4):197-203; quiz 204.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
55	Beckstrand RL, Collette J, Callister L, Luthy KE. Oncology nurses' obstacles and supportive behaviors in end-of-life care: providing vital family care. Oncol Nurs Forum 2012 Sep;39(5):E398-406.	NO	Resumen: Percepción de las enfermeras de oncología acerca de los obstáculos y comportamientos de apoyo durante el cuidado paliativo.
56	McLennon SM, Uhrich M, Lasiter S, Chamness AR, Helft PR. Oncology nurses' narratives about ethical dilemmas and prognosis-related communication in advanced cancer patients. Cancer Nurs 2013 Mar-Apr;36(2):114-121.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

57	Gutierrez KM. Prognostic categories and timing of negative prognostic communication from critical care physicians to family members at end-of-life in an intensive care unit. Nurs Inq 2013 Sep;20(3):232-244.	NO	Resumen: Comunicación médica-familia de mal pronóstico.
58	Gutierrez KM. Experiences and needs of families regarding prognostic communication in an intensive care unit: supporting families at the end of life. Crit Care Nurs Q 2012 Jul-Sep;35(3):299-313.	SI	Cumple criterios
59	Howie-Esquivel J, Dracup K. Communication with hospitalized heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs 2012 Jun;11(2):216-222.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
60	Beckstrand RL. Critical Care Nurses' Perceptions of End-of-Life Care Obstacles. DCCN 2017 Mar;36(2):94-105.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
61	Johnson S, Bott MJ. Communication With Residents and Families in Nursing Homes at the End of Life. J HOSP PALLIAT NURS 2016 04;18(2):124-130.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
62	Jack BA, Mitchell TK, Cope LC, O'Brien MR. Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of Hospice at Home	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

	care. J Adv Nurs 2016 09;72(9):2162-2172.		
63	Bloomer MJ, Endacott R, Ranse K, Coombs MA. Navigating communication with families during withdrawal of life-sustaining treatment in intensive care: a qualitative descriptive study in Australia and New Zealand. J Clin Nurs 2017 MAR 2017;26(5-6):690-697.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
64	Bates J. Nurses are leading the way in changing attitudes to dementia. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987) 2016 2016-Aug-10;30(50):31-31.		Título: No se ajusta al tema de estudio.
65	Guest M. How to introduce yourself to patients. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987) 2016 2016-Jun-08;30(41):36-8.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
66	Mishelmovich N, Arber A, Odellius A. Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. European Journal of Oncology Nursing 2016 APR 2016;21:153-159.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
67	Coombs M, Tang J, Long-Sutehall T. Vigilant attentiveness in families observing deterioration in the dying intensive care patient: A secondary analysis study. Intensive and Critical Care Nursing 2016 APR 2016;33:65-71.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.

68	Boot M. Exploring the district nurse role in facilitating individualised advance care planning. Br J Community Nurs 2016 2016-Mar;21(3):144-7.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
69	Dobrina R, Vianello C, Tenze M, Palese A. Mutual Needs and Wishes of Cancer Patients and Their family Caregivers During the Last Week of Life: A Descriptive Phenomenological Study. Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association 2016 2016-Mar;34(1):24-34.	NO	Resumen: Percepciones de pacientes con cáncer terminal y de sus cuidadores durante los cuidados domiciliarios al final de la vida.
70	Witkamp FE, van Zuylen L, van der Rijt CCD, van der Heide A. Effect of palliative care nurse champions on the quality of dying in the hospital according to bereaved relatives: A controlled before-and-after study. Palliat Med 2016 FEB 2016;30(2):180-188.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
71	Romoren M, Pedersen R, Forde R. How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. BMC Medical Ethics 2016 JAN 14 2016;17:5.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
72	Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Shen MJ, Pehrson C, Zaider T, et al. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. Nurse Education in Practice 2016 JAN 2016;16(1):193-201.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

73	Gillett K, O'Neill B, Bloomfield JG. Factors influencing the development of end-of-life communication skills: A focus group study of nursing and medical students. Nurse Educ Today 2016 JAN 2016;36:395-400.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
74	Martin EM, Barkley TWJ. Improving cultural competence in end-of-life pain management. Nursing 2016 2016-Jan;46(1):32-41; quiz 41-2.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
75	Coyle N, Manna R, Shen MJ, Banerjee SC, Penn S, Pehrson C, et al. Discussing Death, Dying, and End-of-Life Goals of Care: A Communication Skills Training Module for Oncology Nurses. Clin J Oncol Nurs 2015 DEC 2015;19(6):697-702.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
76	Clark K, Curry T, Byfieldt N. The effect of a care bundle on nursing staff when caring for the dying. Int J Palliat Nurs 2015 AUG 2015;21(8):392-398.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
77	Vermandere M, Warmenhoven F, Van Severen E, De Lepeleire J, Aertgeerts B. The Ars Moriendi Model for Spiritual Assessment: A Mixed-Methods Evaluation. Oncol Nurs Forum 2015 JUL 2015;42(4):E294-E301.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
78	Milic MM, Puntillo K, Turner K, Joseph D, Peters N, Ryan R, et al.	NO	Título y resumen: No se ajustan

	Communicating with Patients' Families and Physicians about Prognosis and Goals of Care. American Journal of Critical Care 2015 JUL 1 2015;24(4):E56-E64.		al tema de estudio.
79	Hendricks-Ferguson VL, Sawin KJ, Montgomery K, Dupree C, Phillips-Salimi CR, Carr B, et al. Novice Nurses' Experiences With Palliative and End-of-Life Communication. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2015 JUL-AUG 2015;32(4):240-252.	NO	Tipo de población: pediátrica.
80	Bloomer MJ, O'Connor M, Copnell B, Endacott R. Nursing care for the families of the dying child/infant in paediatric and neonatal ICU: Nurses' emotional talk and sources of discomfort. A mixed methods study. Australian Critical Care 2015 MAY 2015;28(2):87-92.	NO	Tipo de población: pediátrica.
81	Grant M. Resolving communication challenges in the intensive care unit. AACN advanced critical care 2015 2015 Apr-Jun;26(2):123-30.	NO	Resumen: Descripción de los tipos de comunicación que se emplean en las UCIs.
82	Kalowes P. Improving End-of-Life Care Prognostic Discussions: Role of Advanced Practice Nurses. AACN advanced critical care 2015 2015 Apr-Jun;26(2):151-66.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
83	Moir C, Roberts R, Martz K, Perry J, Tivis LJ. Communicating with	NO	Resumen: Percepción de las

	patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. Int J Palliat Nurs 2015 MAR 2015;21(3):109-112.		enfermeras de las necesidades de comunicación con pacientes terminales y su familia.
84	Reinhardt JP, Boerner K, Downes D. The Positive Association of End-of-Life Treatment Discussions and Care Satisfaction in the Nursing Home. Journal of social work in end-of-life & palliative care 2015 2015;11(3-4):307-22.	NO	Resumen: La comunicación entre las enfermeras y los familiares de pacientes terminales no hospitalizados.
85	Jo K, An G. Effect of end-of-life care education using humanistic approach in Korea. Collegian 2015 2015;22(1):91-97.	NO	Resumen: Evaluación de los efectos de una curso humanista de cuidados paliativos para estudiantes de enfermería en Corea.
86	Olsman E, Duggleby W, Nekolaichuk C, Willems D, Gagnon J, Kruizinga R, et al. Improving Communication on Hope in Palliative Care. A Qualitative Study of Palliative Care Professionals' Metaphors of Hope: Grip, Source, Tune, and Vision. J Pain Symptom Manage 2014 NOV 2014;48(5):831-U295.	NO	Resumen: Descripción de las perspectivas de los sanitarios de cuidados paliativos sobre la esperanza.
87	Huang S, Tang F, Liu C, Chen M, Liang T, Sheu S. Truth-telling to patients' terminal illness: What makes oncology nurses act	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

	individually? European Journal of Oncology Nursing 2014 OCT 2014;18(5):492-498.		
88	Koffman J. Servicing multi-cultural needs at the end of life. Journal of renal care 2014 2014-Sep;40 Suppl 1:6-15.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
89	King-Okoye M, Arber A. 'It stays with me': the experiences of second- and third-year student nurses when caring for patients with cancer. European Journal of Cancer Care 2014 JUL 2014;23(4):441-449.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
90	Strang S, Henoch I, Danielson E, Browall M, Melin-Johansson C. Communication about existential issues with patients close to death-nurses' reflections on content, process and meaning. Psychooncology 2014 MAY 2014;23(5):562-568.	NO	Resumen: Percepciones de 98 enfermeras sobre la comunicación con pacientes terminales.
91	Sherwen E. Improving end of life care for adults. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987) 2014 2014-Apr-15;28(32):51-7.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
92	Riggs JS, Woodby LL, Burgio KL, Bailey FA, Williams BR. "Don't Get Weak in Your Compassion": Bereaved Next of Kin's Suggestions for Improving End-of-Life Care in Veterans Affairs Medical Centers. J Am Geriatr Soc 2014 APR 2014;62(4):642-648.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.

93	Lee J, Choi M, Kim S, Beckstrand R. Factor structure investigation of perceived facilitators and barriers in end- of- life care among Korean nurses. Japan Journal of Nursing Science 2014 APR 2014;11(2):135-143.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
94	Hjelmfors L, Stromberg A, Friedrichsen M, Martensson J, Jaarsma T. Communicating prognosis and end-of-life care to heart failure patients: a survey of heart failure nurses' perspectives. European journal of cardiovascular nursing : journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology 2014 2014-Apr;13(2):152-61.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
95	Liu S, Lin H, Lu FL, Lee T. Taiwanese Parents' Experience of Making a "Do Not Resuscitate" Decision for Their Child in Pediatric Intensive Care Unit. Asian Nursing Research 2014 MAR 2014;8(1):29-35.	NO	Tipo de población: pediátrica.
96	Ferrell B, Otis-Green S, Baird RP, Garcia A. Nurses' Responses to Requests for Forgiveness at the End of Life. J Pain Symptom Manage 2014 MAR 2014;47(3):631-641.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
97	Brorson H, Plymoth H, Ormon K, Bolmsjo I. Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia. Pain Management Nursing 2014 MAR	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

	2014;15(1):315-323.		
98	Saccomano SJ, Abbatiello GA. Cultural considerations at the end of life. Nurse Pract 2014 2014-Feb-15;39(2):24-31; quiz 31-2.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
99	Rivolta MM, Rivolta L, Garrino L, Di Giulio P. Communication of the death of a patient in hospices and nursing homes: A qualitative study. European Journal of Oncology Nursing 2014 FEB 2014;18(1):29-34.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
100	Reinhardt JP, Chichin E, Posner L, Kassabian S. Vital conversations with family in the nursing home: preparation for end-stage dementia care. Journal of social work in end-of-life & palliative care 2014 2014;10(2):112-26.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
101	Nogler AF. Hoping for the best, preparing for the worst: strategies to promote honesty and prevent medical futility at end-of-life. Dimensions of critical care nursing : DCCN 2014 2014 Jan-Feb;33(1):22-7.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
102	Blackhall LJ, Erickson J, Brashers V, Owen J, Thomas S. Development and Validation of a Collaborative Behaviors Objective Assessment Tool for End-of-Life Communication. J Palliat Med 2014 JAN 1 2014;17(1):68-74.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

103	Albers G, Francke AL, de Veer AJE, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: A national survey study. Patient Educ Couns 2014 JAN 2014;94(1):4-9.	NO	Resumen: Exposición de las actitudes de las enfermeras en relación con la toma de decisiones al final de la vida.
104	Adams JA, Bailey DE,Jr., Anderson RA, Thygeson M. Finding your way through EOL challenges in the ICU using Adaptive Leadership behaviours: A qualitative descriptive case study. Intensive and Critical Care Nursing 2013 DEC 2013;29(6):329-336.	NO	Resumen: Descripción de los comportamientos enfermeras en el momento de la interacción con las familias durante el cuidado paliativo.
105	Byron S, Hoskins R. Implementing the 'verification of expected death' policy in clinical practice. Br J Community Nurs 2013 2013-Oct;18(10):505-6, 508-11.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
106	Collier KS, Kimbrel JM, Protus BM. Medication appropriateness at end of life: a new tool for balancing medicine and communication for optimal outcomes--the BUILD model. Home Healthc Nurse 2013 2013-Oct;31(9):518-24; quiz 524-6.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
107	Oroy A, Stromskag KE, Gjengedal E. Approaching families on the subject of organ donation: A phenomenological study of the experience of healthcare professionals. Intensive and Critical Care	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.

	Nursing 2013 AUG 2013;29(4):202-211.		
108	Collis E, Al-Qurainy R. Care of the dying patient in the community. Bmj-British Medical Journal 2013 JUL 3 2013;347:f4085.	NO	Resumen: Expone la necesidad de identificar anticipadamente las preferencias de los pacientes en temas de la muerte.
109	Jenkins C, McKay A. A collaborative approach to health promotion in early stage dementia. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987) 2013 2013 May 8-14;27(36):49-58.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
110	Nyatanga B. Dying matters awareness week: refocusing on sensitivities of dying. Br J Community Nurs 2013 2013-Apr;18(4):202-202.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
111	Citak EA, Toruner EK, Gunes NB. Exploring Communication Difficulties in Pediatric Hematology: Oncology Nurses. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2013 2013;14(9):5477-5482.	NO	Tipo de población: pediátrica.
112	Tilden VP, Thompson SA, Gajewski BJ, Buescher CM, Bott MJ. Sampling Challenges in Nursing Home Research. Journal of the American Medical Directors Association 2013 JAN 2013;14(1):25-28.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
113	Youngblut JM, Brooten D. Perinatal and pediatric issues in palliative	NO	Tipo de población: pediátrica.

	and end-of-life care from the 2011 Summit on the Science of Compassion. Nurs Outlook 2012 NOV-DEC 2012;60(6):343-350.		
114	Nielson D. Discussing death with pediatric patients: implications for nurses. J Pediatr Nurs 2012 2012-Oct;27(5):e59-64.	NO	Tipo de población: pediátrica.
115	Scheunemann LP, Arnold RM, White DB. The Facilitated Values History Helping Surrogates Make Authentic Decisions for Incapacitated Patients with Advanced Illness. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2012 SEP 15 2012;186(6):480-486.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
116	Lind R, Lorem GF, Nortvedt P, Hevroy O. Intensive care nurses' involvement in the end-of-life process - perspectives of relatives. Nurs Ethics 2012 SEP 2012;19(5):666-676.	SI	Texto completo: No cumple criterios.
117	Aslakson RA, Wyskiel R, Thornton I, Copley C, Shaffer D, Zyra M, et al. Nurse-Perceived Barriers to Effective Communication Regarding Prognosis and Optimal End-of-Life Care for Surgical ICU Patients: A Qualitative Exploration. J Palliat Med 2012 AUG 2012;15(8):910-915.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
118	Liu LM, Guarino AJ, Lopez RP. Family Satisfaction With Care Provided by Nurse Practitioners to Nursing Home Residents With	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.

	Dementia at the End of Life. Clin Nurs Res 2012 AUG 2012;21(3):350-367.		
119	Iasevoli M, Giantin V, Voci A, Valentini E, Zurlo A, Maggi S, et al. Discussing end-of-life care issues with terminally ill patients and their relatives: comparisons among physicians, nurses and psychologists. Aging clinical and experimental research 2012 2012-Jun;24(3 Suppl):35-42.	NO	Resumen: Evalúa las cuestiones sobre el cuidado paliativo más comentadas entre médicos, enfermeras y psicólogos.
120	Borowske D. Straddling the Fence: ICU Nurses Advocating for Hospice Care. Crit Care Nurs Clin North Am 2012 MAR 2012;24(1):105-+.	NO	Título: No se ajusta al tema de estudio.
121	Michaelsen JJ. Emotional distance to so-called difficult patients. Scand J Caring Sci 2012 MAR 2012;26(1):90-97.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.
122	Quinn JR, Schmitt M, Baggs JG, Norton SA, Dombeck MT, Sellers CR. Family Members' Informal Roles in End-Of-Life Decision Making in Adult Intensivecare Units. American Journal of Critical Care 2012 JAN 1 2012;21(1):43-51.	NO	Título y resumen: No se ajustan al tema de estudio.