

MODELOS DE COMUNICACIÓN PARA DAR MALAS NOTICIAS EN ONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ADULTOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA CARACTERIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS

Richhard Castro ¹, Johana Burbano ², Pablo Moyano ³

¹ Affiliation 1; richhard.castro00@usc.edu.co

² Affiliation 2; jelitza.burbano00@usc.edu.co

* Correspondence: Richhard.castro00@usc.edu.co

Resumen:

Introducción: Comunicar malas noticias en contextos clínicos, particularmente en oncología y cuidados paliativos, es una tarea compleja que requiere habilidades comunicativas especializadas por parte de los profesionales de la salud. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de la implementación sistemática de los modelos estructurados de comunicación, SPIKES, PENS, ABCDE y BREAKS, en la entrega de malas noticias a pacientes adultos oncológicos o en cuidados paliativos, y su impacto en la comprensión diagnóstica, la participación en la toma de decisiones, la experiencia emocional y la satisfacción del paciente. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática mediante búsqueda bibliográfica en las bases de datos Web of Science, SciELO y Scopus, incluyendo estudios publicados entre 2020 y 2025 en inglés, español y portugués. Se seleccionaron investigaciones que evaluaron la aplicación de modelos estructurados en oncología y cuidados paliativos. **Resultados:** Los modelos revisados mostraron mejoras significativas en la claridad del mensaje, el involucramiento del paciente en decisiones clínicas, y la experiencia emocional ante el diagnóstico. Además, se evidenció una reducción en la ansiedad de los profesionales cuando se encontraban adecuadamente entrenados. Sin embargo, persistieron barreras como la falta de formación específica y la influencia de factores socioculturales. **Discusión:** A pesar de los beneficios evidenciados, muchos profesionales continúan enfrentando estas situaciones sin preparación formal, aprendiendo por observación o ensayo y error. Las dinámicas familiares, los contextos culturales y la ausencia de políticas formativas limitan una implementación sistemática y efectiva. **Conclusión:** La entrega adecuada de malas noticias mediante protocolos estructurados mejora significativamente la calidad de la atención médica. Es fundamental integrar el entrenamiento comunicativo en los programas de formación en salud, incorporando además estrategias centradas en el paciente, la inteligencia emocional y la sensibilidad cultural.

Palabras clave: Oncología Médica, Cuidados Paliativos, Toma de Decisiones, Protocolos clínicos.

Academic Editor: Firstname Last-name

Received: date

Revised: date

Accepted: date

Published: date

Citation: To be added by editorial staff during production.

Copyright: © 2025 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introducción

El acto de comunicar malas noticias en contextos clínicos, especialmente en oncología y cuidados paliativos, representa una de las tareas más desafiantes para los

profesionales de la salud. Este proceso implica no solo la transmisión de información médica adversa, sino también una profunda carga emocional, tanto para quien la recibe como para quien la entrega [1]. En estos escenarios, la forma en que se comunica puede influir directamente en la comprensión del diagnóstico, la toma de decisiones terapéuticas y la calidad de vida del paciente [2].

A fin de enfrentar esta complejidad, se han desarrollado diversos modelos estructurados de comunicación como SPIKES, PENS, ABCDE y BREAKS. Estos protocolos buscan estandarizar la entrega de noticias difíciles a través de pasos definidos que promueven la empatía, la claridad del mensaje y la contención emocional [3]. No obstante, múltiples estudios reportan que estos modelos no siempre se aplican de manera sistemática en la práctica clínica, ya sea por desconocimiento, falta de entrenamiento o barreras institucionales [4].

Además, desde la perspectiva del paciente, se ha identificado una necesidad urgente de mejorar la calidad de la comunicación. La manera en que se transmite una mala noticia puede ser determinante para su experiencia emocional, su percepción del sistema de salud y su capacidad para enfrentar el proceso de enfermedad [5]. Por otra parte, los profesionales también experimentan consecuencias emocionales, como estrés o ansiedad, al no sentirse adecuadamente preparados para afrontar estas conversaciones [6].

Con base en lo anterior, han surgido iniciativas educativas que incorporan estrategias como simulación clínica, entrenamiento con actores y programas de habilidades blandas, con el fin de fortalecer la formación comunicativa de los futuros médicos y del personal de salud [7]. Sin embargo, la evidencia aún es limitada respecto al impacto real de la implementación de estos modelos en variables clínicas como la comprensión del diagnóstico, la participación en la toma de decisiones y la satisfacción del paciente [8].

En este contexto, esta revisión sistemática tiene como objetivo caracterizar e interpretar la evidencia disponible sobre la efectividad de los principales modelos estructurados de comunicación para la entrega de malas noticias en pacientes adultos con enfermedades oncológicas o en cuidados paliativos. Se espera que los resultados orienten tanto la práctica clínica como los procesos de formación profesional, promoviendo un enfoque centrado en el paciente, humano y basado en evidencia.

2. Metodología

Para esta revisión sistemática se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura en las bases de datos Web of Science, SciELO y Scopus, seleccionadas por su amplia cobertura en el ámbito de las ciencias de la salud y la calidad de los estudios indexados. Además, se complementó la estrategia con la revisión manual de listas de referencias de artículos relevantes y el contacto con autores para obtener información adicional, cuando fue necesario.

Se utilizaron combinaciones de términos clave y descriptores como: "breaking bad news", "bad news communication", "communication protocols", "palliative care", "oncology", "SPIKES", "effectiveness", "outcomes", e "impact", con sus equivalentes en español y portugués. La búsqueda fue delimitada a publicaciones entre 2020 y 2025, e incluyó los siguientes tipos de estudio: ensayos controlados, estudios observacionales y revisiones sistemáticas.

Los criterios de inclusión establecidos fueron:

- Estudios que evaluaran los protocolos estructurados de comunicación de malas noticias SPIKES, PENS, ABCDE, BREAKS.
- Investigaciones aplicadas a contextos de oncología y cuidados paliativos.
- Participación de profesionales de la salud en la implementación de dichos modelos.
- Estudios publicados y revisados por pares, con diseño metodológico claro.

Se excluyeron aquellos estudios que:

- No utilizaran protocolos estructurados.
- No abordaran específicamente el contexto oncológico o de cuidados paliativos.
- No fueran revisados por pares, carecieran de diseño definido o fueran duplicados.

El proceso de selección fue realizado por dos revisores independientes, quienes evaluaron los títulos, resúmenes y textos completos de los artículos preseleccionados. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

Para la extracción de datos, se emplearon formularios preestablecidos que recopilaron: autor y año de publicación, tipo de intervención, contexto clínico, diseño del estudio y resultados principales sobre la efectividad del protocolo en la comunicación de malas noticias.

Los datos se organizaron y gestionaron mediante herramientas digitales como EndNote (para el manejo de referencias) y Rayyan (para el proceso de cribado), asegurando una revisión sistemática, coherente y reproducible.

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó según los criterios más relevantes del diseño de cada estudio, incluyendo sesgo de selección, de reporte y de publicación. Finalmente, los resultados fueron sintetizados de manera cualitativa, agrupando los estudios según el modelo de comunicación evaluado y su impacto en variables como la comprensión diagnóstica, la participación del paciente y la satisfacción en la atención.

A modo de esclarecer el método de selección de la evidencia, se realizó un flujograma de búsqueda presente en la *Figura 1*

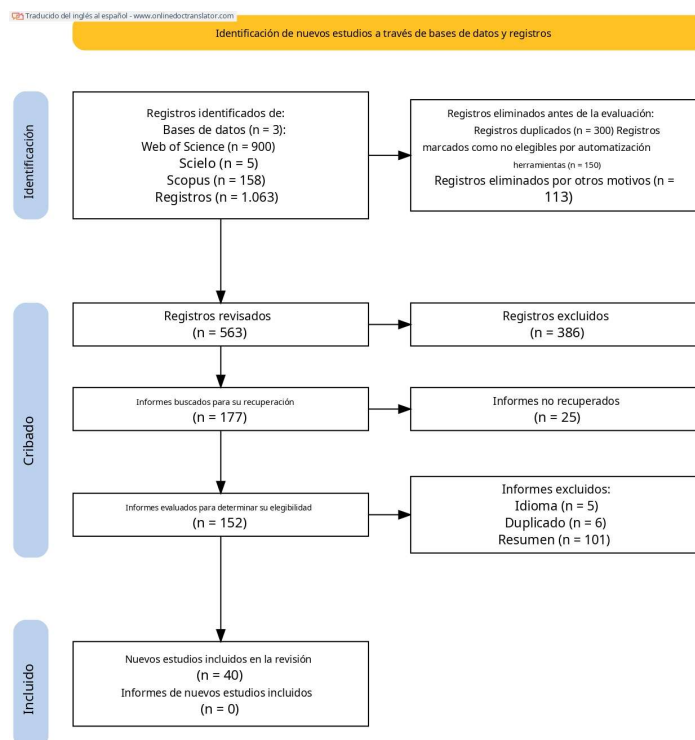


Figura 1: Flujograma de búsqueda.

3. Resultados

La revisión sistemática evidenció que la aplicación de modelos estructurados como SPIKES, PENS, ABCDE y BREAKS en la entrega de malas noticias en oncología y cuidados paliativos resultó eficaz en múltiples dimensiones clínicas y comunicativas. En primer lugar, se observó una mejora significativa en la claridad del mensaje, lo que permitió una mayor comprensión del diagnóstico y una percepción de transparencia por parte del paciente [15, 18]. Elementos como la posibilidad de realizar preguntas y el apoyo de material complementario también fueron destacados como facilitadores del entendimiento [19, 20].

El modelo SPIKES fue el más ampliamente evaluado, evidenciando beneficios consistentes al estructurar la entrega en etapas que favorecen la asimilación progresiva del diagnóstico y el acompañamiento emocional [1, 8, 9]. A partir de este protocolo, von Blanckenburg et al. desarrollaron la escala MABBAN, que identificó que los pacientes valoran especialmente la claridad de la información y la planificación conjunta de cuidados, mientras que la empatía explícita y el chequeo de percepciones previas fueron considerados secundarios en ciertos perfiles sociodemográficos [1, 10].

El modelo PENS, aplicado en contextos ambulatorios de alta demanda, demostró efectividad aun en comunicaciones breves, logrando altos niveles de satisfacción y comprensión en diagnósticos entregados en menos de diez minutos [10, 11, 12]. Estos resultados destacan que la brevedad no compromete la calidad si se comunica con claridad, compasión y adecuación a las necesidades del paciente.

En cuanto al impacto emocional, los pacientes reportaron una mayor contención cuando la mala noticia se entregó mediante modelos estructurados [13, 14], mientras que los

profesionales entrenados manifestaron menor ansiedad y mejor autorregulación emocional durante estas conversaciones [29, 31].

Asimismo, se observó una mayor participación del paciente en la toma de decisiones clínicas, favorecida por comunicaciones bidireccionales y respetuosas de los tiempos emocionales de cada persona [21, 22]. Esto promovió un mayor sentido de control, esencial en enfermedades avanzadas [23, 24].

Sin embargo, la revisión también evidenció barreras significativas. Una de las más relevantes fue la falta de formación sistemática, con médicos que aprenden a comunicar observando a sus colegas o por ensayo y error, lo que conduce a una alta variabilidad en la calidad comunicativa [3, 27, 28].

En varios países, como Etiopía o Mozambique, surgieron conflictos éticos y culturales que dificultan la implementación plena de los modelos. En dichos contextos, las familias suelen solicitar al personal de salud que oculte el diagnóstico al paciente, lo que entra en tensión con el principio de autonomía [14, 39, 40]. Este fenómeno pone de manifiesto la necesidad de sensibilidad cultural y habilidades éticas para enfrentar tales dilemas sin excluir al paciente de su propio proceso clínico.

4. Discusión

Los hallazgos de esta revisión sistemática refuerzan el valor de los modelos estructurados de comunicación como herramientas fundamentales en oncología y cuidados paliativos. Protocolos como SPIKES, PENS, ABCDE y BREAKS no solo mejoran la comprensión diagnóstica, sino que fortalecen el vínculo terapéutico y permiten al paciente participar activamente en la planificación de sus cuidados [1, 4, 13].

No obstante, su implementación práctica sigue siendo irregular. A pesar de la existencia de guías, muchos profesionales no reciben formación específica durante su formación médica ni en programas de posgrado [25, 26]. Esto genera experiencias comunicativas desiguales y emocionalmente costosas tanto para los pacientes como para el personal. Las estrategias pedagógicas como el role-playing, la simulación clínica y el debriefing reflexivo han sido señaladas como mecanismos efectivos para fortalecer estas competencias en entornos académicos y asistenciales [7, 34, 35].

Desde la perspectiva del paciente, existe una clara preferencia por recibir la información de manera clara, directa y respetuosa, especialmente en enfermedades graves como el cáncer. No obstante, se reportaron experiencias de entrega incompleta, poco comprensible o inoportuna, que provocaron ansiedad, sensación de abandono y rechazo al tratamiento [8, 15, 20, 36]. Esta disonancia reafirma la importancia de personalizar la comunicación, considerando los valores, preferencias y estado emocional del paciente [19, 37, 38].

Los contextos socioculturales condicionan fuertemente la entrega de malas noticias. En ciertos entornos, las dinámicas familiares predominan sobre la autonomía individual, generando solicitudes para limitar la información que recibe el paciente [14, 39, 40]. Estos casos requieren habilidades éticas y comunicativas avanzadas para equilibrar la verdad médica con las particularidades culturales del entorno.

En paralelo, debe reconocerse el impacto emocional que recae sobre los profesionales. La entrega de malas noticias conlleva una carga emocional considerable, especialmente en oncología, donde el vínculo médico-paciente es prolongado. Aquellos profesionales con

entrenamiento formal muestran menor agotamiento emocional y mayor capacidad de contención durante estas conversaciones [6, 29, 31, 32]. Esto respalda la inclusión de la formación en comunicación como parte del autocuidado profesional.

Finalmente, esta revisión reafirma que la calidad de la comunicación clínica influye directamente en la calidad de vida del paciente y en la experiencia asistencial. Por ello, se hace indispensable promover políticas institucionales y programas formativos que garanticen el acceso universal a estas herramientas entre los equipos de salud, en aras de una atención verdaderamente ética, empática y centrada en la persona.

5. Conclusión

La entrega de malas noticias en contextos oncológicos y de cuidados paliativos representa una de las habilidades comunicativas más delicadas y determinantes en la práctica clínica. Esta revisión sistemática evidencia que los modelos estructurados de comunicación, como SPIKES, PENS, ABCDE y BREAKS, constituyen herramientas fundamentales para facilitar este proceso, permitiendo al paciente comprender mejor su diagnóstico, participar activamente en la toma de decisiones y transitar con mayor contención emocional situaciones clínicas complejas.

A pesar de su efectividad comprobada, la implementación de estos modelos en la práctica asistencial continúa siendo variable, afectada por factores individuales del profesional, barreras institucionales y contextos socioculturales que muchas veces dificultan una comunicación transparente y centrada en el paciente. En particular, los desafíos en la formación médica y la falta de entrenamiento específico en habilidades comunicativas durante el pregrado y posgrado siguen siendo una limitación recurrente.

Los hallazgos permiten afirmar que una entrega hábil de malas noticias no solo mejora la experiencia del paciente y su adherencia al tratamiento, sino que también disminuye el impacto emocional negativo en los profesionales de la salud. Incorporar programas educativos que aborden esta competencia, con estrategias activas como simulaciones clínicas, role-playing y formación en inteligencia emocional, resulta esencial para fortalecer el vínculo terapéutico y garantizar una atención más humana y ética.

Asimismo, se destaca la necesidad de adaptar los modelos comunicativos a las características individuales del paciente, incluyendo sus valores, preferencias y contexto cultural, especialmente en escenarios donde la verdad médica entra en tensión con las dinámicas familiares o creencias locales. Los protocolos deben servir como guías flexibles, no como esquemas rígidos, y su eficacia dependerá en última instancia de la sensibilidad, preparación y humanidad del profesional que los aplica.

Esta revisión ha permitido reflexionar sobre el valor de una comunicación clínica bien estructurada como elemento central en la calidad de la atención médica. Para lograr avances significativos, será indispensable impulsar políticas formativas e institucionales que garanticen que todo profesional de la salud cuente con las herramientas necesarias para enfrentar este desafío de forma ética, empática y basada en evidencia.

Conflictos de interés: Los autores declaran no conflicto de interés.

Referencias

1. Von Blanckenburg, P., Hofmann, M., Rief, W., Seifart, U., & Seifart, C. (2020). Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1623–1629. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>
2. Miller, E. M., Porter, J. E., & Barbagallo, M. S. (2022). The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Palliative & Supportive Care*, 20(3), 433–444. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001243>
3. Schmauch, N. U., Pinto, E., Rego, F., Castro, L., Sacarlal, J., & Rego, G. (2023). Communication strategies used by medical physicians when delivering bad news at the Maputo Central Hospital, Mozambique: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 22(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01309-y>
4. Cardoso, A. F., Rosendo, I., Santiago, L., Neto, J., & Cardoso, D. (2024). Protocols for breaking bad news in health care: a scoping review protocol. *JB I Evidence Synthesis*, 22(11), 2411–2418. <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00404>
5. Moura, T., Ramos, A., Sá, E., Pinho, L., & Fonseca, C. (2024). Contributions of the communication and management of bad news in nursing to the readaptation process in palliative care: A scoping review. *Applied Sciences (Basel, Switzerland)*, 14(15), 6806. <https://doi.org/10.3390/app14156806>
6. Nnate, D. A., & Nashwan, A. J. (2023). Emotional intelligence and delivering bad news in professional nursing practice. *Cureus*, 15(6), e40353. <https://doi.org/10.7759/cureus.40353>
7. Laranjeira, C., Afonso, C., & Querido, A. I. (2021). Communicating bad news: Using role-play to teach nursing students. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211044589. <https://doi.org/10.1177/23779608211044589>
8. Krieger, T., Salm, S., Dresen, A., & Cecon, N. (2023). Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149(7), 3859–3870. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-04311-8>
9. Alves, C. G. B., Treister, N. S., Ribeiro, A. C. P., Brandão, T. B., Tonaki, J. O., Lopes, M. A., Rivera, C., & Santos-Silva, A. R. (2020). Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it? *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 129(4), 347–356. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2019.11.014>
10. Mailankody, S., Sherigar, P., Pai, A., Shenoy, R., Udupa, K., Lewis, S., & Rao, S. R. (2022). PENS approach for breaking bad news in the oncology outpatient setting: a real-world report. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(1), 13. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07458-9>
11. Anuk, D., Alçalar, N., Sağlam, E. K., & Bahadır, G. (2022). Breaking bad news to cancer patients and their families: Attitudes toward death among Turkish physicians and their communication styles. *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(1), 115–130. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1969488>
12. Herzog, E. M., Pirmorady Sehouli, A., Boer, J., Pietzner, K., Petru, E., Heinzelmann, V., Roser, E., Dimitrova, D., Oskay-Özcelik, G., Camara, O., & Sehouli, J. (2023). How to break bad news and how to learn this skill: results from an international North-Eastern German Society for Gynecological Oncology (NOGGO) survey among physicians and medical students with 1089 participants. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 33(12), 1934–1942. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2023-004693>
13. Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G.-A. (2023). Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news - A systematic review. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 40(11), 1231–1260. <https://doi.org/10.1177/10499091221146296>

14. Abraha Woldemariam, A., Andersson, R., Munthe, C., Linderholm, B., & Berbyuk Lindström, N. (2021). Breaking bad news in cancer care: Ethiopian patients want more information than what family and the public want them to have. *JCO Global Oncology*, 7(7), 1341–1348. <https://doi.org/10.1200/GO.21.00190>
15. Alves, Carolina G. B., Ribeiro, A. C. P., Brandão, T. B., Tonaki, J. O., Pedroso, C. M., Rivera, C., Epstein, J. B., Migliorati, C. A., Kowalski, L. P., Mak, M. P., Castro, G., Lopes, M. A., & Santos-Silva, A. R. (2023). Patient's perceptions of oral and oropharyngeal cancer diagnosis disclosure: communication aspects based on SPIKES protocol. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 135(4), 518–529. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2022.12.008>
16. Ruiz Sancho, E., Pérez Nieto, M. Á., Román, F. J., León Mateos, L., Sánchez Escamilla, F., Enrech Francés, S., Pérez Escutia, M. Á., Juez Mertel, I., Pérez-Segura, P., Aguirre Herrero, A., & Redondo Delgado, M. (2024). Differences in the communication of cancer diagnoses by different health professionals and the impact of oncologist communication on patients' emotions. *Cancers*, 16(13), 2444. <https://doi.org/10.3390/cancers16132444>
17. Krieger, T., Dittmer, K., Reinert, D., Hömberg, M., Tepe, A., Hamm, I., & Vitinius, F. (2024). Study protocol OKRA: orientation compass for the preparing, delivering and following up on breaking bad news conversations in paediatric oncology. *BMJ Paediatrics Open*, 8(1), e002473. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002473>
18. Kurji, Z., Aijaz, A., Aijaz, A., Jetha, Z., & Cassum, S. (2021). Telesimulation innovation on the teaching of SPIKES model on sharing bad news. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(6), 623–627. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-20108>
19. Bouaoud, J., Michon, L., & Saintigny, P. (2022). Teaching how to break bad news in Oncology: In-class vs. virtual peer role-plays. *Bulletin Du Cancer*, 109(6), 685–691. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2022.02.009>
20. Ayalew, E. A., Mphuthi, D. D., & Matlhaba, K. L. (2023). Patients' preferences for delivering bad news in palliative care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 22(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01275-5>
21. Adeyemi, O., Ginsburg, A. D., Kaur, R., Cuthel, A. M., Zhao, N., Siman, N., Goldfeld, K. S., Emlet, L. L., DiMaggio, C., Yamarik, R. L., Bouillon-Minois, J.-B., Chodosh, J., Grudzen, C. R., & PRIM-E. R. Investigators. (2024). Serious illness communication skills training for emergency physicians and advanced practice providers: a multi-method assessment of the reach and effectiveness of the intervention. *BMC Palliative Care*, 23(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01349-y>
22. Bartholdson, C., Kreicbergs, U., Sveen, J., Lövgren, M., & Pohlkamp, L. (2022). Communication about diagnosis and prognosis—A population-based survey among bereaved parents in pediatric oncology. *Psycho-Oncology*, 31(12), 2149–2158. <https://doi.org/10.1002/pon.6058>
23. Blatman, Z., Rayala, S., Richardson, K., Risat, M. I. K., Yantzi, R., & Doherty, M. (2025). Children's palliative care perceptions and educational needs among healthcare professionals in humanitarian settings. *Palliative & Supportive Care*, 23, e42. <https://doi.org/10.1017/S147895152400186X>
24. Broese, J. M. C., van der Kleij, R. M. J. J., Kerstjens, H. A. M., Verschuur, E. M. L., Engels, Y., & Chavannes, N. H. (2020). A cluster randomized controlled trial on a multifaceted implementation strategy to promote integrated palliative care in COPD: study protocol of the COMPASSION study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00657-3>
25. Clancy, M., Bradbury-Jones, C., Phillimore, J., & Taylor, J. (2024). Exploring the experiences of children's palliative care for forced migrant families in the United Kingdom: an interpretative phenomenological study. *Frontiers in Pediatrics*, 12, 1494938. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1494938>
26. Dokmai, P., Meemon, N., Paek, S. C., & Tayjasanant, S. (2021). Structure and process of palliative care provision: a nationwide study of public hospitals in Thailand. *BMC Health Services Research*, 21(1), 616. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06623-w>

27. Finucane, A. M., O'Donnell, H., Lugton, J., Gibson-Watt, T., Swenson, C., & Pagliari, C. (2021). Digital health interventions in palliative care: a systematic meta-review. *Npj Digital Medicine*, 4(1), 64. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00430-7>
28. Haug, K., Buffington, A., Zelenski, A., Hanlon, B. M., Stalter, L., Kwekkeboom, K. L., Rathouz, P., Bansal, A. D., Cheung, K., Crews, D., Frazier, R., Koncicki, H., Lam, D., Moss, A., Rao, M., Wolfgram, D. F., Yi, J., Brill, C., Kendrick, R., ... Schwarze, M. (2022). Best Case/Worst Case: protocol for a multisite randomised clinical trial of a scenario planning intervention for patients with kidney failure. *BMJ Open*, 12(11), e067258. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067258>
29. Kogan, A. C., Rahman, A., Lomeli, S., & Enguidanos, S. (2023). "You cannot stop talking about palliative care:" Perspectives and Learnings from Providers on Communicating about Home-based Palliative Care to Patients and Physicians. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 40(2), 122–128. <https://doi.org/10.1177/10499091221090498>
30. Levy, C., Diaz, M. C. G., & Dickerman, M. (2022). Teaching communication as a procedure by utilizing a mixed-methods curriculum: A pilot study. *Cureus*, 14(6), e25597. <https://doi.org/10.7759/cureus.25597>
31. Ouellet, J. A., Prsic, E. H., Spear, R. A., Blatt, L., Kukulka, S., Cronin-Ozyck, R., Kapo, J. M., & Lai, J. M. (2021). An observational case series of targeted virtual geriatric medicine and palliative care consults for hospitalized older adults with COVID-19. *Annals of Palliative Medicine*, 10(6), 6297–6306. <https://doi.org/10.21037/apm-21-117>
32. Pergolizzi, D., Crespo, I., Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Alonso-Babarro, A., Arantzamendi, M., Belar, A., Centeno, C., Goni-Fuste, B., Julià-Torras, J., Martinez, M., Mateo-Ortega, D., May, L., Moreno-Alonso, D., Nabal Vicuña, M., Noguera, A., Pascual, A., Perez-Bret, E., Rocafort, J., ... Porta-Sales, J. (2020). Proactive and systematic multidimensional needs assessment in patients with advanced cancer approaching palliative care: a study protocol. *BMJ Open*, 10(2), e034413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034413>
33. Robbel, C., Vesel, L., Ernst, E., He, Y., & Vesel, T. (2022). Community member and health care provider perspectives on communication with Chinese American patients with cancer: A qualitative study. *JCO Oncology Practice*, 18(12), e1927–e1934. <https://doi.org/10.1200/OP.22.00047>
34. Saffi Junior, M. C., Moraes, A. M. S. M. de, & Favero, G. M. (2022). Overview of perinatal palliative care in Brazil. *Brazilian Archives of Biology and Technology*, 65. <https://doi.org/10.1590/1678-4324-2022210615>
35. Sagara, Y., Mori, M., Yamamoto, S., Eguchi, K., Iwatani, T., Naito, Y., Kogawa, T., Tanaka, K., Kotani, H., Yasojima, H., Ozaki, Y., Noguchi, E., Miyasita, M., Kondo, N., Niikura, N., Toi, M., Shien, T., & Iwata, H. (2021). Current status of advance care planning and end-of-life communication for patients with advanced and metastatic breast cancer. *The Oncologist*, 26(4), e686–e693. <https://doi.org/10.1002/onco.13640>
36. Sato, A., Fujimori, M., Shirai, Y., Umezawa, S., Mori, M., Jinno, S., Umehashi, M., Okamura, M., Okusaka, T., Majima, Y., Miyake, S., & Uchitomi, Y. (2022). Assessing the need for a question prompt list that encourages end-of-life discussions between patients with advanced cancer and their physicians: A focus group interview study. *Palliative & Supportive Care*, 20(4), 564–569. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001796>
37. Stocklassa, S., Zhang, S., Mason, S., & Elsner, F. (2022). Cultural implications for disclosure of diagnosis and prognosis toward terminally ill cancer patients in China: A literature review. *Palliative & Supportive Care*, 20(2), 283–289. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000535>
38. Temel, J. S., Sloan, J., Zemla, T., Greer, J. A., Jackson, V. A., El-Jawahri, A., Kamdar, M., Kamal, A., Blinderman, C. D., Strand, J., Zylla, D., Daugherty, C., Furqan, M., Obel, J., Razaq, M., Roeland, E. J., & Loprinzi, C. (2020). Multisite, randomized trial of early integrated palliative and oncology care in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer: Alliance A221303. *Journal of Palliative Medicine*, 23(7), 922–929. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0377>

39. Zucker, B. E., Leandro, L., Forbes, K., Blazeby, J. M., & Chamberlain, C. (2023). Training surgeons to optimize communication and symptom management in patients with life-limiting conditions: systematic review. *BJS Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad015>
40. Van Scoy, L. J., Scott, A. M., Green, M. J., Witt, P. D., Wasserman, E., Chinchilli, V. M., & Levi, B. H. (2022). Communication Quality Analysis: A user-friendly observational measure of patient-clinician communication. *Communication Methods and Measures*, 16(3), 215–235. <https://doi.org/10.1080/19312458.2022.2099819>

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.