

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS DE LOS MÉDICOS EN UN HOSPITAL MATERNO- NEONATAL DE QUITO EN 2018.

¹ Verónica Oliva V., ²Linda Arturo D.

¹Pediatra/Fellow Neonatología . Universidad San Francisco de Quito
² Pediatra/Coordinadora de Calidad Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora

RESUMEN

Contexto: Comunicar malas noticias es un evento frecuente en las áreas Gineco-Obstétricas y Neonatales, donde los desenlaces pueden afectar la vida de la madre y su recién nacido.

Propósito: Evaluar conocimientos, actitudes y prácticas para dar malas noticias por parte de los médicos del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en los meses de Septiembre a Noviembre del 2018.

Sujetos y Métodos: Participan 106 médicos, en un estudio observacional transversal, con preguntas estructuradas y aplicadas a grupos focales, en dos tiempos con capacitación intermedia. A las madres de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales se las entrevista sobre características de entorno, empatía y actitud del médico.

Resultados: Los médicos con una experiencia menor a 5 años (62,62%) son el mayor grupo, sexo femenino 49 (72,06%) y masculino 17 (44,74%) con $p < 0,02$. Los conocimientos, actitudes y prácticas son medianamente aceptables 33 (31,13%) y aceptable 73 (68,67%). Al comparar las encuestas pre y post capacitación existe inicialmente diferencias significativas entre Neonatología y Gineco Obstetricia, con mayor actitud para al área Neonatal $p < 0,003$; los residentes en formación tienen en prácticas 88,3% con $p < 0,05$ significativa; luego de la capacitación los conocimientos actitudes y prácticas mejoran hasta en un 93% para todos los grupos. El 12% de las madres refiere sentirse incómodas con el entorno $p < 0,024$. El 68% de las madres pudo expresar sentimientos durante la información $p < 0,054$ y un 36% sintió que el médico no se preocupó de sus sentimientos.

Conclusiones: El mayor trabajo hospitalario lo realizan los médicos < de 5 años. El área neonatal tienen mayor actitud, aunque los conocimientos y prácticas también son aceptables en Gineco -Obstetricia y residentes. Las madres requieren mayor participación empática del médico demostrándose la necesidad de más investigación y capacitaciones.

Palabras clave: Malas noticias, duelo anticipado, empatía, comunicación, conocimiento, actitudes, prácticas.

ABSTRACT

Context: Communicating bad news is a frequent event in the gynecological-obstetric and neonatal areas, where outcomes can affect the life of the mother and her newborn.

Purpose: Assess knowledge, attitudes and practices to give bad news, the doctors of the Gynecological-Obstetric Hospital Isidro Ayora in the months of September to November of 2018.

Subjects and Methods: 106 doctors participate, in a cross-sectional observational study, with structured questions and applied to focus groups, in two periods with intermediate training. The mothers of the Neonatal Intensive Care Unit were interviewed about environmental characteristics, empathy and attitude of the doctor.

Results: Physicians with less than 5 years of experience (62.62%) are the largest group, females 49 (72.06%) and males 17 (44.74%) with $p < 0.02$. Knowledge, attitudes and practices are moderately acceptable 33 (31.13%) and acceptable 73 (68.67%). When comparing the pre- and post-training surveys, there are initially significant differences between Neonatology and Obstetrics Gynecology, with a greater attitude for the Neonatal area $P < 0.003$; the residents in training have in practice 88.3% with $p < 0.05$ significant; After the training the knowledge attitudes and practices improve up to 93% for all groups. 12% of mothers report feeling uncomfortable with the environment $p < 0.024$ 68% of the mothers could express feelings during the information $p < 0.054$ and 36% felt that the doctor did not worry about their feelings.

Conclusions: The largest hospital work is performed by doctors <of 5 years. The neonatal area have greater attitude, although knowledge and practices are also acceptable in Gynecology - Obstetrics and residents. Mothers require greater empathic participation from the doctor, demonstrating the need for more research and training.

INTRODUCCIÓN

La comunicación de la verdad en situaciones difíciles para el médico es una experiencia frecuente y estresante, la cual requiere un manejo empático apropiado que plasme la esencia del ser humano como entidad social y de su propia vocación.^{1,2} Las principales causas que hacen difícil comunicar una mala noticia son los sentimientos de ser culpados, miedo a la falla terapéutica, complicaciones legales, dolor empático entre otros. Además existe poca formación médica para realizar una comunicación médico paciente eficaz, lo cual desencadena sentimientos de frustración en el profesional. Los beneficios de una adecuada comunicación son: disminución de ansiedad del paciente, confianza y comprensión, mejores logros terapéuticos. Existen protocolos fáciles de aplicar como el de Buckman, médico oncólogo que en el año 1984 desarrolla un esquema de 6 etapas que explican detalladamente

los momentos necesarios para comunicar al paciente una mala noticia.

Podemos definir la mala noticia como aquella que drásticamente y negativamente altera la propia perspectiva del paciente en relación con su futuro (Buckman 1984).² Los receptores de malas noticias no olvidan nunca dónde, cuándo y cómo se les informó de ella. Los factores que dificultan la comunicación de malas noticias pueden provenir del ambiente sociocultural del paciente o del propio médico. En el período perinatal se lo expresa como un momento de poca esperanza, devastador para la madre y su familia, ya que la pérdida del ser querido se llena de ilusiones e irrealidad no vividas.

El neonato enfermo es un paciente complejo, en donde la morbilidad y mortalidad son elevadas, las anomalías congénitas, las secuelas neurológicas y el pronóstico de vida no pueden ser definidos de inmediato.^{3,4} Por otro lado se encuentra el avance de la ciencia y la tecnología que favorece la intervención oportuna

Correspondencia: Verónica Oliva V
 Universidad San Francisco de Quito
 veroolivavel@hotmail.com/ +593 99 8528931.
 Rev. Ecuat. Pediatr. 2018; 19(2); 33-38

oportuna de prematuros cada vez más extremos, quienes enfrentan morbilidades futuras importantes^{2,5}. El profesional de salud en esta área se enfrenta permanentemente a situaciones difíciles de comunicación con madre o familiares causantes de intensa frustración, culpa, impotencia, fracaso, con riesgo de fraccionamiento del vínculo con la familia.

El período perinatal representa una etapa en la vida de la mujer que denota características únicas, en donde se presentan cambios físicos y emocionales importantes. En primer lugar el sentir un nuevo ser dentro, desarrolla los sentimientos descritos por Freud: omnipotencia, feminidad e inmortalidad. La mujer deposita en su embarazo autoestima fortalecida con la pareja y su familia. El momento de enfrentarse a la pérdida de su recién nacido, o diagnósticos de malformaciones congénitas, así como enfermedades inmediatas del neonato, conlleva al desarrollo de sentimientos de culpa, vacío emocional, desamparo, y en algunos casos trastornos psicossomáticos severos^{5,7}. En este período es frecuente utilizar el término duelo anticipado, el cual se lo define como el shock inicial ante el diagnóstico y la negación de la muerte próxima del neonato, mantenida en mayor o menor grado hasta el final; también por la ansiedad, el miedo y el centrarse en el cuidado del enfermo. Este período es una oportunidad para prepararse psicológicamente para la pérdida y deja profundas huellas en la memoria como una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. El duelo no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento estresante de gran magnitud, que tarde o temprano debemos afrontar todos los seres humanos.^{11,12}

Ante situaciones de estrés o angustia se desarrollan mecanismos de defensa, los cuales se definen como formas automáticas e inconscientes que utilizamos para protegernos al recibir una mala noticia. En la madre principalmente se desarrolla la culpabilidad sin embargo también se destacan: negación, racionalización, desconcierto, regresión, desplazamiento entre otros. Los médicos debemos reconocer estos mecanismos, los cuales son normales en una fase inicial de defensa, herramienta indispensable para un manejo y seguimiento empático de la comunicación con el paciente.^{5,8,9}

Una vez que conocemos las principales aristas del complejo momento que atraviesa la madre del neonato y su familia al recibir una mala noticia, es necesario protocolizar la Comunicación de malas noticias. No existe investigaciones específicas en el área neonatal sin embargo existe protocolos como SPIKES que a través de un proceso de 6 etapas favorece un enfoque eficaz de esta situación. Su traducción al español llamada EPICEE⁵ favorece su comprensión y aplicación. A continuación se detalla las 6 etapas EPICEE.¹⁰

Paso 1: Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado. ENTORNO
En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, apagar móviles, preparar la información.

Paso 2: Averiguar cuanto sabe de la enfermedad .PERCEPCIÓN.

Es una parte fundamental del proceso ya que se averigua cuanto conocimiento hay al respecto de la patología del paciente. Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención en los entrevistados padres, sino también en su comunicación no verbal.

También nos permite determinar el nivel educacional, capacidad de expresión, preparación, así como su estado emocional en relación a su proceso.

Paso 3: Encontrar lo que el paciente quiere saber. INVESTIGACIÓN.

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información con los padres. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista.

Paso 4: Compartir la información. CONOCIMIENTO
Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico. El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo sobre la terapéutica a implantar.

Paso 5 : Responder a los sentimientos del paciente. EMPATÍA
Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente esta parte.

Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

Paso 6: Planificación y seguimiento del proceso. ESTRATEGIA.

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento.

Evidenciar el nivel de conocimiento de los profesionales del área Neonatología de la Institución sobre como informar en situaciones difíciles, determinando la aplicación de protocolos que faciliten el proceso.^{2,14} Para la realización de este estudio se han elegido encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP), ideales en campañas de cambio de comportamiento para evaluar a los destinatarios respecto del tema. Las encuestas CAP combinan la información cualitativa con datos cuantitativos obtenidos de muestras relativamente pequeñas de la población destinataria y de esta forma lograr nuestro objetivo.² La comunicación se aprende y la preparación médica al respecto es insuficiente, lo que es fundamental conjuntamente con el mantenimiento de una adecuada relación médico paciente. Actualmente la simulación médica se utiliza como una forma de sumergir a los médicos en formación en escenarios de práctica realistas para ayudarlos a consolidar su conocimiento médico formal y desarrollar el trabajo en equipo, la comunicación y las habilidades técnicas. El análisis se considera como un aspecto crítico del entrenamiento de simulación. Con un facilitador de interrogatorio capacitado, los participantes pueden ir más allá de una revisión de rutina de las habilidades y los pasos tomados para explorar su proceso interno y auto reflexionar sobre como su experiencia durante la simulación formó su decisión y comportamiento. Sin embargo, el sentido de evaluación es un aspecto de la capacitación que puede aumentar la actitud defensiva de un aprendiz. La ansiedad aumenta cuando los participantes anticipan que se evalúen su desempeño, o cuando el escenario de simulación se relaciona con actividades interpersonales complejas, como apren-

como aprender a dar malas noticias. Por lo tanto, el entrenamiento reflexivo colaborativo desarrollado a partir de ideas basadas en terapia familiar, es bastante prometedor con un enfoque adecuado para facilitar el diálogo abierto y una mayor auto reflexión al recibir capacitación.^{2,15}

El objetivo del presente estudio es definir la situación actual sobre la comunicación de situaciones difíciles en los médicos de Salud del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, a través de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para posteriormente Implementar un sistema comunicativo, eficiente para el abordaje de la información de situaciones difíciles en las áreas obstétricas y neonatales de los médicos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se realiza un estudio analítico, transversal mediante método de encuestas cuantitativo de conocimientos, actitudes y prácticas para evaluar al médico sobre dar malas noticias a las madres de neonatos críticos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. El instrumento se aplica a una población específica. Buscando información sobre lo que el participante sabe, como se siente y se comporta con relación a al tema.

La población de estudio son los médicos pediatras y Gineco-Obstetras de la institución divididos en grupos de médicos tratantes, médicos residentes, médicos en formación de las áreas de neonatología, pediatría y ginecobstetricia completando 106 médicos de 120 convocados encargados de dar información a las madres embarazadas sobre sus condiciones de riesgo, a las madres y padres o tutores legales de los recién nacidos ingresados al área de cuidados neonatales. Además se realiza una encuesta final a las madres de neonatos críticos hospitalizados en la sala de Terapia Intensiva Neonatal por el lapso de 1 mes, en donde se determinará a través de encuestas la recepción y entrega de información de malas noticias.

En la presente investigación, se realizaron entrevistas grupales con una duración de 40 minutos. La encuesta se divide en 16 preguntas de conocimientos, 9 preguntas de actitudes y 7 de prácticas, las cuales se aplicaron en dos momentos estructuradas en los meses de Septiembre a Noviembre del 2018, dirigidas a los médicos incluidos en el estudio. Se realizó una categorización de las encuestas con puntajes según la escala de Stugart (Anexo 1 y 2).

Para valorar la confiabilidad de la encuesta en el enfoque cualitativo los criterios incluidos en COREQ, que constituyen una lista de verificación de 32 ítems, evaluando esquemas interpretativos en el contexto del estudio, los hallazgos, el análisis y las interpretaciones. El esquema que utilizamos para la validez estructural de la encuesta abarca 3 dominios: 1 la verificación de equipo de investigación y reflexividad. El cual valora las características personales del investigador mejorando la credibilidad de los hallazgos, además aclara la relación con los participantes. En segundo lugar valora el diseño del estudio y recopilación de datos en forma rigurosa y finalmente el análisis de datos y su recopilación. (Anexo 2)

En el enfoque cuantitativo y análisis estadístico para validar el instrumento se llevó a cabo una prueba piloto en las condiciones previstas, con la participación de 15 personas, de la cual se obtienen los aprendizajes previos para disminuir los errores durante la aplicación

del instrumento, particularmente en lo relacionado a la habilidad de la entrevistadora para el desarrollo de la técnica permitiendo determinar la validez interna y externa del mismo. Se aplica Alpha de Cronbach con un valor promedio de conocimientos, actitudes y prácticas de 0,70.

Se realizó una capacitación luego de un mes de aplicada la encuesta con una retroalimentación a los participantes de los hallazgos iniciales y conferencias grupales en cada área de trabajo sobre el tema.

Finalmente aplicamos una segunda encuesta igual a la primera para comparar los beneficios luego de la capacitación inicial y la encuesta de 10 ítems dirigidos a las madres en las que se enfocan preguntas sobre el entorno físico, el conocimiento previo de la enfermedad del neonato, expresión de emociones de la participante apoyo del médico y empatía.

Los criterios de exclusión fueron los médicos de salud de otras áreas de la institución, quienes no son responsables del manejo de información de malas noticias a madres, padres o tutores legales. Madres de neonatos que no pertenezcan a la unidad de Cuidados intensivos neonatales.

En cuanto a las consideraciones bioéticas se tomaron las encuestas a los médicos participantes en forma voluntaria respetando su autonomía y confidencialidad para responder las inquietudes de los participantes en forma individual evitando presiones. Se codificaron los datos a través de la edad de nacimiento y un número de llegada de los participantes almacenando la información en la base de datos del autor.

RESULTADOS

Se realizó análisis estadístico univariado y bivariado aplicando X² y de significancia estadística para interpretar las encuestas con programa estadístico STATA 13.

Tabla 1. Distribución de las características demográficas de los médicos entrevistados.

	Masculino	Femenino	Total	X ²	P
Experiencia, n(%)					
Menos de 5 años	17 (44,74)	49 (72,06)	66 (62,26)	7,853	0,020 *
5 a 10 años	10 (26,32)	10 (14,71)	20 (18,87)		
Más de 10 años	11 (28,95)	9 (13,24)	20 (18,87)		
Especialidad, n (%)					
Ginecología	16 (42,11)	15 (22,06)	31 (29,25)	4,734	0,094
Pediatría/Neonatología	7 (18,42)	17 (25)	24 (22,64)		
Residentes (no especialistas)	15 (39,47)	36 (52,94)	51 (48,11)		
Área, n (%)					
Ginecología **	23 (60,53)	25 (36,76)	48 (45,28)	7,501	0,024 *
Pediatría/Neonatología**	15 (39,47)	37 (54,41)	52 (49,06)		
Consulta****	0 (0)	6 (8,82)	6 (5,66)		

*p de 0,05 Significación estadística. ** Emergencia, Centro Quirúrgico, Patología Obstétrica, Cuidados Intensivos Maternos, Unidad Materno Fetal.*** Cuidados intensivos neonatales , cuidados intermedios, alojamiento conjunto, sala de partos. **** Consulta externa Ginecología y Pediatría. Fuente: Encuestas.

De los 106 participantes encontramos que la edad media de los médicos fue de 38 años. En cuanto al sexo el 64,2 % son mujeres y el 35.9% son hombres. En la experiencia el mayor número de los participantes 66%, llevan trabajando en la institución menos de 5 años de los cuales el 72% son mujeres, con una significancia de p 0,02. En cuanto a la especialidad el mayor número de entrevistados fueron los médicos en formación no especialistas en un 48.1%, seguidos de médicos especialistas en Ginecología Obstetricia en 29,3% y finalmente especialistas de Pediatría/Neonatología 22,6%, no se detectaron en diferencias significativas en los tres grupos. El área se dividió en tres grupos de los cuales el 49 % corresponde a área Neonatal con una significancia de p 0,02, seguido de las áreas Gineco Obstétricas en 45,3% y consulta 5,7%. (Tabla 1)

Tabla 2. Distribución de resultados de la Encuesta CAP de malas noticias a los médicos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora 2018

	Masculino	Femenino	Total	X ²	p
Conocimientos, n(%)					
Medianamente aceptable	23 (60,53)	30 (44,12)	53 (50)	2,6254	0,105
Aceptable	15 (39,47)	38 (55,88)	53 (50)		
Actitudes, n(%)					
Medianamente	17 (44,74)	20 (29,41)	37 (34,91)	2,5197	0,112
Aceptable	21 (55,26)	48 (70,59)	69 (65,09)		
Prácticas, n(%)					
Medianamente aceptable	5 (13,16)	13 (19,12)	18 (16,98)	0,6142	0,433
Aceptable	33 (86,84)	55 (80,88)	88 (83,02)		
General, n(%)					
Medianamente aceptable	11 (28,95)	22 (32,35)	33 (31,13)	0,1319	0,717
Aceptable	27 (71,05)	46 (67,65)	73 (68,87)		

*p de 0,05 Significación estadística *Aceptable (>35 puntos). Medianamente Aceptable (25-34 puntos). No aceptable <24 puntos.

Fuente: Encuestas. Elaboración: Autora de la Investigación

En la primera evaluación de conocimientos, prácticas y actitudes de los médicos del hospital para dar malas noticias, encontramos que en términos generales el 50% estos tienen conocimientos aceptables y medianamente aceptables sobre el tema, el 65,1% mantienen una actitud aceptable y el 83% considera dar malas noticias de manera adecuada. Y tras la capacitación efectuada encontramos que tanto los conocimientos la actitud y practica presentan aumentan sus puntuaciones hacia un nivel aceptable y de manera global mejoran en torno al 20%. (Tabla 2)

Tabla.3 Distribución de los resultados de la Encuesta CAP de malas noticias antes y después de la Capacitación.

	Pre capacitación				Post capacitación			
	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Residentes	P X ²	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Residentes	P X ²
Conocimientos, n (%)								
Medianamente	15 (48,4)	13 (54,2)	25 (49,1)	0,896	7 (20)	3 (13,6)	4 (9,1)	0,378
Aceptable	16 (51,6)	11 (45,8)	26 (50,9)	2,7766	28 (80)	19 (86,4)	40 (90,9)	4,555
Actitudes, n (%)								
Medianamente	7 (22,6)	4 (16,7)	26 (50,9)	0,003*	5 (14,3)	6 (27,3)	11 (25)	0,404
Aceptable	24 (77,4)	20 (83,3)	25 (49,1)	3,5667	30 (85,7)	16 (72,7)	33 (75)	2,342
Prácticas, n (%)								
Medianamente	4 (12,9)	8 (33,3)	6 (11,7)	0,05*	4 (11,4)	4 (18,2)	2 (4,5)	0,202
Aceptable	27 (87,1)	16 (66,7)	45 (88,3)	1,5543	31 (88,6)	18 (81,8)	42 (95,5)	1,567
General, n (%)								
Medianamente	5 (16,1)	5 (20,8)	23 (45,1)	0,011*	2 (5,7)	4 (18,2)	4 (9,1)	0,300
Aceptable	26 (83,9)	19 (79,2)	28 (54,9)	0,2333	33 (94,3)	18 (81,8)	40 (90,9)	5,433

*p de 0,05 Significación estadística

Fuente: Encuestas. Elaboración: Autora de la Investigación.

Cuando analizamos los conocimientos prácticos y actitudes de los profesionales sanitarios según su especialidad encontramos que al inicio del estudio no existió diferencias significativas en cuanto a los conocimientos para dar malas noticias, mientras que los profesionales especialistas en Pediatría/ Neonatología presentaron actitud aceptable en el 83,3 %, seguidos de los especialistas en ginecología con el 77,4% y los médicos no especialistas en formación con un 49,1% de actitud aceptable estas diferencias fueron estadísticamente significativas. Así mismo en cuanto a la práctica los médicos residentes fueron los que obtuvieron mejores puntuaciones en las encuestas con el 88,3% de prácticas aceptables en el momento de dar malas noticias seguidos de los especialistas en Ginecología y Pediatría/ Neonatología con el 87,1% y el 66,7% respectivamente. A nivel general quienes tuvieron mejor puntuación aceptable fueron los especialistas en ginecología, seguidos de Pediatría/ Neonatología y finalmente los médicos residentes. No obstante, tras la capacitación todos los parámetros mejoraron en todos los médicos y no se encontró diferencias significativas entre los grupos (Tabla 3).

Tabla 4. Resultados de encuesta Según área de trabajo.

	Pre capacitación				Post capacitación			
	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Consulta externa	P X ²	Ginecología	Pediatría/ Neonatología	Consulta externa	P X ²
Conocimientos, n (%)								
Medianamente	24 (50)	24 (46,1)	5 (83,3)	0,226	7 (15,6)	3 (6,3)	4 (50)	0,004*
Aceptable	24 (50)	28 (53,9)	1 (16,7)	4,3222	38 (84,4)	45 (93,7)	4 (50)	2,5433
Actitudes, n (%)								
Medianamente	15 (31,3)	22 (42,3)	0 (0)	0,092	7 (15,6)	13 (27,1)	2 (25)	0,394
Aceptable	33 (68,7)	30 (57,7)	6 (100)	3,6700	38 (84,4)	35 (72,9)	6 (75)	0,2111
Prácticas, n (%)								
Medianamente	8 (16,6)	9 (17,3)	1 (16,7)	0,993	4 (8,9)	6 (12,5)	0 (0)	0,524
Aceptable	40 (83,4)	43 (82,7)	5 (83,3)	5,4322	41 (91,1)	42 (87,5)	8 (100)	2,3331
General, n (%)								
Medianamente	15 (31,3)	16 (30,7)	2 (33,3)	0,992	4 (8,9)	5 (10,4)	1 (12,5)	0,939
Aceptable	33 (68,7)	36 (69,3)	4 (66,7)	4,6755	41 (91,1)	43 (89,6)	7 (87,5)	0,3222

*p de 0,05 Significación estadística

Fuente: Encuestas. Elaboración: Autora de la Investigación.

Al analizar las puntuaciones obtenidas por los médicos, teniendo en cuenta las áreas de trabajo no encontramos diferencias significativas en los conocimientos prácticos y actitudes a nivel general. Tras la capacitación observamos mejores puntuaciones tanto para conocimientos prácticos y actitudes, además en conocimientos quienes mejor puntuación presentaron fueron los profesionales que trabajan en el área de Pediatría / Neonatología con el 93,7% de profesionales con conocimiento aceptable, seguidos por el área de Ginecología y finalmente consulta externa con el 84,4% y 50% respectivamente. Sin embargo, no existió diferencias significativas los otros parámetros ni grupos.

Tabla 5. Distribución Etnográfica de las Madres de Neonatos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora en el mes de Noviembre 2018

	Encuesta a las madres			X ²	p
	Menores de 25 años	Mayores de 25 años	Total		
Educación de la madre					
Primaria	3 (20)	3 (30)	6 (24)	2,2321	0,328
Secundaria	9 (60)	3 (30)	12 (48)		
Superior	3 (20)	4 (40)	7 (28)		
Estado civil					
Casada	1 (6,67)	1 (10)	2 (8)	0,0906	0,763
Soltera y Union Libre	14 (93,33)	9 (90)	23 (92)		
¿Se siente cómodo en el espacio físico en que recibió la información?					
No	-	3 (30)	3 (12)	5,1136	0,024*
Si	15 (100)	7 (70)	22 (88)		
¿Durante la información sobre las condiciones de su hijo o hija se le preguntó si usted tenía conocimiento previos de la enfermedad?					
No	-	2 (20)	2 (8)	3,2609	0,071
Si	15 (100)	8 (80)	23 (92)		
¿La información recibida de la enfermedad de su hijo o hija se entendió?					
No	3 (20)	1 (10)	4 (16)	0,4464	0,504
Si	12 (80)	9 (90)	21 (84)		
¿Se entendió el tratamiento indicado?					
Si	15 (100)	10 (100)	25 (100)	-	-
¿Al recibir la información de su hijo o hija pudo expresar al médico sus emociones?					
No	7 (46,67)	1 (10)	8 (32)	3,7017	0,054*
Si	8 (53,33)	9 (90)	17 (68)		
¿El médico se preocupó sobre sus sentimientos en este momento?					
No	7 (46,67)	2 (20)	9 (36)	1,8519	0,174
Si	8 (53,33)	8 (80)	16 (64)		
¿Tiene sentimientos de ira, luego de recibir la noticia?					
Si	4 (26,67)	4 (40)	8 (32)	0,4902	0,484
No	11 (73,33)	6 (60)	17 (68)		
Siente que la información sobre la condición de su hijo/a ha sido clara					
Si	15 (100)	10 (100)	25 (100)	-	-
¿Siente que el médico le brindó apoyo en estos momentos?					
No	4 (26,67)	-	4 (16)	3,1746	0,075
Si	11 (73,33)	10 (100)	21 (84)		

Dentro de las encuestas realizadas a las madres que recibieron malas noticias su percepción fue adecuada en todas las preguntas con un promedio de aceptación de 84% siendo la más alta la información del tratamiento recibido como la información sobre la condición del paciente, mientras que la escala más baja fue la preocupación del personal sanitario la emoción de los familiares además no existieron diferencia entre las mujeres de menores o mayores de 25 años. (Tabla 5)

DISCUSIÓN

Esta investigación utilizó las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) realizadas en forma estructurada y definida, a los médicos del área Gineco Obstétrica del Hospital Isidro Ayora las cuales aportan a través de su modelo cuantitativo, datos cualitativos importantes para explorar el comportamiento de los participantes durante la comunicación de situaciones difíciles en el área perinatal, los cuales enfrentan diversidad de complejas emociones en la relación médico- paciente poco exploradas en la literatura actual. Se aplicó 32 preguntas en entrevistas personales con grupos focales. La validez de la encuesta fue realizada con el empleo los Criterios COREQ 6 cumpliendo los 32 ítems en dominios de constructo. El modelo de encuesta CAP actualmente es ampliamente empleado, sin embargo no sido aplicada hasta el momento en la comunicación de malas noticias en el área perinatal no existiendo bibliografía al respecto. Inicialmente se realiza una prueba piloto con 15 participantes aplicando el Alpha de Cronbach con un valor de 0,7 (0,7 a 0,8) con preguntas de la escala de Likert, indicando la confiabilidad de la misma. La encuesta se divide en 17 preguntas de conocimientos, 8 preguntas de actitudes y 7 de prácticas, las cuales se aplicaron en dos momentos, con una capacitación intermedia en donde se pretendió mejorar los conocimientos de los participantes médicos especialistas Gineco-Obstétricos 31 (29,5%), especialistas Neonatólogos y Pediatras 24 (22,64%) y no especialistas médicos en formación docente de las dos áreas anteriores 51(48,11%), un total de 106 participantes de 120 convocados voluntariamente (10% de la muestra no participó).

En la primera tabla se evidencia que 66 participantes (62,62%) tiene una experiencia de menos de 5 años, con una diferencia significativa entre sexo femenino 49 (72,06%) y masculino 17 (44,74%) $p < 0,02$. Los datos de la investigación revelaron que según la categorización de la primera encuesta todos los médicos tuvieron un puntaje medianamente aceptable 33 (31,13%) y 73 (68,67%) aceptable sin diferencias significativas entre hombre y mujeres, tanto en conocimientos, actitudes y prácticas. Se evidenció que el personal de Neonatología en Actitudes y Prácticas tuvo mayores porcentajes de 69(65,09%) y 88(83,02%) en relación con Gineco- Obstetras y médicos residentes en formación sin diferencias significativas entre hombre y mujeres.

Al analizar la encuestas se evidenció que los médicos participantes informan diariamente 14,1%, Varias veces por semana 22,3%, una vez por semana 17,9%, casi nunca 39,6% y nunca 4%, existiendo una pequeña variación en la segunda encuestas con aumento de la información varias veces por semana a 33% posiblemente por mejorar su conocimiento del tema.

Se realizó el análisis de la tercera tabla en donde si existe diferencias significativas entre los especialistas de Neonatología /Pediatría y Gineco Obstetricia, con un puntaje mayor en actitud para el área Neonatal $p < 0,003$, llama la atención que los residentes en formación tienen el mayor puntaje en prácticas con una significancia de $p < 0,05$ determinando que se enfrentan frecuentemente ante este tipo de comunicaciones en forma aceptable. En un estudio de residentes de perinatología del 2018 en donde se capacitó con simulaciones sobre la comunicación de malas noticias no se detecto mejoras al aplicar SPIKES, la retroalimentación y capacitación permanente fue útil. Se necesita más investigación para determinar la modalidad más efectiva.¹⁴

Posteriormente se realizó la capacitación de los médicos participantes en grupos focales en varias conferencia con videos explicativos y participativos sobre protocolo de Buckman (SPIKES – EPICEE), y planificación del entorno, discusión del duelo anticipado, manejo empático de la información y seguimiento adecuado ante los mecanismos de defensa de la madre. Los participante se familiarizaron con el tema con mucho interés como demuestra la segunda encuesta en la cual los conocimientos, actitudes y practicas son aceptables en 80 a 95% en los grupos de especialistas y residentes en formación sin existir diferencias significativas.

Al analizar la tabla 4 en donde se relacionas las 3 áreas de trabajo Gineco- Obstétrica que abarca emergencia, sala de partos, centro quirúrgico, patología obstétrica, cuidados intensivos maternos. El área Neonatal comprende cuidado intensivo neonatal, cuidados neonatales intermedios, sala de partos y alojamiento conjunto. El área de consulta externa abarca consulta madres con patologías de riesgo y seguimiento de lactante de riesgo en el primer año de vida. Se detecta un conocimiento aceptable del área de Neonatología /Pediatría con un porcentaje de 93,7%, con diferencia significativa entre con las otras dos áreas $p < 0,04$.

En la quinta tabla se valora la encuesta a las madres de los neonatos hospitalizados en cuidados intensivos durante el mes de Noviembre del 2018, encontrando que de las 25 entrevistadas 6(24%) tuvieron instrucción primaria, 12(48%) instrucción secundaria, y 7(28%) instrucción superior indicando que el grado de educación media de las participantes es adecuado no existe diferencias significativas entre los dos grupos madres mayores de 25 años y

6 (24%) tuvieron instrucción primaria, 12 (48%) instrucción secundaria, y 7 (28%) instrucción superior indicando que el grado de educación media de las participantes es adecuado no existen diferencias significativas entre los dos grupos de madres mayores de 25 años y menores. En cuanto al estado civil predomina el estado civil soltera en un 23 (92%), en comparación con casada, lo que puede contribuir a un estado emocional más vulnerable. Las madres menores de 25 años en un 100% (15) se sienten cómodas en el entorno con una diferencia significativa de $p=0.024$ en relación a las mayores de 25 años quienes respondieron en un 12% sentirse incómodas con el entorno. El 100% de las madres entendieron el tratamiento indicado para su neonato, solo 17 participantes (68%) menores de 25 años pudo expresar sus sentimientos al momento de recibir la información con una diferencia significativa de $p=0.054$ entre las mayores de 25 años. El 36% de las entrevistadas sintió que el médico no se preocupó de sus sentimientos y 32% sintió sentimientos de ira posiblemente no explorados. Esto significa que el manejo de la empatía médica al enfrentar situaciones difíciles es lo más complejo en el área médica y la que tiene que recibir que enfrentada desde el pregrado como la esencia fundamental de la relación médico paciente.

CONCLUSIONES

La información de la verdad en situaciones difíciles en un reto para los médicos de las especialidades médicas Gineco Obstétricas y Neonatales, al realizar la encuesta CAP se evidencia actitudes, conocimientos y prácticas aceptables de los médicos El mayor trabajo hospitalario lo realizan los médicos < de 5 años. El área neonatal tienen mayor actitud, sin embargo al realizar la encuesta a las madres se evidencia todavía requerimientos de mayor empatía en los médicos por lo cual se recomienda mayor capacitaciones e investigación. La principal limitación del estudio es la falta de estudios previos, sin embargo se puede determinar que requiere más profundización en protocolos de malas noticias.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

FINANCIAMIENTO

Propio de los autores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luz R, George A, Spitz E, Vieux R. *Breaking bad news in prenatal medicine: a literature review. J Reprod Infant Psychol.* febrero de 2017;35(1):14-31.
2. R Mirón González, *Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. Breaking bad news: nursing perspective. Universidad de Almería. Rev Esp Com Sal.* 2010;1(1): 39-49.
3. Koch CL, Rosa AB, Bedin SC, Rosa AB, Bedin SC. *Bad news: meanings attributed in neonatal/pediatric care practices. Revista Bioética . Santa Cruz -Brasil, Diciembre 2017;25(3):577-84.*
4. Herrera A, Ríos M, Manríquez JM, Rojas G. *Entrega de malas noticias en la práctica clínica. Rev Médica Chile.* octubre de 2014;142(10):1306-15.
5. Luz B AsCuñañ R. *Comunicación de malas noticias en salud, Departamento de Bioética y Humanidades médicas. Facultad de medicina. universidad de Chile Revista Médica Clínica. Condes - 2013; 24(4) 685-693.*
6. Allison Tong Peter Sainsbury Jonathan Craig *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for*

interviews and focus groups | International Journal for Quality in Health Care | Oxford Academic International Journal for Quality in Health Care, 2007 Dic 1, 19 (6): 349–357.

7. Irene M. Carreras .*Como el médico puede abordar la muerte Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez Unidad II –Cuidados Intensivos Neonatales , Jornadas Nacionales de Perinatología. Buenos Aires , 2010 Sep 30.*

8. Bascuñán R. ML. *Comunicación de “malas noticias” en salud. Rev Médica Clínica Las Condes. 2013 julio;24(4):685-93.*

9. Andrea Artús, Verónica Beux, Sandra Pérez, *Comunicación de malas noticias. Revista Biomedicina Medicina Familiar y Comunitaria .BIOMEDICINA, 2012, 7 (1) : 28 - 33 .*

10. Arroba ML, Serrano R. *Malas noticias en pediatría. Anales Pediatría Continuada. 2007 nov 1 ;5(6):378-82.*

11. .O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. *Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? Women Birth J Aust Coll Midwives. 2016 Agos;29(4):345-9*

12. F. García Díaz. *Comunicando malas noticias en Medicina: recomendaciones para hacer de la necesidad virtud, Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital General de la Defensa San Carlos. San Fernando. Cádiz. España Med. Intensiva 2006 Dic; 30 (9) :32-45*

13. Cramer, Phebe . *Estudios Empíricos sobre Mecanismos de Defensa, Subjetividad y Procesos Cognitivos. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales Buenos Aires, Argentina. 2013 Ene;17(1) :97-117.*

14. Setubal MSV, Antonio MÂRGM, Amaral EM, Boulet J. *Improving Perinatology Residents' Skills in Breaking Bad News: A Randomized Intervention Study. Rev Bras Ginecol E Obstet Rev Fed Bras Soc Ginecol E Obstet. marzo de 2018;40(3):137-46.*

15. Kim L1, Hernandez BC2, Lavery A3, Denmark TK4 ,*Stimulating reflective practice using collaborative reflective training in breaking bad news simulations. Fam Syst Health. 2016 Jun;34(2):83-91.*