



**ACTITUD BIOÉTICA DEL MÉDICO NEONATÓLOGO
FRENTE A LA REANIMACIÓN DEL PREMATURO
EXTREMO EN LOS LÍMITES DE LA VIABILIDAD:
propuesta de un método de análisis para la toma de decisiones**

TESIS

Para optar el Grado de:

MAESTRÍA EN BIOÉTICA Y BIODERECHO

Sonia del Pilar Huáipar Rodríguez

Asesor: Dr. Benigno Peceros

LIMA, 2018

DEDICATORIA

A mis padres, quienes me apoyan incondicionalmente con todo su amor.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a Dios por guiar el destino de mi vida y permitir culminar este proyecto.

A mis padres por su amor incondicional, por su apoyo, paciencia y comprensión en este largo camino.

A mi asesor, el Dr. Benigno Peceros, por haber aceptado ser parte de este proyecto, por darme la oportunidad de recurrir a sus conocimientos, por sus aportaciones, por sus enseñanzas, así como haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme durante el desarrollo de la tesis, por su constancia, perseverancia, por confiar en mí.

Introducción	1
Capítulo I: El Problema de investigación	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 Problema general	5
1.2.2 Problemas específicos	5
1.3 Justificación del tema de la investigación	6
1.4 Objetivos de la investigación	7
1.4.1 Objetivo general	7
1.4.2 Objetivos específicos	7
1.5 Hipótesis	7
1.5.1 Hipótesis general	7
1.5.2 Hipótesis específicas	8
1.6 Limitaciones	8
Capítulo II: Marco Teórico	9
2.1 Antecedentes	9
2.1.1 Neonatología: una ciencia nueva	9
2.2 La neonatología	12
2.2.1 Nacimiento de la especialidad de Neonatología	12
2.2.2 La neonatología contemporánea	13
2.2.3 La neonatología en el Perú	15
2.3 El prematuro y los límites de la viabilidad	17
2.3.1 El prematuro	17
2.3.2 Epidemiología	18
2.3.3 Los límites de la viabilidad	19
2.3.4 Las secuelas	20
2.4 La estructura de la persona humana y su dignidad	22
2.4.1 Aporte de la bioética personalista	22
2.4.2 Estructura de la persona humana	23

2.4.3 La persona se manifiesta por el cuerpo	24
2.4.4 Dignidad de la persona humana	24
2.5 Las virtudes médicas y la excelencia profesional	25
2.5.1 El pensamiento de Edmund Pellegrino	25
2.5.2 El concepto de bien del paciente y sus niveles	28
2.5.3 Las virtudes clínicas del médico	30
2.5.3.1 Ética de la virtudes y profesionalidad médica	31
2.5.3.2 La prudencia	32
2.5.3.3 La confianza	32
2.5.3.4 Benevolencia y Compasión	33
2.5.3.5 Integridad	33
2.6 Deliberación y toma de decisiones en ética clínica	34
2.6.1 Contenidos morales y experiencia de la obligación moral	34
2.6.2 La ética de la responsabilidad en la bioética	38
2.6.3 El método de la bioética	39
2.6.3.1 La deliberación en la actualidad	39
2.6.3.2 Análisis de los problemas en bioética médica	40
Capítulo III: Metodología	44
3.1 Diseño	45
3.2 Análisis documental	45
3.3 Definición conceptual	46
Capítulo IV: Resultados	47
4.1 La actitud bioética deliberativa del médico neonatólogo frente a la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad	
4.2 Propuesta del Modelo bioético para la toma de decisiones del neonatólogo	46
Capítulo V: Discusión	46
	48
CONCLUSIONES	
SUGERENCIAS	51
REFERENCIAS	

INDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Nacimientos prematuros por edad gestacional y región en 2010

18

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Método deliberativo para la toma de decisiones en bioética clínica.	43
Tabla N° 2	Modelo de toma de decisiones bioéticas en neonatología.	52

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue proponer un método de análisis que permita al neonatólogo asumir una actitud bioética favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad, basada en la ética de las virtudes y excelencia del médico, la toma de decisiones clínicas y la Bioética personalista. La metodología empleada fue enfoque cualitativo, nivel explorativo – descriptivo; y el método de análisis empleado, el documental. Como resultado se presenta el Método bioético en neonatología para la toma de decisiones favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad que ha sido adaptado del método deliberativo para la toma de decisiones en bioética clínica de Diego Gracia.

PALABRAS CLAVE: Método deliberativo para la toma de decisiones en bioética clínica; reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad; ética de las virtudes; bioética personalista.

SUMMARY

The objective of this study was to propose a method of analysis that allows the neonatologist to assume a bioethical attitude favorable to the interests of the baby before the resuscitation of the extreme premature at the limits of viability, based on the ethics of the virtues and excellence of the doctor, clinical decision making and personal bioethics. The methodology used was a qualitative approach, exploratory - descriptive level; and the method of analysis used, the documentary. The result is the bioethical method in neonatology for decision making favorable to the interests of the baby before the resuscitation of the extreme premature in the limits of viability that has been adapted from the deliberative method for decision making in clinical bioethics of Diego Gracia.

KEYWORDS: Deliberative method for decision making in clinical bioethics; resucitación of extreme prematurity at the limits of viability; ethics of virtues; personalist bioethics.

INTRODUCCION

La Neonatología es una especialidad médica que se mueve en las fronteras de la vida, en el amplio marco de problemas originados en torno al origen de la vida, doblemente problemático, porque se dan cita en él dos dilemas que afectan tanto al origen como a la terminación de la vida.

El prematuro extremo tiene una peculiar fisiología, alta morbilidad y mortalidad, y algunos sobreviven con secuelas que van desde leves hasta severas. Gracias a los cuidados intensivos neonatales; que han evolucionado en las últimas décadas, con recursos humanos altamente calificados y apoyos tecnológicos extraordinarios; hoy permiten la supervivencia de neonatos en situaciones extremas como inmadurez generalizada.

Durante los últimos años el concepto de límite de la viabilidad neonatal no está claramente definido; es dudoso decidir cuál recién nacido, por extremadamente prematuro que se le considere, puede tener mayores posibilidades de supervivencia. Reanimar y someter a un tratamiento intensivo a prematuros inmaduros ha provocado un aumento en la tasa de mortalidad y de secuelas.

Los prematuros en el límite de la viabilidad plantean grandes desafíos a la medicina, a la sociedad y a la ética, se deben tomar decisiones que representen los mejores intereses del recién nacido. Es aquí donde el neonatólogo se plantea el dilema bioético sobre la conveniencia o no de aplicar medidas terapéuticas, por tener serias dudas sobre si tales medidas redundarán en el mejor beneficio para el paciente neonato.

El presente trabajo está orientado en determinar la actitud bioética adecuada del neonatólogo frente a la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad; no sus capacidades, ni la atención, ni el cuidado que se le brinda o falta de infraestructura del servicio de neonatología; sustentado en el método deliberativo desde un enfoque bioético.

Nuestra investigación tuvo el enfoque cualitativo y el nivel de investigación explorativo - descriptivo. El método de análisis empleado fue documental. El objetivo general busca establecer la actitud bioética del neonatólogo frente a la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad, basada en la bioética de las virtudes y excelencia

del médico, la toma de decisiones clínicas y la bioética personalista. Los objetivos específicos son determinar las virtudes médicas implicadas en el acto médico que sustentan la actitud bioética, y establecer un método bioético que permita la toma de decisiones favorables a la reanimación en recién nacidos prematuros extremos en los límites de la viabilidad.

La hipótesis general plantea la propuesta de un método deliberativo bioético que permita al neonatólogo sustentar la decisión de iniciar el protocolo de reanimación en los recién nacidos prematuros en los límites de la viabilidad. Las hipótesis específicas son que existen virtudes médicas que modelan la profesionalidad del médico y sustentan la actitud del neonatólogo a iniciar el protocolo de reanimación desde la perspectiva del método bioético deliberativo.

Esta tesis presenta los siguientes capítulos:

El capítulo I expone el problema de investigación, el debate sobre los procesos de decisión para iniciar y mantener o suspender los tratamientos de soporte vital, y complementada desde la experiencia observacional realizada por la investigadora en el área de Atención Inmediata y Cuidados Intensivos Neonatales del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza a partir del año 2005 hasta el 2016.

El segundo capítulo aborda el marco teórico, el eje central estará constituido por el valor persona y por los valores que se encuentran en la persona para ser armónicamente jerarquizados; se profundiza las virtudes biomédicas que tienen relación con el valor y dignidad de la persona (Pellegrino, 1979) y se establece el modelo bioético deliberativo en la toma de decisiones.

El tercer capítulo establece la metodología, determina que una adecuada toma de decisiones en relación a la reanimación o no-reanimación del prematuro extremo recién nacido debe realizarse no sólo basada en datos clínicos; éste factor no es del todo determinante; sino también teniendo en cuenta las virtudes bioéticas de todos los intervinientes en el proceso y el modelo bioético deliberativo para que el neonatólogo pueda asumir una adecuada actitud bioética frente a la reanimación y siempre pensando en el mejor interés bioético del niño (Moreno, 2015; Gracia, 2004).

En el cuarto capítulo mostramos los resultados y análisis y en el quinto capítulo la discusión, conclusión, sugerencia, referencias bibliográficas y anexos.

Capítulo I. El Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

En los últimos 50 años la Neonatología se ha desarrollado notablemente, especialmente, en el área del Cuidado Intensivo Neonatal que permite la supervivencia de neonatos en situaciones extremas. Los recién nacidos con extremadamente bajo peso al nacer y extremadamente prematuros, que ingresan a las unidades de cuidados intensivos han incrementado considerablemente en las últimas décadas. Los avances científico – técnicos, así como el uso de nuevas terapias como los corticoides prenatales y el surfactante, han conseguido un aumento en la supervivencia de los recién nacidos, que cada vez son más prematuros, de 500 gramos o menores de 23 semanas pero con mayor número de secuelas (García, 1999; Verjano, 2016).

Los extremadamente prematuros tiene una elevada morbilidad asociada a su condición de prematurez; siendo las principales causas de ingreso a cuidados intensivos la enfermedad de membrana hialina, sepsis, neumonía y asfixia. Así mismo, la tasa de mortalidad neonatal se encuentra estrechamente ligada con la incidencia de la prematurez. A menor edad gestacional mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, y menor porcentaje de sobrevivencia (Pérez, 2013).

Son múltiples las complicaciones que puedan presentar durante su estancia hospitalaria como la dependencia de oxígeno prolongada por displasia broncopulmonar, hemorragias cerebrales y retinopatía del prematuro. En relación a las secuelas, según Hernández (2011), una cuarta y quinta parte de los prematuros que sobreviven presentan al menos una secuela grave; la mayoría presenta más de una secuela; siendo la más frecuente las alteraciones del desarrollo mental (17-21%), seguida de parálisis cerebral (12-15%), ceguera (5-8%) y sordera (3-5%).

Para Oliveros (2008), 20 a 40% de los prematuros extremos que sobreviven presentan secuelas y muchos sobrevivirán con alguna disfunción. Los prematuros extremos tienen 100 veces más posibilidades de presentar parálisis cerebral que los nacidos a término y dentro de las complicaciones más frecuentes menciona las deficiencias en el desarrollo neurológico, enfermedad pulmonar crónica, deficiencias en el lenguaje, retardo

en el crecimiento, estrabismo, sordera, déficit de atención, hernias y síndrome de muerte súbita.

Contrariamente, para Groggaard (1990), el incremento progresivo de la supervivencia de los recién nacidos con un peso al nacimiento extremadamente bajo no parece haberse acompañado de un incremento de la prevalencia de discapacidad neurológica y/o neurosensorial.

Si bien los recursos terapéuticos de soporte vital dan la posibilidad de supervivencia de neonatos en situaciones extremas, como inmadurez generalizada y complicaciones; muchas veces son cuidados fútiles, es decir sin probabilidad de tener beneficio médico; ésta postura coloca a los neonatólogos en discusión sobre ética médica. Para muchos actuar bajo este principio sólo es una intromisión en el proceso de morir, que eleva los costos y no da respuesta clara sobre los límites de la actuación de los médicos en estas situaciones; otros consideran la obligación de aplicar todos los recursos hasta el final, sin tomar en cuenta la calidad de vida futura o los mejores intereses de niños gravemente afectados; esta forma de actuación, conocida como obstinación terapéutica, se aplica por el temor de los médicos de incurrir en problemas legales por supuesto abandono de los pacientes, aunque en su conciencia existe un acuerdo en que deberían otorgarse cuidados paliativos a estos niños (Garduño 2010).

La supervivencia de neonatos cada vez con menor edad gestacional y peso incrementa el riesgo de presentar secuelas neurológicas graves por lo que se busca establecer umbrales de edad gestacional y peso mínimos que ayuden a tomar decisiones médicas y éticas ante la posibilidad de no llegar a sobrevivir sin secuelas. Así, la sobrevida en los prematuros extremos acompañado o no de secuelas graves plantea un nuevo reto relacionado con la calidad de vida, enfocándonos especialmente en optimizar el potencial neurológico y desarrollo para mejorar su calidad de vida (Tosca, 2009).

El Neonatólogo al estar frente a un parto prematuro debe tomar decisiones en escasos segundos, estima rápidamente la edad gestacional, basados en conocimientos y experiencias y determina la viabilidad del prematuro. Las complejas decisiones médicas y éticas en la misma sala de partos, se da particularmente en aquellos menores de 26 semanas de gestación o que presentan un peso inferior a 750 g (Hernández, 2011).

No hay consenso internacional que establece la reanimación de estos recién nacidos, cada centro establece sus pautas de viabilidad en relación a su mortalidad y morbilidad, es así que surgen varias preguntas acerca de considerarlos viables, la oportunidad o no de reanimarlos, cuánta reanimación es suficiente y cuándo quizás es excesiva y cuáles son las consecuencias (Hernández, 2011).

Los prematuros en el límite de la viabilidad plantean grandes desafíos a la medicina, a la sociedad y a la ética, se deben tomar decisiones que representen los mejores intereses del recién nacido. Es aquí donde el neonatólogo se plantea el dilema bioético sobre la decisión o no de aplicar medidas terapéuticas de reanimación, por tener serias dudas sobre si tales medidas redundarán en el mejor beneficio para el neonato (Grzona, 2006).

1.2 Formulación del problema

¿Para el neonatólogo es factible asumir una actitud bioética favorable a los intereses del bebe frente a la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad?

1.2.1 Problema general

El Neonatólogo ante a un parto inminente de un prematuro extremo en los límites de la viabilidad enfrenta uno de los mayores retos y su manejo puede ser muy controversial. Las medidas a realizar están enfocadas en la atención inmediata, adecuada y óptima del prematuro extremo; acciones que previenen y minimizan las secuelas que afectan su calidad de vida.

En éste accionar, el Neonatólogo, se plantea un gran dilema relacionado a la viabilidad y las posibles secuelas que pueda presentar. Así frente a este cuestionamiento emergen dos actitudes muy marcadas. Abstenerse a realizar las maniobras de reanimación sabiendo que el prematuro extremo es viable y recuperable incrementando su riesgo de padecer secuelas graves permanentes; o intervenir con las maniobras de reanimación propias en el prematuro extremo dándole la posibilidad de sobrevivir sabiendo que existe el riesgo de presentar alguna secuela grave o ninguna. Así, se ha generado un dilema bioético respecto al tema.

1.2.2 Problemas específicos

Según Lozano (2013), determinar el límite de la viabilidad neonatal es deseable para evitar intervenciones dolorosas, inútiles y costosas en el recién nacido prematuro extremo que no tiene oportunidad de sobrevivir. Sin embargo, fijar un umbral de viabilidad es un reto mayor, porque es dudoso decidir cuál recién nacido, por extremadamente prematuro que se le considere, puede tener mayores posibilidades de supervivencia.

Estamos de acuerdo con Grzona (2006) quien plantea: existe un límite inferior de peso o edad gestacional por debajo del cual no se deben iniciar medidas terapéuticas encaminadas a intentar salvar la vida, o bien se debe adoptar una actitud conservadora, no añadiendo nuevas medidas terapéuticas a las ya existentes, o incluso retirando las medidas terapéuticas con que cuenta el inmaduro en ese momento por considerarlas inútiles, prolongar sin esperanza la vida, hacer sufrir al paciente y a la familia, y ocupar una unidad que impide el tratamiento de otro paciente.

Las decisiones en relación a los extremadamente prematuros deberán estar apoyadas en consensos publicados sobre procedimientos médicamente avalados (McCullough, 2005).

Conuerdo con lo expuesto por Lozano (2013), los límites de viabilidad neonatal no son un peso al nacer, ni lo es una determinada edad gestacional, sino son la implicación de una conciencia moral, ética y sentido humanitario.

Por lo que nos planteamos, ante un parto inminente de un prematuro extremo en los límites de la viabilidad, si:

¿Existe suficiente evidencia para iniciar un protocolo de reanimación en recién nacidos prematuros extremos?

¿Desde la perspectiva bioética es aceptable la actitud que adopta el médico neonatólogo de negarse a la reanimación en recién nacidos prematuros extremos?

1.3 Justificación del tema de la investigación

El presente trabajo reviste importancia, porque no es un tema expuesto directamente en los tratados de bioética, y en estudios de investigación; asimismo, no existen estudios, sobre este tema.

Este estudio es un aporte importante para los médicos Neonatólogos, que frente al dilema de la reanimación del recién nacido prematuro extremo en los límites de la viabilidad, asuman actitudes éticas favorables a la atención del prematuro extremo independientemente de las posibles secuelas que puedan presentar.

Esta investigación adaptará un método bioético a seguir para una adecuada toma de decisiones frente a la reanimación del prematuro en los límites de la viabilidad. Asimismo, contribuirá a generar cambios en las actitudes bioéticas del neonatólogo a favor del mejor bien del neonato.

El estudio es viable, porque la investigadora tiene acceso al área de atención inmediata y cuidados intensivos neonatales del servicio de neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y basada en su experiencia personal conoce las actitudes y los dilemas bioéticos que enfrentan los neonatólogos frente a la reanimación del prematuro en los límites de la viabilidad.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Proponer un método de análisis que permita al neonatólogo asumir una actitud bioética favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad, basada en la ética de las virtudes y excelencia del médico, la toma de decisiones clínicas y la Bioética personalista.

1.4.2 Objetivos específicos

- Adaptar un método bioético de análisis para la toma de decisiones favorable a los mejores intereses del bebe frente a la reanimación del recién nacido prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

- Determinar las virtudes médicas implicadas en el acto médico de la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad que moldean la profesionalidad del neonatólogo y sustenten la actitud bioética a favor de la reanimación.

-Describir la estructura de la persona humana y su dignidad desde la perspectiva de la bioética personalista que sustentan la actitud bioética del neonatólogo a favor de la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general

Es factible para el médico neonatólogo utilizar un método de análisis que le permita asumir una actitud bioética favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad, basada en la ética de las virtudes y excelencia del médico, la toma de decisiones clínicas y la ética personalista.

1.5.2 Hipótesis específicas

Adaptación de un método de análisis para la toma de decisiones favorable a los mejores intereses del bebe frente a la reanimación del recién nacido prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

Existen virtudes médicas que moldean la profesionalidad del médico y sustentan la actitud del neonatólogo a favor de la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

La estructura de la persona humana y su dignidad desde el enfoque de la bioética personalista sustentan la actitud bioética del neonatólogo a favor de la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

1.6 Limitaciones

La observación y seguimiento del problema reviste características especiales por que no es frecuente el nacimiento de un recién nacido extremadamente prematuro.

Además los partos prematuros son atendidos por distintos médicos que tienen distintos principios y valores a en relación al tema de investigación.

Capítulo II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes

2.1.1 Neonatología: una ciencia nueva

“La neonatología es el área o disciplina de la pediatría encargada del conocimiento del recién nacido (de 0 a 28 días de vida); tiene como misión el prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar e investigar las enfermedades en el recién nacido” (Tosca, 2009, p.1). Esta subespecialidad pediátrica es una de las más recientes dentro de la medicina y presenta cada día nuevos desafíos.

En los orígenes históricos de la Neonatología, existen reportes de la era grecorromana dedicados al parto e incluso a la cesárea, pero pocos hay dedicados al recién nacido.

El primer perinatólogo que se reconoce en la historia fue el griego Soranus. Soranus nació en Efeso y practicó medicina en Roma entre el siglo primero y segundo DC, durante el reinado de Adriano y Trajano. Como médico se dedicó entre otras cosas al cuidado de la madre y el niño. En su tratado “Ginecología” hay un capítulo dedicado al cuidado de la madre y el niño durante el parto, en el que enfatiza la importancia de reconfortar a la madre física y psicológicamente. También menciona que algunos niños que nacen a los 7 meses de embarazo sobreviven. Esta es la única referencia que hace a la prematuridad. Sus recomendaciones de cómo limpiar y reanimar al recién nacido fueron revolucionarias en su tiempo y son la práctica de rutina en la actualidad. El capítulo continúa con una larga discusión sobre los problemas del recién nacido incluyendo alimentación, lactancia materna crecimiento y desarrollo (Del Moral, 2010, p. 39).

La Academia Americana de Pediatría (2001), hace una pequeña reseña histórica de los más importantes descubrimientos a partir del siglo XVIII; se describen varios aspectos de las patologías del niño y se documentan algunos tratados relacionados con el nacimiento y otros tratados relacionados con las enfermedades de los niños. Calder describió la primera atresia duodenal en 1733, Roederer publica en 1753 la primera curva de promedios de peso y talla. En 1780 Chaussier describe la primera utilización de oxígeno

suplementario en niños. Baumes en 1785 describe la ictericia del recién nacido y Beardsley en 1788 describe la estenosis hipertrófica del píloro, ese mismo año se hace la primera descripción de la Transposición de Grandes Vasos. En 1894, Holt publica su libro: Las enfermedades en la infancia y en la niñez y escribió el manual: El cuidado y alimentación de los niños. Ese mismo año Townsend describió la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

En el siglo XVIII no existían hospitales para niños, en 1802 se inaugura en París el primer hospital de niños en la historia. Cincuenta años después, en 1852 nace el segundo hospital destinado a niños en Londres. Dos años más tarde se fundan los primeros centros pediátricos en los Estados Unidos. Inglaterra fue el pionero en declarar el nacimiento de los niños recién nacidos en 1836 (Martínez, 2008).

Para el siglo XIX, la medicina era fundamentalmente descriptiva, aparecen las primeras referencias a patologías neonatales como la hidrocefalia y otras malformaciones. Así mismo, aparecen algunos avances tecnológicos como la primera descripción de la intubación de tráquea de niños y la alimentación por caída libre y sonda.

Sin embargo durante esta época y a pesar de que los recién nacidos empezaban a despertar el interés de los científicos, la opinión pública no era muy favorable a los desarrollos en este área de la medicina y especialmente en lo referente a los bebés prematuros a quienes William Blackstone considera en su libro “Commentaries on the Laws of England” monstruos mitad humanos y mitad bestias, sin derechos a heredar de sus padres (Del Moral, 2010, p. 39).

A finales del siglo XIX los prematuros aún estaban destinados a morir; es gracias a la escuela francesa de obstetricia que logra los primeros grandes avances de una incipiente neonatología y es en la cátedra del profesor Stephane Tarnier, en París, de donde emergen los grandes avances que sientan la base de la especialidad. Tarnier y su discípulo Pierre Budin son hoy considerados los Padres de la Neonatología (Martínez, 2008).

Budin y Tarnier iniciaron la asistencia de prematuros en incubadoras y contribuyeron a modificar algunas actitudes pesimistas con respecto a su sobrevivencia. Denucé en 1857 hace la primera descripción de una incubadora publicada en el “Journal de Medicine de Bourdeaux” y en 1880 se patenta la primera incubadora cerrada en París. En 1886, Budin y Couney dieron a conocer la sobrevivencia de los prematuros en incubadoras durante la

Exposición de Berlín; un éxito desde el punto de vista científico porque los prematuros sobrevivieron durante todo el tiempo de la exposición. Participaron en varias exposiciones realizadas en muchas ciudades del mundo; así, se abrió una estación de prematuros en el Hospital de Chicago. Se estima que se habían cuidado alrededor de 8000 prematuros en incubadoras durante el curso de sus exposiciones, de los cuales habían sobrevivido alrededor de 6500. La opinión médica respecto a estas exhibiciones no era siempre favorable. La revista “The Lancet” en su columna editorial del 29 de Mayo 1897, discutía el cuidado de los recién nacidos en estas incubadoras y su posible relación con los índices de mortalidad. Sin embargo, Couney había demostrado que proveer un control adecuado de la temperatura ambiental a estos recién nacidos prematuros cambiaba su pronóstico y aumentaba su sobrevivencia (Del Moral, 2010).

Tarnier y Budin aportaron importantes conceptos en la Neonatología; sentaron las bases de la alimentación y la utilización de oxígeno en prematuros. En 1892 Budin publica su libro “Lactantes con problemas nacidos de parto prematuro” y diferenció a los lactantes en pequeños y grandes para la edad gestacional. Además publicó el libro “El infante” en 1900 que abarca aspectos referentes a los cuidados de enfermería de los recién nacidos (Martínez, 2008).

En 1902, Ballantyne publicó el artículo “El problema del bebé prematuro” en donde hace evidente que existe la necesidad de conservar las vidas de los recién nacidos incluso si han nacido prematuros, siendo el problema de la prematuridad una urgencia. Así, la forma de pensar sobre los prematuros cambió y la posibilidad de que estos niños sobrevivieran se planteó como realidad (Del Moral, 2010).

Los siglos XIX y XX se caracterizaron por el diseño de equipos y reportes de sobrevivencia de lactantes pequeños al nacer, estos hechos lograron cambiar la perspectiva referente a los cuidados neonatales. En los hospitales pediátricos se dedicaban áreas especiales para el cuidado de los recién nacidos enfermos y en especial para prematuros. “Los albores de la neonatología se basan en una medicina descriptiva y empírica, las líneas de trabajo son exclusivamente morfológicas, prevención de infecciones y nutrición. En suma, una medicina basada en la intención y la experiencia” (Martínez, 2008, p. 154).

2.2 La Neonatología

2.2.1 Nacimiento de la especialidad

Durante el siglo XX, la neonatología progresó rápidamente, los avances diagnósticos y terapéuticos como el desarrollo de tecnología ayudaron a incrementar la sobrevivencia y calidad de vida en los recién nacidos de alto riesgo; y a disminuir la edad gestacional que se considera límite de la viabilidad.

La neonatología moderna nace con Julius Hess en Chicago en 1914 quien tuvo el mérito de inaugurar la primera unidad dedicada al cuidado del recién nacido prematuro en el hospital Michael Reese. El Dr. Hess publica en 1922 su libro titulado “Premature and congenitally diseased infants” que sienta las bases de los cuidados neonatales modernos tanto en cuidados de enfermería como en el uso de tecnología a implementar. Se debe a Hess la primera cuna de radiación de color y la primera incubadora de transporte (Martínez, 2008, p. 154).

En 1930 se funda la Academia Americana de Pediatría y desde 1933 se reconoce la especialidad de pediatría previa acreditación. Será esta academia quien defina en 1935 al prematuro como todo niño menor de 2500 gramos al nacer (AAP, 2001; Martínez, 2008).

Diamond, en 1932, relaciona la isoimmunización Rh como causa de la eritroblastosis fetal y las cataratas congénitas con la rubéola. En 1938 se realiza la primera ligadura exitosa del conducto arterioso persistente y en 1943 Blalock y Taussig realizan la primera operación exitosa en cardiopatía cianótica. A Diamond se debe el honor de la descripción de la primera exanguinotransfusión a través de la vena umbilical, lo que implicaría un gran avance en el tratamiento de la ictericia severa (AAP, 2001)

En 1952 la Doctora Virginia Apgar anesimóloga describe el puntaje de Apgar para la evaluación del recién nacido en la sala de partos. El puntaje fue presentado en un congreso científico en 1952 y publicado en 1953. “A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant”, (...). A pesar de la resistencia inicial el puntaje fue aceptado y actualmente se usa en todo el mundo. Este aporte fue clave para el nacimiento de la especialidad de neonatología que queda reconocida en 1960. En ese mismo año de 1960 Alexander Shaeffer usa por primera vez el término neonatología en su libro de texto “Enfermedades del Recién Nacido”. La creación de la

especialidad de neonatología significó el reconocimiento de que los recién nacidos podían ser tratados y que requieren una atención especial que los diferencia de los niños de otras edades (Del Moral, 2010, pp. 40-41).

“En el nacimiento de la especialidad se considera al Dr. Julius Hess y a la Dra. Apgar como los padres de la neonatología moderna” (Martínez, 2008, p. 154). Así un continuo avance de la especialidad se dio durante las décadas del 60 al 90, implicando un desarrollo y difusión acelerado de las técnicas de reanimación cardiopulmonar y del concepto de monitorización continua del neonato enfermo incluyendo la oximetría de pulso. Durante éste periodo, la mortalidad del prematuro se asociaba con enfermedad de Membrana Hialina y su tratamiento consistía en ventilación mecánica invasiva. Las secuelas de este tipo de ventilación eran severas, con dependencia de oxígeno prolongada, por Displasia Broncopulmonar. Así mismo, las secuelas de la prematurez como las hemorragias cerebrales y la retinopatía del prematuro eran motivo de grandes esfuerzos por entender su fisiopatología y prevenir las secuelas severas como la parálisis cerebral y ceguera asociadas a éstas. Los avances en las técnicas de ventilación mecánica permitieron reducir las complicaciones en forma significativa pero no sería hasta la aplicación de surfactante exógeno, en que se logra reducir la mortalidad por Enfermedad de Membrana Hialina (Martínez, 2008).

Al pasar los años algunas enfermedades neonatales fueron siendo controladas e incluso casi erradicadas. Desde fines de los 80 las unidades de neonatología se caracterizarían por dedicarse principalmente al niño cada vez más prematuro y al tratamiento de los pacientes nacidos con malformaciones congénitas (Martínez, 2008).

2.2.2 La neonatología contemporánea

A inicios de los 90, nace la neonatología contemporánea con la introducción del surfactante exógeno, acompañado de una serie de avances que permiten entender el notable incremento de la sobrevida y reducción de la morbilidad asociada al prematuro.

Avery y Mead demostraron y establecieron la falta de surfactante en los pulmones de los prematuros que morían de enfermedad de membrana hialina. Estos estudios y las contribuciones de Clements para entender la fisiología y bioquímica del surfactante sentaron la base para mejorar el tratamiento de la dificultad respiratorio y la posibilidad de prevenirlo. Fujiwara instiló por primera vez un surfactante líquido en la tráquea de recién

nacidos prematuros con enfermedad de la membrana hialina. Esta terapia fue un avance significativo en el tratamiento de los prematuros con enfermedad de membrana hialina evitando la ventilación mecánica y sus complicaciones. La introducción del surfactante exógeno dio lugar a un incremento notable de la sobrevida de los recién nacidos prematuros; así mismo, planteó un nuevo reto en relación a la calidad de vida de los sobrevivientes y despertó el interés en el desarrollo neurológico, nutrición y crecimiento de los recién nacidos prematuros (Del Moral, 2010).

En esta etapa de la neonatología se desarrollan centros de seguimiento de prematuros a cargo de médicos neonatólogos con la participación de otros especialistas incluidos neurólogos, oftalmólogos y otros. Se controla eficientemente la retinopatía del prematuro con la introducción de técnicas láser para evitar su progresión. Se desarrolla una línea de nutrición especial para el crecimiento del prematuro extremo con nutrición parenteral segura y adecuada a los requerimientos del paciente. Los accesos vasculares evolucionan hacia vías percutáneas garantizando menores complicaciones asociadas y erradicando procedimientos como las denudaciones vasculares (Martínez, 2008).

Se llega así a nuestros días, en pleno siglo XXI la neonatología se caracteriza por una alta tasa de sobrevida y una cada vez mejor calidad de vida. Hoy las terapias aplicadas se basan en medicina basada en evidencia científica con un fuerte concepto de racionalidad terapéutica. Los esfuerzos están centrados en la atención del prematuro extremo y del niño con malformaciones congénitas en quienes se ha desarrollado toda una terapia anticipatoria para minimizar secuelas que afecten su calidad de vida. En esta era los equipos médicos son cada vez más sofisticados y diseñados especialmente para neonatos, la farmacología disponible cuenta con estudios realizados en recién nacidos y ya no son una extrapolación de los niños mayores. La cirugía neonatal avanza hacia un concepto de mínima invasión con mejores resultados y recuperaciones casi milagrosas (Martínez, 2008, p. 156).

La neonatología moderna además ha desarrollado junto a los médicos obstetras una integración bajo el concepto de lo que hoy llamamos Medicina Perinatal, en el cual ambos profesionales se dedican en forma complementaria y conjunta al paciente prenatal, permitiendo así anticiparse y planificar de mejor forma las terapias a implementar tanto en embarazos de riesgo como en embarazos con diagnóstico prenatal de anomalías (Martínez, 2008, p. 156).

2.2.3 La neonatología en el Perú

El inicio de la Neonatología en el Perú se ve ligada a la atención del niño en servicios especializados; en los diferentes centros asistenciales; y al desarrollo de la Pediatría y a su enseñanza, como disciplina independiente iniciada en la facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. La enseñanza de Pediatría se impartía en la única facultad de Medicina existente como parte de la cátedra de Partos, Enfermedades Puerperales y de Niños que constituían un componente secundario de la Obstetricia y comprendían básicamente las Enfermedades del Recién Nacido, predominando el estudio de las Malformaciones Congénitas y la promoción de la Lactancia Materna (Arce, 2000).

En 1896 se aprobó la creación de la primera Cátedra de Pediatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, así la Pediatría cobro individualidad e importancia y se abrió camino para su mayor y rápido desarrollo. En 1919 el Dr. Romulo Eyzaguirre llevó la cátedra de Pediatría siendo el precursor de la puericultura en nuestro país e insistió en la Lactancia Materna relevando sus beneficios sobre la morbilidad (Arce, 2000).

El cuidado del niño estaba confiado a la capacidad materna que toda mujer instintivamente posee y los problemas de salud de la infancia se resolvían dentro de un contexto empírico. El médico solo era llamado a atender al niño cuando padecía alguna enfermedad y era catalogado de grave el que sucumbiera a consecuencia de ella, sobre todo en las primeras etapas de la vida (Arce, 2000).

En 1921 al fundarse el Hospital del Niño, la Cátedra de Pediatría trasladó su sede al hospital integrándose la labor docente asistencial; poco a poco la Cátedra fue organizada en secciones para el dictado de los diferentes capítulos, alcanzando un reconocido nivel académico. Con los años se fue perfeccionando la sólida formación de los pediatras elevando el nivel académico, teniendo en cuenta los avances científicos de la época, se promovió la especialización en nuevas áreas como Prematuridad y Transfusiones en recambio neonatal (Arce, 2000).

En la actualidad la enseñanza de la Pediatría ha alcanzado un alto nivel de excelencia académica y se efectúa en el pregrado como en el postgrado, en la segunda especialización o residentado, y en todas las facultades de medicina acreditadas y que imparten su formación en áreas más específicas de la pediatría. Para este mayor desarrollo ha sido determinante el interés cada vez mayor por la atención de la salud del niño (Arce, 2000).

Creación del Servicio de Neonatología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza:

Hacia 1972, estando el Hospital Loayza bajo la administración de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, se estableció un sistema de atención a pacientes asegurados denominados “Extensión de Servicios” por convenio con el Seguro Social y la Caja de Pescadores. Se convocó a un grupo de profesionales de las diversas especialidades del Hospital, ofertando varios servicios entre los que se encontraban la atención del parto y del recién nacido (Murillo, 2012).

En la estructura orgánica del Hospital no existía el Servicio de Obstetricia ni de Pediatría, por lo que era necesario constituir un plantel de profesionales encargados de la atención obstétrica integrado por doctores, obstetrices y auxiliares de enfermería. Creándose así el Servicio de Obstetricia encargado no sólo de las cesáreas sino además de la atención del neonato. Los problemas que se originaron por esta improvisación y la exigencia de la demanda obligaron a la administración del Hospital Loayza a solicitar asesoría para la organización técnica y administrativa de la atención del recién nacido. Fue así que se organiza la Unidad de neonatología equipada con 20 cunas y 5 incubadoras. Hacia junio de 1973 la Unidad de Neonatología estaba conformada por 3 pediatras, 1 enfermera y 7 auxiliares de enfermería (Murillo, 2012).

En abril de 1974, al producirse la transferencia de los hospitales de la Superintendencia al Ministerio de Salud, la Dirección del Hospital, acorde con los lineamientos de organización y política del Ministerio, reestructura los Servicios Médicos en Departamentos, creándose el Departamento de Gineco-Obstetricia incluyendo en esta nueva organización al Servicio de Obstetricia siendo la Unidad de Neonatología anexada a este Departamento. Este cambio de régimen trajo por consiguiente la apertura de la Atención Materno-Infantil a la comunidad y la disolución paulatina del programa de “Extensión de Servicios” (Murillo, 2012).

En 1975 se creó el Servicio de Pediatría conformado por la Unidad de Neonatología y el sector de Consulta Ambulatoria; el tiempo transcurría entre la atención de neonatos, consulta externa y atención en emergencia (pacientes pediátricos); hacia 1983 se constituye hospitalización pediátrica (Murillo, 2012).

La Unidad de Neonatología se constituye en Servicio de Neonatología en 1985, incorporado al Departamento de Gineco-Obstetricia. En noviembre de 1985 se inaugura

oficialmente el Pabellón Materno Infantil del Hospital donde se trasladaría los Servicios de Obstetricia y Neonatología. El área destinada para Neonatología fue insuficiente, se estableció el sistema de Alojamiento Conjunto para los bebés sanos nacidos de parto vaginal, es decir, el recién nacido permanecería con su madre desde el nacimiento hasta el alta. Esta práctica permitió disponer de espacio para los neonatos en estado crítico (Murillo, 2012).

En mayo de 1986 se crea el Departamento de Pediatría constituido por el Servicio de Pediatría y el Servicio de neonatología. El Servicio de Pediatría se traslada al Pabellón Materno Infantil. Ese mismo año se inaugura la primera etapa de la ampliación ganando ambientes para los sectores de Admisión, Infectados, Cuidados Intermedios y Cuidados Intensivos Neonatales. En 1995 se aperturan los consultorios de Neonatología y se inicia la era de la Ventilación Mecánica en el Servicio de Neonatología y se sientan las bases para el trabajo de enfermería en cuidados intensivos neonatales (Murillo, 2012).

Así fue como nació, creció y se desarrolló el Servicio de Neonatología hasta alcanzar y superar en algunos casos el nivel de otras instituciones.

2.3 El prematuro y los límites de la viabilidad

2.3.1 El Prematuro

Según el informe de La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define como prematuro a aquel recién nacido antes de las 37 semanas completas de gestación y se los ha dividido en subgrupos de acuerdo a la edad gestacional y peso de nacimiento, por las diferencias que presentan en cuanto a riesgos, morbilidad y mortalidad.

Así, basado en las semanas de gestación se dividen en: Extremadamente prematuro (<28 semanas), Muy prematuro (28 a <32 semanas) y Prematuro moderado o tardío (32 a <37 semanas). Y según peso de nacimiento; los neonatos con peso de nacimiento menor a 1500 g se los clasifica como de muy bajo peso de nacimiento (MBPN) y a los menores de 1000 g, extremo bajo peso de nacimiento (EBPN) (OMS, 2012).

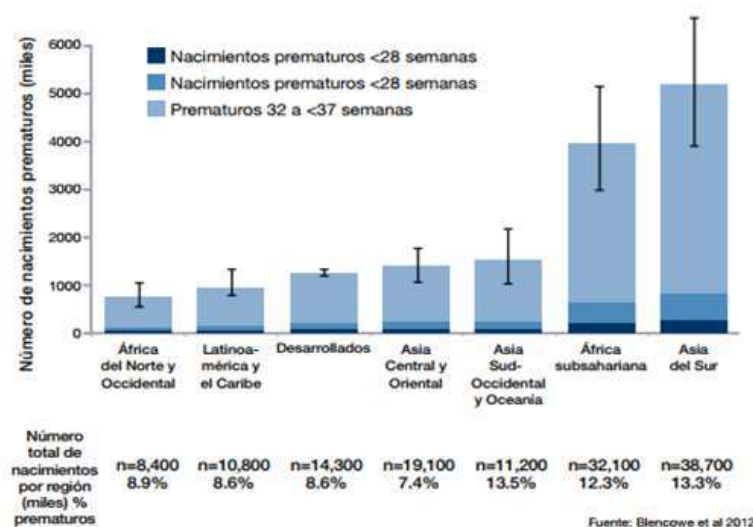
2.3.2 Epidemiología

Las tasas de nacimientos prematuros están aumentando en casi todos los países con datos fiables. Aproximadamente 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año y va en aumento. “Más de 1 en 10 bebés nacen prematuramente, afectando a familias de todo el mundo. Más de 1 millón de niños mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento prematuro. Muchos sobrevivientes enfrentan una vida de discapacidad, incluyendo problemas de aprendizaje y problemas visuales y auditivos” (OMS, 2012, p. 1).

Según la clasificación de la OMS (2012); el prematuro moderado, aquellos nacidos entre las 32 y 37 semanas, representan el 84 % del total de nacimientos prematuros y la mayoría sobrevive; los muy prematuros: aquellos nacidos entre las 28 y 32 semanas, son el 10.4 % del total de prematuros y requieren atención adicional; los extremadamente prematuros: aquellos nacidos antes de las 28 semanas y representan el 5.2% de los nacimientos prematuros, estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir.

El parto prematuro es un problema de salud perinatal importante en todo el mundo, la tasa de nacimientos prematuros en 184 países del mundo varía entre 15-18%. Más del 60% se producen en África y Asia meridional (Figura 1). Los 10 países con los mayores números incluyen a Brasil, Estados Unidos, India y Nigeria, demostrando que el nacimiento prematuro es un verdadero problema global.

Figura 1. Nacimientos prematuros por edad gestacional y región en 2010



Fuente: OMS. Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros (2012).

Según la OMS (2012), en los países más pobres el 12% de los bebés nacen prematuros en comparación con el 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de los países, las familias más pobres están en mayor riesgo. De 65 países registrados, excepto 3 muestran un aumento en las tasas de nacimientos prematuros en los últimos 20 años. Algunas de las razones posibles para éste incremento incluyen edad materna avanzada, problemas en la salud materna como diabetes y alta presión arterial; un mayor uso de los tratamientos de infertilidad ocasionando mayores tasas de embarazos múltiples; y cambios en las prácticas obstétricas como más cesáreas antes de término.

Existe una amplia brecha de supervivencia para los bebés prematuros dependiendo de dónde nacen. Más del 90% de los bebés extremadamente prematuros (<28 semanas) nacidos en países de bajos ingresos mueren dentro de los primeros días de vida; sin embargo menos del 10% de los bebés en la misma edad gestacional mueren en sitios de altos ingresos, una relación de supervivencia de 10:90 (OMS, 2012).

2.3.3 Los límites de la viabilidad

Para Tosca (2011), los recién nacidos extremadamente prematuros requieren decisiones éticas y médica complejas. Con el tiempo, el límite inferior de la viabilidad de los recién nacidos ha ido bajando; en centros de gran desarrollo tecnológico y disponibilidad de recursos humanos y económicos, la edad gestacional para la cual un neonato tiene la posibilidad del 50% de sobrevivir ha ido descendiendo desde 30 a 31 semanas en los años 60 a 24 semanas en los 90. El corte de viabilidad ha cambiado con el tiempo y varía según el lugar donde nace, en algunos países desarrollados se considera viable un bebe nacido entre las 22 y 24 semanas y recibe tratamiento intensivo, cuidados y la posibilidad de sobrevivir. Mientras los bebés nacidos hasta las 32 semanas de gestación se perciben como no viables en países de bajos recursos.

Sin embargo, este avance se ha detenido en una barrera natural infranqueable que es la imposibilidad de conseguir sobrevida más allá de la inmadurez extrema, o por lo menos, en condiciones humanas aceptables que sería la ausencia de secuelas invalidantes. Este concepto de “límite de la viabilidad” que parece tan obvio y lógico no está lo suficientemente bien definido, y está sujeto a factores de tipo maternos, obstétricos, perinatales, equipo neonatal, recursos y organización hospitalaria, entre otros; provocándose con ello un cúmulo de dilemas médicos y por sobre todo, de

carácter ético. Precisamente este confuso límite o frontera de la viabilidad más conocida como “zona gris gestacional” lo sitúan actualmente los expertos entre las 23 y 25 semanas de gestación (Tosca, 2011, p. 4).

Actualmente, estamos limitados en el sostenimiento de la vida para los prematuros extremos por la biología del desarrollo de los pulmones y su circulación; estos límites nos hacen cuestionar la conveniencia de tratar de sostener la vida extra-uterina a toda costa o considerar no sólo la supervivencia sino la calidad de la vida (Tosca, 2011).

2.3.4 Secuelas

Para Tosca (2011), un aspecto que se debe considerar en el manejo de los prematuros extremos es la evidencia sobre las secuelas observadas, porque éstas tienen un gran impacto, emocional en los padres y económico para la sociedad, por los cuidados especiales que demandan. Si se utilizaron todos los recursos disponibles para que sobrevivan, también se debe contar con los medios para proporcionarles una vida digna, más allá del periodo neonatal y pediátrico.

Mesquita (2010) y Tosca (2011), hacen referencia de múltiples estudios relacionados con las secuelas neurológicas en prematuros extremos.

El último estudio multicéntrico de la red neonatal del NICH sobre 4192 pacientes con edad gestacional entre 22 y 25 semanas, la sobrevida global fue del 51%. Estos pacientes a la edad de 18 a 22 meses de edad corregida presentaron en el 73% secuelas neurológicas de las cuales el 61% tenía grave afectación del sistema nervioso central (Mesquita, 2010, p. 132).

Vorh y cols. realizaron el seguimiento de un grupo de prematuros con edad gestacional entre 24-25 semanas sometidos a reanimación en sala de partos y observó que el 62% presentó secuelas neurológicas graves. En otro estudio similar, realizado en España, en prematuros de hasta 27 semanas sometidos a maniobras de reanimación, se encontró tres veces más secuelas neurológicas que los prematuros mayores (Tosca, 2011, p. 5).

La red Vermont Oxford que reúne datos de prematuros de muy bajo peso de nacimiento de diferentes hospitales de países desarrollados y algunos centros de Latinoamérica, publicó recientemente los resultados del seguimiento neurológico del

grupo de neonatos de 400 a 1000g de peso de nacimiento. El 34% de los pacientes presentaron déficit neurológico severo a los 24 meses de edad (Mesquita, 2010, p. 132).

La última publicación sobre secuelas a largo plazo, es el resultado de un trabajo llevado a cabo en Finlandia, en el que detectaron disminución de las capacidades neurológicas (aprendizaje, lecto-escritura) y otros trastornos psicomotores en adultos de 18 a 27 años que fueron prematuros de MBPN y que al alta no habían presentado secuelas inmediatas. (...). El grupo australiano Victoria reportó 55% de secuelas neurológicas, a los 8 años de neonatos con peso de nacimiento entre 500 a 999 g (Mesquita, 2010, p.132).

Tosca (2010), realizó dos estudios observacionales de seguimiento en el Hospital de Castellón, de dos cohortes de pacientes con peso al nacimiento menor de 1500 gramos, durante dos periodos de tiempo diferente y consecutivo. En el primero, de 1988-1995, se siguieron 46 niños que representaban el 70,7 % de los supervivientes. Se encontraron secuelas graves en el 50% de los menores de 750 g. El segundo periodo, de 1996-1999, se evaluó a 47 niños, un 73,4 % de los supervivientes. Tuvieron secuelas moderadas-graves el 10% de niños menores de 27 semanas de gestación. Ambos grupos se controlaron hasta la edad de tres años.

Se puede por lo tanto afirmar que de acuerdo a los datos epidemiológicos ha habido un importante aumento de la sobrevida tanto de los neonatos de MBPN así como los EBPN desde la década de los 70 hasta mitad de los 90, sin embargo a pesar de una mayor intervención en cuanto a cuidados en la UCIN y la reanimación en sala de partos, la mortalidad en los prematuros límites, no se ha reducido en forma importante en la última década. Además el aumento de la sobrevida, no se ha acompañado en la misma medida con una mejoría del pronóstico neurológico. Debemos mencionar que el indicador “sobrevida” como marcador de éxito en el manejo neonatal está siendo desplazado por el de “neurodesarrollo a largo plazo” que refleja de manera indirecta la calidad de vida (Tosca, 2011, p. 6).

2.4 La Estructura de la Persona Humana y su Dignidad

2.4.1 Aporte de la Bioética Personalista

La Bioética Personalista es aquella corriente que basa sus fundamentos en el Personalismo, cuyas características principales son su filosofía realista, su giro personalista, su estructura tridimensional de la persona, la afectividad y subjetividad, la interpersonalidad, la corporalidad y su perspectiva comunitaria.

Burgos (2007) indica que los aportes principales que el personalismo o la filosofía personalista pueden hacer a la bioética son los siguientes:

1. Una antropología defensora de la dignidad de la persona. El personalismo se originó con el objetivo de defender al ser humano de los peligros impuestos por el colectivismo y el liberalismo individualista, desde entonces siempre ha luchado por la defensa de la persona, extendiendo su lucha a un nuevo campo de batalla: la bioética (p.28).
2. Una antropología moderna cercana a la perspectiva biomédica. El personalismo es una filosofía relativamente moderna, lo que ofrece una notable ventaja en los debates contemporáneos ya que sus estructuras filosóficas no requieren adaptarse a nuestra mentalidad. Una manifestación de esta característica es que su perspectiva ontológica-fenomenológica, con origen en la experiencia integral, genera conceptos como la corporalidad, identidad personal, subjetividad, narratividad personal, autodeterminación y experiencia moral, facilitando su uso en contextos biomédicos dominados por una argumentación científica en la que los razonamientos basados en categorías metafísicas apenas pueden llegar a ser comprendidos (p. 28).
3. Una rica estructura antropológica de referencia. La reflexión antropológica desarrollada por los personalistas es muy amplia y variada por lo que los bioéticos, disponen de una vasta y sofisticada referencia con la que dar solidez y profundidad a sus investigaciones y argumentaciones (p. 29).
4. Un conjunto de conceptos útiles para la bioética. Aunque el concepto de persona es muy antiguo, sólo el personalismo le ha dado una connotación filosófica estricta que incorpora los avances filosóficos de la modernidad, haciéndola fundamental en la bioética personalista. Otros conceptos, mencionados al hablar de la antropología

biomédica, son la corporalidad, el análisis antropológico de la muerte, el carácter temporal de la persona, el amplio tratamiento de la interpersonalidad, muy adecuado para afrontar la relación entre médico y paciente, los problemas de los cuidadores y familiares en enfermedades crónicas, entre otros (p. 29).

2.4.2 Estructura de la Persona Humana

Para Burgos (2007) la estructura de la persona es muy compleja, sin embargo, se pueden distinguir esquemáticamente tres dimensiones verticales y tres horizontales. Las horizontales son la corporalidad (que incluye la biología: el cuerpo tiene una dimensión personal), el psiquismo (se incluye las vivencias, sentimientos y deseos) y el espíritu (la parte más elevada de la persona y por la que nos distinguimos de una manera radical de los animales). Estas tres dimensiones horizontales se entrecruzan a su vez con tres dimensiones verticales, el conocimiento, el deseo (dinamismo) y la afectividad, que recorren a la persona desde los estratos más elementales hasta los más espirituales (pp. 15-16).

En ese sentido Zubiri (1989) considera que la persona tiene como carácter propio ser realidad, y la realidad humana es no solo un simple sistema de notas que “de suyo” la constituyen, sino que es, ante todo y, sobre todo, la realidad que le es propia en cuanto realidad. Se trata de un tipo de propiedad en sentido constitutivo. El resto de las cosas del cosmos tienen realidad, pero ese momento de realidad no les pertenece en propiedad. Lo que les pertenece “de suyo”, gracias a ese momento de realidad, son sus notas. Sin embargo, a la persona le pertenece en propiedad su propio carácter de realidad. Es una esencia abierta, en primer lugar, a sí misma, a su propio carácter de realidad (p. 111). Cada persona encierra en sí el carácter de un mí. Ser persona es ser efectivamente mí. Ser una realidad sustantiva que es propiedad de sí misma. El ser realidad en propiedad, he aquí el primer modo de respuesta a la cuestión de en qué consiste ser persona (p.112).

Siguiendo a Burgos (2013) la noción de persona hace referencia principalmente al individuo concreto, irrepitible y existente, al hombre o mujer, con nombre propio y único, sin embargo, resalta también, de manera especial las semejanzas y diferencias (...) Cada hombre, cada mujer, es de este modo un ser único e irrepitible (persona), pero también, un hombre esencialmente igual a los demás (naturaleza) (pp. 57-58).

2.4.3 La persona se manifiesta por el cuerpo

Para Choza (1988) la existencia del hombre en el mundo está determinada por la relación con su cuerpo, puesto que él es mediador entre el dentro y el fuera, entre la persona y el mundo. Así, el cuerpo es la condición de posibilidad de la manifestación humana (p.27).

La manifestación y expresión de la intimidad personal se realiza a través del cuerpo, del lenguaje y la acción. La persona humana experimenta muchas veces que, por tener una interioridad, no se identifica con su cuerpo, sino que se encuentra así misma en él, “como cuerpo en el cuerpo”. Somos nuestro cuerpo, y al mismo tiempo lo poseemos. Podemos usarlo como instrumento, porque tenemos un dentro, una conciencia. El cuerpo no se identifica con la intimidad de la persona, sin embargo, yo soy también mi cuerpo (Yepes & Aranguren, 2008, p. 65).

2.4.4 Dignidad de la Persona Humana

Burgos (2013) afirma que “la dignidad de la persona constituiría una perfección intrínseca y constitutiva, que le hace ser un valor en sí misma sin posibilidad de instrumentalización (...) es un valor absoluto que permite fundamentar los derechos humanos y hace que cada persona sea irrepetible” (pp. 48-52).

Con García (2013) podemos distinguir dos tipos distintos de dignidad, que serían la dignidad ontológica y la dignidad moral; la dignidad de ser hombre y la dignidad de lo que hace el hombre.

La dignidad ontológica de la persona reside en el ser propio de la persona: desde el mismo momento de su existencia como persona. Se llama dignidad ontológica por residir en el ser del ser humano. Esta dignidad ontológica no sería susceptible de aumento o disminución, ni dependería de la voluntad de los hombres, ni del consenso, ni del reconocimiento que se h la dignidad moral.

La dignidad moral, al contrario del otro, sí que dependería en algún modo de lo que hacemos con nuestra vida (y de ahí que se le llame “moral”, porque depende de nuestras costumbres). La dignidad sería algo que vamos ganando progresivamente a lo largo de nuestro recorrido vital: es algo que puede aumentar o disminuir; es algo que se adquiere y puede en último término perderse. De alguna manera este sentido

de dignidad está sujeto al reconocimiento de los otros: una persona es más o menos digna moralmente hablando cuando los demás han reconocido en ella cualidades excelentes o execrables. En este sentido hay personas dignas o indignas; o mejor: que se comportan digna o indignamente. (p. 90).

Villarroig (2015) enuncia unos principios que nacen de la dignidad ontológica: a) Todo ser humano es igual en dignidad. b) Nadie puede otorgar ni suprimir esta dignidad de la persona. c) Esta dignidad no es susceptible de incremento o disminución.

Los principios que se refieren a la dignidad moral: a) El ser humano se va haciendo más o menos digno, según sus actos. b) La dignidad moral, depende, en cierto modo, del reconocimiento de los otros. c) Esta dignidad es susceptible de incremento o disminución.

Sin embargo, la dignidad moral dependería de nuestra adecuación o no a la dignidad ontológica (pp. 49-63).

Burgos (2013) propone que “la persona es un ser digno en sí mismo, pero necesita entregarse a los demás para lograr su perfección, es dinámico y activo, capaz de transformar el mundo y de alcanzar la verdad, es espiritual y corporal, poseedor de una libertad que le permite auto determinarse y decidir en parte no sólo su futuro sino su modo de ser, está enraizado en el mundo de la afectividad y es portador y está destinado a un fin trascendente” (p. 37).

2.5 Las Virtudes Médicas y la Excelencia Profesional

2.5.1 El Pensamiento de Edmund Pellegrino

Para De Santiago (2014), un acercamiento al pensamiento de Edmund Pellegrino se puede sintetizar en cuatro ámbitos: el ideal de la educación médica; la Medicina como empresa moral; las humanidades médicas en la formación y vida profesional de los médicos; y la filosofía de la Medicina como fuente y raíz de la ética médica.

El ideal de la educación médica

Para De Santiago (2014):

Entre los años 60 a 70 la enseñanza y formación del médico sufrió una transformación curricular, y además, en medio de los cambios de la estructura orgánica de los cuidados de salud, es decir, hubo una revolución en el modo de enseñar, aprender y practicar medicina. Para Pellegrino la Educación Médica debía tener algunos componentes: La Idea de la Medicina como “Comunidad Moral”, la profesión como fuente natural de su propia eticidad, denominada “Moralidad Interna”. Las Humanidades Médicas: un espacio académico de reflexión y formación de los profesionales de la salud. Y la Filosofía de la Medicina como punto de partida de la Reforma de la Ética Médica (p. 44).

La Medicina como empresa moral

De Santiago (2014) destaca que Pellegrino buscó transmitir y consolidar la idea de comunidad moral, fijando tres criterios esenciales:

El primero la “naturaleza” de la enfermedad, una realidad universal que hace de la Medicina una profesión especial, que se auto-impone un conjunto de responsabilidades morales individuales y colectivas. La relación médico-paciente configura una situación objetiva de dependencia del enfermo, que se ve obligado a aflorar sus puntos débiles, sus intimidades, su vulnerabilidad y con ello la posibilidad de ser instrumentado, de ser sujeto explotable.

El segundo criterio, el médico no es el propietario del conocimiento médico que la sociedad le ha permitido adquirir. La sociedad le reconoce la legitimidad de hacer determinadas “invasiones” de la privacidad de los enfermos (disección, autopsias, exploración clínica, cuidado de los enfermos, interrogatorio, experimentación, etc.) que de no ser así serían ilegales.

El tercer criterio apunta la idea de que el conocimiento científico que ha adquirido no está orientado a su exclusivo beneficio personal, sino que implica un pacto moral con la sociedad no como un contrato o un negocio sino como obligación moral, según el cual el interés principal del médico ha de ser la búsqueda del bien del enfermo incluso contra sus propios intereses.

Asimismo, según De Santiago (2014), dos preguntas esenciales nos permiten resumir esta parte del pensamiento de Pellegrino:

La primera interrogante “¿Es posible ser un médico ético hoy?, la imposibilidad de prescindir de las exigencias morales característica de la idea de “profesión” médica está dentro de la propia relación de sanación y que solo desde ella misma es posible establecer un balance entre auto-interés y altruismo” (p. 48).

Esta idea de Moralidad Interna se completa con cinco argumentos:

1. El primero es la “vulnerabilidad” de la persona enferma y la desigualdad que introduce en la relación médico-paciente. Frente a esta vulnerabilidad, el peso de la obligación y la responsabilidad recae sobre el que ayuda, él se ve obligado a proteger esa debilidad.
2. La relación médico-paciente es un acto de fe humana, se hace realidad la idea matriz de buscar los intereses del enfermo incluso por encima de los propios.
3. La naturaleza de las decisiones médicas. Ésta ha de ser técnicamente irreprochable, pero al mismo tiempo bueno moralmente, de modo que se salve la legítima autodeterminación del enfermo. Estas decisiones no pueden estar contra las convicciones morales de los médicos. La naturaleza moral de la decisión ocupa así por igual un papel determinante para ambos, teniendo claro siempre que el fin del enfermo es su curación.
4. El privilegio de la formación médica por la sociedad establece una responsabilidad colectiva de asegurar la salud de los ciudadanos, cuyo control administrativo se reserva y le permite incluso suspender o sancionar a un médico.
5. El interés esencial por el bien del enfermo. La decisión final de cualquier tratamiento es moralmente decisión del médico y no atribuible a una regulación legal o política sin su consentimiento. El médico es “cómplice moral” para el bien o el mal de lo que se lleve a cabo para el enfermo (pp. 48-49).

Y la segunda pregunta “¿qué diferencia implica ser un médico virtuoso?, los médicos pueden y deben comportarse de forma moral aunque ello represente una dificultad sensible para muchos, pero de cumplir los cinco argumentos de la moralidad ya lo están siendo” (p. 49).

La filosofía de la Medicina como fuente y raíz de la ética médica.

Según De Santiago (2014), en Pellegrino significa dos cosas: a) entender la ética médica como una praxis orientada a la excelencia; b) incardinar esta ética práctica en una determinada filosofía moral.

El encuentro clínico podemos resumirlo en dos ideas fundamentales:

La primera, la idea de que el proceso de la sanación es una experiencia de dolor y sufrimiento para ambos agentes del encuentro: uno porque lo vivencia en mayor o menor medida, el otro porque lo ve, lo percibe y lo atiende.

La segunda, de la experiencia de la sanación deriva un compromiso, en conciencia, del médico hacia el enfermo, un deber moral que le obliga a evitarle todo daño, a curarle si es posible y ayudarle siempre. El conocimiento de la profesión le permite distinguir lo que es “recto” y lo que es “bueno” para el paciente. Lo que “puede” hacerse y lo que “debe” hacerse.

2.5.2 El Concepto de Bien del Paciente y sus Niveles.

El concepto de bien del paciente

Para De Santiago (2014):

En el encuentro clínico paciente y médico, ambos son agentes morales, y como tal están igualmente obligados a respetar su propia concepción del bien. Por tanto, tomar decisiones moralmente argumentadas y defendibles, en presencia de diferencias de fondo sobre lo que el bien es, implica un reto y una urgente exigencia de atender al procedimiento y resolución de los frecuentes dilemas de la Medicina clínica. Pellegrino se propone dos abordajes aclaratorios del “bien”: uno, establecer las diferencias entre el concepto clásico —aristotélico— de “bien” y la interpretación moderna y dos: profundizar en el concepto de bien del enfermo, reiteradamente utilizado en Medicina (p. 60).

La idea fundante es que el “bien del enfermo” como su nombre indica es un tipo de bien que pertenece al paciente (obviamente, también el médico posee su concepción

del bien), determinado básicamente por sus convicciones y su circunstancia existencial; y siempre derivado de la condición de enfermo que demanda ayuda para afrontar los riesgos y daños de su enfermedad (p. 61).

La búsqueda de la salud permite al enfermo el retorno a la consecución de sus objetivos personales, con el mínimo de daño o discapacidad. El “acto de profesión” del médico se convierte así en instrumento para la consecución del bien al que el paciente aspira. A menos que la incapacidad del enfermo lo impida el médico debe perseguir el bien que el paciente anhela, fue denominado por Pellegrino “beneficencia en fideicomiso” (p. 61).

Los cuatro niveles del bien del paciente

De Santiago (2014), explica:

Los cuatro niveles del bien del paciente desde la perspectiva de Pellegrino.

- 1) El “último recurso o bien último”, es lo que constituye la norma suprema del paciente respecto a su elección del modo de vida que desea y las creencias y valores que suscribe, al que pretende seguir adherido. Cualquier forma de paternalismo es ofensiva —llega a afirmar Pellegrino— salvo cuando en su ausencia se renuncia de modo objetivo a los intereses de ese enfermo (niños, personas no competentes, discapacitados, etc.) y es entonces perceptible la renuencia moral del profesional.
- 2) El llamado bien “biomédico” o “bien del paciente”, es el bien del paciente como persona humana, es decir, la libertad de tomar sus propias decisiones, es lo que mejor se puede lograr mediante una intervención médica adecuada a la enfermedad. No solo se debe respetar la libertad del paciente, sino que es obligación moral del médico instruirle para que, en la medida de su capacidad, sea capaz de comprender lo que le ocurre y de adoptar una decisión libre de toda coacción.
- 3) El tercer nivel en esta jerarquía del “bien del enfermo” o “bien particular” es la percepción del paciente, que en ese momento de su vida y de sus circunstancias, más le conviene. La elección entre eficacia y calidad de vida irá a cargo del paciente y el médico debería obedecer a su conciencia.

4) Finalmente, el cuarto nivel es el “bien médico”, la opinión científica trasladada al enfermo a través de la experiencia y la sabiduría del profesional. Es el criterio objetivo, técnico y científico, de la Medicina. En ausencia de conflicto en los tres niveles precedentes, es el bien que parece responder a los mejores intereses para la curación, prevención o alivio del enfermo. Es, por otra parte, la primera información del médico al paciente, una vez consciente de la validez de su propuesta desde la perspectiva de la ciencia médica, y de sus valores deontológicos y personales (p. 62).

2.5.3 Las Virtudes Clínicas del Médico.

Las virtudes del médico se anclan en su propio carácter de médico. Al enfatizar esta unión se pone de manifiesto que no basta la competencia profesional sino que hay que tener las habilidades necesarias para ser una buena persona. La propuesta de Pellegrino sobre las virtudes del médico se relaciona con la ética aristotélica, que señala que el carácter moral no proviene ni de una imposición ni de un contrato, sino del mismo sujeto moral. En la ética de la virtud, el peso de la moralidad se coloca no tanto en la elección, sino en la persona o sujeto que actúa (De Santiago, 2014, p. 76).

Para De Santiago (2014), Pellegrino propone una “lista de virtudes” que puede definir el “bien” del médico, enfermera o profesional sanitario. Un set de virtudes vinculadas a la teoría de la Medicina que caracteriza el bien profesional de la salud. A las virtudes internas de la profesión sanitaria se las llama “virtudes médicas”: fidelidad a la confianza, compasión, prudencia, justicia, fortaleza y templanza, integridad y desprendimiento altruista. Sin embargo, estas no son todas las virtudes puesto que el concepto clásico de virtud acoge a numerosas otras disposiciones tendentes al bien de la persona —y por tanto del médico—, sino que responde a una cierta categorización de las virtudes: unas con más vigencia en los momentos actuales para llevar a cabo el encuentro clínico con la firme determinación de cumplir los fines de la Medicina —como es el caso de las “virtudes médicas”—: y otras, quizá de superior grandeza, cuya presencia en la conducta del profesional eleva la bondad del acto médico y potencia su condición de “empresa moral”, pero de suyo no exigibles a la generalidad de los profesionales. Por ejemplo, la “Beneficencia”, es hacer el bien del enfermo, pensar y llevar a cabo la mejor terapia posible a un paciente como deber hipocrático, y como exigencia legal en el enfoque principalista.

Sin embargo, “Benevolencia” es en cuanto virtud, querer siempre el bien del enfermo, de éste y de todos (p. 84).

Pellegrino mantiene la necesidad de distinguir entre “virtudes médicas” en general y habilidades técnicas o profesionales de los médicos, entre virtud moral y competencia técnica. Por ejemplo, la excelencia en el diagnóstico diferencial de los procesos o el dominio de una determinada cirugía endoscópica derivan de una buena preparación para ser médicos; en tanto que la virtud no está vinculada a ninguna actividad específica del profesional, sino que es necesaria para el bien del hombre médico: la virtud no se caracteriza en términos de resultados (De Santiago, 2014, p. 85).

2.5.3.1 Ética de las Virtudes y Profesionalidad Médica

Con frecuencia el médico tiene que actuar en situaciones clínicas en las que no es capaz de identificar todos los factores, dejando las normas objetivas para los aspectos técnicos, estas situaciones clínicas no se pueden resolver sólo con datos objetivos. De Santiago (2014); hace referencia a Pellegrino; quien distingue entre los aspectos cambiantes de la medicina (los aspectos científicos y técnicos) y aquellos que son permanentes (los aspectos filosóficos). Plantea la relación asistencial desde la perspectiva de que las obligaciones del médico se derivan de su propia naturaleza de médico. En la ética de la virtud, el peso de la moralidad se coloca no tanto en la elección, sino en la persona o sujeto que actúa (p. 88).

Para de Santiago (2014), Pellegrino y Thomasma recuerdan que la prudencia es la virtud central, es la que conforma al resto de virtudes. La definen, como la “virtud que nos dispone con habitualidad a alcanzar la verdad en cuanto a la acción”. Asimismo señalan acertadamente que la prudencia ocupa un lugar especial entre las virtudes, como el nexo entre aquellas de carácter intelectual, que disponen a la verdad, y aquellas otras que disponen al buen carácter (templanza, justicia, fortaleza, generosidad). Y remarcan que la prudencia capta el fin, el bien, y nos permite discernir qué medios son los apropiados en medio de las circunstancias particulares. Asimismo, se señala una serie de virtudes específicamente médicas, cuya idoneidad se justifica a partir de una consideración teleológica de la medicina. El fin de ésta es restituir o mejorar la salud y, más concretamente, sanar, esto es, curar la enfermedad

y las dolencias o, cuando esto no sea posible, asistir y ayudar al paciente que vive con dolor residual, malestar o incapacidad (p. 84).

Como virtudes específicamente médicas, indican la fidelidad a la confianza depositada y la compasión, en el sentido de sufrir con el paciente. Añaden, además, la integridad, que consideran especialmente indicada frente a la investigación biomédica, y un cierto modo de altruismo en el sentido de una cierta auto-relativización (De Santiago, 2014, p. 84).

2.5.3.2 La prudencia

Pellegrino argumenta que la razón última de la Medicina es enfrentarse al hombre en su condición de enfermo. No es suficiente el conocimiento científico-técnico, sino el acercamiento a su humanidad. No se busca sólo la curación de la enfermedad, sino la mejoría del hombre enfermo, en cuanto enfermo y en cuanto hombre. No basta la competencia profesional, sino las disposiciones necesarias para ser una buena persona, un buen profesional (Moreno, 2014).

El objetivo principal de Pellegrino ha sido encontrar una filosofía de la medicina en y para la práctica médica. Mediante la prudencia la acción del médico abarca también: el acto de curación, el bien del enfermo. Y esto es posible dentro de una comunidad moral de profesionales, pues es esencia, la medicina es una comunidad moral, donde los miembros están unidos por el conocimiento y los principios éticos (Moreno 2014).

La competencia del médico para interpretar objetivamente todas las circunstancias de una situación, el buen juicio para deliberar y elegir lo más adecuado y la capacidad para acompañar responsablemente sus decisiones son capacidades necesarias en la Medicina de Cuidados Críticos; mientras que los aspectos técnicos se aprenden y pueden olvidarse, la prudencia una vez desarrollada y llevada a la práctica, no puede dejarse de lado. (Moreno 2014)

2.5.3.3 La confianza

La confianza en el médico es la condición indispensable en el ejercicio de la medicina; así mismo, es requisito indispensable en las relaciones humanas y profesionales por lo cual Pellegrino asigna a la confianza un papel esencial en cualquier relación

humana. En ausencia de confianza no se podría profundizar sobre los conocimientos ya adquiridos, ni establecer vínculos interindividuales (Álvarez, 2014).

Según Álvarez (2014), para Pellegrino en una ética de la confianza, el médico tiene la obligación de presentar e interpretar los datos clínicos lo más libremente posible de sesgos personales. Es necesario contextualizar el acto médico según las circunstancias propias, valores y expectativas personales, sociales y espirituales del paciente. Su autonomía, es considerada como un bien saludable y necesario para la realización del bien global de la persona enferma. La lealtad y fidelidad del médico hacia el paciente, en especial en los momentos de mayor debilidad, y el compromiso en el ejercicio de las virtudes médicas, en un modelo deliberativo de toma de decisiones, podrán reconstruir una verdadera forma de relación médico paciente que preserve íntegramente el “derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas.

La alternativa es una ética basada en la presunción de desconfianza, que solo puede degenerar en una ética de mínimos y legalista donde no se percibe comportamiento ético alguno, sino únicamente una relación de mutua defensa propia, que no acierta a dar respuesta a los interrogantes que surgen de las situaciones más difíciles (Álvarez 2014).

2.5.3.4 Benevolencia y Compasión

Pellegrino entiende las virtudes dentro de la dinámica de una acción que no se deduce de los principios sino que procede de un modo de conocimiento prudencial que sabe reconocer la finalidad propia del bien para dirigirlo a una plenitud que hace bueno al agente. La compasión es la disposición habitual, de aprehender, manejar y sopesar la unicidad con la que el paciente vive la enfermedad. Es un rasgo del carácter del médico, aglutinador de aspectos psicológicos, culturales, sociológicos, étnicos e intelectuales que encauza el aspecto cognitivo de la curación y lo concreta en la realidad de un paciente concreto. Lo más propio de la compasión médica es lo que Pellegrino denomina su dimensión intelectual, que es una forma de comprensión integrada que posibilita la consecución de todos los niveles en los que se define el bien del enfermo. Pellegrino define igualmente la compasión como un sufrir con el otro, participar en el sufrimiento con un sentimiento de hermandad y destaca la necesidad de distinguirla de otras formas de unión afectiva como de la empatía, la piedad, la simpatía o la pena (Del Río, 2014).

2.5.3.5 Integridad

La palabra integridad tiene dos significados en ética médica: por un lado se refiere a la integridad de la persona como totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo, y por otro, a la virtud de la integridad. Alguien íntegro es aquel de quien podemos predecir su comportamiento, porque prevemos que juzgará prudentemente la forma de actuar más correcta; así mismo, hace referencia a valores que apreciamos y defendemos. La integridad está en estrecha relación con la autonomía, y ésta descansa en el derecho de todos los seres humanos a su integridad como personas. Para preservar la integridad de la persona enferma es indispensable un médico que posea la virtud de la integridad (Gómez 2014).

La integridad de la persona del paciente es la fidelidad del médico a la confianza que se establece en una relación médico-paciente encaminada a la curación. Es el médico quien interpreta y aplica el principio de autonomía. Depende de la forma en que el médico presenta los hechos, de qué hechos selecciona y enfatiza, de cuánto revela, de cómo pondera los riesgos y beneficios, y de en qué medida respeta o explota los temores y ansiedades de su paciente. Todo paciente, hasta el más instruido e independiente, está a merced de que el médico aplique adecuadamente esta virtud médica de la integridad. Por tanto, el médico tiene el deber de ser especialmente sensible al estado de dependencia, de vulnerabilidad y temor del paciente, y nunca explotar ese estado, aun cuando crea que es lo mejor para el enfermo (Gómez 2014).

2.6 Deliberación y toma de decisiones en ética clínica

2.6.1 Contenidos Morales y Experiencia de la Obligación Moral

Según Pose y Gracia (2013):

La ética o la bioética es la disciplina que trata todo lo que tiene que ver con la experiencia moral. La ética no crea la experiencia moral; su objetivo es analizar la experiencia moral en lo que tenga de experiencia universal, primaria e irreductible a cualquier otra, y forjar al mismo tiempo un argumento que justifique y promueva unos ciertos contenidos morales en un contexto espacio-temporal determinado. La experiencia moral es universal y nos define como seres humanos. Todos consideramos que hay cosas que deben hacerse y otras que deben evitarse. Es ese

sentido, la experiencia moral es universal, pero no así los contenidos, que pueden variar entre los seres humanos tanto en el espacio como en el tiempo, es decir, al hecho de que hay diversos valores, e incluso tipos de valores distintos, que cada sociedad decide realizar en orden y jerarquía distinta, atendiendo a diversos parámetros contextuales. No es que la vida no sea un valor para todos, sino que se trata de un valor que vale más o vale menos en función de otros valores con los que debe confrontarse o medirse en un medio circunstanciado. No analizamos la experiencia moral para saber más, sino para actuar mejor, para conocernos mejor. Nuestra conciencia moral va adquiriendo e incrementando contenidos morales, y a través de ellos está constantemente recordándonos que debemos realizar unas cosas y evitar otras. La experiencia de la obligación moral no se expresa en el vacío, sino a través de ese conjunto de contenidos morales que han de guiar nuestras decisiones morales (p. 5-6).

Contenidos Morales

Según Pose y Gracia (2013), el acontecer humano siempre está lleno de hechos, obligaciones, deberes y valores. Estos valores están sostenidos por hechos. El encadenamiento de hechos, valores y deberes es fundamental en cualquier construcción de un juicio moral. Los hechos son imprescindibles porque son los depositarios de los valores, y los valores son los que nos obligan, no así los hechos. De ahí que no puedan resolverse los conflictos morales apelando a una especie de reduccionismo técnico o tecnocrático, aunque tampoco axiológico. Por lo tanto, de la comprensión de este esquema teórico y de la adquisición de cierta habilidad práctica para identificar hechos, valores y deberes en cada caso concreto dependerá como nuestras decisiones estén bien fundamentadas o no.

Hechos, Valores y Deberes

- ***Hechos:*** Son datos de la realidad, producto de la percepción, perfectamente objetivo, contundente e impositivo. Sin experiencia de estos datos no habría ciencia ni moral, aunque la ciencia y la moral no se reducen a estos datos. Sobre estos datos objetivos hacemos juicios “descriptivos” que reproducen lo que la realidad muestra ya como dato perceptivo. Se identifica una cualidad real y se la atribuye a un sujeto. No podemos confundir los hechos con los valores porque los hechos se perciben, mientras que los valores se estiman. Estimar no es

percibir, aunque sin percepción no habría estimación. Los hechos soportan siempre valores, son únicos, objetivos.

- **Valores:** Un valor es aquello que si no existiera, faltaría algo importante; un valor es aquello que se nos hace imprescindible. Los valores son diversos, polares y plurales; quizá no son completamente objetivos ni subjetivos, sino simplemente intersubjetivos, un descubrimiento compartido por mucha gente y avalado, además, por la opinión de los más entendidos. De los valores surgen juicios “valorativos” que se montan sobre juicios de percepción o de hecho. A pesar de ser juicios fundados en la realidad más y ser percibidos del modo más sutil (vía emocional), son los juicios más importantes.

Así mismo, en el análisis de los valores existe la distinción entre valores intrínsecos y valores instrumentales. Valor intrínseco es aquella realidad o aquella cualidad que tiene valor por sí misma, si desapareciera, pensaríamos haber perdido algo importante, es decir, algo valioso. Valor instrumental o por referencia, es aquél que no vale por sí mismo, sino por otra cosa o cualidad distinta, que es la que le otorga valor. Se llaman también valores útiles o de utilidad, sirven para una cosa distinta de ellos mismos.

En ese sentido, Pose y Gracia (2013) afirman:

Los valores se hallan siempre sostenidos por los hechos o las cosas. Los valores están en las cosas, y son ellas las que son bellas o feas, útiles o inútiles. Las cosas no suelen ser soportes de valores puramente intrínsecos o puramente instrumentales, sino que comparten en mayor o menor medida ambas condiciones, son soportes simultáneos de ambos. Pero estos valores no están intuitos sino contruidos, y tienen carácter relacional, surgen en la relación de los seres humanos con las cosas de la naturaleza y con los otros miembros de la sociedad. Las realidades que se definen por sus valores instrumentales y no por sus valores intrínsecos, tienen dos características: una, que pueden intercambiarse por otras que cumplan mejor su función, y otra, que se miden en unidades monetarias, de modo que pueden comprarse y venderse. Esta precisión es fundamental y de una enorme importancia para la ética. Los valores instrumentales son permutables, y por tanto también las cosas que les sirven de soporte (pp. 10-11).

Sin embargo, cada valor intrínseco es valioso en sí, de modo que el valor intrínseco que soporta una realidad es individual e intransferible, y distinto del valor intrínseco que soporta cualquier otra, por más que se trate del mismo tipo de valor. Otra característica de los valores intrínsecos es que no pueden medirse en unidades monetarias, ni por tanto comprarse o venderse. Los valores instrumentales son intercambiables entre sí; los valores intrínsecos no son sustituibles, ni permutables. Así las personas no son permutables, ya que cada una es respetable por sí misma.

Los valores más importantes para el ser humano son los valores intrínsecos o valiosos por sí mismos, dado que los otros no son más que meros medios para el logro de aquéllos, razón por la cual siempre han de estar a su servicio (Pose y Gracia, 2013).

- ***Los Deberes*** para Pose y Gracia (2013):

El deber es aquello que toda persona tiene que realizar como su más preciado tesoro: los valores. Los deberes se fundan en valores que nos piden su realización; y no hay valor que no pida su realización, lo cual nos puede plantear un grave problema: ¿y si dos valores me piden su realización a la vez, o estimo que la realización de uno significa dañar parcial o totalmente el otro, etc.? Ésta es la situación típica de la que se encarga la ética y la bioética: el conflicto de valores. La conflictividad es una característica de los valores. Es necesario dar el paso del nivel de los valores al nivel de los deberes, porque no siempre sabemos lo que debemos hacer en cada caso concreto: una cosa es lo que “debería ser” y otra muy distinta lo que “debe ser”. Los deberes se expresan a través de juicios prescriptivos o normativos, es decir, en juicios de “deber”. Los juicios de deber son los que nos ordenan la realización de valores positivos y la evitación de los negativos, por ejemplo, “debes cumplir tus promesas” o “no debes mentir”, donde “las promesas” y “la verdad” son valores positivos. Los juicios morales mandan y ordenan hacer unas cosas y evitar otras; no tienen por objeto conocer la realidad, sino ordenarla. La ordenan en el futuro, no en el pasado ni en el presente, como suele suceder con los demás juicios. Esto significa que este tipo de juicios, antes de hacerse realidad, impelen a la propia conciencia moral, que es el tribunal supremo de donde salen y al que vuelven

los juicios morales. La conciencia moral manda y asume lo mandado (pp. 14-15).

2.6.2 La Ética de la Responsabilidad en la Bioética

Según Pose y Gracia (2013):

Fundamentar o dar cuenta de los juicios morales es difícil, no sólo se requiere un buen análisis de hechos, valores y deberes, sino también una buena síntesis, es decir, Responsabilidad., en Bioética es muy común hacer juicios morales desde posiciones muy fijas e inamovibles, poco prudentes y poco responsables. Se trata de posiciones reduccionistas que no respetan la especificidad moral de los problemas humanos. Las tres modalidades más frecuentes son el reduccionismo técnico, el religioso y el jurídico, que son un obstáculo al desarrollo autónomo de la ética y de la bioética. Por ejemplo, quien cree que sólo existen “hechos”, entiende que el juicio moral sigue siendo un hecho más; quien considera lo religioso como valor determinante de lo moral, anula la especificidad de esta experiencia; quien sólo apela a lo jurídico (al deber que se ha hecho norma legal) para resolver los conflictos morales, desperdicia aquello que sigue siendo lo más admirable de la ética de cualquier persona o profesión: la excelencia moral (p. 16).

La responsabilidad para Pose y Gracia (2013):

Tiene las siguientes características: (a) No focalizar solo al análisis de los hechos, porque nuestras decisiones recaen no sólo sobre hechos, sino también sobre valores que entran en conflicto. (b) No jerarquizar los valores en una sola visión o postura, privilegiando unos en detrimento de todos los demás, aunque sólo sea porque en las sociedades plurales y democráticas estos valores son siempre muy diversos y en principio igualmente respetables. (c) No apelar a la ley para imponer nuestro criterio, o ahorrarnos la fatiga de buscar la mejor solución, o la solución más prudente. (d) No tomar a priori por deber absoluto ningún deber concreto, dado que el único deber absoluto es el respeto a las personas. (e) No descuidar el análisis de las circunstancias y de las consecuencias de nuestras decisiones, en lo que afecta a las personas. (f) No entusiasmarse con la capacidad humana de resolver todos los

problemas morales desde una racionalidad apodíctica, pues lo más seguro es que terminemos desmoralizados, o en cursos de acción extremos (p. 17).

La ética de la responsabilidad tiene en cuenta unos principios esenciales, pero sobre todo tiene en cuenta la ponderación de las consecuencias que atañen a la decisión. Se recupera así el doble nivel al que operaban los deberes; uno es el mundo del “debería”, el nivel de los principios, de las convicciones, de los valores que piden realizarse absolutamente, y otra el mundo del “debe”, el nivel fruto del análisis de las circunstancias y de las consecuencias de la decisión. El objetivo último de la toma de decisiones no es la deducción ni la imposición, sino la prudencia o la responsabilidad. ¿Hay algún modo de conseguirlo? Si hay alguno, ese modo debe llamarse “deliberación”. La deliberación es el método de búsqueda de la prudencia” (Pose y Gracia, 2013).

2.6.3 El Método de la Deliberación en Bioética

2.6.3.1 La deliberación

La perspectiva de Pose y Gracia (2013) acerca de la deliberación es:

Un método de análisis y evaluación de ideas, creencias, valores, etc. de contenido moral en general. La deliberación siempre precede a la elección o decisión, o tiene como fin la acción, o el juicio que lleva a la acción. Deliberamos para actuar; por tanto, la deliberación se hace siempre en función de algo práctico que va a pasar o tiene que pasar en el futuro. Además, la deliberación es un examen meditativo, reflexivo, ponderativo, propio de la actividad pensante, acerca de un asunto complejo. En este sentido la deliberación posee carácter cognoscitivo, investigador; es una especie de segunda navegación o de reversión mental sobre un problema más allá de su conocimiento inmediato o espontáneo. Por último, la deliberación recae sobre algo que está inundado de opiniones contrapuestas, cada una de las cuales posee ciertas ventajas, pero también sus inconvenientes (p. 24).

La deliberación se aplica a aquello que no se rige totalmente por las leyes de la necesidad, de la arbitrariedad o el azar, sino en gran parte de la libertad. Lo que se busca es conocer el mayor número de posibilidades de obrar para tomar decisiones prudentes. Lo habitual es identificar la deliberación con un simple diálogo, o creer que se trata de ayudar a tomar decisiones por consenso, esto es un gran error. La deliberación es una técnica, un

modo de conocer cuáles son los mejores cursos de acción en una situación concreta, y su puesta en marcha requiere seguir unos pasos y afinar la percepción de los valores, además de asumir algunas actitudes de carácter emocional (Pose y Gracia, 2013).

2.6.3.2 Análisis de los problemas en Bioética Médica

De acuerdo con Pose y Gracia (2013):

La bioética médica es la gestión de los valores relacionados con la salud y la enfermedad de modo responsable y prudente; evaluando las circunstancias y las consecuencias de la toma de decisiones, aquí la deliberación tiene una función principal.

Identificación de un Problema Moral: se define un problema moral como un conflicto de valores. Un conflicto de valores es una colisión de dos valores, no porque esos dos valores sean siempre opuestos, sino porque en una situación concreta resulta imposible realizar uno sin lesionar al mismo tiempo el otro. Siempre que dos o más valores entran en conflicto estamos ante un problema moral (p. 25).

En ese sentido, todo problema moral tiene al menos tres características:

- Primera: es un conflicto que desde el punto de vista lógico implica una contradicción; por eso, el conflicto frena nuestra actividad, no nos deja decidir por una cosa ni por la otra; o a la inversa, nos obliga a optar por una cosa en contra de la otra.
- Segunda: el conflicto es siempre de valores. Esto no significa que siempre que sentimos la imposibilidad de actuar percibamos de modo claro cuáles son esos valores que entran en conflicto. Identificar valores requiere esfuerzo y práctica. El conflicto de valores que genera un problema moral a veces se nos manifiesta como cursos de acción encontrados. Pero es imprescindible identificar los valores en conflicto que hay detrás, por la sencilla razón de que los deberes (o los cursos de acción) son siempre la realización de valores. Un conflicto de deberes siempre es un conflicto de valores que hay que identificar.

- Tercera: los valores conflictivos siempre han de ser positivos, no uno un valor positivo y otro un valor negativo, o un disvalor. Esto es esencial para que haya conflicto, que dos valores sean positivos y contrarios (Pose y Gracia, 2013).

Esquema metódico: análisis de problemas morales

Los autores Pose y Gracia (2013) proponen un esquema metódico adaptado:

Al modo de tomar decisiones en un Comité de Bioética Asistencial, se trata de ir recorriendo los cuatro niveles sucesivos: el de los “hechos”, el de los “valores” y el de los “deberes”, hasta concluir en el de las “responsabilidades” o decisiones “prudentes”. Estos niveles deberían respetarse siempre en el análisis de un problema moral complejo. Aquí la deliberación consiste en un procedimiento de ponderación de los distintos puntos de vista, dadas las experiencias, conocimientos y valores que posee cada participante, para llegar a tomar decisiones prudentes. La decisión prudente es aquella que brota del análisis de hechos, valores y deberes en una situación de incertidumbre (p. 26).

Según estos autores, Pose y Gracia (2013):

El desarrollo de la deliberación tiene los siguientes pasos:

- *Deliberación sobre los hechos: Presentación de un caso/problema*

Para que surja un problema tiene que haber una historia. En medicina esto es lo que se llama Historia Clínica. La Historia Clínica es el soporte documental del problema, y es lo que hay que dar a conocer. En clínica, cuando nos referimos un paciente, hablamos de diagnóstico (lo que le ocurre), pronóstico (lo que le pasará) y de terapéutica (cómo se tratará). Hay que tener en cuenta que la aclaración de los hechos tiene por objeto reducir la incertidumbre del problema hasta lo razonable en su dimensión técnica o clínica, no agotar la incertidumbre, lo cual es imposible.

- *Deliberación sobre los valores*

Identificar un problema moral es describir los posibles valores que pueden estar lesionándose en un determinado caso. Aunque se trata de identificar problemas, que de modo general se denominan “problemas de calidad”, un problema moral puede considerarse todo aquello que es problema moral para alguien. Una manera de enunciarlo es expresándolo en forma interrogativa ¿hasta dónde llegan las obligaciones del médico en este caso?, se entiende entonces que un problema siempre es una dificultad o duda. Es preciso identificar los valores en conflicto que hay en el interior de ese problema. Esto nos facilitará la corrección de los siguientes pasos que hemos de recorrer.

- *Deliberación sobre los deberes*

Identificación de los cursos de acción extremos: si el conflicto de valores es real y positivo, un curso extremo es aquel que, optando por un valor, lesionamos completamente el otro; de ahí que se llamen cursos extremos. Identificar los cursos de acción intermedio: son todos aquellos que se mueven desde ambos extremos hacia el centro. Tiene dos objetivos: salvar de la mejor manera los valores en conflicto y por otro lado, es el momento en el que se pasa de interpretar el problema de modo dilemático a interpretarlo de modo problemático. Dar este paso es fundamental, si un problema no tiene ninguna salida es una tragedia, si tienen dos salidas es un dilema. Un dilema siempre es un problema mal planteado, ya que en todo conflicto hay por lo general más de dos únicos cursos de acción, que sería lo propio del dilema. Por eso hay que intentar buscar varias salidas, siempre intermedias, para conseguir que un problema no se plantee de modo dilemático, sino problemático. Lo problemático es eso que nos lanza a la búsqueda de varias salidas, entre las cuales es posible la deliberación sin oposición total, enriqueciendo nuestro punto de vista con matices importantes. Finalmente, identificar el curso óptimo de acción: es el que lesiona menos los valores en conflicto, aquel que tiene en cuenta las circunstancias y las consecuencias de la decisión y es prudente. Suele ser el mejor de los cursos intermedios, y a veces una sucesión concatenada de los mismos. Éste es un paso específicamente moral, ya que la ética trata de esto, de lo mejor, de lo excelente. Cursos buenos puede haber muchos, pero uno ha de ser el mejor. Y lo mejor coincide con lo más prudente (pp. 26-28).

Para la *toma de decisión final y la prueba de consistencia*, Pose y Gracia (2013) sugieren:

Someter esa decisión a un conjunto de pruebas de consistencia o criterios de contraste. Existen tres tipos de pruebas: La prueba del tiempo es un ejercicio mental, para que la decisión no sea precipitada, o que no esté motivada por sentimientos inconscientes e irracionales. La prueba de la publicidad es la argumentación pública del caso. La prueba de la legalidad es para tomar decisiones dentro de la ley. La decisión final, es aquella decisión prudente o responsable. El método deliberativo es un procedimiento de resolución de problemas de bioética médica, teniendo en cuenta, en general, los siguientes pasos: Primero deliberar es argumentar, no calcular. Se argumenta para saber más y actuar mejor o prudentemente. Sin argumentación no hay deliberación, por lo cual debe ser dialéctica. El segundo paso, la deliberación es un método, una actitud que requiere una serie de condiciones de tipo intelectual y emocional que están en la base de cualquier proceso deliberativo (p. 28).

Por su parte, la responsabilidad, es el criterio de fundamentación o construcción de los juicios morales; mientras que la deliberación es su método. La responsabilidad evita: que las decisiones sean estratégicas o convencionalistas; o que sean excesivamente rígidas (Pose y Gracia, 2013).

Tabla N° 1 Método deliberativo para la toma de decisiones en bioética clínica.

El método deliberativo para la toma de decisiones en bioética clínica propuesto por Diego Gracia
<p>I. Deliberación sobre los hechos.</p> <p>1. Presentación del caso. 2. Deliberación sobre los hechos del caso ¿Qué pasa? ¿Cómo va a evolucionar? ¿Qué puede hacerse?</p>
<p>II. Deliberación sobre los valores.</p> <p>3. Identificación de los problemas morales del caso 4. Elección del problema moral a discutir 5. Explicitación de los valores en conflicto en ese problema</p>
<p>III. Deliberación sobre los deberes.</p> <p>6. Identificación de los cursos extremos de acción 7. Búsqueda de cursos intermedios 8. Elección del curso óptimo</p>
<p>IV. Prueba de consistencia de la decisión</p>

- | |
|---|
| 9. Prueba de legalidad: ¿Es legal el curso recomendado?
10. Prueba de publicidad: ¿Se estaría dispuesto a defenderlo públicamente?
11. Prueba del tiempo: ¿Se tomaría la misma decisión transcurrido un tiempo? |
|---|

V. Toma de la decisión definitiva
--

Fuente: tomado de Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito, L., Gracia, D., & Sánchez, M. (eds.). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Editorial Triacastela, p.125.

Capítulo III. METODOLOGIA

3.1 Diseño

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, nivel explorativo – descriptivo; el método de análisis empleado fue documental (Arbaiza, 2013; Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Para Arbaiza (2013) “La investigación documental permite establecer relaciones, puntos de vista, etapas, contradicciones o diferencias en la información obtenida sobre el tema en las diferentes fuentes” (p.48).

Este trabajo estuvo orientado a proponer un método de análisis que permita al neonatólogo asumir una actitud bioética favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad, basada en la bioética de las virtudes y excelencia del médico, la toma de decisiones clínicas y la bioética personalista.

3.2 Análisis documental

En primer lugar, para el análisis formal, es decir, para recoger y registrar la información se ha utilizado las técnicas como la Ficha de Trabajo y la Ficha Textual y Paráfrasis. La ficha de trabajo ha servido para recabar información específica: libros y revistas consultados, comentarios, razonamientos y críticas de la investigadora, asimismo, pequeños resúmenes de los documentos analizados. La ficha textual y paráfrasis, específicamente, contienen transcripciones de párrafos de ideas importantes de los autores consultados (Jurado, 2005).

En segundo lugar, se ha realizado el análisis de contenido de los documentos. En las Fichas de Trabajo se ha transcrito resúmenes de los documentos consultados sin interpretación ni crítica. En las fichas textuales y Paráfrasis se han consignado resúmenes con contenidos seleccionados y analizados por la investigadora.

3.3 Definición conceptual

- Actitud bioética del Médico Neonatólogo: decisión favorable a los intereses del bebe que toma el neonatólogo basado en el método de análisis.

- Reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad: maniobras a realizar para estabilizar las funciones vitales.

- Las virtudes: son hábitos, rasgos del carácter, que disponen a la excelencia en relación con el fin propio de la actividad humana, en este caso de la actividad médica. Se adquieren por esfuerzo y voluntad. La lista de virtudes profesionales incluye la honestidad intelectual, la benevolencia, la humildad y la discreción terapéutica. Pero además examinan con detalle otras virtudes como la confianza, la compasión, la prudencia, la justicia, la fortaleza, la templanza, la integridad y la modestia (Pellegrino y Thomasma, 1993).

- Metodología de análisis bioético en neonatología: método que articula tres enfoques: Las Virtudes Médicas y la Excelencia Profesional; la persona humana y su dignidad en la bioética personalista; y la toma de decisiones en ética clínica, con la finalidad de asumir una actitud bioética favorable a los intereses del bebe frente a la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

Capítulo IV. Resultados

4.1 La actitud bioética del médico neonatólogo frente a la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

Con frecuencia el médico tiene que actuar en situaciones clínicas en las que no es capaz de identificar todos los factores objetivos, dejando exclusivamente las normas objetivas para los aspectos técnicos; para lo que técnicamente tiene que hacer. Los cuidados paliativos, el tratamiento de ciertas enfermedades infecto-contagiosas, el manejo del error médico, etc. son algunos ejemplos que no se pueden resolver sólo con datos objetivos. Pellegrino distingue entre los aspectos cambiantes de la medicina (los aspectos científicos y técnicos) y aquellos que son permanentes (los aspectos filosóficos) (De Santiago, 2014).

A veces el neonatólogo, se encuentra ante determinadas situaciones clínicas como la atención del recién nacido prematuro extremo en el límite de la viabilidad; y para tomar la decisión de reanimar tiene como criterios de decisión el protocolo de reanimación establecido por la Academia Americana de Pediatría que indica que un paciente prematuro extremo es viable alrededor de las 23 semanas de edad gestacional con aproximadamente 500 gr de peso al nacer.

Desde ésta perspectiva científica es posible que sobreviva, sin embargo, éste factor no es del todo determinante para una adecuada toma de decisiones en relación a la reanimación o no-reanimación del prematuro extremo recién nacido. Si se decide a favor de la reanimación cabe la posibilidad de la existencia o no de secuelas graves durante su desarrollo evolutivo.

Como resultado documental de nuestra investigación se propone que el médico neonatólogo desarrolle dos virtudes clínicas de capital importancia: la prudencia y la Integridad.

La Prudencia, para Moreno (2014):

Pellegrino y Thomasma consideran que es la virtud clave del médico. Es una virtud intelectual y moral que le dispone habitualmente a elegir lo que hay que hacer en una situación moral concreta, es decir, la capacidad de deliberación, de sensatez para buscar ser siempre la mejor persona posible y hacer la mejor acción posible. Así mismo la Prudencia se relaciona con la Bondad, con la capacidad de obrar bien. Mediante la prudencia la acción del médico abarca también: el acto de curación, el bien del enfermo (pp. 107-108).

Según Moreno (2014), para alcanzar los fines de la medicina, el médico ha de adquirir aquellas cualidades que le permitan hacer el bien que se propone hacer, es decir, que sea poseedor de virtudes. De entre todas las virtudes del médico, la prudencia es la que le ayuda a aplicar la regla general a la situación particular. No sólo eso, sino que le dirige hacia que la acción sea además de técnicamente correcta, buena. Se convierte así en una conexión entre las virtudes intelectuales y las virtudes morales. No es suficiente entonces sólo el conocimiento científico-técnico, sino el acercamiento a su humanidad. No se busca sólo la curación de la enfermedad, sino la mejoría del hombre enfermo, en cuanto enfermo y en cuanto hombre.

Finalmente, la prudencia es la racionalidad propia de los saberes prácticos; es una sabiduría práctica. Se trata de una cierta actitud intelectual y a la vez emocional que, teniendo en cuenta hechos, valores y deberes, alumbró “juicios morales responsables” en los casos de incertidumbre, lo cual también es fruto de una cierta experiencia. Por tanto, la actitud prudente, “actitud responsable”, es un magnífico criterio moral del que se está encargando la bioética (Pose y Gracia, 2013).

La Integridad según Gómez (2014):

Tiene dos significados en ética médica: por un lado se refiere a la integridad de la persona como totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo, y por otro, a la virtud de la integridad. Alguien íntegro es aquel de quien podemos predecir su comportamiento, porque prevemos que juzgará prudentemente la forma de actuar más correcta; así mismo, hace referencia a valores que apreciamos y defendemos. La integridad está en estrecha relación con la autonomía, y ésta descansa en el derecho de todos los seres humanos a su integridad como personas. Para preservar la

integridad de la persona enferma es indispensable un médico que posea la virtud de la integridad (pp. 124-125).

4.2 Propuesta de un método bioético en neonatología para la toma de decisiones favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

En primer lugar, presentamos un resumen de los supuestos teóricos, desarrollados en el marco teórico, que conforman la propuesta del método bioético.

En segundo lugar, se presenta el modelo de toma de decisiones adaptado de la metodología deliberativa de Diego Gracia (2013a).

Supuestos Teóricos: Virtudes del médico y su excelencia profesional; la persona humana y su dignidad; el método de toma de decisiones.

El método bioético de toma de decisiones en neonatología ha sido construido a partir de la adaptación del método de evaluación ética clínica para la deliberación y toma de decisiones (Gracia, 2013a) con dos enfoques: en primer lugar, el enfoque centrado en las virtudes del médico y su excelencia profesional según Pellegrino (De Santiago, 2014); en segundo lugar, el enfoque de la ética personalista basada en la persona humana y su dignidad (Burgos, 2013).

Este modelo adaptado constituye una plataforma compuesta por tres planos:

En el primer plano, el enfoque de las Virtudes del Médico y su Excelencia Profesional, según Pellegrino (De Santiago, 2014) se anclan en su propio “carácter de médico”. Al enfatizar esta unión entre virtudes y excelencia profesional, se pone de manifiesto que no basta la competencia profesional de neonatólogo, sino que debe tener, también, las habilidades necesarias para ser una buena persona. En ese sentido, las virtudes hay que entenderlas dentro de la dinámica de una acción que no se deduce de los principios, sino que procede de un modo de conocimiento prudencial que sabe reconocer la finalidad propia del bien para dirigirlo a una plenitud que hace bueno al agente.

El médico actual tendría una escala de deberes y obligaciones, de tres niveles de autoexigencia. El primer nivel, nivel de mínimos, es el más bajo de exigencias morales, vendría a ser el cumplimiento de la ética legalística, el cumplimiento de las obligaciones de

las leyes civiles que evitan las aberraciones más groseras a los derechos de los enfermos: licencia para el ejercicio profesional, responsabilidad civil y penal de sus actos, cumplimiento de sus contratos, cumplimiento de las normas ante la muerte y fallecimiento de los atendidos. El segundo nivel implicaría unas exigencias y deberes que van más allá de las demandados por la ley, donde la idea de excelencia es sostenida por la beneficencia, por la capacidad de compasión, el mantenimiento de las promesas al paciente, la firme decisión de evitarle daños y perjuicios, de mantener la confidencialidad y la veracidad, de respetar su autonomía de decisión y, en general, de buscar el bien del enfermo. El tercer nivel es la ética de virtudes aplicada al acto médico según Pellegrino. Donde el agente del acto médico, su carácter y sus virtudes, están determinadas por una exigencia mayor de amor al enfermo (De Santiago, 2014).

La propuesta de la ética de la virtud tiene dos objetivos: por una parte, superar el comportamiento basado en la desconfianza, y por otra la incapacidad de evaluar y valorar realmente los mejores intereses del bebé. Es decir, establecer la confianza como requisito para las relaciones profesionales y humanas; y de buscar, en todo momento, no anteponer los criterios clínicos o su propia percepción de lo que es bueno o malo para el bebé. En ese sentido, las prácticas de las virtudes afectan directamente al ser del neonatólogo, porque la virtud no es genérica, sino particular, esencialmente individual; por lo cual le permiten ser capaz de intuir las decisiones y los pasos más justos y prudentes de cara al bebé (Díaz, 2009).

En segundo plano, el enfoque de la ética personalista centrada en la Persona Humana y su Dignidad (Burgos, 2013). García (2013) distingue dos tipos de dignidad, la ontológica y la moral; es decir, la dignidad de ser hombre y la dignidad de lo que hace el hombre. En este sentido, la dignidad ontológica de la persona reside en el ser propio de la persona, desde el mismo momento de su existencia como persona. Se llama dignidad ontológica por residir en el ser del ser humano. Esta dignidad ontológica no sería susceptible de aumento o disminución, ni dependería de la voluntad de los hombres, ni del consenso, ni del reconocimiento que se hace a la dignidad moral.

De la Dignidad Ontológica nacen unos principios, así Villarroig (2015) enuncia: a) Todo ser humano es igual en dignidad. b) Nadie puede otorgar ni suprimir esta dignidad de la persona. c) Esta dignidad no es susceptible de incremento o disminución.

En este enfoque, el neonatólogo debe orientarse sobre todo a asegurar el respeto de lo que constituye el objeto de su trabajo: los mejores intereses del bebé, la salvaguarda de la vida humana. El principio de respeto de la vida humana es la que guía e inspira y hace posible la aplicación de los otros principios bioéticos: respeto por la vida física, de libertad y responsabilidad; de totalidad; de proporcionalidad terapéutica; del doble efecto; de sociabilidad y subsidiaridad. En resumen, la persona humana y su dignidad es el principio ordenador para la toma de decisiones favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

En el tercer plano, se encuentra el método de evaluación ética clínica para la deliberación y toma de decisiones (Gracia, 2013a; 2013b; 2013c).

Diego Gracia en estos años ha presentado una evolución en su propuesta metodológica, para el estudio de los problemas bioéticos en la práctica clínica; así en un primer momento presentó su metodología principalista que ha evolucionado de los principios a los valores (Gracia, 2004); en un segundo momento la metodología se enriquece con el método deliberativo y la axiología constructivista (Gracia, 2013a).

El desarrollo de la deliberación para la toma de decisiones tiene los siguientes pasos: *I. Deliberación sobre los hechos: Presentación de un caso/problema. II. Deliberación sobre los valores y III. Deliberación sobre los deberes* (Gracia, 2013a).

Método bioético en neonatología para la toma de decisiones favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

El método deliberativo (Gracia, 2013c). la deliberación es un término que es definido como deliberar consigo mismo, meditar, decidir- (Diccionario Manual Griego Vox, 1992). Asimismo, ha sido definido por la RAE (2014) como la acción y efecto de deliberar, entendiendo por este, el considerar atenta y detenidamente el pro y contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos // resolver con premeditación. En este sentido, la deliberación puede ser de carácter individual o grupal.

En este estudio se sigue la primera definición de carácter individual de deliberar consigo mismo, meditar, decidir. Es una actividad humana racional básica, que se utiliza de forma permanente para asegurar la mayor calidad y corrección en la toma de decisiones,

a lo largo de toda su vida (Gracia, 2004). Un proceso o procedimiento inherente al diario vivir. "Todos los seres humanos deliberamos, y deliberamos continuamente. No podemos vivir sin deliberar. Y ello porque se trata de una necesidad biológica" (Gracia, 2011, p.109).

La deliberación permite al profesional tomar las mejores decisiones en función de su propia autorrealización y de su entorno, por lo que es importante capacitar a los profesionales a que se formen en este proceso:

Y de ahí también que la deliberación deba de ser el objetivo de todo el proceso de formación, desde la más tierna infancia hasta sus grados más altos. De lo que se trata es de crear personalidades deliberativas, que son las opuestas de aquellas que buscan el éxito personal, el triunfo a toda costa, caiga quien caiga, la imposición del propio criterio por encima de todo, el ganar la batalla y salir victorioso en la vida, entendida como una lucha sin cuartel por la propia supervivencia. Desdichadamente, nuestro actual sistema educativo tiende más a formar en esto último que en la deliberación. (Gracia, 2013b, p.242).

El método de toma de decisiones es estructurado en tres etapas:

La deliberación inherente a todo proyecto específicamente humano tiene pues, tres momentos: uno relativo a los *hechos*, otro a los *valores* implicados y un tercero a su realización práctica, es decir, a lo que *debe* o *no debe* hacer. Este es el momento propiamente moral, el relativo a los *deberes*. El deber moral es solo uno y siempre el mismo: realizar valores, y realizarlos lo máximo posible (Gracia, 2011, p.111).

En esta propuesta se reconoce a la deliberación como su eje fundamental, proceso que le permite al ser humano la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre y contingencia; teniendo en cuenta para ello, el estudio de las circunstancias particulares y las consecuencias previsibles esperadas del caso particular. Proceso básico para la toma de decisiones, tanto en la vida cotidiana como en las ciencias (Gracia, 2011).

El análisis de las circunstancias clínicas de reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad obedece en buena medida a la formación en virtudes y excelencia profesional del neonatólogo, en su formación bioética específica acerca de la

persona (bebé) y su dignidad; estos dos pilares permiten al neonatólogo tomar decisiones a favor del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

En la propuesta del Método bioético en neonatología para la toma de decisiones favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad, se tiene en cuenta la estructura general del método de toma de decisiones de Gracia: *I. Deliberación sobre los hechos: Presentación de un caso/problema. II. Deliberación sobre los valores y III. Deliberación sobre los deberes* (Gracia, 2013a).

Nuestro modelo tiene cuatro etapas cada una de ellas con cuatro referentes para la deliberación personal y toma de decisiones. El entorno de aplicación de este método es en una situación de emergencia en donde las decisiones deben ser rápidas valorando la vida.

Tabla N° 2 Modelo de toma de decisiones bioéticas en neonatología.

Método bioético en neonatología para la toma de decisiones favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.	
ETAPAS	REFERENTES
I. Comprensión del caso/problema: 1.1 Parto inminente de un prematuro en los límites de la viabilidad.	Casos precedentes
II. Deliberación sobre los valores: 2.1 Identificación del caso/problema moral 2.2 Análisis Estimativo-valorativo del caso/problema.	Las virtudes del neonatólogo. Ética Personalista: - La persona humana y su dignidad.
III. Propuesta de solución: 3.1 Identificación de los cursos extremo e intermedio: Selección del curso de acción favorable a los intereses del bebé.	Excelencia profesional del neonatólogo.
IV. Revisión: 4.1 Retroalimentación del proceso de toma de	Portafolio Casos atendidos

decisiones y del método adoptado.	
-----------------------------------	--

Fuente: elaboración propia.

I. Comprensión del caso/problema.

La primera etapa del método, es sobre la comprensión del parto inminente de un prematuro en los límites de la viabilidad, no solamente el conocimiento o descripción del hecho, sino hace referencia a la necesidad del conocimiento del caso de la manera más completa posible, desde el punto de vista científico y humano, en toda su complejidad, “reduciendo la incertidumbre sobre ellos a límites razonables y prudentes” (Gracia, 2011a, p.122). Esta etapa es base para la toma de decisiones. En este sentido Gracia sostiene que:

No hay proposiciones científicas de carácter absoluto [...] a fin de tener un conocimiento de ellos lo más razonable posible. Téngase en cuenta, además, que los hechos están siempre mediados por múltiples factores, educacionales, históricos, culturales, personales, etc., de modo que nunca podemos agotarlos, y que cada ser humano es un punto de vista sobre cada uno de los hechos. (Gracia, 2011a, p.121).

El objetivo de esto es disminuir tanto como sea posible la incertidumbre sobre los hechos clínicos del caso y tener de él la idea más clara posible. Es importante no perder de vista que toda la incertidumbre que no seamos capaces de eliminar aquí, nos acompañará en todos los posteriores momentos del análisis, y que cualquier error en los hechos clínicos viciará de raíz el análisis ético ulterior. (Gracia, 2013c, p.4).

Dada la necesidad de valoración y análisis simultáneo y rápido de la escena, y del paciente, las actuaciones de emergencia exigen de los profesionales una capacidad de análisis ágil que permita la toma de decisiones rápida frente a la seguridad del entorno, las necesidades de colaboración de otros intervinientes (Casado y Suarez, 2016).

II. Deliberación sobre los valores:

En la identificación del caso/problema moral el neonatólogo debe tener como referentes, en su deliberación personal, la bioética personalista, así, a nivel ontológico, el reconocimiento de la dignidad humana, es decir del valor esencial, intrínseco, invariante y

universal de todos los seres humanos; y a nivel moral, el respeto a la persona humana y su dignidad inherente. El segundo referente para la deliberación personal son las virtudes personales del neonatólogo de modo especial, las virtudes de la prudencia, integridad y confianza.

Para Gracia (2011) la valoración de la realidad se hace a través de un proceso de *preferencia* de acuerdo con su misma naturaleza, por medio de la cual una realidad o bien es seleccionado o no en relación a otra. El valor no es más que la valoración del bien, es decir la valía de un bien. La estimación lo es siempre de un bien o un mal taliativo, es decir, del modo como una realidad “queda” respecto a la realidad humana, ya sea en *condición* de favorecerla, ya de perjudicarla. El paso de “sería” de la estimación al “es” de la valoración se efectúa mediante el acto que Zubiri denomina “preferencia”. Preferir es siempre y sólo preferir un bien a otro. Es decir, teniendo en cuenta lo que mejor favorezca a los intereses del bebé.

En ese sentido Gracia (2016) sostiene:

Las urgencias, emergencias y catástrofes tienen un punto en común, dado que se trata de situaciones “extraordinarias”. Eso hace que en ellas la determinación de los deberes se haga con criterios distintos a los habituales. En la situación de urgencia lo prioritario es proteger un valor que está gravemente amenazado, por lo general la vida. El riesgo de un valor importante y la falta de tiempo, hacen que las decisiones deban tomarse con criterios que son sensiblemente distintos a los de las situaciones ordinarias. Así, por ejemplo, la urgencia es una de las excepciones al consentimiento informado. En la emergencia el factor determinante no es el tiempo sino el grave daño a un valor individual o colectivo (p. 70).

III. Propuesta de solución.

Una vez identificado el problema moral de análisis se procederá a proponer los cursos de acción que permitan optar por una solución. Según Gracia (2011) con este proceso se facilita encontrar la solución si se identifican: primero, los *cursos de acción extremos*, que determinan claramente las posibilidades opuestas a seguir en su resolución, así, por ejemplo, en el caso de una intervención médica, los cursos de acción extremos a considerar serían: se hace o no se hace el procedimiento; y luego, se identifican los *cursos de acción intermedios*, dentro de los cuales generalmente se encuentra la mejor opción.

El Médico Neonatólogo tiene como referente su excelencia profesional, y deliberar personalmente para tomar una decisión prudente estableciendo el mejor bien para el bebé. Del mismo modo, tiene la obligación de tomar esa decisión, porque es una responsabilidad inherente en primer lugar, a su ser médico, y, en segundo lugar, al acto médico.

En definitiva, Verjano (2016) concluye que:

La bioética está ayudando a forjar un cambio más responsable en la toma de decisiones, donde el neonato como persona humana tiene derechos y unos valores que debemos proteger, aunque nunca haya tenido la oportunidad de expresarlos o construirlos. Deberíamos concebir a las personas enfermas y, en concreto, a los recién nacidos enfermos como personas con la dignidad suficiente para vivir una vida futura, a pesar de su probable diversidad funcional, y en el contexto de una solidaridad que ha hecho que nuestra sociedad evolucione y que probablemente sea el valor que debemos presuponer que tenemos desde el nacimiento y que caracteriza a la humanidad (p.117).

IV. Revisión.

Esta etapa consiste en la retroalimentación del proceso de toma de decisiones y del método adoptado. Es necesario documentar las decisiones adoptadas siguiendo el proceso del método adoptado para su estudio y revisión. El referente que tiene el neonatólogo es el portafolio de casos atendidos por el mismo neonatólogo, como por los profesionales de su institución.

Con referencia a las atenciones y cuidados intensivos Casado y Suarez (2016) sostienen que:

Los servicios de emergencias médicas tienen como objetivo el preservar la vida y disminuir las secuelas de los pacientes allí donde ocurre la pérdida de salud, teniendo como componente esencial de su actividad el prestar esta ayuda lo más precozmente posible. Este requisito temporal de las actuaciones de emergencia condiciona no solo la toma de decisión técnica sino también la deliberación ética sobre los casos concretos que se atienden. Por tanto, los profesionales de la emergencia no solo deben estar formados y apoyados en procedimientos científico-técnicos y de ayuda psicológica de los pacientes, sino que deben contemplar un entrenamiento previo basado en la reflexión de los casos para poder decidir

éticamente en el momento de la emergencia, teniendo en cuenta los principios éticos y las consecuencias de sus decisiones (p. 2).

Capítulo V. Discusión

El presente trabajo ha estado orientado en proponer un método de análisis para la toma de decisiones del médico neonatólogo a favor de los mejores intereses del prematuro extremo en los límites de la viabilidad; no para medir sus capacidades médicas, ni la atención, ni el cuidado que se le brinda o falta de infraestructura del servicio de neonatología. Asimismo, en nuestro estudio se ha establecido que es factible para el médico neonatólogo asumir una actitud bioética favorable al mejor interés del prematuro en los límites de la viabilidad durante la reanimación, basada en la bioética de las virtudes y excelencia del médico, la toma de decisiones clínicas y la bioética personalista.

Sin embargo, existen opiniones contrarias, así Mesquita (2010) y Tosca (2011), hacen referencia de múltiples estudios relacionados con las secuelas neurológicas en prematuros extremos que limitan la reanimación a favor de los mejores intereses del bebe.

El último estudio multicéntrico de la red neonatal del NICH sobre 4192 pacientes con edad gestacional entre 22 y 25 semanas, la sobrevivida global fue del 51%. Estos pacientes a la edad de 18 a 22 meses de edad corregida presentaron en el 73% secuelas neurológicas de las cuales el 61% tenía grave afectación del sistema nervioso central (Mesquita, 2010, p. 132).

Vorh y cols. realizaron el seguimiento de un grupo de prematuros con edad gestacional entre 24-25 semanas sometidos a reanimación en sala de partos y observó que el 62% presentó secuelas neurológicas graves. En otro estudio similar, realizado en España, en prematuros de hasta 27 semanas sometidos a maniobras de reanimación, se encontró tres veces más secuelas neurológicas que los prematuros mayores (Tosca, 2011, p. 5).

En la perspectiva de éste trabajo, los prematuros en el límite de la viabilidad plantean grandes desafíos a la medicina, a la sociedad y a la ética, por lo que se deben tomar decisiones que representen los mejores intereses del recién nacido. Es aquí donde el neonatólogo se plantea el dilema bioético sobre la conveniencia o no de aplicar medidas terapéuticas, por tener serias dudas sobre si tales medidas redundarán en el mejor beneficio para el paciente neonato.

En nuestro tiempo una ética individualista, emotivista y utilitarista, ha reducido la realidad de la vida humana a un vago concepto de calidad de vida, sobre todo en el caso del niño, que no puede expresar su parecer, eliminándolo a veces sin intentar sanarlo, tomando como base protocolos que se han venido aplicando en los adultos, como por ejemplo el Protocolo de Groningen. Parece que una vida enferma no es digna de ser vivida cuando los deseos de los padres se ven frustrados, lo que produce rechazos o duelos patológicos [...] La verdadera ética médica busca la beneficencia; debe defender al más débil, que se encuentra en un estado de indefensión y gran vulnerabilidad. La autonomía necesita de la responsabilidad (Verjano, 2016, p. 116).

Acerca de la propuesta de un Método bioético en neonatología para la toma de decisiones favorable a los intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

La propuesta es una adaptación de la metodología para la toma de decisiones de Diego Gracia (2011). Esta metodología, en resumen, es una propuesta sólida, bien fundamentada, coherente y al mismo tiempo nada rígida, sino flexible y dúctil que permite incorporar modificaciones de los contenidos sin necesidad de cambiar de paradigma... La propuesta de la jerarquía de los principios de la bioética es muy fructífera y tiene como principales virtudes su sencillez, ser muy pedagógica y ayudar muy bien a la toma de decisiones y a la resolución de conflictos morales en casos reales. (Ferrer & Álvarez, 2003, p.463-464).

Sin embargo, la deliberación personal o colectiva puede verse dificultada por reduccionismos: técnico, religioso y jurídico (Gracia y Pose, 2007).

El reduccionismo técnico reduce el análisis de la realidad a los hechos, a lo objetivable y cuantificable; dejando de lado el estudio de otros aspectos, como los valores; que constituyen elementos fundamentales para una valoración integral del caso/problema.

El reduccionismo religioso se da cuando el análisis de los problemas morales se circunscribe a los valores o normas determinados previamente por una religión, reduciendo el estudio del caso/problema a la dimensión deontológica. Lo correcto o incorrecto de un caso/problema se determina a la luz de unas normas previamente especificadas desde una fe particular, en donde las excepciones no tienen lugar. Cuando existe disenso, corresponde a la autoridad religiosa el estudio del caso/problema y su correspondiente solución. Pero, hay que resaltar la importancia de los aportes que las religiones han hecho a la vida moral, los cuales deben ser tenidos en cuenta en las discusiones de problemas bioéticos tendientes a la búsqueda de una solución integral de los mismos.

El reduccionismo jurídico es cuando la evaluación del caso/problema se reduce a una sola perspectiva, el derecho; y tiene por autoridad natural, al juez. Sin embargo, las normas obedecen a una situación histórica particular de una sociedad, que por su naturaleza son algunas veces incapaces de dar respuesta a la complejidad de la realidad misma y a la revolución tecnológica que la sobrepasa.

Pero, por otro lado, existen también ponderaciones positivas acerca de la potencia de la metodología de toma de decisiones en casos reales, así Ferrer y Alvarez (2013) afirman que se apoya en la fenomenología de Xabier Zubiri, con una articulación conceptual y un discurso coherente. En resumen, es una propuesta sólida, bien fundamentada, coherente y al mismo tiempo nada rígida, sino flexible y dúctil que permite incorporar modificaciones de los contenidos sin necesidad de cambiar de paradigma. La propuesta tiene como principales virtudes su sencillez, ser muy pedagógica y ayudar muy bien a la toma de decisiones y a la resolución de conflictos morales en casos reales. (Ferrer & Álvarez, 2003, p.463-464)

En relación a la Ética de las Virtudes y Profesionalidad Médica

Según De Santiago (2014), Veatch indica que la teoría de la virtud tiende a conformar conductas equivocadas cuando las virtudes que se ejercen constituyen hábitos incorrectos, puesto que las virtudes son entendidas según la cultura dominante de cada tiempo. Pellegrino (1993) rechaza esta afirmación especificando las principales virtudes que han tenido relación, a lo largo de la historia, con el propósito de sanidad en la medicina, y a pesar que los rasgos del carácter del médico son influenciados por el ambiente, nunca son aceptados sin fuerte crítica, impulsada por la propia ética médica.

Otra objeción sostiene que las virtudes del médico son innecesarias en la práctica de una Medicina entre personas de valores diferentes o contrarios. Solamente entre sujetos

de valores y características culturales similares sería posible cultivar una ética de virtudes entre personal médico y pacientes. Por lo que ésta sería innecesaria para médicos con pacientes que no les conocen ni saben cómo piensan (De Santiago, 2014).

Pellegrino (1996) sostiene la necesidad de las virtudes y la excelencia médica en la práctica clínica. Asimismo, una conducta correcta no es posible asegurarla ni siquiera con la presencia de los principios, por lo cual, si el médico no posee virtudes, no existe garantía de que el médico pueda respetar la autonomía de los pacientes o las normas del consentimiento informado. Finalmente, las virtudes del médico representan una excelente alternativa para dotar a la práctica médica de una guía moral fuerte donde anclarla.

Una ética de la virtud permite realizar un análisis bioético efectivo, en esa dirección Herreros (2015) sostiene que el principialismo y el casuismo tienen limitaciones. Por este motivo han surgido guías para tomar decisiones, que incorporan todos los momentos del análisis ético: el análisis del caso clínico, el conflicto/s ético propiamente dicho y los cursos de acción. Estas guías incorporan todos los factores al deliberar sobre el conflicto ético.

CONCLUSIONES

En primer lugar, es factible para el médico neonatólogo usar un método de análisis que le permita tomar una decisión bioética favorable a los mejores intereses del bebé ante la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad, basada en la bioética de las virtudes y excelencia del médico, la toma de decisiones clínicas y la bioética personalista.

En segundo lugar, existen virtudes médicas como la prudencia, que moldean la profesionalidad del médico y sustentan la actitud del neonatólogo a favor de la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

En tercer lugar, la ética personalista sustenta la actitud bioética del neonatólogo de respeto a la persona humana y su dignidad a favor de la reanimación del prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

En cuarto lugar, se ha adaptado un método de análisis para la toma de decisiones favorable a los mejores intereses del bebe frente a la reanimación del recién nacido prematuro extremo en los límites de la viabilidad.

SUGERENCIAS

La adaptación del modelo propuesto para la toma de decisiones a favor del mejor interés del prematuro extremo durante la reanimación debería difundirse a diversas unidades neonatológicas para su conocimiento y aplicación.

Promover estudios para profundizar en las metodologías para la toma de decisiones frente a la reanimación en favor al mejor interés del recién nacido.

Promover programas de bioética durante la formación profesional y la especialización.

Promover el estudio y análisis bioético de casos de reanimación de prematuros extremos en los límites de la viabilidad en junta médica con participación del comité de ética, y en la reflexión personal.

REFERENCIAS

1. Álvarez, S. (2016). Valores clave en la práctica médica. *Revista española de bioética EIDON*, nº 46. DOI: 10.13184/eidon.46.2016.83-93
2. Álvarez, J. (2014). Fidelidad a la Confianza. Cuadernos de Bioética XXV /1ª
3. Arbaiza, L. (2014). Cómo elaborar una tesis de grado. Lima: Universidad Esan.
4. Burgos, J. (2007). La antropología personalista de Persona y Acción. Madrid, España: Palabra.
5. Burgos, J. (Enero - Abril, 2013). ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. Cuadernos de Bioética, XXIV/1, 17-30.
6. Burgos, J. (2013). Antropología: una guía para la existencia. Madrid, España: Palabra.
7. Casado, M. I. y Suárez, R. (2016). Ética en la atención de emergencias: en busca de una preparación ética deliberada. *Revista española de Bioética EIDON*, nº 45. DOI: 10.13184/eidon.45.2016. 2-17
8. Choza, J. (1988) Manual Antropología Filosófica. Madrid, España: Rialp.
9. Consejo Nufield sobre Bioética. (2006). *Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues*. London.

10. Díaz G. La ética de la virtud y la bioética. *Revista Colombiana de Bioética*. 2009;4(1):93-128
11. De Santiago, M. (2014). Una aproximación al pensamiento de Edmund D. Pellegrino (I). *Cuadernos de Bioética XXV /1ª* p.p. 43 - 58
12. De Santiago, M. (2014). Una aproximación al pensamiento de Edmund D. Pellegrino (II). *Cuadernos de Bioética XXV /1ª* p.p. 59 – 72
13. De Santiago, M. (2014). Las virtudes en bioética clínica. *Cuadernos de Bioética XXV /1ª* p.p. 75 – 91
14. Del Moral, T. y Bancalari, E. (2010). Evolución de la actitud frente al recién nacido prematuro. *Revista Boliviana Pediátrica*; n° 50 (SUPL. 1) p.p. 39-42
15. Del Río, R. (2014). Benevolencia y Compasión. *Cuadernos de Bioética XXV/1ª*
16. Ferrer, J. & Álvarez, J. (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. España: Universidad Pontificia Comillas.
17. Gómez, R. (2014). Integridad. *Cuadernos de Bioética XXV /1ª*
18. García, J. (2013). Bioética Personalista y Bioética Principalista. *Perspectivas. Cuadernos de Bioética*. N° 24(1), p.p. 67-76. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>.
19. García, F. y García, R. (1999). Viabilidad y reanimación neonatal en recién nacidos pretérminos de peso extremadamente bajo al nacimiento. *Anales Españoles de Pediatría*. En *Medicina Fetal y Neonatología*. n° 50 p.p. 594-602.
20. Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco: estudios de bioética*. Editorial Triacastela, Madrid.
21. Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación moral. En L. Feito, D. Gracia, & M. Sánchez (2011a). *Bioética: el estado de la cuestión*. (pp. p.101-154). Madrid: Triacastela,
22. Gracia, D. (2013a). *Construyendo valores*. Madrid: Triacastela.
23. Gracia, D. (2013b). *Valor y precio*. Madrid: Triacastela.
24. Gracia, D. (2013c). Módulo introductorio: Metodología de deliberación en bioética clínica. *Curso de Bioética para Clínicos*. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud.
25. Gracia, D. (2016). La ética en las situaciones trágicas. Urgencias, emergencias y catástrofes. *Revista española de bioética EIDON*, n° 46. DOI: 10.13184/eidon.46.2016.70-82

26. Grøgaard, J. (1990). Increased survival rate in very low birth weight infants (1500 grams or less): No association with increased incidence of hándicaps. *Revista J. Pediatr.* n 117(1 Pt 1) p.p.139-46.
27. Grzona, M. (2006). Prematuros extremos.  es posible establecer un límite de viabilidad? En revista *Acta Bioethica*; n 12 (1)
28. Hernández, J. (2011). Límites de viabilidad en los prematuros extremos (< 30 semanas de gestación o <1,000 g de peso). En *Revista de Investigación Médica Sur México*, n  18 (4) p.p. 174-178.
29. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición. México D.F., México: Mcgraw-hill / interamericana.
30. Herreros, B. (2015). Escuelas, tendencias y corrientes. Belmont y mucho más. En Herreros y Bandres (Ed.), *Historia ilustrada de la bioética* (pp.169-184). Madrid, España: Ademas.
31. Jurado, Y. (2005). *Técnicas de investigación documental*. Mexico: Thomson.
32. Los  ngeles, M. (2015). Hechos, valores y deberes en las diferencias del desarrollo sexual. Aspectos éticos en el manejo de pacientes con diferencias en el desarrollo sexual: método deliberativo para la elección del curso de acción óptimo. *Revista española de bioética EIDON*, n  44. DOI: 10.13184/eidon.44.2015.87-98.
33. Lozano, C. (2013). Límites de la viabilidad neonatal. *Revista Perinatol Reprod Hum* N  27 (2) p.p. 79-85
34. Martínez, JL. (2008). Historia de la Neonatología y los desafíos del siglo XXI. En *Revista Médica Clínica Condes* n 19(3) p.p. 152-157
35. McCullough, L. (2005). Neonatal Ethics at the Limits of Viability. En revista *Pediatrics*; n  116, 4; Health Module pg. 1019
36. Mesquita M. (2010). Recien Nacidos de extremo bajo peso de nacimiento. Límites de viabilidad, reanimación en Sala de Partos y Cuidados Intensivos Neonatales. *Revista. Pediatr.* (Asunción), Vol. 37; N  2.
37. Moreno, J. (2014). Prudencia, virtud indispensable. *Cuadernos de Bioética XXV* /1^a
38. Moreno, J. (2015). Hidratación y alimentación en los recién nacidos: adecuación del esfuerzo terapéutico. En *Cuadernos de Bioética XXVI* 2015/2^a
39. Murillo. Sucedió así. 2009

40. Oliveros, M. (2008). Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. *En Rev Per Ginecol Obstet.* 2008;54:7-10
41. Organización Mundial de la Salud. OMS. (2012). Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros.
42. Organización Mundial de la Salud. OMS. (2010). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ.* N° 88 p.p. 31–38.
43. Pellegrino, E. (1979). *Humanistic Basis of Professional Ethics*, en *Humanism and the Physician*, Knoxville: University of Tennessee Press.
44. Pellegrino, E. (1993). *The Virtues in Medical Practice*, New York: Oxford University Press.
45. Pellegrino, E. (1996). *The Christian Virtues in Medical Practice*, New York: Georgetown University Press.
46. Pérez, R. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2013; N° 70(4) p.p. 299-303
47. Pose, C. (2015). La bioética del presente. tradición e innovación, hacia una bioética global. En Herreros y Bandres (Ed.), *Historia ilustrada de la bioética* (pp.229-240). Madrid, España: Ademas.
48. Pose. C. y Gracia, D. (2013). *Procedimiento o método de toma de decisiones. En Título de Experto en Ética Médica.* Recuperado de http://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U7_Procedimiento%20o%20metodo%20de%20toma%20de%20decisiones.pdf
49. Tosca, R. (2009). Grandes prematuros: análisis y experiencias en Castellón. Capítulo Supervivencia y mortalidad. Ed. Universitat Jaume I. Castelló.
50. Tosca, R. (2011). Prematuros extremos ¿es posible establecer un límite de viabilidad?
51. Verjano, F. (2016). El cerebro prematuro, donde todavía no llega la ciencia ¿Y los valores? *Revista española de bioética EIDON*, n° 46. DOI: 10.13184/eidon.46.2016.106-121
52. Villarroig, J. (2015). Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación. *Revista Quién*, N° 2, pp. 49-63

53. Wilkinson, A. (2009). Management of babies born extremely preterm at less than 26 weeks of gestation: a framework for clinical practice at the time of birth. *Revista Arch Dis Child Fetal Neonatal*. Ed January 2009 Vol 94 No 1
54. Yepes, R. y Aranguren, J. (2008). Fundamentos de antropología. Un ideal de la excelencia humana. Pamplona, España: Eunsa.
55. Zubiri, X. (1986). Sobre el hombre. Madrid: Alianza Editorial.
56. Zubiri, X. (1989). Estructura dinámica de la realidad. Madrid: Alianza Editorial.