

## Humanización en el cuidado neonatal

Doris Amparo Parada Rico\*

Volumen 9

Nº 2

Diciembre 2012

ISSN 1794-9831

ISSN 2322-7028  
(EN LINEA)

### Resumen

La neonatología moderna, como lo refiere Vieira G. (2003) suele ser bastante agresiva (1). La expectativa de vida en los recién nacidos prematuros y niños críticos ha aumentado a través del tiempo con el uso de la tecnología, sin embargo el cuidado ofrecido a estos pacientes debe ser analizado y discutido para obtener consensos que promuevan la calidad de vida del niño y su familia, puesto que en ocasiones son mínimos los límites entre tratamiento terapéutico, la distanasia y el “mal morir”, que termina siendo “deshumanización del cuidado”. Aunado a lo anterior el vínculo familiar y la presencia de los padres durante la toma de decisiones ha tenido una representación muy incipiente que impide actuaciones en el equipo de salud.

#### Palabras clave

Neonatos, distanasia, toma de decisiones

Recibido:

13 de agosto de 2012

Aceptado:

6 de noviembre de 2012

## Humanization in neonatal care

### Abstract

The modern neonatology, as regards M. Vieira (2003) is usually quite aggressive (1). Life expectancy in preterm infants and children has increased critical over time with the use of technology, however the care given to these patients should be analyzed and discussed to obtain consensus that promote quality of life of children and his family, since sometimes minimal boundaries between therapeutic treatment dysthanasia and “bad death”, which ends up being “dehumanization of care.” Added to this the family relationship and the presence of parents in decision making has been represented very early performances preventing the health team.

#### Keywords

Neonates, dysthanasia decisions

## A humanização no atendimento neonatal

### Resumo

A moderna neonatologia, no que respeita M. Vieira (2003) é geralmente bastante agressivo (1). A expectativa de vida em prematuros e crianças aumentou crítica ao longo do tempo com o uso da tecnologia, no entanto, o atendimento

\* Enfermera, Docente  
Facultad Ciencias de la  
salud. Universidad Francisco  
de Paula Santander. Email:  
Admirable\_777@hotmail.  
com

a esses pacientes devem ser analisados e discutidos para obter consenso de que promover a qualidade de vida de crianças e sua família, uma vez que, por vezes, os limites mínimos entre a distanásia tratamento terapêutico e “morte ruim”, o que acaba sendo “desumanização do atendimento.” Adicionado a isso a família relacionamento e da presença dos pais na tomada de decisões tem sido representado performances muito cedo impedindo a equipe de saúde.

### Palavras-chave

Recém-nascidos, decisões distanásia

## Introducción

A pesar de las incuestionables ventajas de la tecnología utilizada en los neonatos, estos deben sobrellevar su primera etapa vital abrumados por el estrés experimentando procedimientos agresivos frecuentes, manipulación excesiva, interrupción del sueño, ruido y exceso de luz, entre otros.

Por lo tanto es indispensable revisar la evidencia científica, las normas en cada país y la aplicación del cuidado para llegar a consensos en el que la calidad de vida, la humanización del cuidado y la muerte digna sea el resultado de la unión entre la ciencia y el respeto por el ser humano como persona.

González A. y Duran L.E, refieren medicamente se actúa intentando hacer “lo justo y lo debido”, de forma instintiva y fácil con una tendencia a proteger la vida y la salud. Las dificultades y los dilemas surgen cuando los resultados son inciertos, el tratamiento doloroso, costoso, y se sospechan minusvalías como secuelas...” lo anterior resalta el pensamiento heroico que se tiene en algunos casos ante neonatos graves quienes requieren intervenciones de alta complejidad, aplicándose guías estandarizadas, protocolos, procedimientos, etc, cuyo fin puede tener dos resultados

diferentes; uno, la mejoría del paciente, y otro, un camino largo que finalmente termina siendo distanasia, prolongando el sufrimiento y la muerte y/o conllevando a la presencia de secuelas posteriores. (2)

Teniendo en cuenta que el acto de cuidado se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de salud y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno, (3) debe entonces analizarse este tema frente a los principios éticos, la mejor evidencia científica, los valores y conceptos de los padres esto implica decisiones que tendrán consecuencias definitivas en la vida y salud no solo del recién nacido sino de la familia y comunidad.

Ante esta situación planteada se debe estudiar una serie de preguntas como: ¿cuál es la edad gestacional mínima o límite de viabilidad para realizar procedimientos avanzados como la reanimación cardiocerebropulmonar? ¿hasta dónde debe llegar el equipo de salud cuando este recién nacido es extremadamente prematuro o presenta altas demandas de cuidado?, ¿es la edad gestacional o el peso al nacer lo más importante para llegar a un consenso en el cuidado?, ¿Cuál es el principio ético prioritario en la toma de decisiones que involucran recién nacidos?. Para dar respuesta a estas preguntas se debe tener en cuenta algunos contenidos y

consensos realizados por expertos en esta temática.

### **Integración de la ética en el cuidado neonatal**

Refiriéndose al cuidado neonatal, debe integrarse un elemento básico, la ética neonatal (4). Ocurren diversos hechos que conllevan a que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) en Estados Unidos alrededor del año 1984 recomienden la creación de Comités de Bioética en los hospitales para el estudio de los problemas éticos en neonatología, revisión de casos, docencia al personal sanitario y elaboración de normas institucionales (4).

Según estudio Nogue S. y Cols. (2004), Además de la creación de comités y el análisis de casos, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) hace énfasis en la calidad asistencial, refiriéndose a esta como asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos para lograr una atención óptima, teniendo en cuenta todos los factores, los conocimientos del paciente y del servicio médico para los mejores resultados con el mínimo de riesgo y la máxima satisfacción del paciente y su familia. (5) al igual que la investigación de Gómez C. (2005), donde se supone que la realización de una práctica profesional debe estar fortalecida en los patrones de conocimiento empírico, estético, personal y ético, es decir, con perspectiva disciplinar de enfermería y comprometida con el aseguramiento de la calidad y la seguridad en el cuidado. (7)

A pesar de los esfuerzos por mejorar la calidad del cuidado y humanizar la atención de los usuarios, aparece un elemento que surge también en medio del crecimiento de tecnologías y la ciencia, es el llamado “enseñamiento terapéutico” y junto a este el término “futilidad”, la cual fue definida como cualidad de una actuación médica que o bien es inútil para conseguir un beneficio o bien lo consigue, pero a costo de molestias o sufrimientos desproporcionados para el

paciente o a costa de serios inconvenientes económicos, familiares o sociales (6).

En la actualidad se han establecido un grupo de políticas y consensos para la toma de decisiones consecuentes que respondan ante los interrogantes planteados. Estos fueron el resultado de la sinergia y reciente armonización entre los principios éticos y los nuevos datos epidemiológicos que aportan a responder la primera pregunta planteada:

### **¿Cuál es la edad gestacional mínima o límite de viabilidad para realizar procedimientos avanzados como la reanimación cardiocerebropulmonar?**

Un término importante en el cuidado neonatal y relacionado con grandes dilemas éticos es la viabilidad fetal la cual se ha definido diferentemente en el transcurso del tiempo y de acuerdo al avance de la tecnología. En el año 1896 se limitaba a lo siguiente: “cuando el feto no tiene vicio de conformación orgánica importante; cuando su vitalidad no ha estado comprometida durante el parto, y cuando nace a término.

En 1920, cuando el feto alcanzaba 6 meses solares, 34 cm y 1200 gramos. En el año 1998 se habla de supervivencia y se incluye calidad de vida, observando divergencia entre 23, 24 y 26 semanas (500 y 700 gramos) (8). Según Nico R. (1998), la edad gestacional se debía administrar reanimación completa y cuidados intensivos a las 26 semanas, probablemente a las 25, posiblemente a las 24 y nunca a las 23 o antes. (8)

Actualmente con los cambios tecnológicos, la investigación, el mejoramiento de las habilidades del personal de salud y la necesidad de tomar acciones oportunas y eficaces se han publicado revisiones de grupos expertos que demuestran las formas de actuar ante neonatos con edades en el límite de viabilidad, pudiendo observarse discordancia aún dentro de un mismo país como puede verse en la siguiente tabla (9).

**Tabla 1.** Actuaciones de cuidado según edad gestacional y País de referencia, Europa, 2008.

Ciudad	22 semanas	23 semanas	24 semanas	25 semanas	26 semanas
Alemania	En forma individual	En forma individual	Usualmente CPR	Usualmente CPR	Usualmente CPR
Noruega	-	En forma individual	En forma individual	Usualmente CPR	Usualmente CPR
Reino Unido, Uk	PLC	Según deseos de los padres	CPR a menos que no este indicado	Usualmente CPR	-
Suiza	PLC	PLC	En forma individual	En forma individual	-
Francia	PLC	PLC	PLC a menos que los padres insistan	Usualmente CPR	-
España	PLC	-	-	-	-

CPR, Reanimación Cardiopulmonar; PLC, cuidados paliativos

**Fuente:** The extremely preterm births. Recommendations for treatment in European countries. Arch Dis Child Fetal Neonatal.

En la investigación de Llano N. (2007), plantean que de 22 semanas, solo se debe iniciar tratamiento si los padres lo solicitan y si están plenamente informados, o si parece que se subestimó la edad gestacional. De 23 a 24 semana, individualizar el cuidado dependiendo de la condición del bebe y la solicitud de los padres. De 25 semanas se deben reanimar a todos los recién nacidos sin anormalidades genéticas. (10)

La resucitación estaba indicada con al menos 25 semanas de edad gestacional (a menos que exista evidencia de compromiso fetal severo o malformación congénita mayor). (10)

Establecen que a las 22 semanas o menos solo se debe aplicar cuidados paliativos, individualizar la reanimación según la condición a las 23 y 24 semanas y realizar reanimación completa con terapia de soporte a las 25 a 27 semanas de edad gestacional. (10)

Nuffield Council of Bioethics (2006), hace por lo tanto una revisión y consenso, presentando la siguiente guía a tener en

cuenta para realizar o no la reanimación neonatal de acuerdo a la edad gestacional. (11)

**Tabla 2.** Procedimiento de reanimación neonatal según edad gestacional. Londres, 2006.

Gestación (semanas completas)	Estándar de cuidados.	Excepciones.
21	No resucitación	Sólo como parte de protocolo de investigación.
22	No resucitación	A petición paterna después de una discusión prolongada y completa sobre los riesgos, implicaciones y pronósticos.
23	No bien definido	Prioridad a los deseos paternos. Si estos delegan en los médicos el equipo médico debe determinar qué es lo que constituye un cuidado apropiado para cada niño en particular.
24	Resucitación	Salvo que los padres y los clínicos estén de acuerdo dependiendo de la condición del niño que la resucitación va en contra de los mejores intereses del recién nacido.
25	Resucitación	Salvo anomalías graves incompatibles con la vida.

**Fuente:** Critical care decisions in fetal and neonatal medicine

No obstante, ante toda la evidencia y revisiones presentadas debe referirse que para la toma de una decisión vital como es la reanimación o el cuidado de un paciente crítico, debe tenerse en cuenta la individualización de cada caso, es decir, las condiciones físicas del recién nacido, datos de pronóstico, diagnósticos y la decisión de los padres posterior a una información completa, veraz y humanizada, puesto que cada niño es único y presenta condiciones específicas que harán que no sólo se tenga en cuenta la edad gestacional, sino todo un conjunto de elementos.

### **¿Hasta dónde debe llegar el equipo de salud cuando este recién nacido es extremadamente prematuro o presenta altas demandas de cuidado?.**

Ministerio de salud de Chile (2005), cita los principios bioéticos para recién nacidos, los cuales son los siguientes: Cada niño/a tiene dignidad intrínseca, se debe ofrecer todo el cuidado necesario. A todo niño, independientemente de sus limitaciones, se le debe ofrecer cuidado humanizado y tratamiento adecuado. Los responsables de su atención tienen la obligación de proveer toda forma de cuidado razonable orientado al mejor interés del niño y siempre, los padres de los niños tienen la principal responsabilidad moral y de decisión en su nombre. La abstención o suspensión de tratamientos se deben considerar cuando el riesgo es mayor que el beneficio y si se toma la decisión de no otorgar o suspender un tratamiento, tanto el niño como su familia deben recibir cuidado y apoyo dignos para soportar la agonía y muerte (12).

Respecto a este tema refiere se ha dicho que no es lo mismo ayudar a vivir a quien está viviendo (terapia proporcionada) que impedir morir a quien está muriendo (evitar futilidad). Parece que no todo lo técnicamente posible es éticamente correcto (10). Este análisis conlleva a que todo el equipo de salud revise sus procedimientos, protocolos, guías de manejo, para que finalmente se haga un consenso y se ajusten algunas medidas que actualmente son

heroicas pero nada éticas.

La academia Americana del Corazón (AHA) (2010), estableció las guías de reanimación neonatal recomendando que en la llamada zona gris (23 a 25 semanas de edad gestacional) se debe individualizar la situación clínica de cada paciente y los resultados del centro en el que nacerá (13), sin embargo una recomendación clara es el consenso con los padres del menor, los cuales deben tener un papel protagónico y conocer las expectativas de viabilidad del recién nacido a través de lenguaje claro, humano y comprensivo, enfatizando en los principios éticos.

Igualmente, se establecieron situaciones para discontinuar la resucitación: cuando es posible identificar condiciones asociadas con una elevada mortalidad y un mal pronóstico y se ha tenido la posibilidad de acuerdo con los padres. (Evidencia tipo IIb), EG menor a 23 semanas o peso menor a 400 gramos, anencefalia y anomalías cromosómicas mayores como trisomía (IIb), condiciones asociadas con un pronóstico incierto en el que está al borde de la supervivencia, con tasa de morbilidad relativamente alta, y la carga prevista para el niño es alta, los deseos parentales sobre el inicio de la reanimación debe ser apoyada. (IIb). (13)

La limitación terapéutica muestran las decisiones tomadas en recién nacidos críticos, como el retiro de: ventilación mecánica, fármacos vasoactivos, antibióticos, nutrición parenteral, nutrición enteral, diálisis, líquidos. (14)

Este retiro ha sido aplicado a pacientes con malformación congénita, patología neurológica secundaria a asfixia perinatal y hemorragia ventricular y a prematuridad extrema o basados en el mal pronóstico vital, mala calidad de vida actual y mala calidad de vida futura.

Los responsables de la realización del procedimiento: Médico responsable (96.7%), médico de guardia (22%), enfermera responsable (3.3%).

Datos que permiten valorar las diferentes acciones realizadas ante un neonato que padece una enfermedad crítica o con mal pronóstico, sin embargo es relevante que estas medidas se realicen posterior a un consenso del equipo de salud de acuerdo a las condiciones del paciente y a la expresión o asentimiento formal de sus padres y no a una motivación personal y sobre todo que se le de al recién nacido la posibilidad de morir con la aplicación de cuidados paliativos y evitación de una muerte larga y dolorosa.

La intervención de los padres en esta etapa ha sido relegada, impidiendo su acceso. Lo anterior se evidencia en investigaciones donde se encuentran expresiones: “Hubiera preferido estar con mi hijo sus últimos minutos, no enterarme cuando ya incluso estaba arreglado para llevarlo al mortuorio”, “Deberían cuidar más los detalles (...) Aunque esté sin vida siguen siendo personas y eso causa mucho dolor” (15).

Por lo tanto se debe reflexionar ante estas situaciones y frente a los principios éticos, normas legales y evidencia científica dar un paso hacia las unidades de puertas abiertas y la humanización del cuidado. Como personal de enfermería se debe tener en cuenta no olvidar la individualidad de la persona, ejercer el cuidado con actitud perseverante, constante y velando por el “*respeto y protección del derecho a la vida de los seres humanos, desde la concepción hasta la muerte. Asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica*” (16).

### ¿Es la edad gestacional o el peso al nacer lo más importante para llegar a un consenso en el cuidado?

Otro factor importante tenido en cuenta en la toma de decisiones éticas en neonatología es la edad gestacional y el peso al nacer puesto que se relacionan directamente con la discapacidad y la sobrevida, lo cual permite llevar o no a cabo procedimientos especiales y pensar en la calidad de vida que puede tener el recién nacido posteriormente. A continuación se presenta la relación entre

la edad gestacional y peso al nacer con la sobrevida y discapacidad de acuerdo a datos epidemiológicos en los Estados Unidos.

**Tabla 3.** Relación entre edad gestacional y peso al nacer con la sobrevida y grado de discapacidad, Estados Unidos, 2002

FACTOR	SOBREVIDA %	DISCAPACIDAD
Edad gestacional		
23	11%	56%
24	26%	53%
25	54%	46%
401-500 gr	11%	46%
501-600 gr	27%	29%
601-700 gr	63%	28%
701 -800 gr	74%	27%

**Fuente:** NICHD. indicates the National Institute of Child Health and Human Development.

Según los hallazgos presentados puede observarse que a menor edad gestacional, menor posibilidad de sobrevida y mayor riesgo de discapacidad. Sin embargo, se encuentra estudios que registran que a pesar de que el peso al nacer se ha utilizado históricamente como un “indicador” de pronóstico, no refleja la madurez de un niño, la que sí puede ser mejor estimada si se conoce la edad gestacional. Cuando se analizan los resultados por grupo de peso, por debajo de 28-29 semanas, existen variaciones importantes dentro del mismo grupo, tal vez influenciados por la diferencia en la madurez alcanzada, ya que existe superposición de peso al nacer a través de diferentes edades gestacionales (17) (18).

Recientes revisiones de recién nacidos entre 22 y 26 semanas de gestación encontraron que presentaron entre 20 a 25% de déficit mayores, siendo más prevalente el déficit mental 17-21% y luego la parálisis cerebral con 12-15%; la ceguera y la sordera son menos frecuentes (5-8% y 3-5%, respectivamente). (19)

Hübner M., Ramírez R. (2002) refiere que a la edad de 8 años más de 50% de los recién nacidos que pesaron menos de 1.000 gramos requirieron dedicación especial y refuerzo en clases, 20% necesitó educación en colegios

especiales y 15% habían repetido por lo menos un curso. (19)

Ante esta evidencia, se puede referir que antes de tomar decisiones en el cuidado, es relevante conocer edad gestacional y peso aproximado, puesto que dará una visión del pronóstico que puede tener un recién nacido en condiciones extremas de prematuridad.

Así mismo se debe velar porque estos fetos que aún permanecen en el vientre de su madre sean mantenidos en ese entorno hasta donde sea posible para prevenir abortos o partos prematuros que conllevan a discapacidad.

### ¿Cuál es el principio ético prioritario en la toma de decisiones que involucran recién nacidos?

Posterior a la reglamentación dada a través de la convención de los derechos del niño, se ha establecido “el interés superior del niño”, en el cual se plantea que este debe ser protegido por el estado, la familia y la sociedad ante cualquier situación de riesgo.

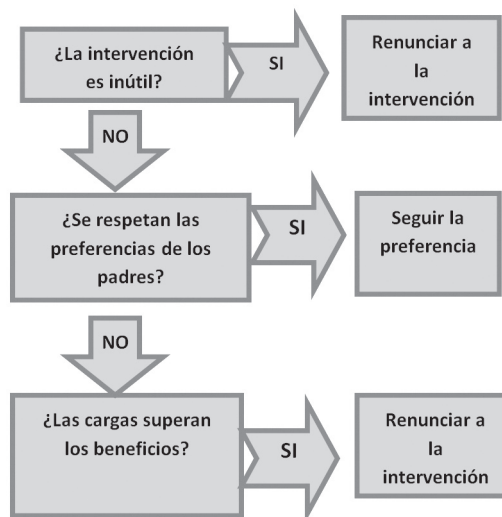
Además de tenerse en cuenta que los objetivos a largo plazo al proveer soporte vital avanzado son preservar la vida, devolver la salud, aliviar el sufrimiento y limitar la discapacidad (20).

No obstante, las discusiones acerca de un tratamiento que prolongue la vida caen en dos distinciones que son: Omisión (no iniciar) y Comisión (suspender o retirar), (21).

La toma de decisiones incluye por tanto decidir si se ofrecerán, continuaran, negarán o detendrán las intervenciones de soporte vital. Se debe considerar los siguientes elementos importantes para determinar las acciones (20):

¿La intervención está indicada? (es inútil), se están respetando los deseos de los padres?, ¿la carga de intervención supera los beneficios?. De cada pregunta igualmente se desprende una acción que se puede ver en la siguiente gráfica:

Figura 1. Algoritmo de consideraciones éticas, Estados Unidos, 2006.



Fuente: AHA. Curso PALS 2006

Las preguntas anteriores intentan revisar la aplicación de principios éticos en la toma de decisiones y guiar hacia la intervención más completa de acuerdo a las necesidades del paciente, iniciando con la revisión de la utilidad del procedimiento, en el cual está inmerso el principio ético de no maleficencia que tiene que ver con “no hacer mal” o no ir más allá de la proporcionalidad terapéutica que deba usarse.

Igualmente están involucrados los principios de beneficencia y justicia puesto que el móvil prioritario de la actuación es la conservación de la vida evitando el daño, considerando ésta como un valor fundamental del ser humano y para ello la utilización racional de los recursos respeto a la supervivencia.

Así mismo se debe tener en cuenta el principio ético de autonomía o respeto por el ser humano, en este caso la decisión de los padres y el análisis consensuado con el equipo de salud, pues debe promoverse el mejor interés para el paciente que en este caso es heterónomo y está sujeto a las decisiones que se tomen por él.

Sin embargo la complejidad de la práctica clínica, en la que interactúan múltiples personas y procesos, incrementa la probabilidad de errores que pueden dañar la salud de las personas (22). Por ende, la toma

de decisiones en el cuidado de un ser humano indefenso, como lo es el neonato, debe realizarse de manera objetiva, concienzuda y consensuada. Puesto que el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior. (23)

La enfermera (o) como integrante del equipo de salud tiene el deber de cuidado, de adquirir educación continuada y convertirse en experta (o) de un área, por lo tanto debe valorar cada situación específica y actuar razonable y prudentemente. (24) (25)

Lo anterior hará que se tomen decisiones éticas con base científica, legal y humana evitando de esta manera la presencia de eventos adversos o malas intervenciones que no sólo tiene impacto en el paciente y su familia por las lesiones físicas o el daño psicológico que produce, sino también en los profesionales de la salud responsables de estas situaciones (26, 27, 28, 29, 30).

## Conclusiones

La aplicación de la bioética en el cuidado neonatal implica tomar medidas consensuadas interdisciplinarias y hacer parte a los padres del neonato en la búsqueda de la mejor solución.

Debe tenerse en cuenta la mejor evidencia científica, sin dejar de lado la humanización, la calidad del cuidado y las normas y protocolos establecidos en cada unidad neonatal.

La búsqueda de diagnósticos a ciegas conlleva en muchas ocasiones al encarnizamiento terapéutico, el cual termina siendo inútil o fútil en la solución de problemas y patologías del neonato y son mayormente costosas para la familia y los sistemas de salud.

La información a los padres debe realizarse oportunamente y en forma continua, al igual que el tiempo de permanencia a los padres, proveerse los medios para permanecer junto a los neonatos el mayor tiempo posible. Esta

temática tan controvertida ha sido uno de los dilemas presentes en el cuidado neonatal, puesto que la vida en los límites de viabilidad implica análisis concienzudo y conjunto no sólo del equipo de salud sino de padres y/o representantes para la toma de decisiones.

El cuidado integral abarca la aplicación de principios éticos como la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía por lo cual se debe enfatizar en aportar cuidados de la mejor calidad con eficiencia y eficacia, evitando de esta manera riesgos que pueden ser prevenibles.

## Referencias Bibliográficas

1. Vieira G. Matías. La Iniciativa de Humanización de Cuidados Neonatales. Rev. chil. pediatr. [Revista en la Internet]. 2003 Mar; 74(2): Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200009&lng=es). doi: 10.4067/S0370-41062003000200009. [Consultado 2012 Ago 01]
2. González A. y Durán LE. Encuentro con expertos, Bioética en Pediatría. Aspectos bioéticos en neonatología. Sevilla. En: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/EX\\_bioetica\\_neonatologia.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/EX_bioetica_neonatologia.pdf) (Consultado 3 septiembre 2012)
3. Congreso de la República de Colombia, Ley 911, Bogotá; 2004. En: [http://www.anec.org.co/images/Documentos\\_ANEC/Ley911de2004.pdf](http://www.anec.org.co/images/Documentos_ANEC/Ley911de2004.pdf) (Consultado 3 septiembre 2010)
4. Sola A. Diálogos en neonatología, Ética en neonatos, EDIMED, 2009:351-355. [Consultado 2012 Ago 01]
5. Nogue S, Amigo M, Puiguriguer J., Sanjurjo E., Gomez E., Sánchez M. Medida de la calidad asistencial que se ofrece a los pacientes con intoxicaciones agudas en un servicio de urgencias, Barcelona, 2004:10 pág En <http://>



- www.formacionsanitaria.com/cursos/Toxicologia/material/Ponencia1-Nogue.pdf (Consultado 3 septiembre 2012)
6. Rojas JG, Henao NA, Jaramillo A. Herramienta para el cálculo de personal de cuidado intensivo neonatal, *Rev Aquichan*, junio 2011;11(2):126-139 En: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1896/2472>. (Consultado 12 septiembre 2012)
  7. Gómez C, Danglot C, Gómez M. Dilemas éticos en perinatología. *Rev Mexicana pediat*. 2005; 72(3):142-147. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2005/sp053i.pdf> (Consultado 18 septiembre 2012)
  8. Nico R. Un tema perinatólogoico: sobre el concepto de viabilidad fetal, artículo especial, tomado de Tratado de Obstetricia. Ribemont-dessaigues y Lepage, Año 1998. 3 pag. En: <http://www.hpc.org.ar/images/revista/107-viabifetal.pdf>. (Consultado 18 septiembre 2012)
  9. Pignotti MS. The extremely preterm births. Recommendations for treatment in European countries. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* Published Online First: 1 August 2008 doi:10.1136/adc.2008.140871. En <http://fn.bmj.com/citmgr?gca=fetalneonatal;adc.2008.140871v1> (Consultado 13 Octubre 2012)
  10. Llano N. Bioética en el día a día de la neonatología. Universidad la Sabana. 2007:84 pág. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/135/1/130437.pdf> [Consultado 10 Octubre 2012]
  11. Nuffield Council of Bioethics. Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issue. London: Latimer Trend & Company Ltd; 2006 (Consultado 12 septiembre 2012)
  12. Ministerio de salud de Chile. Guías Nacionales de Neonatología, aspectos éticos en neonatología, 2005: 8 pantallas. Disponible en: [www. Prematuros.cl/guiasneo/aspetoseticos.htm](http://www.Prematuros.cl/guiasneo/aspetoseticos.htm). (Consultado 3 Octubre 2012)
  13. La academia Americana del Corazón (AHA), *Circulation Journal of the American Hearth Asociation*. Part 15, 2010. Material mimeografiado (Consultado 3 Octubre 2012)
  14. Ortiz R. Limitación terapéutica. Limitación del esfuerzo terapéutico en neonatología, hospital Universitario de Getafe, Madrid, 2008. *An Esp Pediatr* (2002); 57(6):547-53 (Consultado 1 Octubre 2012)
  15. Tagarro A. y Ruza F. Percepción subjetiva de los padres sobre los cuidados al final de la vida en una UCIP y cómo mejorarlos. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69(2):119-21. En <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v69n02a13124889pdf001.pdf> (Consultado 3 Octubre 2012)
  16. Congreso de la República de Colombia, Ley 911, Bogotá; 2004. Op.cit.
  17. Grzona M. Prematuros extremos: ¿es posible establecer un límite de viabilidad?. *Acta bioeth*. [revista en la Internet]. 2006 [citado 2012 Nov 04]; 12(1): 101-111. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2006000100014&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100014&lng=es). doi: 10.4067/S1726-569X2006000100014. (Consultado 3 Octubre 2012)
  18. Chow L, Sola A. Evaluación de edad gestacional y scores de gravedad. En: Sola A, Rogido M, eds. *Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica*. Buenos Aires 2001; II:224-2318 (Consultado 3 Octubre 2012)

19. Hübner M., Ramírez R. Sobrevida, viabilidad y pronóstico del prematuro. *Rev. méd. Chile* 2002;130(8):931-938. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000800015](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000800015) (Consultado 12 septiembre 2012)
20. La academia Americana del Corazón (AHA). Curso PALS. Conceptos destacados en reanimación pediátrica avanzada. Aspectos éticos y legales de la RCP en niños. 2008 edición en español. Material mimeografiado. (Consultado 1 Octubre 2012)
21. Ascon. Baquero H. Bioética y neonatología en: Diplomado NNANI. 2010. [S.F.] Disponible en: <http://www.nestle-pediatria.com/nnaniLatam/lecturaActual.asp?tema=1&modulo=10> (Consultado 1 Octubre 2012)
22. Ceriani J. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Rev. Arch Argent Pediatr* 2001;99(6):522-529. En: [http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2001/arch01\\_6/522.pdf](http://www3.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2001/arch01_6/522.pdf) (Consultado 3 septiembre 2012)
23. Rivera L. y Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. 2007: 20 pág. Disponible en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf> (Consultado 12 septiembre 2012)
24. Aibar C., Garcia JL., Mareca L., Curso virtual de introducción a la investigación en seguridad del paciente. *Med. Clin (Barc)*. 2008;131 (Supl 3):127. Disponible: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf> (Consultado 3 Octubre 2012)
25. Consejo Internacional de enfermeras (CIE) Definición y características de las funciones de la enfermera de atención directa/enfermería de práctica avanzada. 2 pag. En: [http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/pdf/ICN\\_APNdefinitionwithLogoSP.pdf](http://66.219.50.180/inp%20apn%20network/pdf/ICN_APNdefinitionwithLogoSP.pdf) (Consultado 1 Octubre 2012)
26. Tribunal Nacional Ético de enfermería. Ley 911 de 2004. En: *Bioethics, science of survival*, de R Van Potter. En <http://observatoriobioetica.com/informes/breve.html> (Consultado 3 septiembre 2012)
27. Gómez A., Espinosa A. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. *Cudiadr es pensar Aquichan, Colombia*, 2006;6(1): 16 pág. En: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972006000100006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972006000100006&script=sci_arttext) (Consultado 3 septiembre 2012)
28. Goeckner B, Gladu M, Bradley J, Garmon SCb, Hicks RW. Differences in Perioperative Medication Errors With Regard to Organization Characteristics Association of Operating Room Nurses. *AORN Journal* 2006; 83(2):351. (Consultado 3 septiembre 2012)
29. Wu AW. Medical error: the second victim. *West J Med* 2000; 172(6): 358-9. (Consultado 13 septiembre 2012)
30. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness: the impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* 1992; 7(4): 424-31. (Consultado 3 septiembre 2012)
31. Shapiro D. Beyond the Blame: A No-Fault Approach to Malpractice, *New York Times*, 23 September 2003. (Consultado 13 septiembre 2012)