

1º Congreso Argentino de Neonatología

7º Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo

1º Jornada Nacional de Perinatología

1º Jornadas Argentinas de Enfermería Neonatal

Buenos Aires, 30 de septiembre al 2 de octubre de 2010

CÓMO EL MEDICO PUEDE ABORDAR LA MUERTE

Irene M. Carreras

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez
Unidad II – Cuidados Intensivos Neonatales



**Médico apartando a la muerte
Salinger, 1940.**

No hay representación
psíquica para la muerte,
aunque tratamos de
esquivarla y negarla.

**¿Qué sabemos los médicos
sobre la muerte?**

¿Qué sabemos los médicos sobre la muerte?



Observa más abajo: un moribundo; ¿oyes cómo se arrepiente de sus pecados? Si vuelve a la vida, tornará a las andadas. A su cabecera tiene a un hombre bien vestido, un bastón en una mano, una receta en la otra: “O la tomas, o te pego. Aquí tienes la salud”, parece decirle, “yo sano los males, yo los conozco”; observa con qué seriedad lo dice; parece que lo cree él mismo; parece perdonarle la vida que se le escapa ya al infeliz. “No hay cuidado”, sale diciendo; ya sube en su bombé; ¿oyes el chasquido del látigo?

-**Sí.**

-**Pues** oye también el último ay del moribundo, que va a la eternidad, mientras que el doctor corre a embromar a otro con su disfraz de sabio. Ven a ese otro barrio.

**¿Qué nos pasa a los neonatólogos en
relación a la muerte?**

¿Qué nos pasa a los neonatólogos en relación a la muerte?

- El **nacimiento es un hecho humano natural y universal** asociado sin embargo a morbilidad y muerte significativas
- El **impacto sobre los padres y las familias** de la pérdida perinatal ha sido ampliamente estudiado
- La **conducta del equipo de salud** frente a un RN gravemente enfermo o con inminencia de muerte no se ha investigado aún suficientemente
- La muerte de los ancianos produce angustia, pero cuando aparece en el **inicio de la vida** se nos presenta una paradoja muy difícil de tolerar para los padres y para el equipo de salud.
- Los **neonatólogos** asistimos a sujetos en los que la muerte es un hecho más probable y concreto que en otras subespecialidades pediátricas. “Luchamos” contra la muerte del RN en muchas oportunidades.
- Cada niño que sobrevive estimula la ilusión de que podemos vencerla y negamos la **paradoja de su existencia en el inicio de la vida**.

¿Qué le pasa al equipo neonatal cuando no se pudo “salvar la vida” del RN?

El equipo percibe:

Intensa frustración, culpa, impotencia, fracaso

Revisa pormenorizadamente si los procedimientos fueron correctos

- Sensación de fracaso: se formó para curar y salvar vidas
- Pérdida afectiva del vínculo con el paciente y la familia
- Enfrenta la posibilidad de su propia muerte o la de sus seres queridos

Mecanismos de defensa

Mecanismos evitativos

Intento de acompañar al enfermo y la familia, empatizar con su dolor y stress

Síndrome de burn-out

Contexto Sociocultural Actual

Ritos funerarios, luto y duelo casi no se observan.

Progresos científicos continuos intentan alejar a la muerte cada vez más

Muerte aparece como sinónimo de fracaso de la medicina

Por lo tanto en la UCIN debe debe callarse, ocultarse, superarse rápidamente.

Sin embargo la muerte sigue existiendo y los bebés también pueden morir,

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN

Grecia:

Seres humanos no terminados, actitud que fomentaba el abandono, la venta y el infanticidio. “infans nodum homo” niños no aún humanos. “spes animatis”: esperanza de vida : “feto”. Aristóteles (384 a de C.) describió que cuando un RN moría, la muerte ocurría generalmente en los primeros 7 días de vida.

Esparta:

Los recién nacidos eran considerados propiedad del Estado. Un Consejo de Inspectores los examinaba y decidía su suerte.

Sociedad Romana:

El padre tenía poder total, “patria potestas” sobre la vida de cada miembro de la familia.

Siglos V y XVII: La Iglesia Cristiana, fe dominante en Occidente, ejerció su poder y prohibió el aborto y el infanticidio.

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN

Siglo VIII: Hogares de acogida. San Vicente de Paul en París crea el Hospicio de Niños Encontrados (Luis XIII)

Hasta el siglo XVII los médicos serán protagonistas en el tema de la muerte. Sustituyen a los eclesiásticos que habían sido los únicos en jugar este papel en la Edad Media y en el Renacimiento. No son sabios pues los datos son transmitidos por relatos donde no es fácil separar fábula de observación.

Siglos XVII y XVIII: Nuevo mundo: “Creced y multiplicaos” . Alta mortalidad de niños y mujeres. Instrucciones antes del parto: “rezar, arrepentirse, leer las escrituras y prepararse para la muerte”. El recién nacido fue protegido del abandono e infanticidio por un sistema familiar fuerte y de las infecciones por la leche materna

Siglo XVIII: El niño ciudadano. El RN entra a la Medicina como paciente .

Siglo XIX: El RN participa de la medicina científica: , percusión, auscultación, t° , 1er. Hospital en Paris. La muerte era algo muy familiar y natural, que no se escondía y que no se revestía de gran dramaticidad. Había incluso una reticencia a dar nombre a los niños al nacer, se esperaba un tiempo prudencial hasta ver si iban a sobrevivir. Resignación ante la muerte de los niños como un hecho posible

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN

Siglo XX

- Medicina :
 - Feto y prematuro pacientes. Ferias. Avances médicos y tecnológicos. Descensos en la mortalidad.
- Ciencias Humanas:
 - Bioética.
 - Duelo perinatal.
 - Desintegración Familiar.
- Bioética:
 - La misión es sanar más que curar. Si el uso de la tecnología no posee un fin humanizador, el cuidado se deshumaniza, olvida al hombre al tratar de curarlo.
 - Etica del cuidado y la ética de la virtud. Ambas complementarias
 - El equipo de salud, responsable de cuidar debe ejercer la ética de la virtud.

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN

Percepcion de muerte: Su evolución

	Antigüedad	Actualidad
Esperanza de vida	Muy limitada.	Se duplicó en la mayoría de las culturas. Esperar un hijo: simboliza vida y futuro.
Conocimientos	La muerte era visible, frecuente.	La muerte del RN no es siquiera pensada por los padres. Equipo de salud: no sabe, no piensa o elude abordar el tema.
Concepto de individualismo	Escasamente desarrollado	Altamente desarrollado.
Objetos de estudio	La muerte y el cuerpo muerto	La enfermedad
Abordaje de la muerte	Hecho natural	No está incluido en la formación de los profesionales de la salud.

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN



Velorio del angelito: José Effio (1840-1907): Lima de fines de siglo XIX. El cuerpo como cárcel del alma y la muerte su liberación espiritual. De allí la alegría melancólica en los velorios populares de niños: el dolor de la pérdida se mitiga con la dicha por el seguro ascenso celestial del alma impoluta del infante. Bailes y llantos en pinturas de toda la América católica. Museo de arte de Lima

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN



Primitivo Poma. (Sarhua, Perú, 1944) *Huahuapampa*. 1991. Pintura sobre tabla.
Las tablas de Sarhua son una de las formas de expresión andina más interesantes. Primitivo Evanan Poma es un artesano de este pueblo que desarrolla esa forma de arte. Museo de arte de Lima

Algunos aspectos históricos y culturales en torno a la muerte de RN



Florencio Molina Campos. Buenos Aires, 1891 – 1959.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

American Academy of Pediatrics Policies

Cuidados paliativos para niños	Palliative Care for Children .Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. PEDIATRICS Vol. 106 No. 2 August 2000. 351-357.
Cuidados perinatales en el umbral de la viabilidad	Perinatal Care at the Threshold of Viability. Hugh MacDonald, MD, and Committee on Fetus and Newborn. PEDIATRICS Vol. 110 No. 5 November 2002. 1024-1027.
La muerte de un niño en el Dpto. de emergencia	Death of a Child in the Emergency Department .Jane Knapp, MD, and Deborah Mulligan-Smith, MD; and the Committee on Pediatric Emergency Medicine. PEDIATRICS Vol. 115 No. 5 May 2005. 1432-1437.
No iniciar o retirar el cuidado intensivo en recién nacidos de alto riesgo.	Noninitiation or Withdrawal of Intensive Care for High-Risk Newborns. Committee on Fetus and Newborn. PEDIATRICS: Vol 119, 2, February 2007. 401-403
Comunicación con niños y familias: interacciones cotidianas y habilidad en la transmisión de información perturbadora.	Communicating with Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. Marcia Levetown, MD, and Committee on Bioethics. PEDIATRICS Volume 121, Number 5, May 2008. 1441-1460. 1441-1460.
Abordaje Antenatal sobre Resuscitación de RN de extremadamente	Antenatal Counseling Regarding Resuscitation at an Extremely Low Gestational Age. Daniel Batton, MD, The Committee on Fetus and Newborn. PEDIATRICS Vol 124, Number 1, July 2009. 422-427

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

SEBASTIANI, M Y CERIANI CERNADAS, J M. Aspectos bioéticos en el cuidado de los RN extremadamente prematuros. *Arch. argent. pediatr.*2008, vol.106, n.3, 242-248.

Cuando el pronóstico es ominoso, la supervivencia depende de medidas terapéuticas permanentes, o el resultado neurológico esperado es evidentemente desfavorable, corresponde analizar la suspensión del sostén vital. Surgen dilemas morales.

Recomiendan un diálogo fluido entre todos los profesionales y con los padres.

Planificar las acciones: reuniones especiales entre médicos y enfermeras, coherencia en las decisiones a tomar, informar a los padres porque resulta inútil continuar con el sostén vital y qué es el encarnizamiento terapéutico.

Aptitudes y actitudes para ayudar a padres y familiares. Durante el proceso de muerte evitar el sufrimiento físico, estimular el contacto con los padres, permitir y favorecer rituales religiosos.

Toma de decisiones: RN no pertenece a la institución, sino que forma parte de una familia. Deberían intervenir, médicos, personal de enfermería, padres y, eventualmente, otros profesionales. Si la familia lo desea, religiosos o a algún familiar cercano. Consulta con un Comité de bioética es de utilidad para profesionales y padres, por el respaldo de un grupo multidisciplinario y objetivo, que aporta una diferente mirada.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

- **Documento sobre limitación del esfuerzo terapéutico en las unidades de neonatología.**
 - Elaborado por el Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret Parc Científic de Barcelona. F. Raspall i A. Royes (Coords.). Barcelona, junio de 2009
- OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET
Baldiri Reixac, 4-6
Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
- ww.bioeticaidret.cat, ww.bioeticayderecho.ub.es,
www.bioethicsandlaw.e

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

Encuesta sobre bioética en un hospital de pediatría: bases para futuras estrategias. Dolores Lynch Pueyrredon, Maria B. Muracciole, Miguel Del Valle, Norberto Giglio, Alberto Benitez. MEDICINA (Buenos Aires) 2004; 64: 37-42

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires

- Estudio observacional y descriptivo a 150 médicos del Hospital para determinar el conocimiento de conceptos básicos de EM y la inserción y función del comité de bioética (CB).
- La mayoría de los que respondieron tenía información adecuada sobre conceptos básicos de EM. Tanto el índice de consultas al CB como la valoración de sus dictámenes como total o parcialmente útiles (69.1%) avalan la acción del mismo. Es llamativo que el principal argumento por el cual no se consultó al CB fue el no tener dilemas éticos.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

Conducta del equipo de salud frente a un RN gravemente enfermo o con inminencia de muerte

Antonieta Montecinos. Duelo perinatal: Fronteras de su atención. TALLER DE DUELO PERINATAL. PUERTO MONTT ABRIL 2003. Unidad de Neonatología del Hospital Regional Temuco y Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. Chile

	Médicos	Enfermeras	Técnicos
¿Se les avisó a los padres?	36	18	39
¿Se les ofreció tomarlo en brazos en los últimos momentos o después de la muerte?	9	27	32
La información entregada por el médico a los padres, ¿la conoce el resto del equipo?	18	27	23

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

A profile of the medical conduct preceding child death at a tertiary hospital. Tonelli HA, Mota JA, Oliveira JS. J Pediatr (Rio J). 2005 Mar-Apr;81(2):93-5. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil.

Estudio transversal. 106 casos

1. Los procedimientos relativos a la limitación de la terapia son frecuentes, especialmente en la unidad neonatal.
2. El diagnóstico de muerte cerebral y la suspensión del soporte vital avanzado son, sin embargo, raros.
3. Las decisiones para conceder órdenes de no resucitar en general llegan tarde.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

Decision making and modes of death in a tertiary neonatal unit. R Roy, N Aladangady, K Costeloe, V Larcher. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2004;89:527–530. Homerton University. Hospital, London, UK

Table 1 Mode of death in 71 newborn babies

Mode of death	Number of infants
Withdrawal of LST	28 (40)
DNR orders	11 (15)
Withholding LST	2 (3)
Natural	30 (42)

Values in parentheses are percentages.
LST, Life sustaining treatment; DNR, do not resuscitate.

Table 4 Post mortem examination

Mode of death	Yes	Refused	Not asked
Withdrawal of LST	4	11	13
DNR	2	4	5
Withholding LST	0	0	2
Natural	9	7	14
Total	15 (21%)	22 (31%)	34 (48%)

LST, Life sustaining treatment; DNR, do not resuscitate.

1. El modo más común de muerte en UCIN terciaria es mediante el retiro del tratamiento de soporte vital.
2. La razón más común para suspensión del soporte vital son complicaciones de la prematurez.
3. La religión y la cultura influyen cuando los padres acuerdan con la suspensión del soporte vital.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

End-of-Life After Birth: Death and Dying in a Neonatal Intensive Care Unit.
Jaideep Singh, John Lantos and William Meadow. *Pediatrics* 2004;114;1620-1626.

TABLE 2. Ethical Categories of Neonatal Deaths

	1988	1993	1998
No. of deaths	68	62	48
No. of withdraw/stable (%)	2 (3)*	10 (16)	6 (13)
No. withdraw/moribund (%)	5 (7)†	12 (19)	14 (29)
No. CPR withheld without withdrawal (%)	10 (15)	17 (27)	2 (4)†
No. died/full intervention (%)	51 (75)†	24 (39)	26 (54)

* $P < .05$; † $P < .01$.

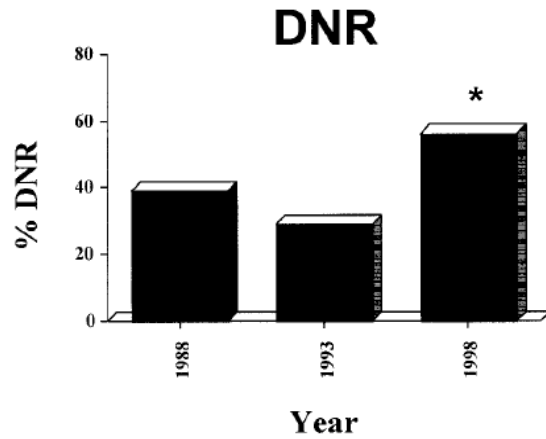


Fig 1. Percentage of nonsurvivors who received a DNR order before their death. There was a significant increase comparing 1998 versus 1993 or 1988; $P < .05$.

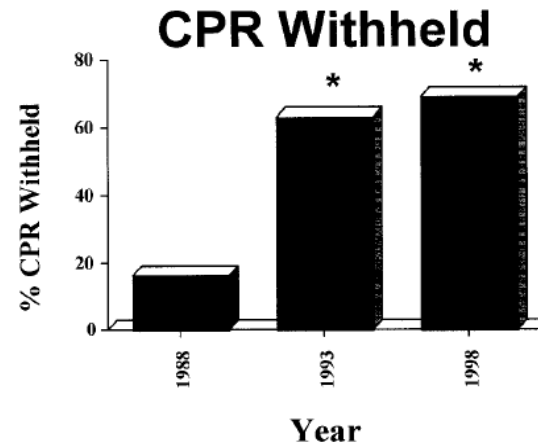


Fig 3. Percentage of nonsurvivors who did not receive CPR at any time before their death. There was a significant increase comparing 1998 and 1993 versus 1988; $P < .05$.

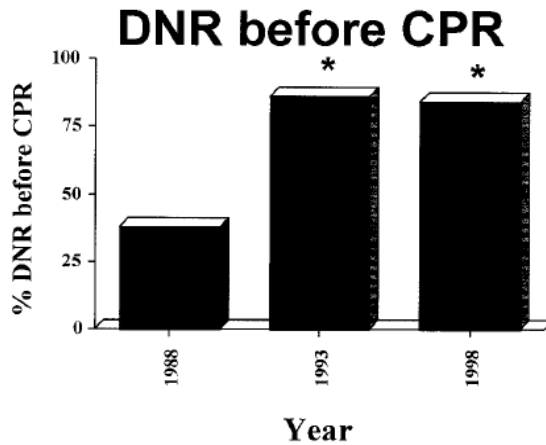


Fig 2. Percentage of nonsurvivors who received a DNR order before ever receiving CPR any time before their death. There was a significant increase comparing 1998 and 1993 versus 1988; $P < .05$.

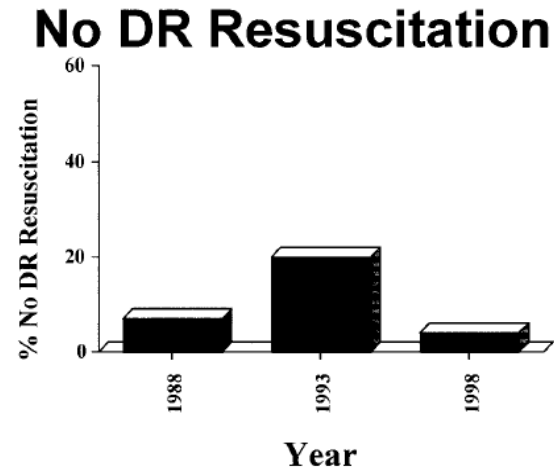


Fig 4. Percentage of nonsurvivors who did not receive CPR in the DR in 1988, 1993, and 1998. There was no significant trend over time.

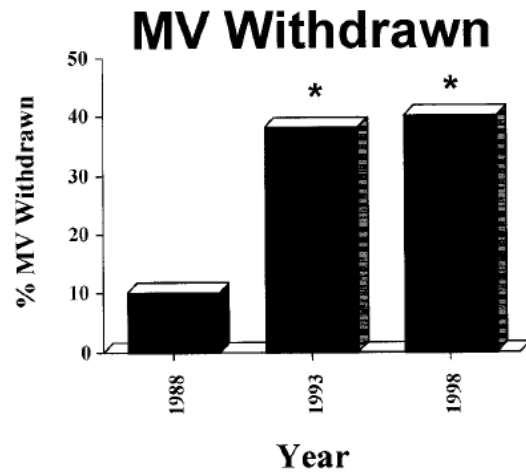


Fig 5. Percentage of nonsurvivors who died after withdrawal of mechanical ventilation. There was a significant increase comparing 1998 and 1993 versus 1988; $P < .05$.

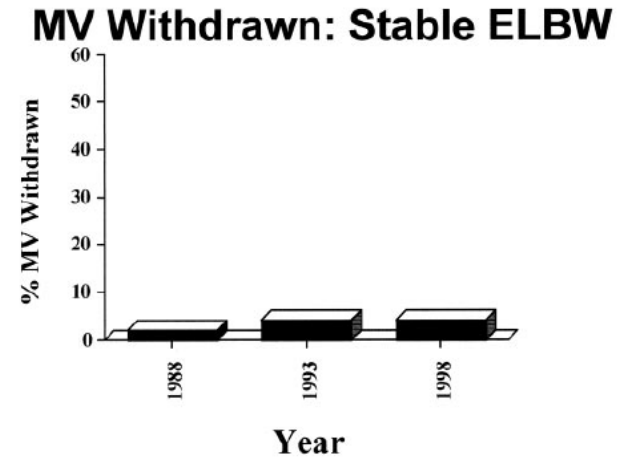


Fig 7. Percentage of extremely low birth weight nonsurvivors who had mechanical ventilation withdrawn for quality-of-life concerns in 1988, 1993, and 1998. There was no significant trend over time.

Withdrawal from stable infants

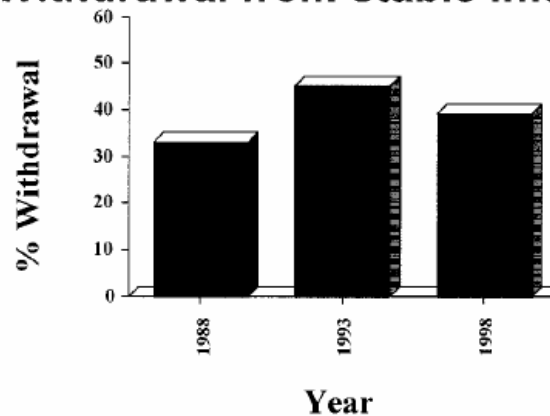


Fig 6. Percentage of nonsurvivors who had mechanical ventilation withdrawn for quality-of-life concerns in 1988, 1993, and 1998. There was no significant trend over time.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

Relationship of neonatologists' end-of-life decisions to their personal fear of death. Peter Barr.. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2007;92:104–107.

Department of Neonatology, The Children's Hospital at Westmead, Australia

- No ha habido ningún estudio empírico de la relación entre la personalidad neonatólogos en particular el temor personal de la muerte, y su voluntad de renunciar al tratamiento o acelerar la muerte.
- Estudio de corte transversal. Cuestionario autoformulado
- **Conclusiones:** Los neonatólogos con más miedo al proceso de morir y a la muerte prematura son más propensos a aceptar acelerar la muerte de un recién nacido cuando no se esperan beneficios del tratamiento mientras que aquellos con un mayor temor de ser destruidos son menos propensos a aprobar tales acciones.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

End-of-life decisions in Dutch neonatal intensive care units.

Verhagen AA, Dorscheidt JH, Engels B, Hubben JH, Sauer PJ. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009 Oct;163(10):895-901

Department of Pediatrics, University Medical Centre, 9700 RB Groningen, The Netherlands.

- Prácticamente todas las muertes en las unidades neonatales holandesas de cuidados intensivos están precedidas por la decisión de retirar el soporte vital y muchas decisiones se basan en calidad de vida futura.
- La decisión de terminar deliberadamente la vida de un recién nacido puede ocurrir con menos frecuencia de lo que se suponía anteriormente.

¿Cómo abordamos los neonatólogos la muerte de un RN en la UCIN en el contexto actual?

Discussing withholding and withdrawing of life-sustaining medical treatment in paediatric inpatients: audit of current practice. Stark Z, Hynson J, Forrester M. J Paediatr Child Health. 2008 Jul-Aug;44(7-8):399-403.

Department of Clinical Quality and Safety, Royal Children's Hospital, Melbourne, Victoria, Australia.

CONCLUSIONES:

La mayoría de las muertes se producen en circunstancias agudas e implican a los pacientes con patologías crónicas.

- En la mayoría de los casos, la muerte sigue a retiro del soporte vital.
- Las conversaciones con las familias se producen tardíamente, durante la última internación, aunque haya habido oportunidades previas.
- Se debería investigar:
 1. ¿Cómo y cuando las discusiones con las familias podrían realmente llevarse a cabo?
 2. ¿Cuáles son las barreras de comunicación más frecuentes?
 3. ¿En qué medida existen oportunidades tempranas para el debate?

¿Cómo comunicamos y cómo podríamos comunicar a los padres la muerte o la interrupción del tratamiento de un RN en UCIN?

¿Cómo comunicamos y cómo podríamos comunicar a los padres la muerte o la interrupción del tratamiento de un RN en UCIN?

Se dice a los padres:	Los padres entienden:	Se puede decir:
¿Quiere que hagamos RCP?	La RCP podría ser efectiva pero nos tiene que permitir hacerla	Dígame lo que sabe sobre la RCP... Muchos de los órganos de María no están funcionando... Si su corazón dejara de latir ... Sería porque María se está muriendo... Con la RCP no va a ser diferente
Vamos a suspender el tratamiento heroico	Van a ofrecer una atención no óptima ¿Qué es heroico? ¿Será invasivo, doloroso, costoso o no beneficioso?	Manuel está muy enfermo, lo suficiente como para que haya que los tratamientos que no están siendo efectivos para él. Creo que debemos hacer todo lo posible para garantizar su comfort y el suyo, que no pierdan oportunidades para celebrar su vida.
No hay nada que podamos hacer por Germán.	Lo van a dejar sufrir, no lo van a cuidar, nosotros sólo tenemos que tratarlo	Necesitamos cambiar los objetivos del tratamiento. En este punto tenemos claro que no lo vamos a poder curar, pero pensamos que lo vamos a poder ayudar tanto a él como a su familia.
¿ Desean suspender el tratamiento de José?	Ustedes son los últimos árbitros de la muerte de su propio hijo	José tiene suerte de tener padres tan cariñosos y contenedores. Esto duro, pero lo decidiremos juntos. Me gustaría que coincidieran con nuestra recomendación de cambiar los objetivos del tratamiento para ajustarlos a sus actuales necesidades
Luana no ha respondido al tratamiento	El paciente es la causa del problema!	Hemos probado todos los tratamientos probados y varios experimentales para Luana. Desafortunadamente, no hemos obtenido los resultados que hubieramos esperado

¿Cómo comunicamos y cómo podríamos comunicar a los padres la muerte o la interrupción del tratamiento de un RN en UCIN?

Sugerencias para dar malas noticias con habilidad y empatía

1. No divulgar malas noticias por teléfono
2. Utilice traductores capacitados, según sea necesario
3. Evite decirle a un padre solo, sin su cónyuge y / u otra persona presente
4. Habilitar a los padres a tocar el niño fallecido antes o durante la entrevista
5. Levantar o tocar al niño con cuidado obvio
6. Reconocer que los padres son los principales responsables de sus hijos
7. Mostrar cuidado, la compasión y conexión con el paciente y la familia
8. El ritmo de la discusión debe ir según el estado emocional de los padres; no abrumarlos con información excesiva
9. No utilice jerga médica
10. Obtener ideas de los padres sobre la causa del problema y asegurarse de que no se culpan a ellos mismos o a otros

¿Cómo comunicamos y cómo podríamos comunicar a los padres la muerte o la interrupción del tratamiento de un RN en UCIN?

Sugerencias para dar malas noticias con habilidad y empatía

11. Mencione el nombre de la enfermedad y anótelos para los padres
12. Invite a los padres a explicar lo que se les dijo utilizando sus propias palabras para confirmar la transmisión eficaz de la información
13. Explique las consecuencias del problema para el futuro del niño
14. Reconozca sus emociones y prepárese para las lágrimas: tómese el tiempo necesario
15. Es útil que un trabajador social y / o capellán esté presente en la reunión
16. Esté dispuesto a mostrar su propia emoción. El distanciamiento o el desprendimiento ofende
17. Dar tiempo a los padres a estar solos para absorber la información, reaccionar, y formular preguntas adicionales
18. Sea capaz de recomendar los recursos de los que la comunidad dispone
19. Sugiera contactos con otras familias que tuvieron un niño afectado de modo similar
20. Proporcionar un plan de seguimiento y haga una cita para una nueva conversación

**¿Cómo podemos abordar la muerte de
un RN en la UCIN?**

¿Cómo podemos abordar la muerte de un RN en la UCIN?

- El abordaje de la muerte neonatal implica integrar a la formación médica la de las ciencias sociales y la psicología. Esto incluye una actividad interdisciplinaria permanente.
- Psicólogo: debe procurar que los todos los profesionales conozcan el momento emocional que atraviesa la familia del RN gravemente comprometido o en proceso de muerte y debe proveer al equipo de los recursos para acompañar en las distintas situaciones emocionales que se presentarán inevitablemente.
- Comités de Bioética: apoyan al equipo en la toma de decisiones complejas, tales como por ejemplo, el retiro de soporte vital.

¿Cómo podemos abordar la muerte de un RN en la UCIN?

Tener en cuenta:

1. Sólo es posible separarse de alguien de quien se estuvo previamente unido. Más se habla del bebe, más se aceptan su muerte y más posibilidades de un duelo adecuado
2. Cuando médicos y enfermeras están trabajando intensamente con el niño, el psicólogo puede asistir a los padres.
3. El equipo debe estar disponible para responder las preguntas de los padres en todo momento
4. En los últimos momentos de vida conviene estimular a los padres para que estén junto a su hijo.
5. Permitir ejercer el derecho de la familia a realizar sus ritos religiosos o culturales.

¿Cómo podemos abordar la muerte de un RN en la UCIN?

Tener en cuenta:

6. Ofrecer en la Unidad un espacio de intimidad para que los padres puedan estar junto a su hijo fallecido y poder despedirse de él.
7. Permitir, si los padres lo desean, incluir a otros miembros de la familia para incorporar la vida de este niño a la historia familiar
8. Ofrecer acompañarlos y escucharlos cuando lo necesiten.
9. Entregar las pertenencias del bebé: notitas, huella plantar, ropa, etc.
10. Informar y ayudar con los trámites administrativos de la defunción del RN
11. Es deseable que el personal a cargo de la asistencia del niño fallecido cuente con un espacio de reflexión posterior al fallecimiento



**Muchas gracias a todos
por la atención**