

# “BIOÉTICA Y CARDIOLOGÍA AL FINAL DE LA VIDA”

---

## *Aspectos relacionados con la Insuficiencia Cardiaca*

**Doctor J. Sinay Arévalo Leal. MD, MSc, DEA**  
Medicina Nuclear  
Managed Care  
Bioética y Biojurídica

Noviembre 5 de 2012

## **DECLARACION DE INTERESES**

- No tengo vínculos económicos con la industria farmacéutica ni biotecnológica.
- Soy médico especialista en Medicina Nuclear de la Fundación Cardio Infantil-Instituto de Cardiología, Director general de la Fundación de Diagnostico NSBC (OHSJD) y profesor de Bioética del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario,

**PERO A PESAR DE LO ANTERIOR,**

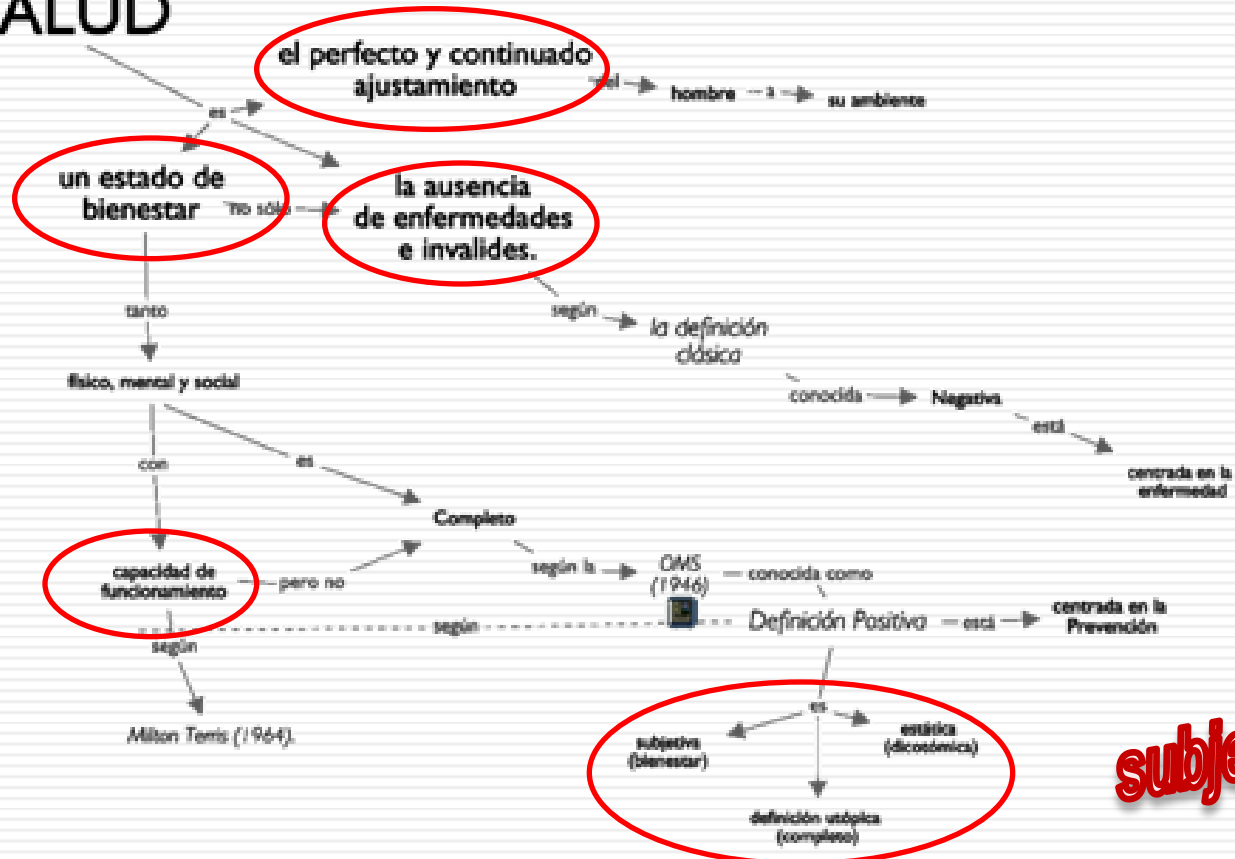
**LOS PUNTOS DE VISTA AQUÍ EXPRESADOS SON DE MI  
ENTERA RESPONSABILIDAD.**

**Doctor J. Sinay Arévalo Leal. MD, MSc, DEA**

**“LA NATURALEZA PRESCRIBE QUE EL HOMBRE MIRE POR EL HOMBRE, CUALQUIERA QUE SEA SU CONDICIÓN,  
POR SER PRECISAMENTE HOMBRE”.**

**CICERON**

### LA SALUD



subjetividad

Pensamos en ella solo cuando la perdemos

## Ya lo sabemos

---

- En Europa hay 14 millones de personas y en Estados Unidos hay otros 2 millones de personas que están afectadas con insuficiencia cardiaca refractaria (ICCR).
  - Solamente en Estados Unidos hay 250.000 casos nuevos diagnosticados al año.
  - La incidencia aumenta con la edad, factor a considerar con una población geriátrica en crecimiento.
  - El síndrome de ICCR se ha convertido en uno de los principales diagnósticos médicos de egreso en mayores de 65 años de edad.
  - Algunos de ellos podrían ser candidatos al trasplante cardiaco pero uno de los criterios es que sea menor de **XXXXX** años .
  - El grupo de pacientes excluido debe ser candidato a un manejo **XXXXX** adecuado.
- 

**Y así empiezan los problemas...**

# También lo sabemos

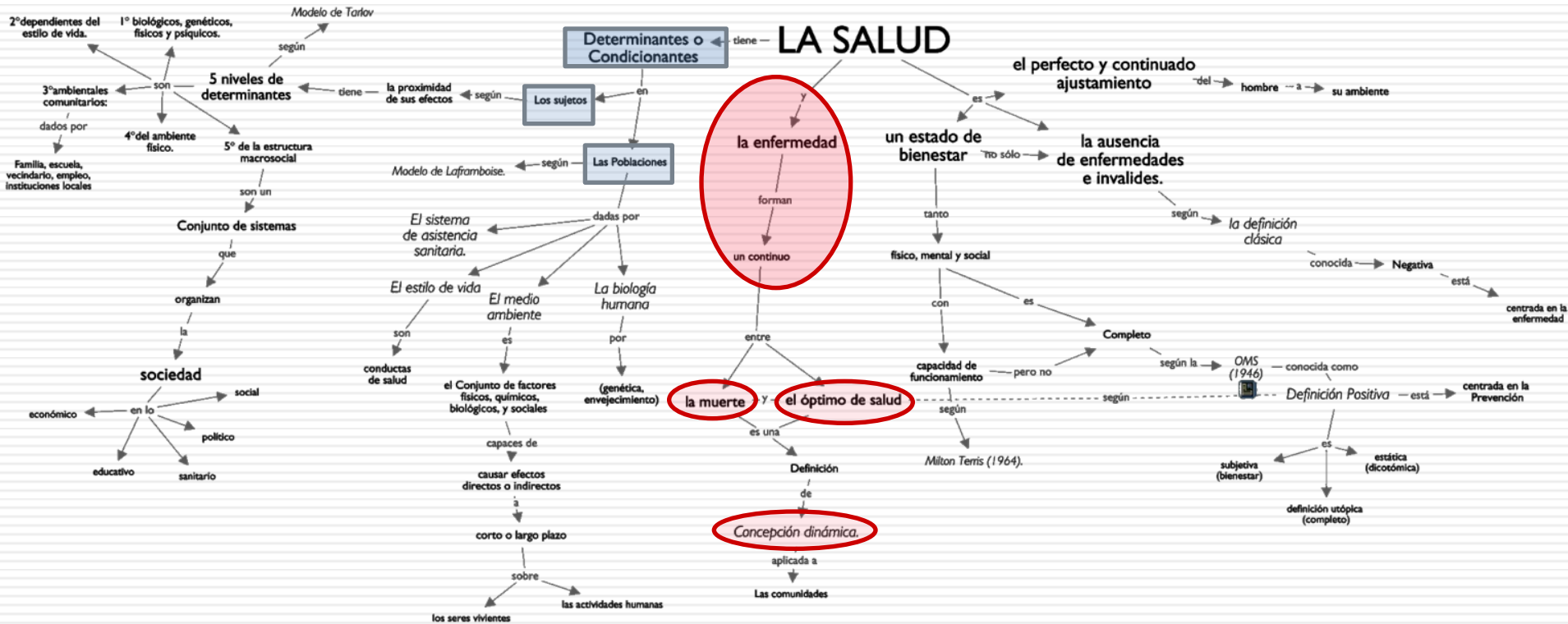
- Estadísticamente el síndrome de ICCR es un **estado terminal** de muchas enfermedades cardiacas sin muerte súbita.
- Es una **condición debilitante que amenaza con la calidad de vida** del paciente.
  - Representa el consumo total de la reserva cardiaca y el agotamiento de los mecanismos compensatorios del músculo cardiaco.
  - La principal causa es la enfermedad cardiaca hipertensiva que precede la insuficiencia en el 75% de los casos, seguida por enfermedad coronaria usualmente acompañada de hipertensión, precede en el 39% de los casos .
- Se considera como **factor de mal pronóstico** la presencia de arritmias ventriculares.
  - Las arritmias forman parte del 50% de muerte súbita por causa cardiaca .
  - La frecuencia exacta de las arritmias malignas primarias no esta documentada .
- La **supervivencia** en pacientes con ICCR es en hombres de aproximadamente 1.7 años y en mujeres es de 3.2 años.
- La mortalidad es superior a las formas agresivas de cáncer con un 60% de mortalidad anual .
- A este **grupo estadístico** no se le prepara adecuadamente para afrontar el deterioro de la vida ni el final de la misma.
- Así como la **familia** afronta la pérdida progresiva del paciente sin tener la orientación adecuada.

**El peso de los problemas**

- Otro estado, es la enfermedad coronaria avanzada que es la principal causa de discapacidad prematura permanente en Estados Unidos y corresponde a un 19% de pensiones laborales de la Administración de Seguridad Social.
- Se estima que aproximadamente 6 millones de norteamericanos padecen angina de pecho y de estos 1.3 millones son admitidos con angina inestable de los cuales 8.8% van a progresar a una angina refractaria de pecho, que representa una condición cardíaca terminal.

# Sobre la salud

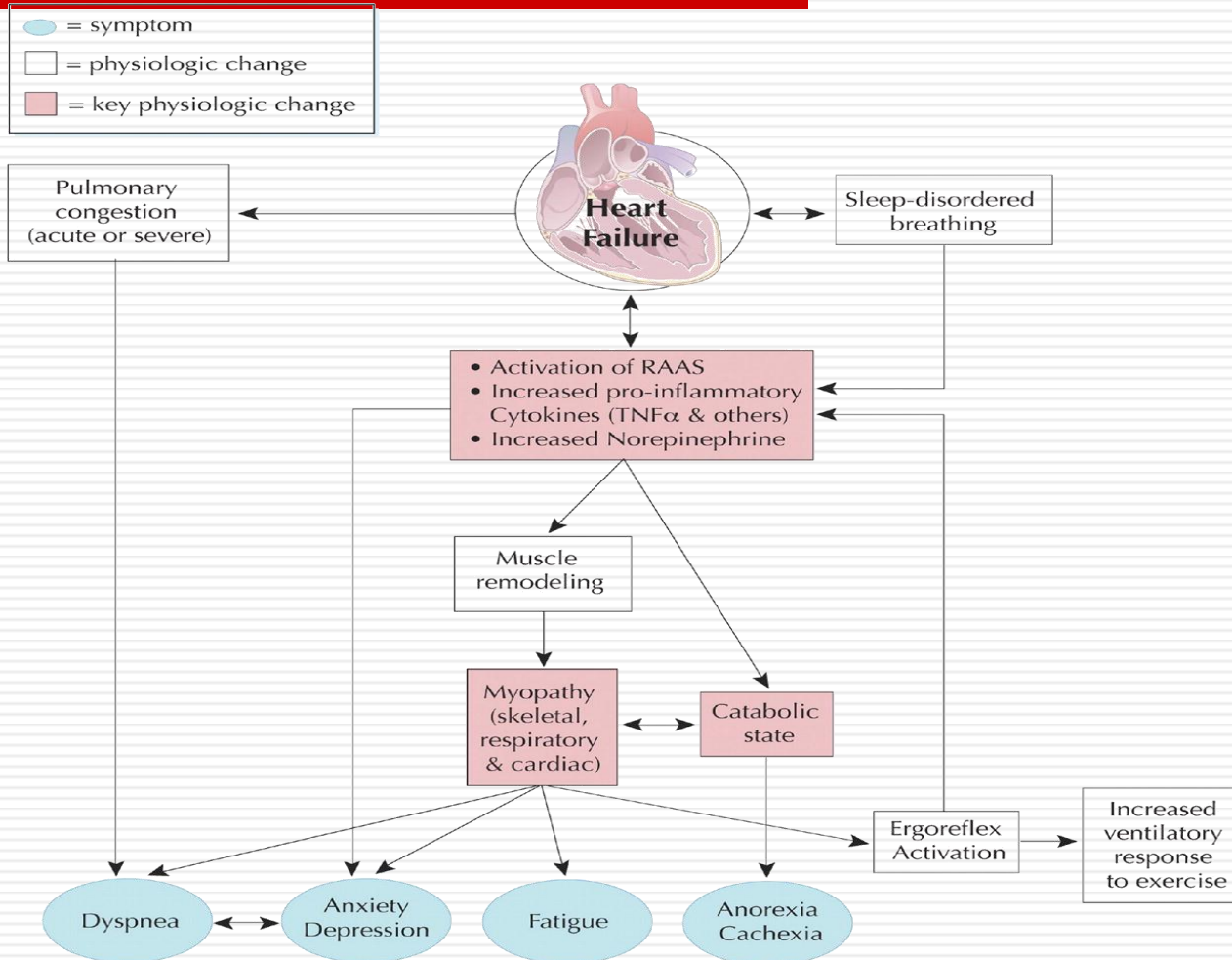
## Justificación



De lo subjetivo individual a los determinantes o condicionantes, como los sujetos mismos, las comunidades y la carga de las enfermedades

**Entonces: Realmente sabemos que es salud?**

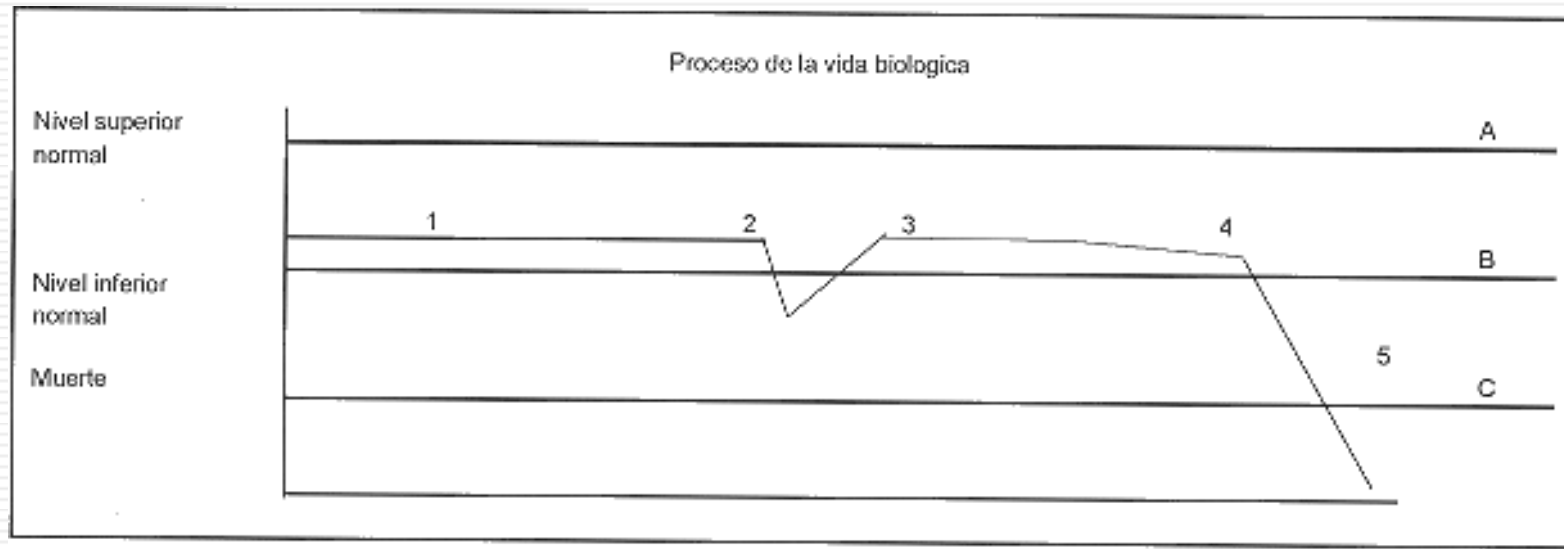
# Etiología de los síntomas de la insuficiencia cardíaca



Goodlin, S. J. J Am Coll Cardiol 2009;54:386-396



## Gráfico de la vida.



- 1-2: Nivel de bienestar.
- 2-3 Proceso de enfermedad tratada.
- 3-4 Avance en bienestar.
- 4-5: Enfermedad terminal.

Twycross R. 1995. General Topics. En Radcliffe medical press (Ed.) Introducing Palliative Care. Londres.



World Health  
Organization

Collaborating Centre, Uni. of Pittsburgh

## WHO definition of health in the WHO official languages -

[www.pitt.edu/~super1/lecture/lec42411/index.htm](http://www.pitt.edu/~super1/lecture/lec42411/index.htm)

### Arabic -

الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.

**Chinese** - 健康不仅为疾病或羸弱之消除，而系体格，精神与社会之完全健康状态。

**English** - Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity

**French** - La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité

**Russian** - Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов

**Spanish** - La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

## Sobre la salud

¿De que estamos hablando?

Editor's Choice

## What is health?

BMJ2011;343doi: 10.1136/bmj.d4817(Published 27 July 2011)

***“Health time for a new definition”***

***A Jadad***

**Es la capacidad de adaptarse y  
automanejarse  
como individuo o comunidad, a/ante  
los desafíos  
físicos, sociales, mentales,  
espirituales...  
que nos ofrece la vida**

30 expertos,  
2 días,  
La Haya





# DE PROMETEO A CUPID

- ❑ **Encuesta estratificada aleatoria: 1,450 médicos (600 cardiólogos, 300 geriatras y 300 internistas y médicos de medicina familiar), fueron sondeados para el estudio. Aproximadamente 60 por ciento respondieron a la encuesta.**
- ❑ **La habilidad de determinar si los pacientes están dentro de seis meses de muerte es crucial para el cuidado clínico, afectando las decisiones mismas de los pacientes ..**
- ❑ Menos de la cuarta parte de los médicos que se especializan en geriatría, Medicina interna, medicina de familia o cardiología creen que pueden con exactitud pronosticar que los pacientes con insuficiencia cardíaca están en riesgo de morir.
- ❑ Las medidas de cuidado paliativo fueron asumidas solo para aliviar el dolor de pacientes con insuficiencia cardíaca terminal, pero estas medidas no son no siempre utilizadas debido a la incertidumbre sobre el pronóstico del paciente.
- ❑ A diferencia del cáncer, por ejemplo, pronosticar la muerte no es no siempre claro.
- ❑ Pocos tienen claro el escenario final de la insuficiencia cardíaca.
- ❑ En general, los médicos informaron que eran incapaces de recomendarle a su paciente el cuidado de hospicio o el cuidado paliativo, cuando el escenario final era insuficiencia cardíaca. Su renuencia era atribuible en parte a la incertidumbre sobre el tiempo de vida.

## Calcium Upregulation by Percutaneous Administration of Gene Therapy in Cardiac Disease (CUPID)

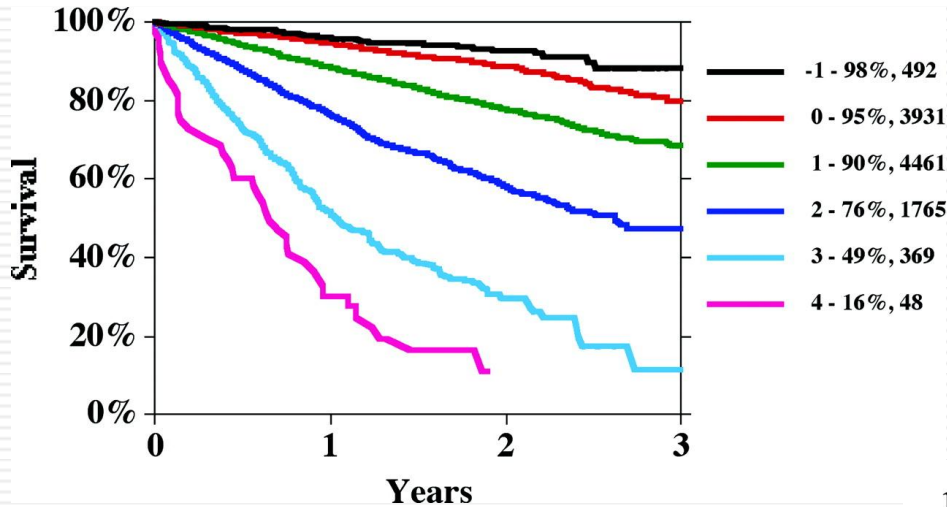
A Phase 2 Trial of Intracoronary Gene Therapy of Sarcoplasmic Reticulum Ca<sup>2+</sup>-ATPase in Patients With Advanced Heart Failure. Mariell Jessup, MD; Barry Greenberg, MD; Donna Mancini, MD; Thomas Cappola, MD; Daniel F. Pauly, MD, PhD; Brian Jaski, MD; Alex Yaroshinsky, PhD; Krisztina M. Zsebo, PhD; Howard Dittrich, MD; Roger J. Hajjar, MD on behalf of the Calcium Upregulation by Percutaneous Administration of Gene Therapy in Cardiac Disease (CUPID) Investigators. *Circulation*. 2011; 124: 304-313 Published online before print June 27, 2011, doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.111.022889

# DE PROMETEO A CUPID

- ❑ **Para las personas que están en riesgo de muerte cardíaca repentina, los desfibriladores implantables son salvadores de vida.**
- ❑ Para pacientes con enfermedad cardíaca en estado avanzado, sin embargo, un desfibrilador implantable podría reconsiderarse, ya que puede causar malestar y tensión porque pueden alterar la condición de moribundo.
- ❑ El estudio también descubrió que los médicos rara vez discutían con pacientes muy enfermos y sus familias, el desactivar desfibriladores implantables.
- ❑ Pareciera que muchos médicos estarían de acuerdo en apagar estos dispositivos en un momento dado, pero pocos interactúan con sus pacientes al respecto.

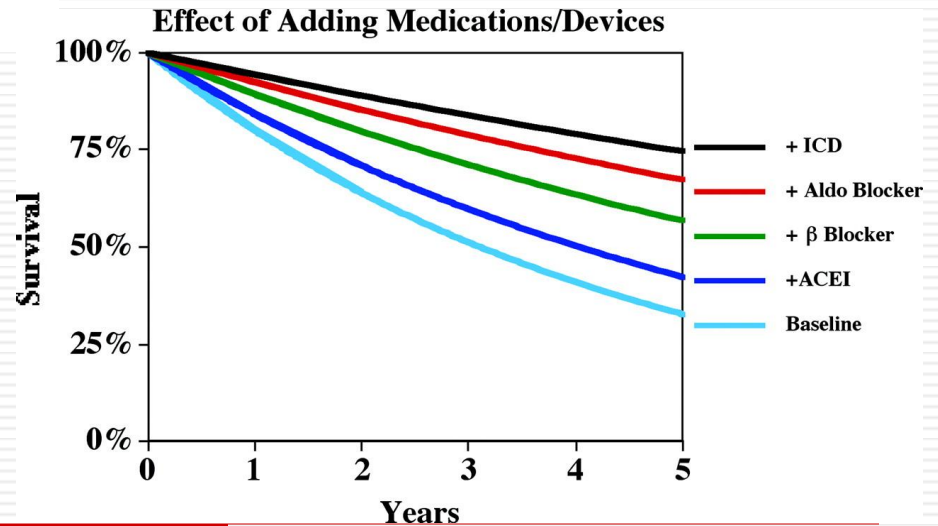
**“Esta área no ha sido explorada antes, pero es esencial si se quieren diseñar intervenciones y ayudas médicas que personalicen las opciones de cuidado apropiado para los pacientes”**

## Predecir, estratificar, calificar



The combined data set of the derivation and 5 validation cohorts for a Seattle Heart Failure Score rounded to -1 to 4

The predicted effects on survival of sequentially adding medications and an ICD for a heart failure patient with an annual mortality of 20% and a mean survival of 4.1 years at baseline



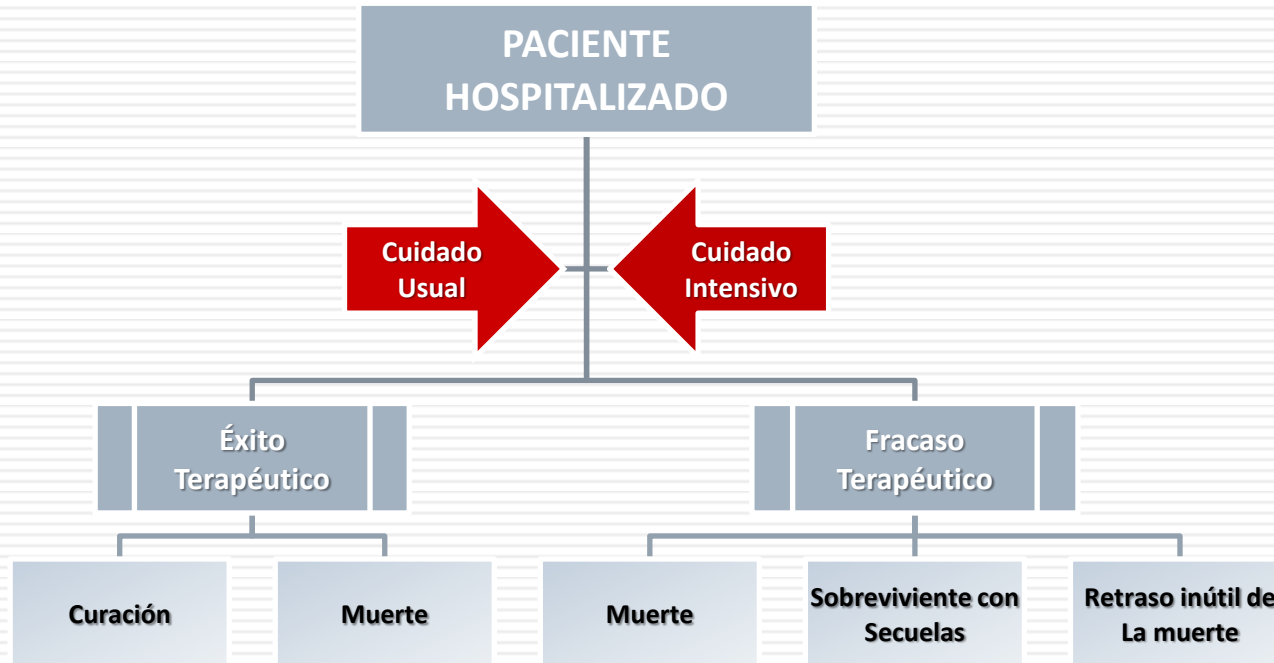
Levy, W. C. et al. Circulation 2006;113:1424-1433

---

## Ya en el hospital

¿Que es lo que hacemos?

### ¿QUÉ HACER?

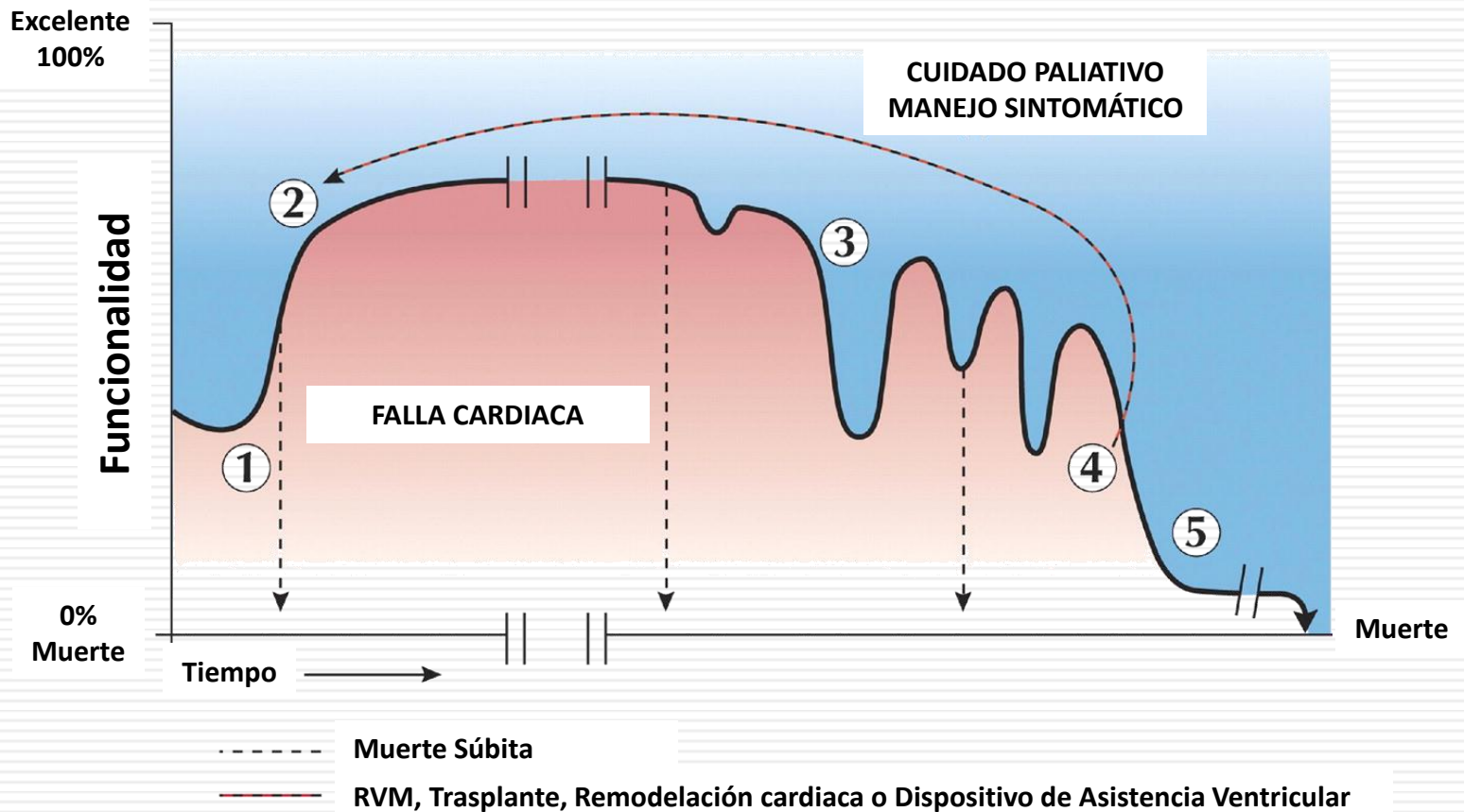


### ¿QUÉ ES LO MEJOR?

---

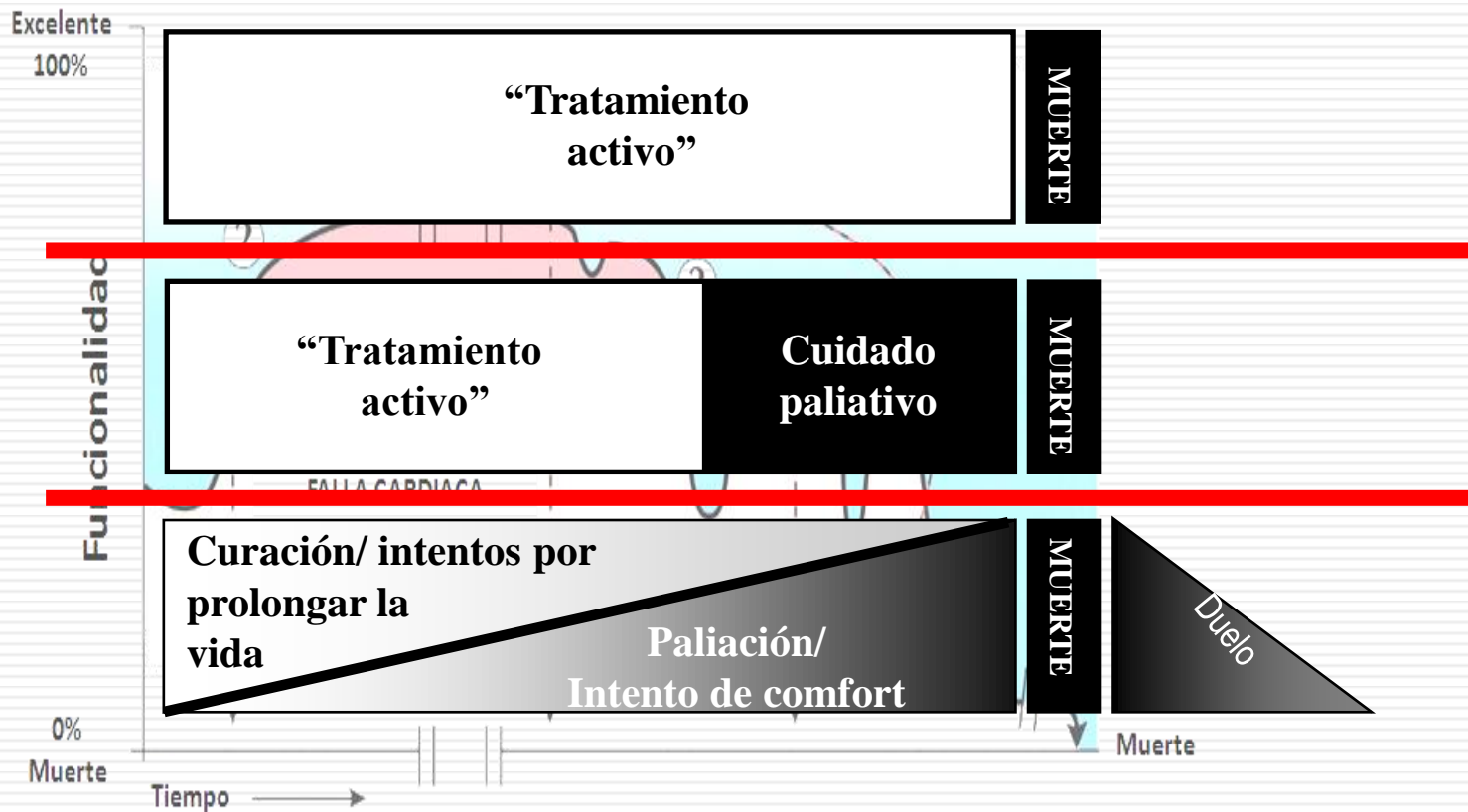
Los pacientes enfrentados con decisiones médicas serias, siempre están sujetos a ser sub o sobre influidos por sus médicos.

# Representación esquemática de la atención integral de la falla cardíaca



Adaptado de Goodlin, S. J. J Am Coll Cardiol 2009;54:386-396

## Evolución del/al modelo de cuidado



Poder identificar tanto a nuestro paciente, como la intención del cuidado es la misión por la que hay que trabajar



**Final de la vida.**

La pregunta de cada mañana

**¿Cómo se lo que es ÉTICO, al intervenir en un paciente al final de la vida?**



**¿Cómo se lo que DEBO HACER, al intervenir en un paciente al final de la vida?**

La vida no es un valor absoluto y debe tenerse en cuenta que quien la vive tiene el derecho a establecer cómo y en qué condiciones quiere vivirla.

Existen situaciones reales y concretas en que seres humanos concretos desean morir antes que seguir viviendo. esta es una realidad incontrovertible desde siempre. Lo que ha variado es cómo estas personas y su entorno se enfrentan a esta realidad

# ASPECTOS ETICOS ALREDEDOR DE LA CARDIOLOGÍA

---

- Futilidad
- Limitación del esfuerzo
- Sedación consciente
- Comportamientos profesionales
- Autoreferenciación
- Oportunidad de atención
- Acciones de médicos
- Actos médicos de resultado y de medio
- Conflictos de interés
- Profesionalismo
- Decisiones y tecnología
- Transición entre *fellows* y *juniors*, *juniors-seniors* y jefes
- Consentimiento informado
- Espiritualidad
- Ensayos clínicos
- Etc...

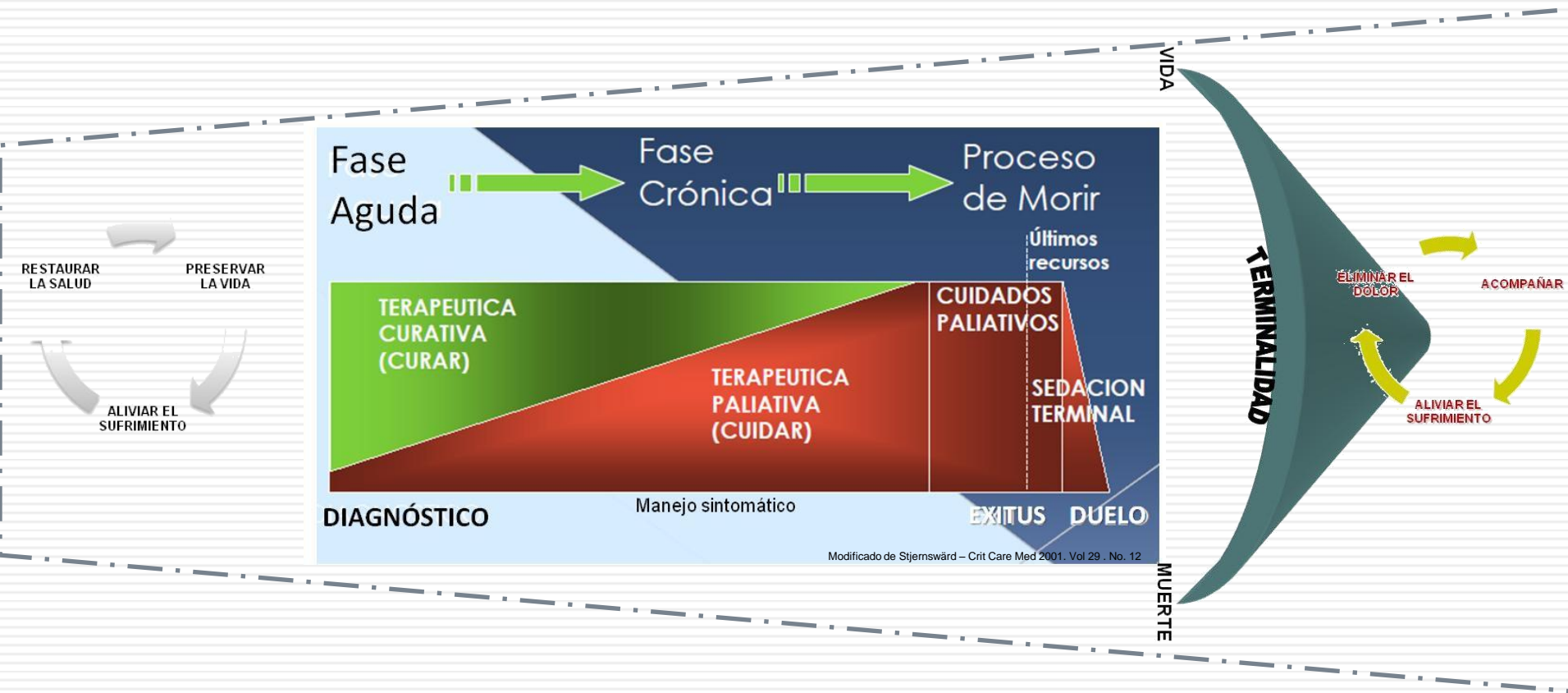
---

Sin decir que estamos en el ejercicio Médico de frontera

# Intervenciones

¿Que es lo que hacemos?

## INTERVENCIONES INCLUYENDO U.C.I.



La definición de Medicina, el uso racional y eficiente de los recursos disponibles (finitos) y la propia biología hacen que NO todos los pacientes sean igualmente recuperables (deterioro físico-fisiológico, calidad de vida previa – subjetiva -, reversibilidad de la situación, etc.)

# ¿PREOCUPACIONES MORALES O PREOCUPACIONES TÉCNICAS?



"LO IDEAL, ..., ES "PROVEER LA ASISTENCIA MÉDICA MÁS ACTUALIZADA, RESPETANDO PLENAMENTE LOS DERECHOS TANTO DEL MÉDICO COMO DEL PACIENTE".

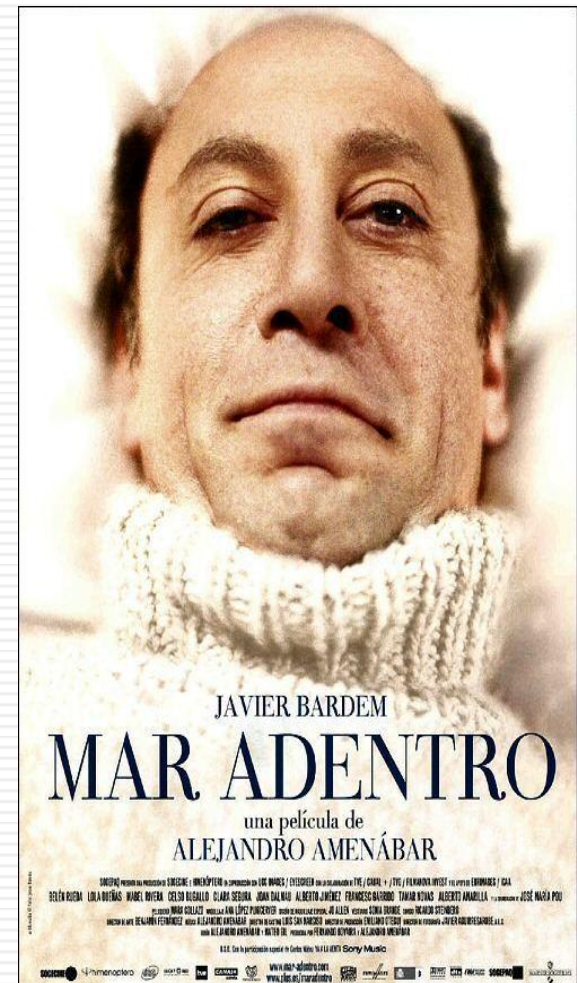
**"DOCE PRINCIPIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN CUALQUIER SISTEMA NACIONAL DE SALUD"**

*Adoptados por la 17a Asamblea Médica Mundial, Nueva York, U.S.A., 1963 y enmendados por la 35a Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia Octubre 1983*

- **SOLEMOS PREGUNTARNOS ACERCA DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO CUANDO PERCIBIMOS UNA DESPROPORCIÓN ENTRE LOS FINES Y LOS MEDIOS QUE SE VAN A USAR.**
- **¿NOS PLANTEAMOS LA INDICACIÓN TÉCNICA?**
- **¿REALIZAMOS LA JUSTIFICACIÓN ÉTICA DE ALGUNA MEDIDA FRENTE A LA SITUACIÓN DEL PACIENTE?**

# Enfermedad Incurable Avanzada

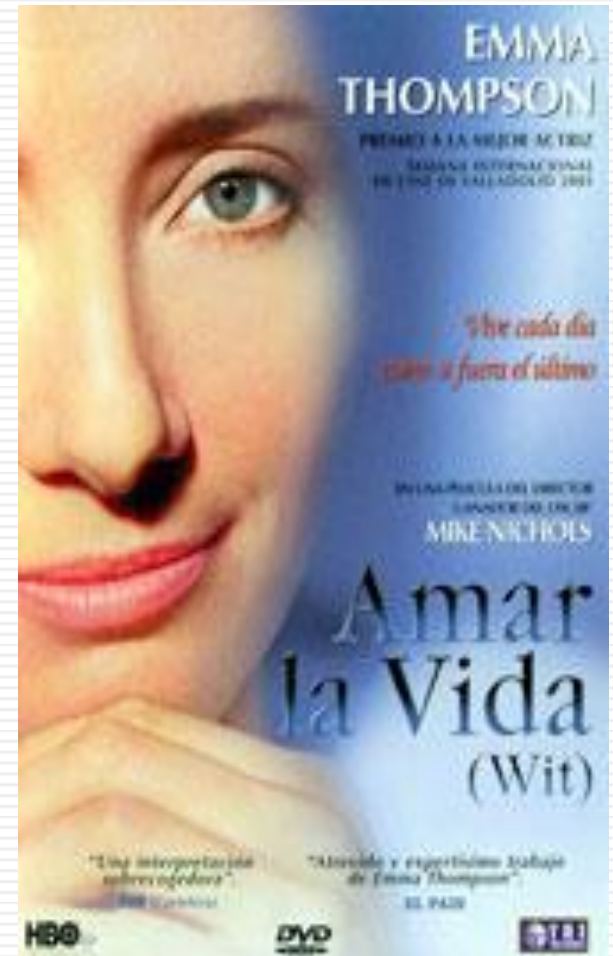
**“Es una patología de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.”**



**SECPAL. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993, 10.**

## Enfermedad Terminal

“Es un proceso avanzado, progresivo e incurable por los medios tecnológicos existentes, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con presencia de sintomatología intensa, multifactorial y cambiante que condiciona una inestabilidad en la evolución del paciente, así como un pronóstico de vida corto, inferior a seis meses.”<sup>[i]</sup>



<sup>[i]</sup> SECPAL. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993, 10.

# Falla Cardíaca Terminal

---

## Definición

- ❑ Falla cardíaca congestiva recurrente con repetidos ingresos hospitalarios
- ❑ Clase funcional IV de NYHA permanente
- ❑ Fracción de eyección menor a 20%
- ❑ Tratamiento óptimo
- ❑ Contraindicación para trasplante de corazón ni para DSV

Modificado hospice journal, 1996.

11(2)p 16

---

“Situación que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.







# ¿PREOCUPACIONES MORALES O PREOCUPACIONES TECNICAS O PREOCUPACIONES JURIDICAS?



LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEBEN ADQUIRIR Y CONSERVAR UN CONOCIMIENTO ADECUADO DE LOS COMPONENTES CLAVE DE LAS LEYES Y LOS REGLAMENTOS QUE AFECTAN A SUS PACIENTES Y AL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

## SI LA DESPROPORCIÓN ES PERCIBIDA POR EL MISMO PACIENTE O POR SU FAMILIA

- ◆ ¿EL CONFLICTO SIGUE ESTANDO PRESENTE?
- ◆ ¿CABRÍA LA POSIBILIDAD DE DEMANDA?
  - \* ¿QUIEN O QUIENES SERAN SUJETO DE DEMANDA?
- ◆ ¿CÓMO DEFINIR ENTRE LA NORMA Y LO QUE SE DEBE HACER?

# Órdenes de no reanimar y cuidados paliativos en pacientes fallecidos en un servicio de cardiología.

**TABLA 2. Tratamientos agresivos y paliativos en los 113 pacientes que después se consideró no reanimables y murieron durante el ingreso**

	n (%)
Terapias agresivas previas a la decisión de no reanimar	
Inotrópicos	55 (48,7)
Intubación orotraqueal	49 (43,4)
Balón de contrapulsación	15 (13,3)
Técnicas de reperfusión	28 (24,8)
ICP programado	16
Angioplastia primaria	7
Fibrinólisis	5
Medidas paliativas	
Cloruro mórfico con fines paliativos	56 (49,6)
Asistencia espiritual	5 (4,4)
Desconexión de DAI	1/4

DAI: desfibrilador automático implantable; ICP: intervencionismo coronario percutáneo.

Con el objetivo de evaluar el uso de órdenes de no reanimar y de cuidados paliativos en cardiopatas, registramos 198 muertes consecutivas en nuestro servicio.

- En 113 (57%) se decidió no reanimar, se reflejó en la historia clínica en 102 (90,3%) y en 74 (65,5%) en las hojas de enfermería.
- Se informó a 5 pacientes (4,4%) y a 95 familias (84,1%).
- El uso de medidas paliativas fue escaso en pacientes no reanimables, 56 (49,6%) recibieron cloruro mórfico y 5 (4,4%), asistencia espiritual.
- Sin embargo, previamente a la orden de no reanimar recibieron con frecuencia tratamientos agresivos y costosos como intubación orotraqueal, 49 (43,4%), coronariografía, 27 (23,9%), inotrópicos, 55 (48,7%) y balón intraaórtico de contrapulsación, 15 (13,3%).

**Se concluye que casi tres quintos de los pacientes que mueren en un servicio de cardiología no se consideran subsidiarios de reanimación, tomándose con frecuencia esa decisión tras realizar procedimientos agresivos, con una posterior infrautilización de medidas paliativas.**

# ¿DILEMAS O PROBLEMAS? ¿MORALES, TÉCNICOS O JURICOS?



LOS INTERESES DEL PACIENTE SIEMPRE DEBEN PROMOVERSE SIN IMPORTAR LAS DISPOSICIONES FINANCIERAS, EL MARCO EN QUE SE SUMINISTRA LA ATENCIÓN MÉDICA NI LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE, COMO SU CAPACIDAD PARA TOMAR DECISIONES O SU CONDICIÓN SOCIAL.

■ **LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA SE AGUDIZA CUANDO, EN EL ÁMBITO DE LAS TÉCNICAS DE SOPORTE VITAL, LO QUE SE CONSIGUE CON LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO ES UN RESULTADO DE MUERTE.**

- ◆ **SEA A CORTO O MEDIANO PLAZO**
- ◆ **SEA CAUSA INMEDIATA O NO DE LA PROPIA DECISIÓN.**

PROCESO DE ATENCIÓN

CARDIOLOGÍA

FALLA CARDIACA

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO DIAGNÓSTICO

- Pruebas que no cambiarán la decisión terapéutica

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO / OBSTINACIÓN TERAPEÚTICA

- Inutilidad /futilidad.
- Indicación de manejo de tratamientos de soporte vital,
- Inicio, no inicio y retirada

SUSTITUCIÓN DE DECISIONES / DERECHOS DEL FAMILIAR QUE ASUME DEBERES EN LOS CUIDADOS

CUIDADOS PALIATIVOS / ABANDONO

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO / PRIVILEGIO TERAPEUTICO

DIAGNÓSTICO DE TERMINALIDAD / ENFERMEDAD GRAVE

DIRECTRICES DE NO REANIMACION / ABANDONO / OBSTINACIÓN

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA y MANEJO SINTOMÁTICO

UMBRAL ENTRE LO OBLIGATORIO Y LO OPCIONAL EN LA INTERVENCIÓN

- Disponibilidad de opioides
- Apoyo en casa
- Muerte Hospitalaria

RESPONSABILIDAD INTERPROFESIONAL FRENTE A DECISIONES JERARQUIZADAS EN CONFLICTO / COMITÉS

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

COUNSELLING / EQUIPOS DE CUIDADORES

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

¿PROBLEMAS CLÍNICOS?



¿PROBLEMAS MORALES?



¿PROBLEMAS JURIDICOS?

# ESFUERZO ASISTENCIAL

$$EA = f_a (E \cdot V \cdot QALY / C)$$

**a:** autonomía

**E:** éxito

**V:** años de vida

**QALY:** *quality adjusted years*

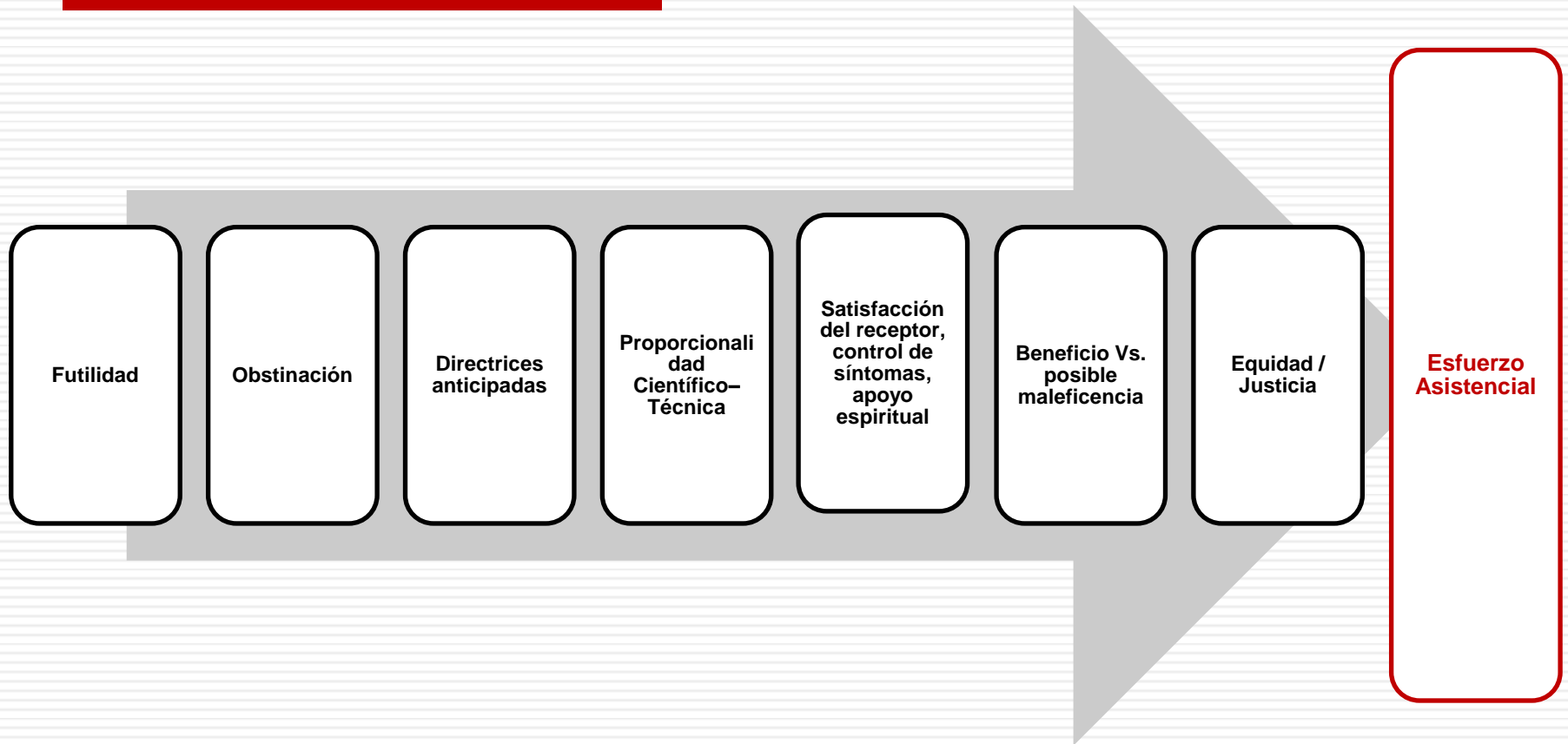
**C:** costos

El esfuerzo asistencial que debe arbitrarse ante cualquier paciente... debe ser directamente proporcional a la probabilidad de éxito en su aplicación, a los años de vida garantizados tras el tratamiento y la calidad de éstos, y en cambio debe ser inversamente proporcional al coste de dicho tratamiento; y todo en ello en función del respeto a la voluntad del paciente.

# FINAL DE LA VIDA

Esfuerzo asistencial

$$E.A. = f_a (E \cdot Y \cdot QALY / C)$$



Un ACTO MÉDICO FÚTIL es aquel cuya aplicación a un enfermo está desaconsejada porque es clínicamente ineficaz, no mejora el pronóstico, ni la repercusión sistémica, ni los síntomas o las enfermedades intercurrentes, o porque produciría (previsiblemente) perjuicios personales, familiares, económicos o sociales, desproporcionados al beneficio esperado.

# FUTILIDAD

- Desacuerdo sobre
  - ◆ Objetivos a alcanzar
  - ◆ Beneficios a obtener

TIPOS DE  
CONFLICTO  
ACERCA DE

## Diferencias tradicionales y reglas sobre el no tratar

- Algunas de las guías de acción tradicionales, establecen las siguientes diferencias:
  1. No inicio y retirada de tratamientos de soporte vital
  2. Tratamientos extraordinarios y ordinarios
  3. Alimentación artificial y técnicas de soporte vital
  4. Efectos intencionados y efectos meramente previstos.

En la actualidad estas diferencias se consideran insostenibles, pues no se basan en ninguna característica relevante y deberían ser sustituidas por la distinción entre tratamientos obligatorios y optativos y la relación entre beneficios y perjuicios



## No iniciar frente a retirar un tratamiento

---

- Se considera que la decisión de interrumpir un tratamiento es más importante y tiene mayores consecuencias que la decisión de no iniciarlo.
  - Parece, por ejemplo, que desconectar un respirador provoca directamente la muerte, mientras que no ponerlo en marcha puede ser en ocasiones una decisión prudente.
- La retirada de un tratamiento concreto, incluyendo los tratamientos de soporte vital, no tienen por qué implicar el abandono del paciente.
- Tratar de distinguir entre no iniciar o retirar un tratamiento puede, en ocasiones, provocar un exceso de tratamiento, es decir, continuar con tratamientos que ya no son beneficiosos ni deseables para el paciente.
  - Además, esta distinción, puede provocar tratamientos insuficientes.
- Los pacientes y las familias tienen miedo de quedar atrapados por la tecnología biomédica que, una vez iniciada “**es imposible detener**”.
- La idea que existe en la actualidad, tanto desde el punto de vista médico como legal , es que en estos casos, al retirar el tratamiento de soporte vital, se está dejando morir al paciente por unas causas preexistentes que hasta entonces habían estado controladas mediante una serie de técnicas que permiten retrasar la muerte.

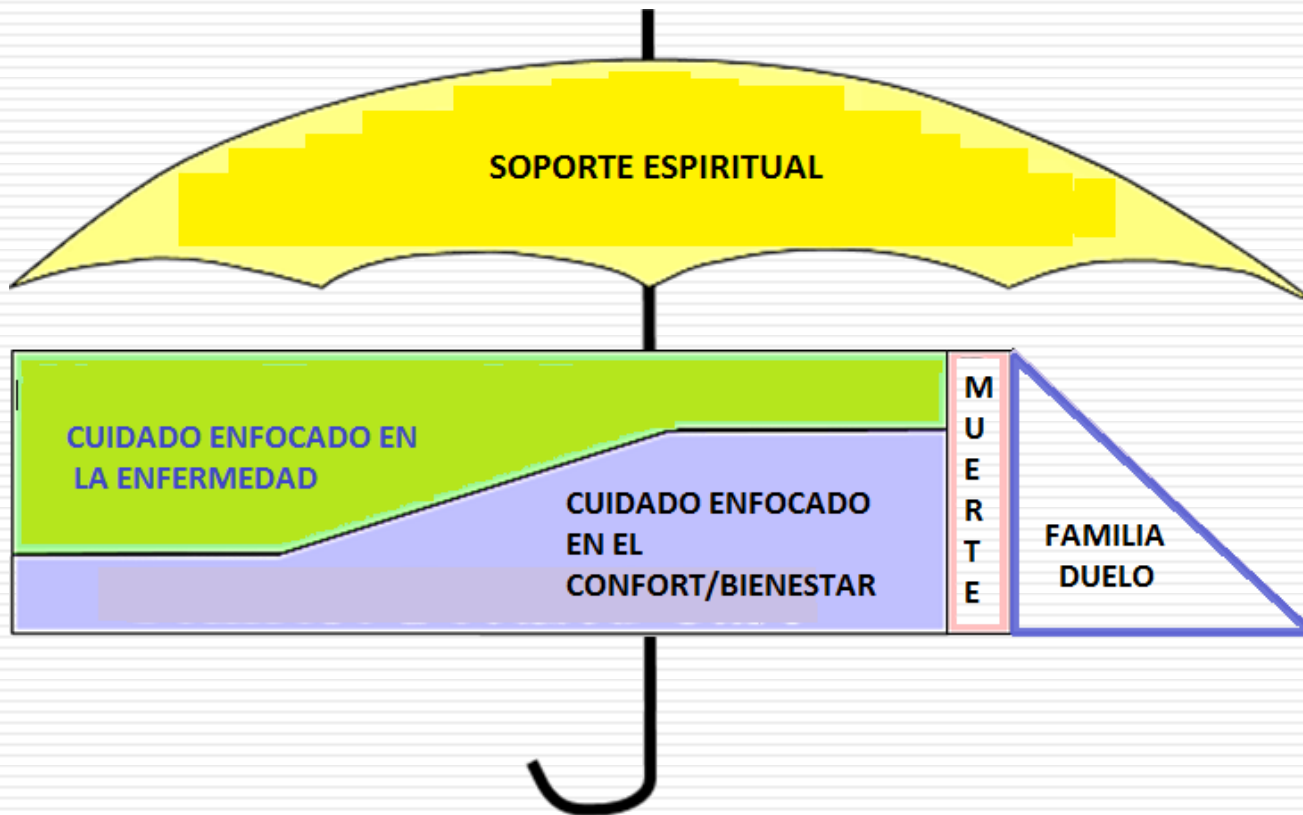
---

**De todas formas la distinción entre matar (suicidio, homicidio, etc.) y dejar morir es poco precisa y confusa**

---

# MODELO DE CUIDADO ESPERADO

La experiencia y los derechos



---

El reto

## **Múltiples causas de mala interpretación de diagnóstico / pronóstico**

---

### **El obstáculo a salvar**

- Causas subyacentes no conocidas o no adecuadamente interpretadas / valoradas
  - Deficiencias para interpretar y valorar la situación actual
  - Falta de comprensión adecuada de cómo enfrentarse a ello
  - Uso de lenguaje inadecuado
  - Desconocimiento de diagnóstico o expectativas previas
  - Demasiada jerga “profesional”
  - Información contradictoria o en conflicto (error de los informantes o multiplicidad de ellos)
  - Estimación pronóstica excesivamente optimista
  - Ambiente estresante / angustiante
  - Falta de sueño / descanso
  - Situación emocional
  - Falta de preparación psicológica
  - Inadecuada capacidad cognitiva
  - Alta tecnología
  - Alta especialización
- 

**Un gran esfuerzo, por y para con nuestros pacientes**

---

## **A manera de agradecimiento**

**“SI NO PODEMOS DAR DÍAS A LA VIDA,  
DEMOS VIDA A LOS DÍAS”**

**(CLAUDE BERNAD)**

---

**Curar cuando se pueda,  
Tratar cuando dejen,  
Acompañar siempre,  
Abandonar jamás.**