

CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS: MODO CRECIENDO

Ester Pérez Lledó
Pediátrica, Coordinadora de la Unidad de
hospitalización a domicilio y cuidados paliativos
pediátricos.
Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante



INDICE

- 1. CONCEPTO DE MUERTE**
- 2. DESARROLLO DE LOS CPP**
- 3. CONCEPTO DE CPP**
- 4. PACIENTES PALIATIVOS**
- 5. ATENCIÓN PALIATIVA**
- 6. FASES DE LA ENFERMEDAD**
- 7. NIVELES DE ATENCIÓN**
- 8. CONTROL DE SINTOMAS FISICOS**
- 9. ATENCIÓN PSICOLOGICA, SOCIAL Y ESPIRITUAL**
- 10. COORDINACIÓN ASISTENCIAL**
- 11. EL HOSPITAL EN CASA**



LA MUERTE

1. Biológica

La muerte es el **cese irreversible de las funciones vitales** de un organismo, especialmente la actividad cerebral, respiratoria y circulatoria. Marca el fin de la vida como proceso biológico.

2. Filosófica

Se concibe como **el fin de la existencia individual o la separación entre cuerpo y conciencia**. Ha sido interpretada como:

- * El paso a la nada (materialismo).
- * Una transformación o tránsito (platonismo).
- * Un hecho que da sentido a la vida por su finitud (existencialismo).

3. Psicológica

Es la **toma de conciencia de la finitud humana**, que influye en emociones, conductas y valores. Puede generar miedo, negación, aceptación o reflexión sobre el sentido de la vida.

4. Social y cultural

La muerte es un **hecho social rodeado de rituales, creencias y normas** (funerales, luto, homenajes), que ayudan a las comunidades a afrontar la pérdida.

5. Religiosa o espiritual

Suele entenderse como **el tránsito del alma hacia otra forma de existencia** (cielo, infierno, reencarnación, juicio final), dependiendo de la creencia.

LA MUERTE: Hace 100 años

Se vivía de una forma **mucho más cercana, visible y cotidiana** que hoy.
No estaba tan escondida ni medicalizada como en la actualidad.

En el hogar

La mayoría de las personas **morían en casa**, rodeadas de su familia.
El cuerpo se velaba en la misma vivienda, a veces durante uno o dos días.
Los niños veían la muerte desde pequeños como parte natural de la vida.

Rituales y duelo

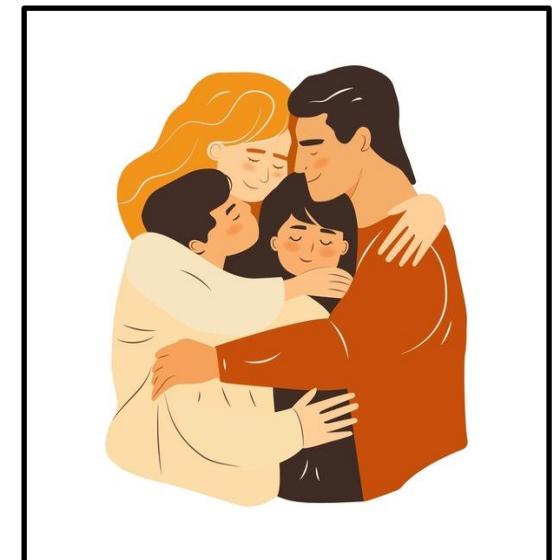
El luto era **más marcado y prolongado**:

- Ropa negra durante meses o años.
 - Las viudas a veces vestían de negro toda la vida.
 - El duelo era socialmente respetado y visible.
- Había rezos, vigilias, rosarios y despedidas comunitarias.

Relación con la medicina

La medicina era limitada:

- Muchas muertes por infecciones, partos, tuberculosis, gripe.
- La esperanza de vida era mucho menor.
- La muerte era más impredecible y frecuente.



LA MUERTE: Hace 100 años

□ Dimensión espiritual

La religión tenía un papel central:

- Se hablaba de cielo, infierno, juicio.
- La muerte se entendía como tránsito, no como final absoluto.
- Los sacerdotes o guías espirituales acompañaban el proceso.

□ □ □ Comunidad

La muerte era un evento **colectivo**:

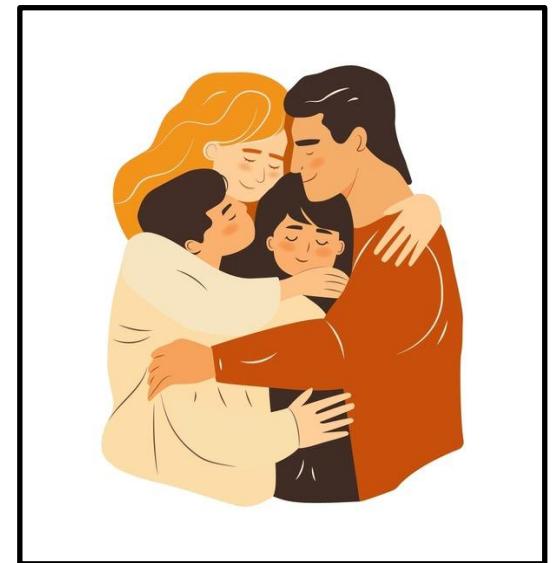
- Vecinos ayudaban.
- Se acompañaba a la familia.
- El dolor era compartido, no aislado.

□ Emoción social

Se vivía con:

- Resignación
- Respeto
- Temor reverente
- Aceptación

Hoy, en cambio, la muerte suele vivirse más en hospitales, en silencio, con menos ritual y más soledad.



LA MUERTE: Hoy

La muerte se vive de una manera **muy distinta** a como se vivía antes: **más distante, más silenciosa y muchas veces más solitaria**, aunque depende mucho de la cultura y de cada persona. Te lo explico de forma clara:

Lugar de la muerte

Hoy la mayoría de las personas mueren en **hospitales o residencias**, no en casa. Esto hace que la muerte esté más **asociada a la medicina que a la familia**.



Silencio y evitación

La sociedad actual tiende a:

- Evitar hablar de la muerte.
- Tratarla como un tema incómodo.
- Proteger a los niños de ella.
- Usar eufemismos (“se fue”, “nos dejó”).

Duelo moderno

- Más privado.
- Menos ritualizado.
- Acelerado socialmente (“tienes que seguir adelante”).
- A veces vivido en soledad.

***Las redes sociales han cambiado el duelo:** mensajes, fotos, homenajes virtuales.

LA MUERTE: Hoy

□ Espiritualidad diversa

Hay menos uniformidad religiosa:

- Algunos creen en vida después de la muerte.
- Otros en la nada.
- Otros en la memoria.

La muerte se **interpreta más desde lo personal que desde lo colectivo.**

□ Psicología y terapia

Hoy se reconoce el duelo como proceso emocional:

- Se habla de depresión, ansiedad, trauma.
- Se busca ayuda profesional.

Antes se **aceptaba sin tanta explicación emocional.**

□ □ Nuevos debates

- Eutanasia.
- Cuidados paliativos.
- Muerte digna.
- Donación de órganos.

□ Emoción actual dominante

La muerte hoy se vive con:

- Miedo
- Confusión
- Nostalgia
- A veces alivio
- Mucha reflexión existencial



LA MUERTE: ¿Por qué ha cambiado?

El cambio en la forma de vivir la muerte no ocurrió por una sola causa, sino por una combinación de transformaciones sociales, médicas, culturales y tecnológicas.

1. Avance de la medicina

Antes la gente veía morir a muchos seres queridos desde joven.

Hoy la medicina prolonga la vida, lo que hace que la **muerte se perciba como un fracaso y no como algo natural**.

Resultado: la muerte se traslada al hospital y se aleja del hogar.

2. Aumento de la esperanza de vida

Vivimos más años, por lo que la **muerte parece más lejana y menos cotidiana**.

Cuando llega, se siente más **injusta o inesperada**.

3. Cambio en las creencias religiosas

La religión perdió centralidad en muchas sociedades.

Antes ofrecía explicaciones claras sobre la muerte; **hoy hay más dudas que certezas**.

Resultado: **más miedo, más incertidumbre**.



LA MUERTE

□ □ 4. Individualismo moderno

La sociedad actual es más individual: Menos comunidad. Más privacidad.

Menos ritual compartido.

El duelo se vive más en soledad.

□ 5. Tecnología y redes sociales

Vemos la muerte en noticias, películas y pantallas, **pero no en la vida real.**

Esto la vuelve más abstracta, menos humana.

□ 6. Cultura de la felicidad y productividad

Hoy se valora estar bien, ser fuerte, seguir adelante.

El dolor y la muerte incomodan.

□ Resultado: **se ocultan.**

□ □ 7. Cambios legales y éticos

Eutanasia, cuidados paliativos, decisiones médicas:

La muerte se volvió también **un tema técnico, no solo emocional o espiritual.**

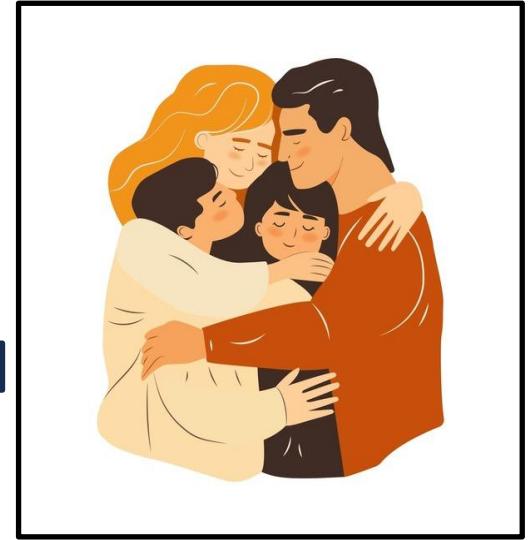
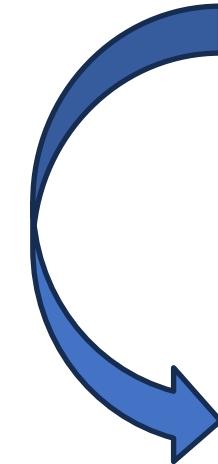


LA MUERTE

- □ Un hecho familiar y comunitario
- □ A un hecho médico, silencioso e íntimo



**No porque dejara de doler, sino
porque la sociedad cambió.**



LA MUERTE: Los médicos

- Antes la muerte **era parte de la vida**. No se conocía la cura de muchas enfermedades

TODOS LOS MEDICOS ERAN PALIATIVISTAS

- Hoy la muerte **es parte del sistema, pero no del diálogo cotidiano**

LOS MEDICOS BUSCAMOS SALVAR VIDAS

REFLEXIÓN:

¿NOS EDUCAN EN OTRA COSA?

¿HAY ALGUNA **ASIGNATURA** DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIVERSIDAD?

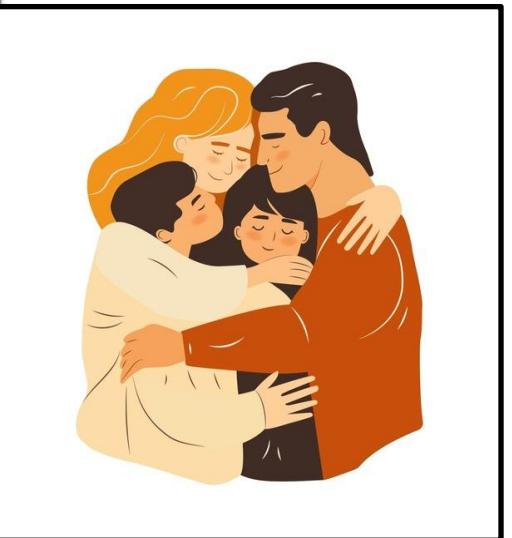
¿NOS ENFRENTAMOS A LA MUERTE COMO MEDICOS?

¿CONOCEMOS LA MUERTE?

¿QUE EMOCIONES NOS GENERA?

¿ESTAMOS PREPARADOS PARA ENFRENTARNOS A LA MUERTE?

¿Y SI SE TRATA DE LA MUERTE DE UN NIÑO??.....



LA MUERTE

Emociones difíciles

Miedo: a lo desconocido, al dolor, a dejar de existir.

Tristeza: por la pérdida de seres queridos o por la propia finitud.

Ansiedad: pensar en el futuro, el tiempo limitado, lo que quedará pendiente.

Negación: rechazo a aceptar la realidad de la muerte.

Culpa: por cosas no dichas o no hechas.



TRABAJO INTENO

Emociones más reflexivas o positivas

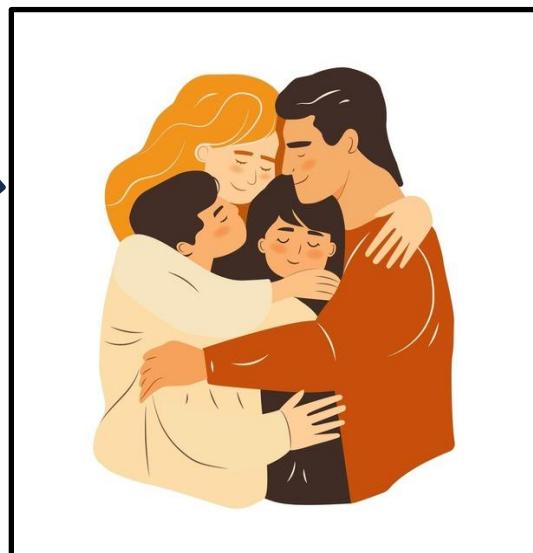
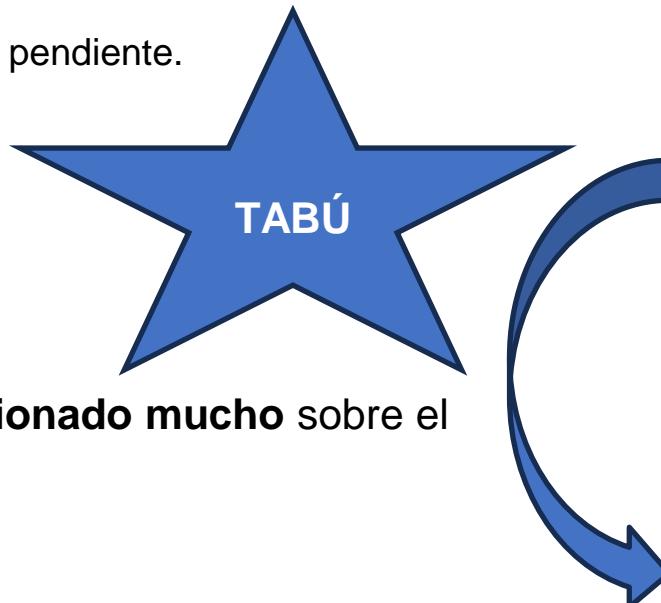
Aceptación: especialmente en personas que **han reflexionado mucho** sobre el tema.

Paz: cuando se ve **como parte natural de la vida**.

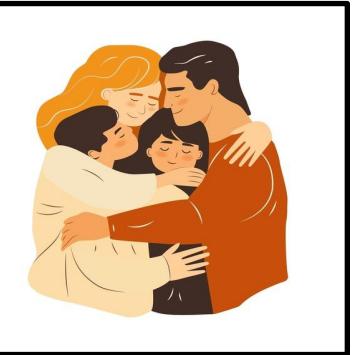
Gratitud: por valorar más el **presente**.

Esperanza: ligada a creencias espirituales o religiosas.

Conciencia: impulsa a **vivir con más sentido**.



LA MUERTE: El retorno a los CPP



****Cicely Saunders (1918–2005)**

Considerada la fundadora del movimiento moderno de cuidados paliativos.

- Fundó **St Christopher's Hospice** en Londres en 1967
- Introdujo el concepto de **“dolor total”**..
- Su enfoque inspiró la creación de hospicios y servicios paliativos en todo el mundo, y es una **referencia fundamental en la especialidad**.

***Dr. Mary Baines (1932–2020)**

- Trabajó durante décadas en **St Christopher's Hospice** y desarrolló modelos de **atención domiciliaria**.
- Fue pionera en **protocolos** de manejo de síntomas y en la **formación internacional** de profesionales de paliativos.

***Dr. Balfour Mount (1939–2025)**

Considerado el **“padre de los cuidados paliativos en Norteamérica”**.

***Dr. Robert Twycross (1941–2024)**

- Fue clave en **aceptar y estandarizar protocolos de control del dolor**, especialmente con opioides como la morfina.
- Su trabajo ayudó a que la medicina paliativa **fuese reconocida dentro de la medicina moderna**.

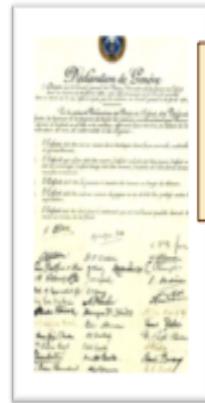
***Dr. Anne Merriman (1935–2025)**

Pionera en poner los cuidados paliativos al servicio de países con **pocos recursos**.

***Dr. Tetsuo Kashiwagi (n. 1939)**

Figura clave en el desarrollo de los cuidados paliativos en **Asia**, especialmente en Japón.

DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICOS



1924:

La Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, elaborada por Eglantyne Jebb, fundadora de Save the Children Fund.



1948:

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo artículo 25 da derecho a las madres y los niños a "cuidados y asistencia especiales", así como también a la "protección social".



1974: La Asamblea General exhorta a los Estados Miembros a observar la Declaración sobre la Protección de la Mujer y el Niño en Estados de Emergencia o de Conflicto Armado.



1946:

La Asamblea General de las Naciones Unidas crea el Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia, UNICEF, centrado en los niños de todo el mundo.



1959:

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, que reconoce, entre otros, el derecho del niño a la educación, el juego, la atención de la salud, y a un entorno que lo apoye, mediante 10 principios fundamentales.



1989: La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada como tratado internacional de derechos humanos con carácter obligatorio para los estados firmantes

A lo largo de sus 54 artículos, reconoce que los niños son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones.



Medalla de Oro
al Mérito Por Servicios
a la Salud Pública
2013

CARTA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO MORIBUNDO LA CARTA DE TRIESTE

Derechos del niño moribundo

1. A ser considerado como "una persona" hasta su muerte, sea cual sea su edad, lugar, condición y contexto del cuidado.
2. A recibir un **tratamiento eficaz**, completo, cualificado, integral y un cuidado continuado, para alivio del dolor y de otros síntomas físicos y psicológicos que producen sufrimiento.
3. A ser escuchado e informado **adecuadamente** sobre su enfermedad con la debida consideración a sus deseos, edad y capacidad para comprender.
4. A participar, en base a sus capacidades, valores y deseos en la elección de los **cuidados y tratamientos** relacionados con su vida, enfermedad y muerte.
5. A expresar sus sentimientos, deseos y expectativas y a que éstos sean tomados en consideración.
6. A que se respeten sus **creencias** culturales, espirituales y religiosas y a recibir asistencia espiritual y soporte de acuerdo con sus deseos y elecciones.
7. A tener una vida social y relacional adecuada a su edad, condiciones y expectativas.
8. A estar rodeado por **miembros de la familia y seres queridos** que estén comprometidos en la organización y la provisión de sus cuidados y a que éstos reciban apoyo en el manejo de los problemas emocionales y económicos que puedan surgir por su situación.
9. A ser cuidado en un lugar apropiado para su edad, necesidades y deseos y que permita a la familia estar cerca y participar en su cuidado.
10. A tener acceso a **servicios de cuidados paliativos pediátricos** que respeten su mejor interés y a que se eviten las maniobras fútiles como las excesivamente molestas y el abandono terapéutico

DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

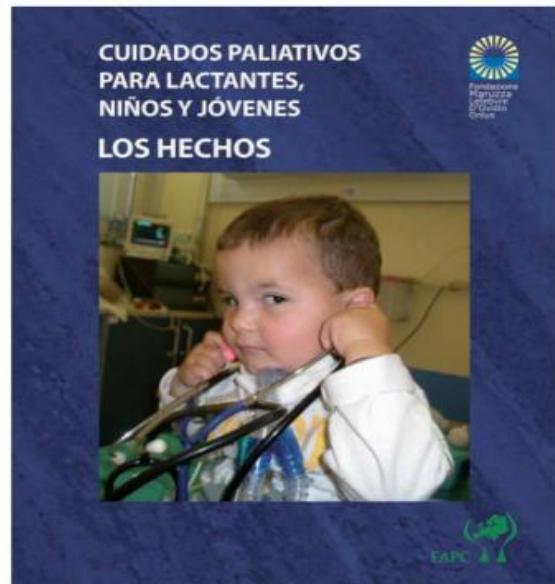


IMPACCT: ESTÁNDARES PARA CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EUROPA
Documento preparado por el Comité de Expertos del grupo de trabajo de la EAPC (Asociación Europea de Cuidados Paliativos) en Cuidados Paliativos para Niños y Adolescentes.

Traducción: Ángel M. Durán Martínez
Revisado por: Ana Presedo, Roberto Werck

Publicado inicialmente en: European Journal of Palliative Care, 2007, vol. 14, nº 3 109-114
Reproducido con la autorización de Haywood Group Publishing.

2007



2009

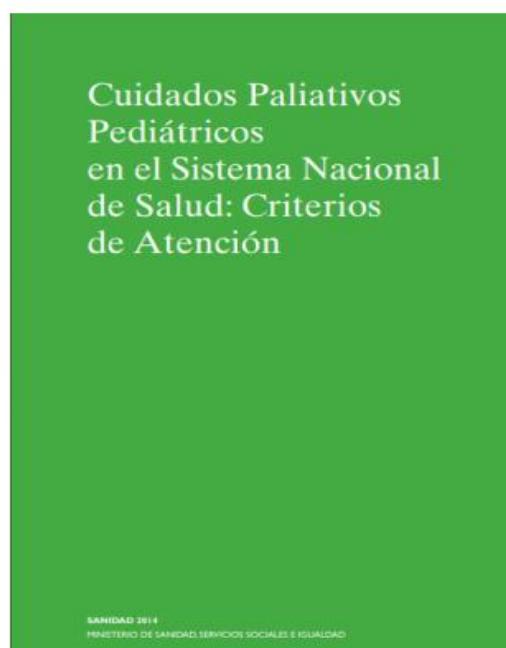
Enfoque paliativo en Pediatría

L. Ortiz San Román, R.J. Martino Alba

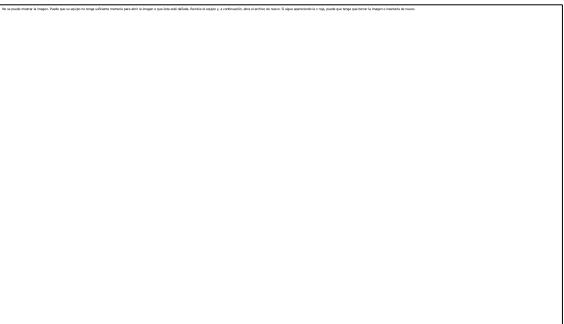
Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

Pediatr Integral 2016; XX (2): 131.e1 – 131.e7

2016



2014



DISCIPLINA MUY RECIENTE

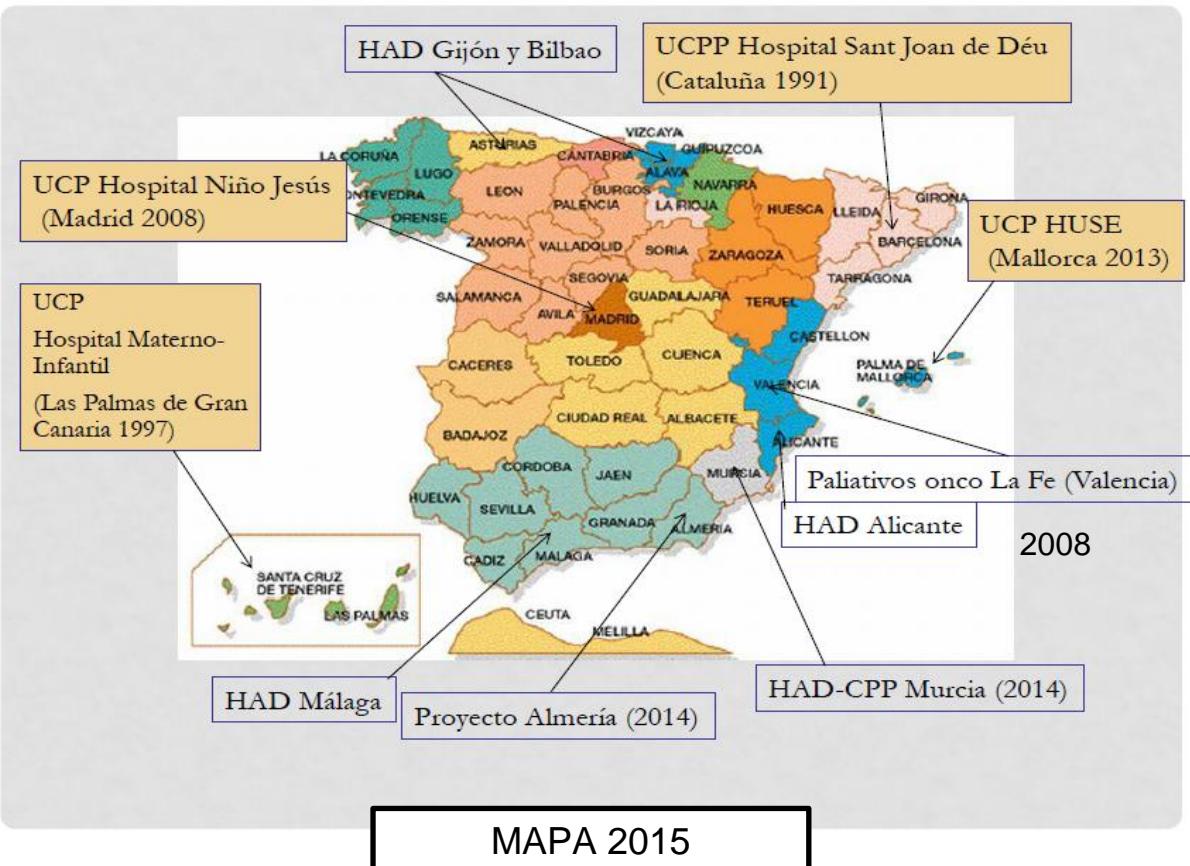
*Creación de PedPal en 2016

• Objetivo primario: conseguir mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, NO de CURAR

• “Existimos porque mueren. Trabajamos porque vivimos.”



DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS



LOS ESPECIALISTAS EN PALIATIVOS INFANTILES, DE GUARDIA SÓLO EN CUATRO CCAA

Atención telefónica de los equipos de cuidados paliativos pediátricos (CPP)

24 h completa
 24 h parcial*
 Sin atención 24 h

Hospitales que cuentan con al menos una persona dedicada a CPP



(*): Sólo ofrecen atención 24/7 en las zonas más críticas.

Asistencia 'al azar' para menores en cuidados paliativos: "Depende de dónde nazca, tendrá unos recursos u otros"

¿SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNA ESPECIALIDAD?

- Los médicos paliativistas** actualmente **proceden de otras especialidades**: UCI, Medicina interna, Geriatría, Familia y Pediatría interna.
- APROBADA LA ACREDITACIÓN** COMO ESPECIALIDAD EN EL MINISTERIO DE SANIDAD INCLUIDA LA PEDIATRICA.
- EN FASE DE ACREDITACION** DE LOS PROFESIONALES ACTUALES.
- FUTURO: MIR EN CP Y ACREDITACION OFICIAL EN CPP**



LOS CUIDADOS PALIATIVOS SON LA
ESPECIALIDAD CON **MAYOR
DESARROLLO** ACTUAL:

¡¡¡ES EL FUTURO!!!

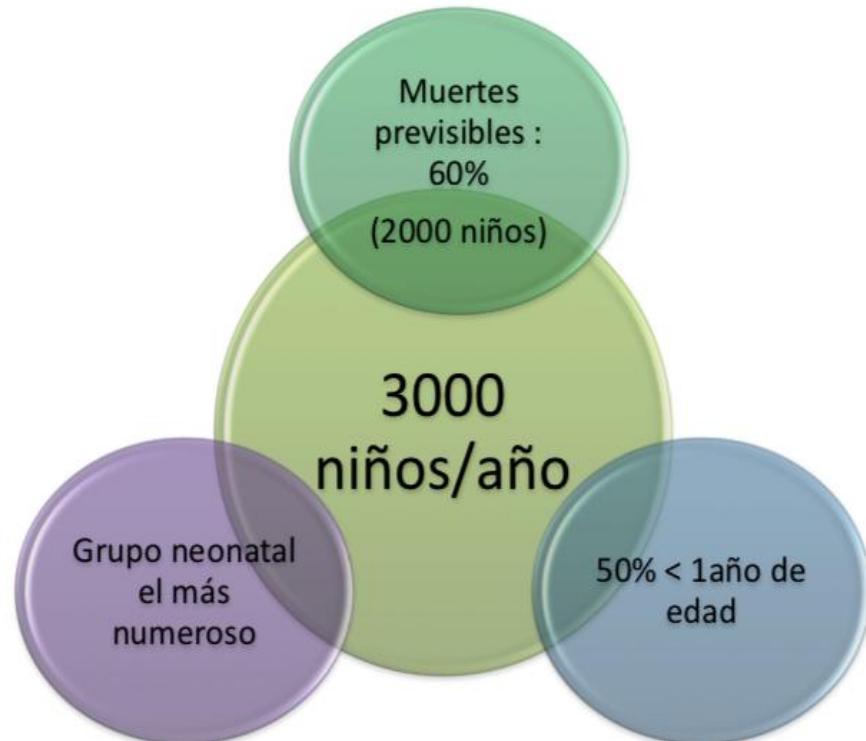
LA MUERTE DEBE VOLVER A
SER PARTE DE LA VIDA

CONCEPTO



- La OMS define en 2002 los cuidados paliativos pediátricos (CPP) como el **cuidado activo total de cuerpo, mente y espíritu** de los niños con enfermedades que ponen en **peligro su vida o limitan su existencia** e incluyen el apoyo a **su familia**.
- Comienzan **cuando se diagnostica** una enfermedad amenazante para la vida y **continúan** independientemente de si el niño **recibe o no tratamiento de su propia enfermedad**.
- Los **tratamientos paliativos y los tratamientos curativos no deben ser mutuamente excluyentes**.

PREVALENCIA



*Anualmente en España: **3300 muertes al año (2000 previsibles 60%)**

*Fallecimientos:

- 1/3 causa **oncológica (30%)** , 2/3 causa neurodegenerativas, metabólicas y genéticas (70%)
- 2/3 primer año de vida**
- 50% época neonatal**

*Prevalencia estimada: 10-16/10.000 entre 0-19 años

***Aumento supervivencia en menores de 20 años:** nuevo escenario en Pediatría, existencia de enfermedades crónicas e invalidantes con pronóstico vital recortado

PACIENTES PALIATIVOS

Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families, ACT, y el Colegio Real de Pediatría y Salud Infantil del Reino Unido, RCPCH (1997)



Grupo 1

- Condiciones amenazantes para la vida en los que el tratamiento curativo es posible pero puede fracasar



Grupo 2

- Muerte prematura inevitable con tratamientos que prolongan la vida



Grupo 3

- Condiciones incurables, progresivas. Desde el inicio tratamiento paliativo



Grupo 4

- Condiciones incurables, no progresivas. Complejas necesidades sanitarias

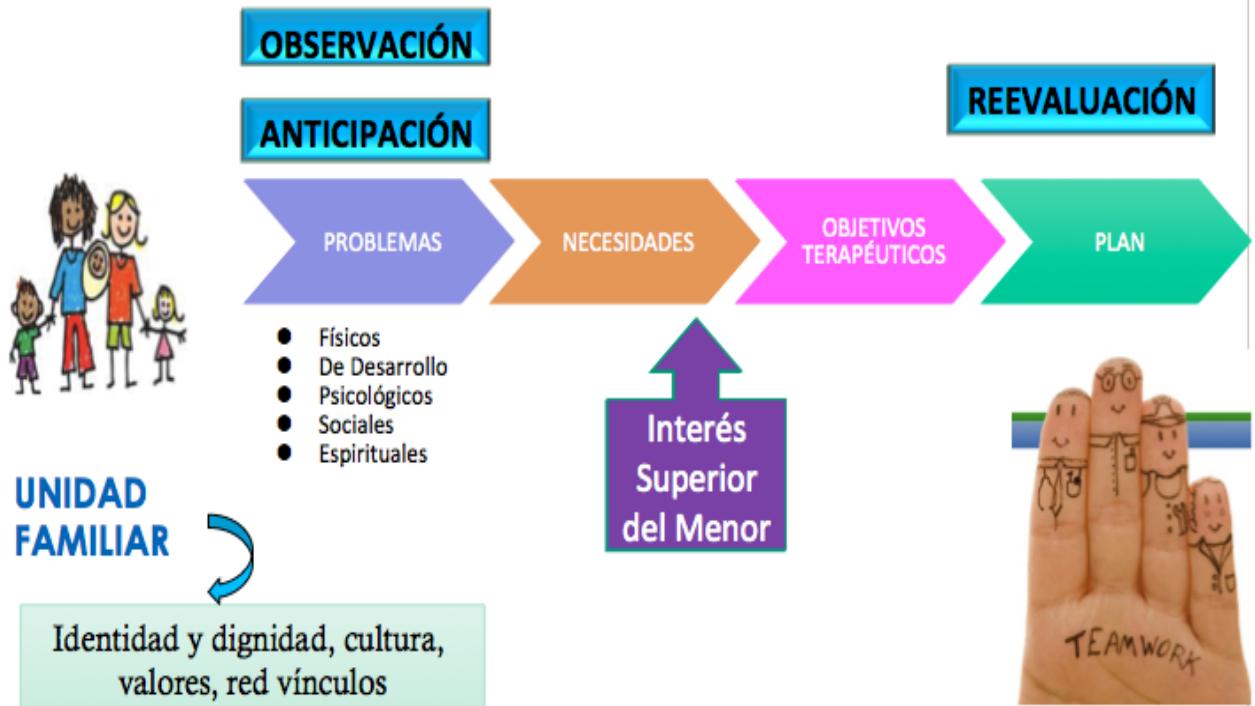
Grupo 5: neonatos

- A) Diagnóstico prenatal (anencefalia)
- B) Diagnóstico postnatal (EHI grave, prematuridad extrema)

El final de la vida desde el inicio de la vida

ATENCIÓN PALIATIVA

Atención integral



Integral

- Necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.
- Educación y desarrollo
- Incluye el apoyo a la familia

Multidisciplinar

- Pediatra/enfermero/psicólogo/TS/orientación espiritual
- Coordinada por especialistas con mayor competencia
- Objetivos terapéuticos comunes

Coordinada

- Se beneficia de los recursos sanitarios y sociales según la cercanía a su domicilio o de atención domiciliaria
- Trabajo en red

Planificadora

- Plan de atención ante posibles complicaciones futuras
- Modificación de las actuaciones según la situación clínica del paciente

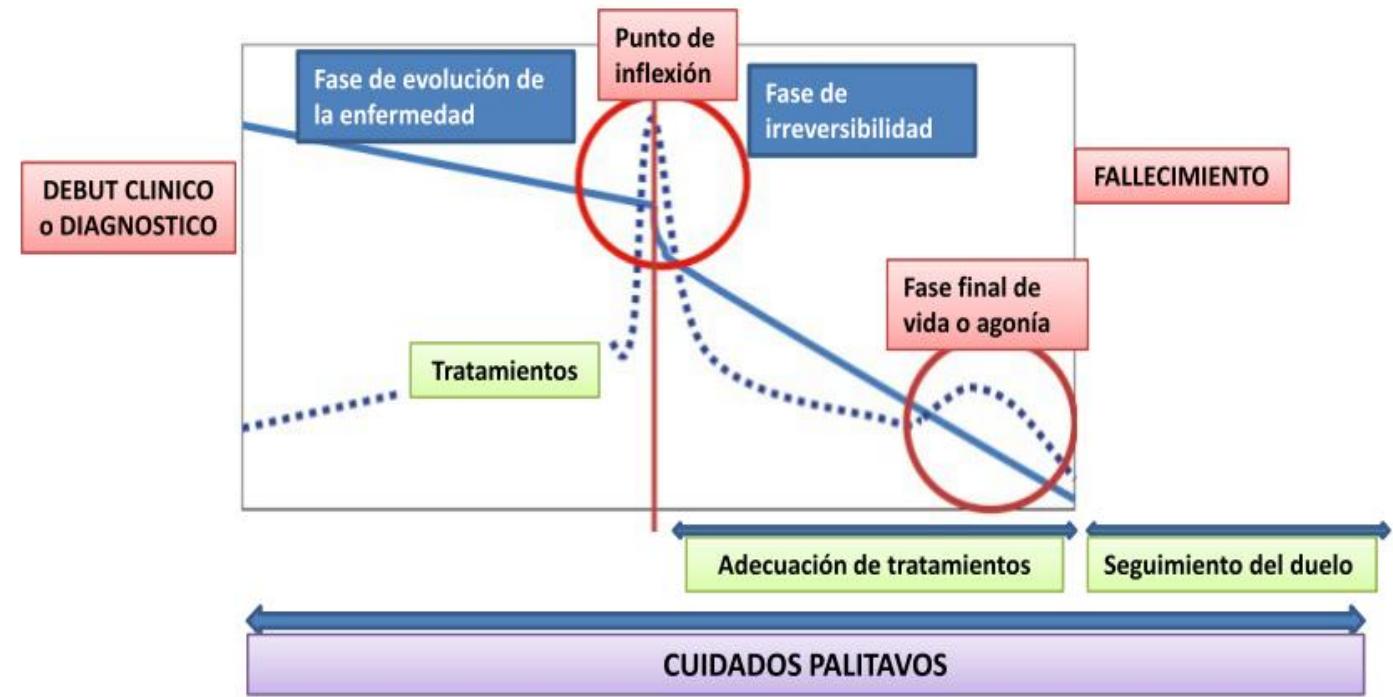
FASES DE LA ENFERMEDAD

EL PUNTO DE INFLEXION

***Cambio de tendencia en la trayectoria clínica de su enfermedad.**

- Aceleración del empeoramiento clínico, disminución de los intervalos libres de síntomas, más ingresos, menos respuesta a la escalada de tratamientos.
- Su reconocimiento ayuda a adaptar los objetivos terapéuticos.
- **Una vez pasado el tratamiento paliativo cobrará más importancia.**
- Frecuentes dudas sobre si el paciente ha pasado o no el punto de inflexión

Fases de la enfermedad



NIVELES DE ATENCIÓN

Personas que proporcionan atención paliativa

Nivel 2: CC PALIATIVOS GENERALES

- P. neumólogos
- P. neurólogos
- Rehabilitadores
- P. digestivo y nutrición
- Ortopedas
- Fisioterapeutas
- etc



Nivel 3: CC PALIATIVOS ESPECÍFICOS

- Equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos
- Equipos de soporte

Nivel 1: ENFOQUE PALIATIVO

- Equipo de atención primaria: pediatra y enfermer@
- Centro de Salud Mental de zona
- Servicios Sociales

ATENCIÓN PALIATIVA: Control de síntomas físicos

RESPIRATORIOS	DIGESTIVOS	NEUROLOGICOS
<ul style="list-style-type: none"> -Infecciones -IRA/IRC -Disnea 	<ul style="list-style-type: none"> -Náuseas/vómitos -Estreñimiento/diarrea -Disfagia 	<ul style="list-style-type: none"> -Epilepsia -Espasticidad -HTIC -Sueño 
METABOLICO/RENALES	HEMATOLOGICOS	ENDOCRINOS
<ul style="list-style-type: none"> -IRA/IRC -Acidosis-alcalosis 	<ul style="list-style-type: none"> -Anemia -Trombocitopenia -Leucopenia 	<ul style="list-style-type: none"> -Pubertad precoz -Alteración hipotálamo-hipofisiarias
CARDIOLOGICO	LOCOMOTOR	DOLOR
<ul style="list-style-type: none"> -ICC -HPT 	<ul style="list-style-type: none"> -Luxaciones -Contracturas -Fracturas patológicas 	<ul style="list-style-type: none"> -Visceral -Somático -Mixto -Neuropático 

ATENCIÓN PALIATIVA: Atención psicológica, social y espiritual

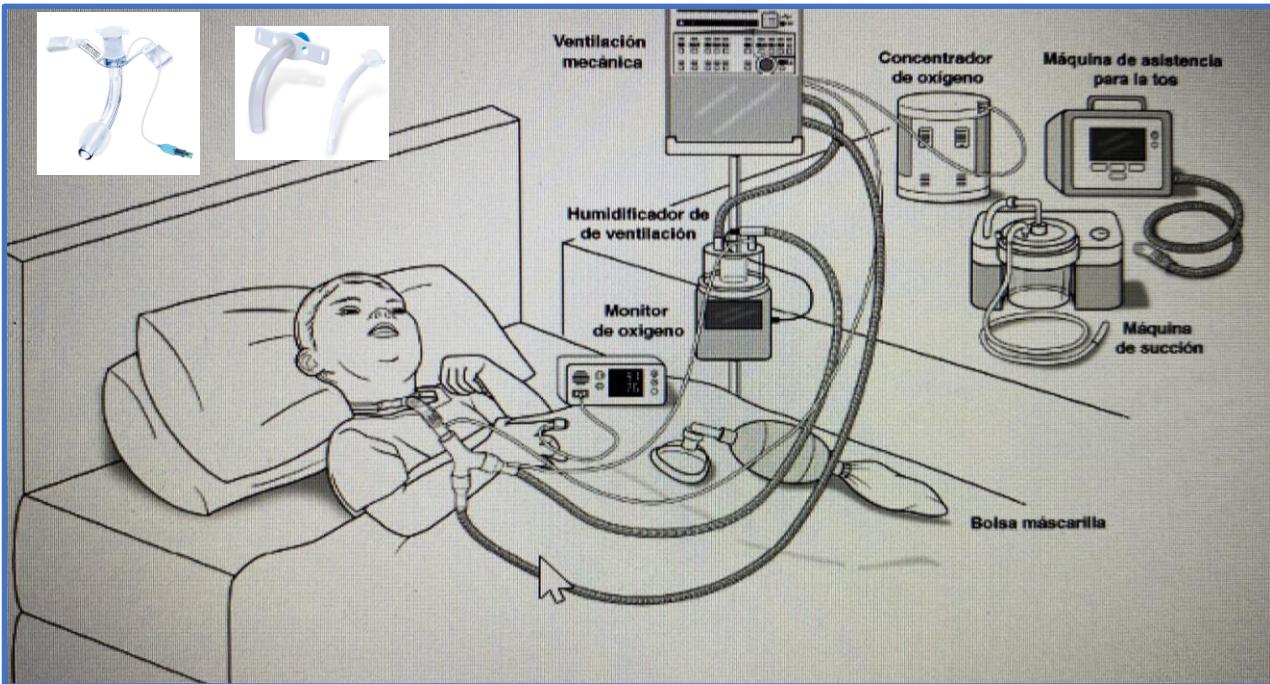
<p>FUDNACINES (ASPAÑIÓN-LA CAIXA) ESCASOS RECURSOS PUBLICOS</p>	<p>Sociales</p> <ul style="list-style-type: none">• Juego• Escolarización• Interacción social• Domicilio• Ayudas/Prestaciones 
<p>Psicológicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicación abierta, adaptada a la edad• Apoyo emocional• Desarrollo de personalidad del niño 	<p>Espirituales</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentido, valores, trascendencia• Trasfondo cultural• y religioso  <div data-bbox="1932 885 2188 1000"><p>DONACIÓN ORGANOS</p></div>

ATENCIÓN PALIATIVA: COORDINACIÓN ASISTENCIAL

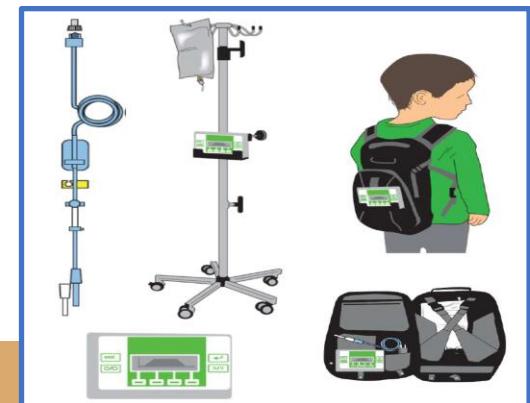
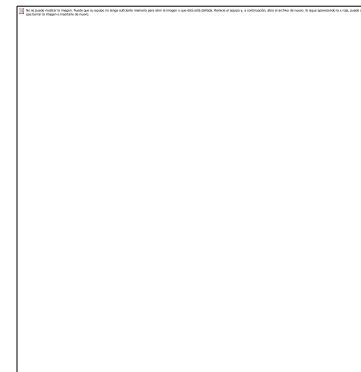


ATENCIÓN PALIATIVA: EL HOSPITAL EN CASA

RESPIRATORIO



DIGESTIVO

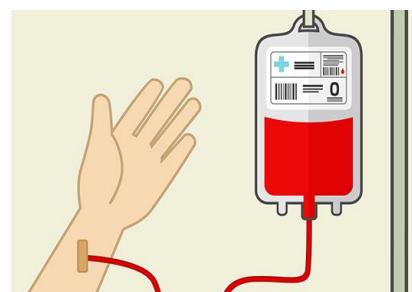


ATENCIÓN PALIATIVA: EL HOSPITAL EN CASA

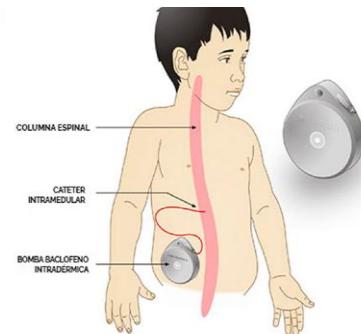
METABOLICO/RENALES



HEMATOLOGICOS



NEUROLÓGICOS



CARDIOLOGICO



LOCOMOTOR



DOLOR



TIPOS DE PERFUSIONES utilizadas en el DOMICILIO

POR GRAVEDAD



INFUSOR



BOMBA DE CASSETTE



FACILIDAD de uso por parte de la enfermera
Coste BAJO

AHORRO de tiempo
FACILIDAD de uso por parte de la enfermera / del paciente
NO NECESITA estar enchufado
NO RESTA movilidad al paciente
Coste MEDIO

Mayor PRECISIÓN en el tiempo de administración
AMSA de cualquier avería y del fin de la perfusión,
NO RESTA movilidad*.

LENTA, la movilidad del paciente (requiere un polo de perfusión),
Riesgo de RETROCESO DE SANGRE en la línea y obstrucción del catéter cuando la perfusión se acaba

NO TIENE alarmas para avisar del fin de la perfusión

Funciona con BATERÍA
Requiere una FORMACIÓN COMPLETA
Coste ALTA

VYCON
Value Life

*las bombas de infusión volumétricas, tienen los mismos inconvenientes y las mismas ventajas, salvo respecto a la movilidad (pueden ser un polo de perfusión)

SEDACION PALIATIVA

La **sedación paliativa** es la disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios

Síntomas refractarios: no logran ser controlados adecuadamente por un equipo experto, a pesar de esfuerzos terapéuticos. Los más frecuentes al final de la vida son

Temporalidad: **continua vs intermitente.**

Nivel de sedación: **profunda vs superficial.** Utilizar el nivel más bajo posible para que el paciente se mantenga confortable, ajustar en función de sus necesidades

Eutanasia: administración deliberada de fármacos a un paciente con **intención de provocar su muerte** a petición expresa, inequívoca, reiterada y autónoma del propio paciente (persona competente)

Suicidio asistido: proceso eutanásico en el que el profesional suministra al paciente los fármacos necesarios para que él **mismo se los tome**

5 puntos clave:

1. Presencia de un **sufrimiento intratable** causado por un síntoma refractario
2. Presencia de una enfermedad en **fase final de vida**
3. Necesidad de discusión con el paciente y proceso de **consentimiento informado**
4. Necesidad de consultar con **un equipo experto en manejo de síntomas**
5. Aplicación de **fármacos sedantes para disminuir el nivel de conciencia y evitar el sufrimiento** del paciente

"Tú importas porque eres tú, e importas hasta el último momento de tu vida. Haremos todo lo necesario no sólo para que tengas una muerte tranquila, si no para que *vivas hasta el momento en el que mueras*".

Cicely Saunders



“Morir de vida es un buen final”

Antonio Gala

