



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LINEAMIENTOS SUGERIDOS PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD EN EL ENFERMO EN FASE TERMINAL

(Documento para discusión)

2015

LINEAMIENTOS SUGERIDOS PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A MORIR
CON DIGNIDAD EN EL ENFERMO EN FASE TERMINAL

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Abril 2015

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

GERMÁN ESCOBAR MORALES
Jefe de la Oficina de Calidad

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor

BLANCA YURANI FLÓREZ RODRÍGUEZ
Equipo Técnico Oficina de Calidad

HÉCTOR EDUARDO CASTRO JARAMILLO
Director Ejecutivo

AURELIO MEJÍA MEJÍA
Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud

ANGELA VIVIANA PÉREZ
Subdirectora de Producción de Guías de Práctica Clínica

Tabla de contenido

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.	ALCANCE.....	5
3.	OBJETIVOS.....	6
4.	MARCO LEGAL Y JURISPRUDENCIAL.....	6
5.	PRÁCTICAS MÉDICAS RECOMENDADAS.....	6
5.1.	FACTORES PRONÓSTICOS Y CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y EN ENFERMEDADES AVANZADAS NO ONCOLÓGICAS.....	7
5.2.	PROTOCOLO FARMACOLÓGICO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE MUERTE ANTICIPADA PARA GARANTIZAR EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD EN LOS TÉRMINO D ELA SENTENCIA T-970 DE 2014.	11
5.2.1.	REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	11
5.2.1.1.	Estrategias de búsqueda.....	12
5.2.2.	CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA.....	15
5.2.3.	DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA.....	15
5.2.3.1.	<i>Drugs used for euthanasia in Flanders, Belgium</i>	15
5.2.3.2.	<i>Guidelines for an acceptable euthanasia procedure</i>	17
5.2.3.3.	<i>Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands</i>	18
5.2.4.	RESUMEN GENERAL DE RESULTADOS.....	19
5.2.5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	19
5.2.6.	EXCLUIDOS Y RAZÓN DE EXCLUSIÓN.....	20
6.	CONCLUSIÓN.....	22

1. INTRODUCCIÓN

La Corte Constitucional, mediante la sentencia T-970 de 2014, al referirse a la sentencia C-239 de 1997 que declaró que el derecho a morir dignamente es un derecho fundamental, indicó lo siguiente:

[...]La Sentencia C-239 de 1997 si bien dejó en manos del Legislador la regulación del tema, sostuvo que cuando una persona que i) padezca de una enfermedad terminal que le produzca sufrimiento y que iii) manifiesta su voluntad de provocar su muerte, iii) deberá practicársele algún procedimiento médico, normalmente eutanasia, realizado por un profesional de salud, que garantice su derecho a morir dignamente.

Posteriormente, en la sentencia T-970 de 2014, la Alta Corporación encontró que a pesar de existir un precedente constitucional (Sentencia C-239 de 1997), la ausencia de regulación ha impedido que esa garantía se vea realmente materializada. En consecuencia, estableció las condiciones, sujetos activos, sujetos pasivos, contenidos de las obligaciones y forma de garantizar al derecho a morir con dignidad, en aras de asegurar la primacía de la Constitución ante la inexistencia de la reglamentación respectiva.

Para tal fin, en esta última decisión la Corte Constitucional emitió dos órdenes al Ministerio de Salud y Protección Social: (i) Impartir una directriz para que se conformen los Comités Científicos interdisciplinarios que cumplirán las funciones señaladas en la sentencia T-970, entre otras y, (ii) sugerir un protocolo médico que sirva como guía para los médicos “el cual será discutido por expertos de distintas disciplinas y que será referente para los procedimientos tendientes a garantizar el derecho a morir con dignidad”.

Teniendo en cuenta las recomendaciones del Grupo de Trabajo que se constituyó, el Ministro de Salud y Protección Social, en virtud de la complejidad de algunos temas, solicitó una ampliación del término así como la práctica de una audiencia especial para aclarar ciertos tópicos dentro del procedimiento a morir con dignidad objeto del pronunciamiento.

Sin embargo y conforme a lo dispuesto en el Auto 098 de 27 de marzo de 2015, la Honorable Corte Constitucional resolvió “**NEGAR** las peticiones elevadas por el Ministerio de Salud en relación con los plazos fijados en la Sentencia T-970 de 2014, al igual que la solicitud de Audiencia Especial, de conformidad con la parte motiva de esta providencia”, razón por la cual procedió a “**REITERAR** los plazos establecidos en esa decisión”.

Teniendo en cuenta el carácter vinculante del precedente constitucional referido al derecho a morir con dignidad, este Ministerio dentro de los plazos establecidos, en primer lugar, adoptó un acto administrativo cuyo objeto es el de establecer la conformación y funcionamiento de los Comités Científicos interdisciplinario para del Derecho a Morir con Dignidad, partiendo de las directrices generales definidas por la Corte Constitucional. Y, en segundo lugar, los presentes lineamientos generales para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad del paciente en fase terminal.

De lo anterior se colige, que este documento para discusión contiene los aspectos claves de la atención con la finalidad de dar una orientación a los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, especialmente al profesional médico, quien es en últimas el sujeto activo en este proceso.

2. ALCANCE

Estos lineamientos sugieren prácticas médicas recomendadas que son claves para la toma asertiva de decisiones por parte del profesional médico en la garantía del derecho a morir con dignidad del enfermo en fase terminal. Es un

documento que está sujeto a discusión de expertos en los términos señalados por la Corte Constitucional en la sentencia T-970 de 2014.

3. OBJETIVOS

- a. Incorporar las directrices definidas por la Corte Constitucional en la adopción de prácticas relacionadas con el ámbito de la salud, tendiente a garantizar el derecho a morir con dignidad en enfermos en fase terminal.
- b. Fortalecer las capacidades de los diferentes actores del SGSSS, especialmente las del profesional médico, frente a situaciones que demande la garantía del derecho a morir dignamente.

4. MARCO LEGAL Y JURISPRUDENCIAL

- Sentencia C - 239 de 1997 M.P. Carlos Gaviria Díaz. Corte Constitucional.
- Sentencia T - 970 de 2014 MP. Luis Ernesto Vargas Silva. Corte Constitucional.
- Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad.
- Resolución 1216 de 2015. “Por medio de la cual se da cumplimiento a la orden cuarta de la sentencia T-970 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los Comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad”. Ministerio de Salud y Protección Social.

5. PRÁCTICAS MÉDICAS RECOMENDADAS

En la revisión de la evidencia clínica presente en la literatura se encontró que no existe un protocolo clínico o médico ni guías de práctica clínica que estandaricen intervenciones asistenciales relacionadas con la garantía al derecho a morir con dignidad en el paciente en fase terminal. No obstante, en este documento se sugieren dos orientaciones clínicas que pretenden incentivar a la reflexión al personal médico en aspectos fundamentales de la atención:

- (i) Factores pronósticos y criterios de terminalidad en enfermedad oncológica y en enfermedades avanzadas no oncológicas que recopila Navarro Sanz de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, que se presentan en el apartado 5.1 de este documento¹, y,
- (ii) Protocolo farmacológico para realizar el procedimiento de muerte anticipada para garantizar el derecho a morir con dignidad en los términos de la sentencia T-970 de 2014.

¹ Navarro-Sanz JR. Cuidados paliativos no oncológicos, enfermedad terminal: concepto y factores pronósticos. [Internet]. Valencia: SECPAL, [acceso 17 abr 2015]. Disponible en <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>.

5.1. FACTORES PRONÓSTICOS Y CRITERIOS DE TERMINALIDAD EN ENFERMEDAD ONCOLÓGICA Y EN ENFERMEDADES AVANZADAS NO ONCOLÓGICAS

ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

- a. La impresión clínica por sí sola no constituye un parámetro exacto para predecir el pronóstico en pacientes de cáncer en situación terminal (necesidad de modelos que contemplen variables como la situación funcional global, el estado nutricional, etc.)
- b. Índice de Karnofsky < 40, menor supervivencia.
- c. ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) < 2, menor supervivencia.
- d. Presencia de síntomas como debilidad, anorexia, disnea de reposo, edema y delirium.
- e. La percepción subjetiva del propio paciente de peor calidad de vida más el deterioro cognitivo tienen carácter pronóstico < 2 semanas.
- f. Parámetros analíticos demostrativos en cuidados paliativos de una mayor relación con una mortalidad precoz son: hiponatremia, hipercalcemia, hipoproteïnemia, hipoalbúminemia, leucocitosis, neutropenia y linfopenia.^{2,3,4,5}

ENFERMEDADES AVANZADAS NO ONCOLÓGICAS

Es conocida la dificultad que existe para determinar cuando un paciente con enfermedad avanzada no maligna entra en fase Terminal. La razón principal radica la dificultad en establecer criterios capaces de identificar un pronóstico de supervivencia = 6 meses en estos pacientes. Debido a esta dificultad es fundamental realizar una Valoración Multidimensional Individualizada (VMI) (Escala de valoración de las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria (ABIVD), exámenes cognitivos como los tests de Pfeiffer y Folstein, escalas de depresión, etc.).

Existen otras variables que nos ayudan junto con la valoración a establecer el pronóstico: a) la edad como indicador de comorbilidad y "fragilidad" (El síndrome de Declive es en muchos casos una situación que proviniendo desde la fragilidad acabará conllevando situaciones irreversibles); b) el tiempo de evolución del proceso causante de discapacidad; c) el estado nutricional; d) el deterioro cognitivo; e) la depresión y f) la falta de un adecuado soporte socio familiar.

² Nabal M?, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (I): el valor de la impresión clínica. Med Pal 2002; 9(1): 10-12.

³ Nabal M?, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (II): el valor del estado funcional y los síntomas. Med Pal 2002; 9(2): 87-9.

⁴ Nabal M?, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (II): el valor de la calidad de vida y los factores psicosociales. Med Pal 2002; 9(3):134-38.

⁵ Nabal M?, Porta J, Naudí C, et al. Estimación de la supervivencia en Cuidados Paliativos (II): el valor de los factores biológicos. Med Pal 2002; 9(4):190-94.

Aunque estimar el pronóstico es una ciencia inexacta, no debe ser motivo para que evitemos hablar del mismo con los enfermos y/o la familia. Debemos de tener presente que un número no despreciable de estos pacientes morirán repentinamente; por lo que no tenemos que caer en el "nihilismo" del pronóstico. A modo de práctica clínica, como señala Scout A. Murria et al., cuando monitoricemos indicadores pronósticos y observemos un declive progresivo e irreversible del paciente, nos debemos preguntar ¿me sorprendería si mi paciente muriera en los próximos 12 meses? Si la respuesta es no, necesitamos dar al paciente y familia la oportunidad de planificar una buena muerte, cuando le corresponda, planificando unos adecuados cuidados al final de la vida.⁶

Criterios generales para determinar el pronóstico (National Hospice Organization)^{7,8}

I.- Paciente muy mayor con vida limitada debido a: diagnóstico específico, varios diagnósticos o sin un diagnóstico claramente definido. El paciente y/o familia están informados de la situación.

II.- Paciente y/o familia, previa información-comunicación, han elegido tratamiento de control de síntomas sobre tratamiento curativo.

III.- Paciente presenta alguno de los siguientes:

A: Documentación clínica de progresión de la enfermedad que puede incluir:

- 1) Progresión enfermedad primaria demostrada por medio de sucesivas valoraciones, estudios complementarios, etc.
- 2) Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. en los últimos 6 meses.
- 3) Numerosas demandas de atención sanitaria en domicilio, residencias asistidas, etc.
- 4) Objetivación de un declive funcional reciente:
 - a) Declive reciente en pacientes con reducción previa de la funcionalidad por enfermedad crónica (ej. paciente con paraplejía crónica por alteración de la médula espinal que recientemente es diagnosticado de un cáncer).
 - b) Disminución funcional documentada por:
 - de Karnofsky 50
 - Dependencia en al menos 3 ABVD (bañarse, vestirse, comer, transferencias, continencia, capacidad de deambular independiente. al baño).

B: Documentación de alteración nutricional reciente relacionada con el proceso terminal:

- 1) Pérdida de > 10% del peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses.
- 2) Albúmina < 2.5 g/dl.

⁶ .Scout A Murria, Krisky Boyd, Aziz Sheik. Palliative care in chronic illness. BMJ 2005; 330:611-12.

⁷ Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connnor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

⁸ Joanne Lynn. Serving patients who may die soon and their familias. JAMA 2001; 285:925-32.

Nivel de evidencia III (basada en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos, como en estos *guidelines*). Recomendación C (no suficiente evidencia científica).

ENFERMEDAD PULMONAR AVANZADA: OCFA

El Medicare Hospice de USA considera que la situación de enfermedad terminal pulmonar viene definida por los siguientes criterios

1. Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por disnea de reposo con respuesta escasa o nula a broncodilatadores.
2. Progresión de la enfermedad evidenciada por incremento de las hospitalizaciones o visitas domiciliarias por infecciones respiratorias y/o insuficiencias respiratorias
3. Hipoxemia, pO₂ 55 mm Hg en reposo y respirando aire ambiente o StO₂ 88 % con O₂ suplementario, o hipercapnia, pCO₂ 50 mm Hg
4. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
5. Pérdida de peso no intencionada de >10% durante los últimos seis meses.
6. Taquicardia de > 100 ppm en reposo.^{9,10,11}

INSUFICIENCIA CARDÍACA AVANZADA

La situación clínica de terminalidad viene dada cuando la insuficiencia cardíaca avanzada es refractaria al tratamiento médico y no es subsidiaria de trasplante cardíaco. Son factores pronóstico relacionados con la SET

1. Disnea grado IV de la NYHA
2. Fracción de eyección del 20%
3. Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e IECAs.
4. Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico^{12,13,14,15}

⁹ Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

¹⁰ Abrahm J.L. and Hansen-Flaschen J. Hospice care for patients with advanced lung disease. Chest 2002; 121(1): 220-29.

¹¹ Shee C.D. Palliation in chronic respiratory disease. Palliative Medicine. 1995; 9: 3-12.

¹² - Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

¹³ Millane T, Jackson G, Gibbs CR, Lip GYH. ABC of heart failure acute and chronic management strategies. BMJ 2000; 320: 559-62.

¹⁴ Gottlieb C F y Butler J. End-of-life care for elderly patients with heart failure. Clinics in Geriatric Medicine 2000; 16(3): 663-75.

¹⁵ Quaglietti SE, Atwood E, Ackerman L, Frolelicher V. Managment of the patient with congestive Herat failure using outpatient home and palliative care. Progress in Cardiovascular Diseases 2000; 43(3): 259-74.

ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA: CIRROSIS HEPÁTICA

Factores pronóstico relacionados con la SET

1. Insuficiencia hepática grado C de la clasificación de Child-Pugh:

Encefalopatía grado III-IV

Ascitis masiva

Bilirrubina > 3 mg/dl

Albúmina < 2.8 g/dl

T. de protrombina < 30 %

y en la que se ha descartado el trasplante hepático

2. El síndrome hepatorenal debido a que carece de tratamiento médico eficaz ya suele ser un indicador de situación clínica terminal^{16,17,18}

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA AVANZADA

Factores pronóstico relacionados con la SET

La situación terminal en pacientes con **enfermedad renal avanzada** y que no van a ser dializados viene dada ante:

1. Manifestaciones clínicas de uremia (confusión, náuseas y vómitos refractarios, prurito generalizado, etc.

2. Diuresis < 400 cc/día

3. Hiperkaliemia > 7 y que no responde al tratamiento

4. Pericarditis urémica

5. Síndrome hepatorenal

6. Sobrecarga de fluidos intratable^{19,20,21}

¹⁶ Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

¹⁷ Roth K, Lynn J, Zhong Z, Borum M, Dawson NV. Dying with end stage liver disease cirrhosis: insights from SUPPORT. Study to Understand Prognosis and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. JAGS 2000; 48(5suppl): S122-30.

¹⁸ Riley TR, bati AM. Preventive strategies in chronic liver disease: part II. Cirrosis. Am Fam Physician 2001; 64(10): 1735-40.

¹⁹ Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

²⁰ Valderrabano F., Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001; 38 (3): 443-64.

²¹ Cohen MI, Germain MJ, Poppel DM, Woods AI, Pekow PS, Kjellstrand CM. Dying well after discontinuing the life-support treatments of dialysis. Arch Intern Med 2000; 160: 2513-18).

DEMENCIAS MUY EVOLUCIONADAS Y ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR CRÓNICA AVANZADA

En estos pacientes también existe dificultad para hacer pronósticos a medio plazo. Existen múltiples factores que si son considerados nos ayudarán a individualizar la toma de decisiones y/ a decidir el esfuerzo diagnóstico y terapéutico a emplear. Entre otros cabe destacar:

1. Edad > 70 años
2. FAST (*Functional Assessment Staging*) > 7c
3. Deterioro cognitivo grave (MMSE: *Mini-Mental State Examination* < 14)
4. Dependencia absoluta
5. Presencia de complicaciones (comorbilidad, infecciones de repetición -urinarias, respiratorias-, sepsis, fiebre a pesar de la antibioterapia,...)
6. Disfagia
7. Desnutrición
8. Úlceras por presión refractarias grado 3-4

Los niveles de evidencia, en la mayoría de los estudios sobre los factores pronósticos comentados antes, oscilan entre II.2 (estudios de cohorte o caso-control)-II.3 (estudios comparativos) y III (experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos); es decir entre una evidencia científica aceptable y una no suficiente evidencia científica. No obstante es aconsejable hacer estudios con los que podamos establecer modelos de predicción de mortalidad con el fin de ayudar a realizar la toma de decisiones e iniciar la discusión de los cuidados al final de la vida en pacientes con enfermedades avanzadas no malignas.²²

La VMI de cada paciente nos ayudará a ver globalmente la situación del mismo así como a personalizar las decisiones, que deben estar basadas en el juicio clínico apoyado sobre los factores pronósticos citados, así como en las opiniones y deseos del paciente, familia y del equipo multidisciplinar.^{23,24}

5.2. PROTOCOLO FARMACOLÓGICO PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE MUERTE ANTICIPADA PARA GARANTIZAR EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD EN LOS TÉRMINO D ELA SENTENCIA T-970 DE 2014²⁵.

5.2.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA

²² Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connnor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

²³ Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connnor S, et al. Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996.

²⁴ Arriola E, González R, Ibarzabal X y Buiza C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(4): 225-30.

²⁵ Se debe entender que el término de eutanasia se encuentra contemplado en este documento, solo como parámetro de búsqueda, dado que en la literatura internacional no se adapta los términos de *procedimiento de muerte anticipada para garantizar el derecho a la muerte digna*

- Objetivo de la revisión: Identificar literatura científica que determine los protocolos farmacológicos para realizar el procedimiento de muerte anticipada para garantizar el derecho a la muerte digna
- Población: personas adultas quienes sean candidatos para realizar el procedimiento de muerte anticipada para garantizar el derecho a la muerte digna (eutanasia): (protocolos farmacológicos – fármacos/ dosis)
- Desenlaces: efectividad y eventos adversos

5.2.1.1. Estrategias de búsqueda

OID MEDLINE:

- #1 dysthanasia[Title/Abstract] (31)
- #2 euthanasia[Title/Abstract] (8257)
- #3 active euthanasia[Title/Abstract] (435)
- #4 indirect euthanasia[Title/Abstract] (23)
- #5 passive euthanasia[Title/Abstract] (201)
- #6 grateful dead[Title/Abstract] (8)
- #7 default death[Title/Abstract] (9)
- #8 orthotanasia[Title/Abstract] (2)
- #9 right to die[Title/Abstract] (846)
- #10 Euthanasia[MeSH Terms] (13577)
- #11 Euthanasia, Active[MeSH Terms] (4056)
- #12 Euthanasia, Active, Voluntary[MeSH Terms] (1589)
- #13 Euthanasia, Passive[MeSH Terms] (5871)
- #14 Right to Die[MeSH Terms] (4603)
- #15 Involuntary Euthanasia[Title/Abstract] (34)
- #16 Passive Euthanasia[Title/Abstract] (201)
- #17 Negative Euthanasia[Title/Abstract] (2)
- #18 Allowing to Die[Title/Abstract] (34)
- #19 Death with Dignity[Title/Abstract] (402)
- #20 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20) (20106)
- #21 technique[Title/Abstract] (695764)
- #22 procedure[Title/Abstract] (530064)
- #23 palliative Medicine[Title/Abstract] (1297)
- #24 withholding treatment[Title/Abstract] (238)
- #25 terminal care[Title/Abstract] (1404)
- #26 Methods[MeSH Terms] (577768)
- #27 Palliative Medicine[MeSH Terms] (31)
- #28 Withholding Treatments[Title/Abstract] (13)
- #29 Cessation of Treatment[Title/Abstract] (2120)
- #30 Treatment Cessation[Title/Abstract] (603)
- #31 Treatment Cessations[Title/Abstract] (5)
- #32 Withdrawing Treatment[Title/Abstract] (183)
- #33 Withdrawing Treatments[Title/Abstract] (13)
- #34 Withdrawing Care[Title/Abstract] (19)
- #35 Care, Terminal[Title/Abstract] (2)

#36 End of Life Care[Title/Abstract] (5594)
#37 Life Care End[Title/Abstract] (1)
#38 (#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37) (2002670)
#39 (#20 AND #38) (16032)
#40 (#39 AND (Drug Therapy[MeSH Terms] AND Humans[Mesh]) Filters: Humans) (181)

EMBASE:

#1 dysthanasia 32
#2 dysthanasia:ab,ti 29
#3 antidysthanasia:ab,ti 4
#4 cacotanasia:ab,ti 0
#5 worthy AND condition AND of AND terminally AND ill:ab,ti 0
#6 'euthanasia'/exp 18,930
#7 euthanasia:ab,ti 9,873
#8 'active euthanasia'/exp 1,781
#9 'euthanasia, active':ab,ti 0
#10 passive AND 'euthanasia'/exp 5,037passive
#11 euthanasia, AND passive:ab,ti 369
#12 grateful AND dead:ab,ti 11
#13 default AND death:ab,ti 1,012
#14 orthotanasia:ab,ti 2#
#15 right AND to AND die 6,777
#16 'right to die':ab,ti 2
#17#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 893
#18 'palliative therapy'/exp 27,382
#19 'palliative therapy':ab,ti 70,914
#20 palliation:ab,ti 2,103
#21 palliative AND care:ab,ti 14,836
#22 palliative AND medicine:ab,ti 38,157
#23 palliative AND treatment:ab,ti 5,703
#24 'procedures'/exp 44,514
#25 'procedure\$':ab,ti 21,783,393
#26 'method\$':ab,ti 684,501
#27 'technique':ab,ti 1,867,525
#28 withholding AND treatment:ab,ti 836,792
#29 'terminal care'/exp 2,056
#30 'terminal care':ab,ti 48,845
#31 'end-of-life care':ab,ti 1,621
#32 #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 7,147
#33 #17 AND #32 22,050,481
#34 AND 'human'/de AND 'drug therapy'/lnk 820

COCHRANE

- #1 worthy condition of terminally ill (4)
- #2 euthanasia (43)
- #3 active euthanasia (6)
- #4 direct euthanasia (4)
- #5 indirect euthanasia (1)
- #6 passive euthanasia (5)
- #7 grateful dead (74)
- #8 default death (288)
- #9 right to die (217)
- #10 MeSH descriptor: [Euthanasia] explode all trees (7)
- #11 MeSH descriptor: [Euthanasia, Active] explode all trees (3)
- #12 MeSH descriptor: [Euthanasia, Active, Voluntary] explode all trees (3)
- #13 MeSH descriptor: [Euthanasia, Passive] explode all trees (3)
- #14 MeSH descriptor: [Right to Die] explode all trees (3)
- #15 Passive Euthanasia (5)
- #16 Negative Euthanasia (4)
- #17 Allowing to Die (145)
- #18 Euthanasia, Negative (4)
- #19 Death with Dignity (21)
- #20 Dignity, Death with (21)
- #21 (#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 (722)
- #22 technique (32451)
- #23 procedure (60354)
- #24 procedures (38775)
- #25 withholding treatment (477)
- #26 terminal care (1257)
- #27 MeSH descriptor: [Methods] explode all trees (128142)
- #28 MeSH descriptor: [Withholding Treatment] explode all trees (217)
- #29 MeSH descriptor: [Terminal Care] explode all trees (360)
- #30 Palliative Care Medicine (978)
- #31 Medicine, Palliative (1200)
- #32 Treatment, Withholding (477)
- #33 Treatments, Withholding (116)
- #34 Withholding Treatments (116)
- #35 Cessation of Treatment (5670)
- #36 Treatment Cessation (5671)
- #37 Withdrawing Treatment (569)
- #38 Treatment, Withdrawing (569)
- #39 Treatments, Withdrawing (323)
- #40 Withdrawing Treatments (323)
- #41 Withdrawing Care (7619)

#42 (#21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 or #32 or #33 or #34 or #35 or #36 or #37 or #38 or #39 or #40) (237170)

#43 pharmacotherapy (7619)

#21 and #42 and #43 (13)

LILACS

tw:(euthanasia AND pharmacotherapy) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS")) 16

Clinical trials.gov

Euthanasia AND Drug Therapy (1)

- **Tipos de Diseños de estudios:** Se realiza una búsqueda sistemática de la literatura sin restricciones o filtro por tipo de diseño.
- **Criterios de inclusión:** Población: Población adulta candidata a eutanasia
Intervención: protocolos farmacoterapéuticos para eutanasia
- **Criterios de Exclusión:** Idiomas diferentes al inglés o al español.
Diseño: Poster, artículos que no estén en texto completo, cartas al editor, cartas de opinión.
Artículos que no mencionen fármacos o dosis que hagan referencia a: suicidio asistido, sedación paliativa, manejo de dolor en cuidado paliativo.
- **Bases y sitios de búsqueda:** PubMed, Embase, Cochrane, LILACS, búsqueda manual.
- **Fechas:** No hubo restricción de fechas.

5.2.2. CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA

De acuerdo al tipo de diseño se aplican las herramientas de calificación (AMSTAR, herramienta de sesgo de Cochrane, ISPOR) para los casos en los cuales aplique.

Resultados de la Búsqueda:

- Número de referencias identificadas mediante la búsqueda en bases de datos electrónicas n= 1031// Referencias manuales= 4
- Número de referencias duplicadas n = 3
- Número de referencias para tamización n = 1032
- Número de referencias excluidas en la tamización n =1006
- Número de artículos en texto completo evaluados para elegibilidad n = 26
- Número de artículos en texto completo excluidos n =23
- Número de estudios incluidos en la síntesis de evidencia n =3

5.2.3. DESCRIPCIÓN DE LA EVIDENCIA

A continuación, se realiza una descripción de la evidencia que aportan las referencias seleccionadas, incluyendo la evaluación de la calidad.

5.2.3.1. Drugs used for euthanasia in Flanders, Belgium

Tipo de estudio: Corte transversal

Fuente: Bases de datos electrónicas

Datos de publicación: pharmacoepidemiology and drug safety 2004; 13: 89–95 Published online 22 May 2003 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pds.863

Resumen de contenido

Objetivo: Describir los medicamentos y las dosis usadas para la eutanasia en una serie de casos identificados en un estudio epidemiológico de certificados de defunción en Bélgica

Metodología: Se realizó la aleatorización de 3999 certificados de defunción, en el periodo de enero a abril de 1998; posteriormente se envió un cuestionario a los médicos que certificaron la muerte, mediante tres preguntas los investigadores determinaron la aplicación de eutanasia o suicidio asistido. Además se preguntó acerca del tipo de medicamento usado, dosis, vía de administración y tiempo entre la administración y la muerte y complicaciones.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 65 % para médicos generales y 44% para especialistas. Se identificaron 22 casos de eutanasia considerando una incidencia de 1.1%. En relación con los medicamentos se identificó que 13 casos usaron opioides y 11 casos morfina (algunos usaron combinación de medicamentos). Las dosis empleadas de morfina estuvieron en un rango de 16 mg a 480 mg en las últimas 24 horas. La combinación más frecuente fue opioides con Diazepam IV con un rango de 10 a 120 mg. Insulina y pentotal fueron utilizados en dos casos.

El rango de tiempo para la muerte fue de 4 a 900 minutos (15 minutos o menos en 4 casos, de 1 a 2 horas en 2 casos, y 3 horas o más en 5 casos).

Table 2. Pharmacological practices in 22 cases of euthanasia in Belgium

Case	Drug 1	Route	mg in last 24 h	mg in last dose	Drug 2	Route	mg in last 24 h	mg in last dose	Drug 3	Route	mg in last 24 h	mg in last dose	Life shortening effect	Time (min) to expiry	Likelihood of effectiveness
1	?				?				?				<24 h	?	Unknown
2	?				?				?				1–7 d	?	Unknown
3	?				?				?				1–7 d	?	Unknown
4	?				?				?				1–7 d	?	Unknown
5	?				?				?				1–7 d	?	Unknown
6	Morphine	PP	480	?									1–7 d	?	Probable
7	Morphine	SC	20	10									<24 h	900	Improbable
8	Morphine	SC/IM	120	120									1–7 d	10	Possible
9	Morphine	IM	200	60									1–7 d	120	Probable
10	Morphine	PP	16	?									<24 h	?	Improbable
11	Diamorphine	PP	400	300									1–4 w	60	Probable
12	Fentanyl	TC	2.4	?									1–4 w	?	Improbable
13	Pentthotal	PP	?	?									1–4 w	?	Unknown
14	Pentthotal	PP	3600	1200	Mivacurium	IV	20	20					> 1 m	5	Certain
15	Morphine	IM	60	30	Fentanyl	TC	1.8	?					1–7 d	15	Possible
16	Morphine	PP	?	?	KCL	IV	?	?					<24 h	?	Certain
17	Morphine	IM	200	20	Insulin	SC+IM	4	?					1–7 d	240	Probable
18	Diazepam	IV	120	120	Lidocaine	?	800	800					1–7 d	4	Certain
19	Morphine	O/IM	100	100	Diazepam	?	20	10	Fentanyl	TC	2400	?	1–7 d	240	Probable
20	Morphine	I	40	40	Diazepam	I	40	40	Fentanyl	TC	?	?	1–7 d	?	Possible
21	Morphine	SC	40	30	Diazepam	IV	10	10	Lorazepam	O	5	?	<24 h	360	Possible
22	Insulin	IV	10	?	Diazepam	?	50	?	Pentazocin	?	?	?	<24 h	255	Certain

R. H. VANDER STICHELE ET AL.

Route: TC, Transcutaneous; PP, Perfusion pump; O, oral; IM, Intramuscular; IV, Intravenous; SC, Subcutaneous, I, Infusion.
Life shortening effect: as perceived by the responding physician.
Likelihood of effectiveness: as qualified by a panel (see text) ranging from 'improbable', 'possible', 'probable', to 'certain'.
Time to expiry: minutes between last dose and death.

Análisis y conclusiones

Este artículo se considera de baja calidad dado que es un estudio de tipo descriptivo en el cual se describe un pequeño número de casos en los que se realizó la eutanasia, los medicamentos usados así como sus dosis, sin embargo, no considera la efectividad comparativa de las intervenciones, dosis más adecuadas o esquemas de aplicación. Por lo anterior, no se pueden realizar conclusiones acerca de la mejor intervención para la realización de la eutanasia.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA: Baja por tipo de diseño de investigación.

5.2.3.2. Guidelines for an acceptable euthanasia procedure

Tipo de estudio: Revisión narrativa no sistemática – opinión

Fuente: Búsqueda manual, aportado por el Ministerio de Salud

Datos de publicación: Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Vol. 15, No. 2, pp. 313±321, 2001

Resumen de contenido

Objetivo

Describir las guías para el procedimiento de eutanasia y suicidio asistido en Holanda.

Metodología

No se describe la metodología con la que se lleva a cabo la revisión y la obtención de las conclusiones emitidas.

Resultados

En relación a las técnicas para realizar la eutanasia este documento reporta que a través de los años se han desarrollado varios métodos de eutanasia, medicación oral o administración intravenosa de fármacos. Cuando se administran los fármacos por vía intravenosa, el paciente pierde el conocimiento, y con el tiempo se da la muerte.

El tiempo hasta la muerte puede variar dependiendo del tipo y la dosis del medicamento. Normalmente esto tomará no más de 30 minutos. En el contexto de la práctica en Holanda se prefiere la combinación de un barbitúrico con un relajante muscular: tiopental 20 mg / kg (Nesdonal) en 100 ml de solución salina, seguido por 20 mg de pancuronio (Pavulon) en 100 ml de solución salina. Debido al riesgo de la tolerancia no es aconsejable utilizar opiáceos (morfina). Si el procedimiento se realiza por vía oral, el proceso de morir puede tomar un par de horas. Para reducir la posibilidad de vómitos, es aconsejable administrar 10 miligramos de metoclopramida por vía oral, intravenosa o intramuscular tres veces en un plazo de un día.

De acuerdo con la opinión de los autores, se considera que el proceso de morir no debe ser demasiado lento y debe ser iniciado en un tiempo predeterminado.

Análisis y conclusiones

Este documento recomienda un esquema farmacológico para realizar el procedimiento de eutanasia vía intravenosa. No se valoran resultados de efectividad y eventos adversos de los esquemas que recomiendan, así como tampoco se analiza la intervención de manera comparativa. Las conclusiones de este documento en relación a esquemas farmacológicos para llevar a cabo la eutanasia no cuentan o se derivan de referencias bibliográficas que soporten estas recomendaciones.

Este documento no cuenta con una descripción de la metodología para llegar a las conclusiones que reporta.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA: No cumple con metodología para el desarrollo de guías basadas en evidencia. Muy baja, revisión narrativa y opinión

5.2.3.3. **Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands**

Tipo de estudio: estudio descriptivo

Fuente: Búsqueda manual

Datos de publicación: The New England Journal of Medicine. Volumen 342 Numero 8

Resumen de contenido

Objetivo

Describir las características y frecuencia de problemas clínicos derivados de la eutanasia y el suicidio asistido.

Metodología

Se analizaron los datos de dos estudios/registros de eutanasia y suicidio asistido en Holanda (primer estudio conducido de 1990 a 1991 y el segundo estudio de 1995 a 1996), con un total de 649 casos. Se categorizaron los problemas clínicos en problemas técnicos como dificultad para la línea venosa; complicaciones como mioclonias o vómito y problemas de finalización del procedimiento como tiempo prolongado entre la administración del fármaco y la muerte.

Resultados

Se describieron 649 casos, de ellos 535 fueron casos en los cuales era prevista la eutanasia y 114 suicidio asistido. Del total de casos de eutanasia (535), 367 (69%) fue administrado un relajante muscular, en la mayoría de los casos, se aplicó posterior a la administración de un barbitúrico para inducir el coma. En 10% de los casos de eutanasia se administró únicamente un barbitúrico, en el 13% un opiáceo. Se administró cloruro de potasio en el 2% de los casos.

Se presentaron problemas técnicos en el 5% de los casos (dificultad para encontrar la vena, dificultad con el catéter y otros), complicaciones en el 3% de los casos (espasmos o mioclonias, cianosis, náusea y vómito) y problemas de finalización del procedimiento en el 5% de los casos (tiempo prolongado para la muerte, 23 casos, paciente despertó del coma, 5 casos).

En relación al intervalo de tiempo entre la administración del primer medicamento y el momento de la muerte, el rango general fue de 0.5 minutos a 7 días. En el rango de lo que se esperaba de tiempo estuvieron 449 casos (84%) con un rango de 0.5 minutos a 4 días, en un rango más corto de lo esperado estuvieron 18 casos (3%) de 0.5 minutos a 12 horas, y más prolongado de lo esperado se presentaron 51 casos (10%) de 5 minutos a 7 días. Es importante anotar que hay un rango definido de tiempo para esperar la muerte.

Análisis y conclusiones

Es un estudio descriptivo en el cual no se mencionan de manera explícita los esquemas farmacológicos usados para llevar a cabo el procedimiento de eutanasia. Se evidencia el uso de diferentes tipos de fármacos y en algunos casos en combinaciones (relajantes musculares, cloruro de potasio, barbitúricos, opiáceos, otros fármacos y combinaciones de los mismos). La complicación más grave reportada fue la prolongación del tiempo para la muerte. La mayor dificultad reportada en este estudio es el desconocimiento de los médicos en relación a los fármacos a emplear y cómo hacerlo

CALIDAD DE LA EVIDENCIA: Baja por tipo de diseño.

5.2.4. RESUMEN GENERAL DE RESULTADOS

En dos de las referencias incluidas (R. H. Vander Stichele 2004; Nikkie B. 2001) se mencionan fármacos y dosis empleadas para realizar la eutanasia. Los hallazgos tienen una amplia variabilidad tanto en grupos farmacoterapéuticos y dosis empleadas. Se menciona el uso de Morfina en un rango de dosis para las últimas 24 horas que va de 16 - 480 mg, diazepam de 10 – 120 mg, así como también el uso de insulina y tiopental. De igual manera, se evidencia el uso de un solo medicamento, y la combinación de dos y tres tipos de fármacos (R. H. Vander Stichele 2004). También se menciona en la referencia de Nikkie B. 2001, el uso de tiopental 20mg/Kg + pancuronio 20 mg, pero no se recomienda el uso de morfina.

Se pone en evidencia la amplia variabilidad y heterogeneidad tanto en el tipo de fármacos usados para el procedimiento de eutanasia, como los tipos de combinaciones y las dosis empleadas. También se identifican efectos secundarios relacionados al procedimiento (Groenewoud J, 2000) relacionados con la técnica, eventos adversos o complicaciones y prolongación del tiempo hasta la muerte.

Dado lo anterior, la baja calidad de las referencias identificadas, asociado a la amplia variabilidad de esquemas farmacoterapéuticos empleados y los eventos secundarios y complicaciones derivadas de los mismos, no es posible determinar el mejor protocolo clínico farmacoterapéutico para realizar la eutanasia.

5.2.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- No es posible determinar o recomendar un esquema farmacológico específico para llevar a cabo el procedimiento de muerte anticipada para garantizar el derecho a la muerte digna²⁶, dada la amplia variabilidad y heterogeneidad tanto de grupos farmacológicos, sus combinaciones y usos.

²⁶ Se hace referencia que el procedimiento aquí analizado es el de eutanasia

- La administración de esquemas farmacológicos para el procedimiento de muerte anticipada puede generar eventos adversos y complicaciones en un amplio rango, como vómito, náusea, espasmos y mioclonía, así como prolongación del tiempo hasta la muerte.
- Es necesario que los profesionales de la salud tengan un adecuado conocimiento del tipo de fármacos, combinaciones y dosis a emplear así como sus posibles complicaciones y eventos adversos, con el fin de asegurar una muerte sin dolor y sufrimiento.
- La literatura encontrada es de baja calidad, lo que no permite brindar una recomendación acerca del protocolo farmacológico del procedimiento objeto de análisis. Dado lo anterior se contempla la necesidad de realizar un consenso de expertos formal con expertos clínicos/temáticos para determinar el posible esquema o esquemas farmacológicos. .

5.2.6. EXCLUIDOS Y RAZÓN DE EXCLUSIÓN

- Fischer, S., et al. (2008). "Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations." J Med Ethics 34(11): 810-814. **Excluido no incluye la intervención.**
- Horikx, A. and P. V. Admiraal (2000). "[Utilization of euthanatic agents; experience of physicians with 227 patients, 1998-2000]." Ned Tijdschr Geneesk 144(52): 2497-2500. **Excluido no disponible en texto completo.**
- Sprij, B. (2010). "[Could it be a little less? Let the dose of thiopental in euthanasia depend on the body weight]." Ned Tijdschr Geneesk 154: A1983. **Excluido por disponible en idioma.**
- End-of-life decisions and the reinvented Rule of Double Effect: a critical analysis Lindblad A., Lynoe N., Juth N. Bioethics 2014 28:7 (368-377). Date of Publication: 1 Sep 2014 **Descartado no incluye la intervención.**
- Trends in the aggressiveness of end-of-life care for Korean pediatric cancer patients who died in 2007-2010 Park J.D., Kang H.J., Kim Y.A., Jo M., Lee E.S., Shin H.Y., Yun Y.H. PLoS ONE 2014 9:6 Article Number: e99888. Date of Publication: 12 Jun 2014 **Descartado no incluye la intervención.** (descriptivo de encarnizamiento terapéutico)
- Review of palliative sedation and its distinction from euthanasia and lethal injection Hahn M.P. Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy 2012 26:1 (30-39). Date of Publication: 7 Mar 2012 **Descartado no corresponde al tipo de diseño, es una revisión narrativa de cuidado paliativo**
- End-of-life care and end-of-life medical decisions: the ITAELD study. Miccinesi G., Puliti D., Paci E. Epidemiologia e prevenzione 2011 35:3-4 (178-187) **Descartado no incluye la intervención** (descriptivo de decisión de fin de la vida)
- General practitioners' report of continuous deep sedation until death for patients dying at home: A descriptive study from Belgium Anquinet L., Rietjens J.A.C., Van Den Block L., Bossuyt N., Deliens L. European Journal of General Practice 2011 17:1 (5-13) **Descartado no incluye la intervención**
- Opioid use at the end of life: working out the physician's intentions. Krishna L., Capps B. Indian journal of medical ethics 2011 8:1 (39-41) MEDLINE **No acceso a texto completo**
- The gray area between palliative care and active shortening of the dying process Sprung C.L., Ricou B., Bulow H.-H. Critical Care Medicine 2008 36:8 (2483-2484) **Descartado no incluye intervenciones ni dosis.**
- End of life care: Issues and challenges Yeolekar M., Mehta S., Yeolekar A. Journal of Postgraduate Medicine 2008 54:3 (173-175). Date of Publication: 1 Jul 2008 **Descartado no corresponde al tipo de diseño. Es un artículo de opinión del autor.**

- Morphine prescription in end-of-life care and euthanasia: French home nurses' opinions Bendiane M.K., Bouhnik A.-D., Favre R., Galinier A., Obadia Y., Moatti J.-P., Peretti-Watel P. Journal of Opioid Management 2007 3:1 (21-25) **Descartado no incluye intervenciones, ni dosis.**
- Opiates at the end of life in an emergency department in Spain: Euthanasia or good clinical practice? Del Nogal Saez F. Intensive Care Medicine 2006 32:7 **Descartado no corresponde al tipo de diseño, es un artículo de opinión**
- Opioids and benzodiazepines appear paradoxically to delay inevitable death after ventilator withdrawal Edwards M.J. Journal of Palliative Care 2005 21:4 (299-302) **Descartado no incluye la intervención, ni dosis.**
- Euthanasia in the Netherlands: 25 years of experience Dupuis H.M. Legal Medicine 2003 5:SUPPL. 1 (S60-S64). Date of Publication: 2003 **Descartado no corresponde al tipo de diseño, es un artículo acerca de los antecedentes y el debate suscitado por la eutanasia.**
- Euthanasia: Practical aspects Lossignol D. Revue Medicale de Bruxelles 2002 23:4 (A267-A272) **Descartado en francés**
- Euthanasia: The Dutch experience and what it entails in practice Finlay I.G., Van Dijk B. Lancet Oncology 2002 3:3 (135-136). Date of Publication: 1 Mar 2002 **Descartado no corresponde al tipo de diseño, es un artículo de discusión acerca de las implicaciones de la eutanasia**
- Active voluntary euthanasia, terminal sedation, and assisted suicide Gauthier C.C. The Journal of clinical ethics 2001 12:1 (43-50) **No acceso a texto completo**
- Case presentation: A case of euthanasia, The Northern Territory, Australia Kissane D.W. Journal of Pain and Symptom Management 2000 19:6 (472-473). Date of Publication: 2000 **Descartado no incluye la intervención**
- End-of-life decisions in Australian medical practice Kuhse H., Singer P., Baume P., Clark M., Rickard M. Medical Journal of Australia 1997 166:4 (191-196). Date of Publication: 17 Feb 1997 **Descartado no incluye la intervención**
- Morphine and the 'lytic cocktail' for terminally ill patients in a French general hospital: Evidence for an inverse relationship Meunier-Cartal J., Souberbielle J.-C., Boureau F. Journal of Pain and Symptom Management 1995 10:4 (267-273).
Date of Publication: 1995 **Descartado no responde a la pregunta, se refiere a las buenas prácticas de analgesia.**
- Euthanasia and choice of drugs Sellevold O.F. Tidsskrift for den Norske lægeforening 1993 113:2 (230) MEDLINE **Descartado por idioma**
- The medical practice of euthanasia in Belgium and The Netherlands: Legal notification, control and evaluation procedures Tinne Smets, Johan Bilsens, Joachim Cohena, Mette L. Rurupc, Els De Keysera, Luc Deliens. Health Policy 90 (2009) 181-187. **Descartado no incluye la intervención, dosis.**

6. CONCLUSIÓN

En cumplimiento de la segunda orden contenida en la sentencia T-970 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social somete a consideración de la comunidad científica los anteriores lineamientos para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad, mediante procedimiento médico que anticipe la muerte inevitable, del paciente en fase terminal.

Es de tener en cuenta la escasez de guías de prácticas clínicas o protocolos a nivel nacional e internacional que validen científicamente aspectos clínicos inmersos en el procedimiento de la garantía al derecho a morir con dignidad. Por tal razón, se sugiere que se surta el proceso metodológico de discusión de expertos que asegure que las prácticas en salud recomendadas cumplan con las características de eficacia, efectividad, seguridad, factibilidad técnica y legitimidad, en los términos señalados por la Corte Constitucional.

Consecuente con lo anterior, se tiene contemplado realizar un consenso de expertos que legitime las recomendaciones clínicas a tener en cuenta en este acto médico y que las mismas se constituyan en herramientas para la toma asertiva de decisiones clínicas.