

Guía Técnica Asistencial de la Prestación de Ayuda Médica para Morir

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia





Título:

Guía Técnica Asistencial de la Prestación de Ayuda Médica para Morir

Edita:

Servicio Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Edición:

2021

Fotografías:

A. Otero



Índice

Introducción.....	5
Autores	6
Parte 01	
Preparación: consentimiento informado, medicamentos, material necesario, preparación del paciente y su entorno, dispositivos cardíacos y certificado de defunción.....	7
Parte 02	
Prestación de ayuda médica para morir en la modalidad de administración por el profesional sanitario.....	11
Parte 03	
Prestación de ayuda médica para morir en la modalidad de auto-administración por el propio paciente.....	17
Claves.....	21
Parte 04	
Anexos.....	25
I. Consentimiento Informado	25
II. Circuito de solicitud y obtención de la medicación	27
III. Hoja de prescripción	28
IV. Material y Kits de medicación	29
V. Impreso interior del Kit	31
VI. Resumen modalidad administración por profesional sanitario	33
VII. Resumen modalidad auto-administración por el propio paciente	34
Bibliografía	37

Introducción

Este documento va dirigido a los profesionales sanitarios del Servicio Gallego de Salud y pretende ser una ayuda para la aplicación de la prestación de ayuda médica para morir, una vez que, en el respeto a los valores del solicitante y tras el proceso de deliberación y demás requisitos que marca la Ley, la solicitud sea aprobada en el procedimiento administrativo previo mediante resolución positiva de la Comisión de Garantía y Evaluación, según dispone la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

La prestación de ayuda para morir se refiere a la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos por la Ley y que ha manifestado su deseo de morir.

Puede realizarse en dos modalidades:

- La administración intravenosa directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
- La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

El procedimiento debe ser fácilmente aplicable, eficaz y seguro para la práctica de la prestación de la ayuda médica para morir en sus dos modalidades.

La medicación utilizada debe de ser de acción rápida y certera.

Para la elaboración de esta Guía Técnica se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, junto con una evaluación de riesgos, que se han contemplado para garantizar la seguridad en el proceso tanto de la persona como de su entorno y del personal sanitario, dentro y fuera de los centros sanitarios, con especial atención a la situación de prestación extrahospitalaria. Teniendo en cuenta que, en todos los casos, es una situación con gran carga emocional para el paciente, sus personas queridas y los profesionales sanitarios, utilizar esta guía técnica pueda ser un elemento de apoyo y ayuda.

Se incorporan entre los registros a comunicar datos sobre el procedimiento y los posibles efectos, a fin de obtener información para la revisión de esta Guía, en base a los avances científicos y las evaluaciones recopiladas por los profesionales. Se establece una periodicidad bienal.

Las principales claves a tener en cuenta se muestran señaladas a lo largo de la guía. Para su mejor identificación se muestran agrupadas como PUNTOS CLAVE.

Begoña Aldamiz-Echevarría Iraurgui. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Miembro del Comité de Ética Asistencial. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
M ^a Pilar Ascunce Saldaña. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital do Meixoeiro. Área Sanitaria de Vigo.
Andrea Gallego Valdeiglesia Médico de Atención Primaria. Presidenta de la Comisión de Deontología do Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Lugo.
Cesáreo Labrador Castro. Jefe de Sección de Medicina Interna-Unidad de Cuidados Paliativos. Miembro del Comité de Ética Asistencial. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
Nieves Molins Gauna Especialista en Anestesiología y Reanimación. Miembro del Comité de Ética Asistencial. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.
Clara Olveira Lorenzo. Subdirectora de Calidad Asistencial. Área Sanitaria de A Coruña y Cee. (Coordinadora del grupo de trabajo)
Raquel Vázquez Mourelle. Subdirectora General de Atención Hospitalaria del Servicio Gallego de Salud.
Isabel Vila Iglesias. Enfermera de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Lucus-Augusti de Lugo. Vocal do Consejo de Bioética de Galicia.
Juan Carlos Yáñez Rubal. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Unidad de Cuidados Paliativos.

Preparación. Consentimiento informado, medicamentos, material necesario, preparación del paciente y su entorno, dispositivos cardíacos y certificado de defunción.

Consentimiento informado

La persona que ha solicitado ayuda médica para morir debe prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación.

El consentimiento informado se formaliza por escrito a las 24 horas de haber finalizado el proceso deliberativo de la solicitud, descrito en el apartado 8.2 de la Ley Orgánica 3/21, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Es por ello importante que en el documento figuren las fechas de las solicitudes y la fecha y hora de la firma del mismo.

Si se trata de un paciente capaz, éste debe comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir tras recibir la información adecuada de las modalidades recogidas en la Ley y las posibles indicaciones en su caso. En el documento de consentimiento informado (**Anexo I**) señalará la opción elegida para la modalidad de prestación, que constará marcada expresamente.

Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del Servicio Gallego de Salud (IANUS), salvo en los casos en que no se encuentre en pleno uso de sus facultades o no pueda prestar su conformidad libre, voluntaria y conscientemente, pero haya suscrito un DIP (documento de instrucciones previas) o equivalente. En pacientes incapaces pero con un DIP con petición de ayuda médica para morir, se elegirá la vía intravenosa.

Es el médico/a responsable quien tiene la responsabilidad final de la prestación pero la administración de las sustancias en la modalidad intravenosa podrá ser realizada por cualquier miembro del equipo sanitario (médico/a o enfermero/a).

Medicamentos

El circuito de solicitud y obtención de la medicación figuran en el **Anexo II**. La administración se facilitará mediante la preparación de kits por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Los fármacos necesarios serán preparados en la Farmacia Hospitalaria a excepción de los antieméticos para la premedicación en la modalidad oral, que se prescribirán según los procedimientos habituales. Es aconsejable contactar con el Servicio de Farmacia y remitir la hoja de prescripción (**Anexo III**) con una semana de antelación a la fecha prevista de realización de la prestación y, en cualquier caso, siempre los médicos/as y farmacéutico/as

deberán consensuar un tiempo mínimo desde la prescripción del Kit de ayuda médica para morir hasta fecha de la entrega de la medicación.

Una vez preparados los kits, el Servicio de Farmacia también dará las instrucciones necesarias para el almacenamiento adecuado de los mismos desde su dispensación hasta su uso, así como del tratamiento de los fármacos que no sean utilizados. El profesional a su vez será el responsable de los Kits de medicación, de su uso según protocolo y de la devolución del material sobrante tras la prestación, para evitar cualquier accidente, sobre todo si la prestación se realiza fuera del ámbito hospitalario.

De manera general la medicación será entregada desde la Farmacia Hospitalaria al médico/a responsable, quien será la persona encargada y responsable de su custodia hasta su utilización, por ello se consensuará el método y momento de la recogida y/o envío, pudiendo definir en cada área sanitaria o para cada nivel asistencial una entrega individualizada, según el caso (recogida directa en el servicio de farmacia, entrega mediante mensajería puerta a puerta, etc). Se aconseja la recogida o envío en el mismo día de la administración, para minimizar riesgos y por la posible dificultad de la custodia.

En el caso de la administración de los fármacos por el profesional, estos se prepararán precargados en jeringas debidamente rotuladas donde figure el nombre del paciente, el medicamento en cuestión y la dosis a utilizar.

Las jeringas contendrán cada una la dosis total de cada fármaco y van numeradas con el nombre del medicamento y la acción que realiza, según el orden de administración de los fármacos:

1	2	3	4
Ansiolítico	Anestésico local	Inductor del coma	Relajante muscular
(Midazolam 15 mg)	(Lidocaína 60 mg)	(Tiopental 2000 mg)	(Rocuronio 200 mg)

Idealmente, se aconseja utilizar el código internacional de colores (naranja-gris-amarillo-rojo) para estos grupos terapéuticos, a fin de evitar confusiones.

Se preparará un kit adicional de emergencia por si hubiera algún problema y fuera necesario utilizarlo.

En el caso de la modalidad de autoadministración se preparará la medicación en forma de bebida, también se preparará un kit adicional de emergencia con medicación intravenosa por si fallase la administración oral.

En caso de alergia del paciente a los barbitúricos se optará por la vía intravenosa utilizando como inductor del coma el Propofol.

Material necesario

En el **Anexo IV** se recoge el procedimiento para canalización de una vía venosa y el material necesario, adicional a los fármacos utilizados.

Preparación del paciente y de su entorno

Se debe consensuar con el paciente el día y el lugar para la realización de la prestación de ayuda para morir, pudiendo ser un centro sanitario, una residencia socio-sanitaria o su domicilio. La fecha se fijará a partir de la resolución favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación y se acordará con la persona que solicita la prestación, para que se realice en el momento que elija, en compañía de las personas que desee, y para que tenga opción, antes de dicha fecha, a revocar o aplazar el consentimiento.

En cualquier caso es fundamental un lugar tranquilo, acogedor para el paciente y sus allegados, donde no haya interrupciones, en un ambiente de respeto y serenidad para llevar a cabo la prestación.

El médico responsable y su equipo asistirán y mantendrán la debida tarea de observación y apoyo al paciente hasta el momento de su fallecimiento.

Pacientes portadores de Dispositivos de Marcapasos, CRT-P y DAI

Algunas personas tienen marcapasos (MP), Dispositivos de resincronización cardíaca (CRT-P o CRT-D) o Desfibrilador automático implantable (DAI). La respuesta de estos dispositivos ante la muerte de su portador/a es la siguiente:

- Pacientes con Marcapaso o CRT-P (Dispositivo de resincronización cardíaca): El MP no interfiere en el proceso de muerte. No precisan ninguna actuación. Es necesario saber que, en caso de realizar un ECG post-mortem, se verían las espículas del MP que no irán seguidas de actividad eléctrica cardíaca. No precisan ningún ajuste ni intervención previa.

- Pacientes con DAI o CRT-D (Desfibriladores automáticos implantables o Dispositivos de resincronización cardíaca con función desfibrilador): Pueden producirse choques del DAI en la fase agónica de los pacientes que presenten como ritmo final una Fibrilación Ventricular, hasta un máximo de 6 choques. Ya que estos choques suceden con el paciente en situación de coma y sedado, son indoloros y en general no son efectivos y no interfieren en el proceso de muerte, es importante que el equipo de profesionales conozca esta posibilidad e informe al paciente y a los allegados pues pueden detectarse como movimientos torácicos suaves por el efecto de los relajantes musculares.

En los casos de modalidad oral, por el mayor tiempo de instauración de la acción de los medicamentos, se aconseja informar previamente o bien, para evitar que el proceso se alargue desconectar el modo desfibrilador contactando con el servicio de cardiología si el procedimiento se realiza en el medio hospitalario. En el medio extrahospitalario, para desactivar la función DAI se puede desconectar colocando un imán potente (se facilita en el servicio de cardiología del hospital) encima del generador durante el tiempo de agonía (una vez el paciente esté en asistolia, el DAI no descargará en ningún caso).

En el ECG post-mortem, pueden aparecer las espículas del módulo marcapaso que tiene incorporado el DAI, pero esas espículas no irán seguidas de actividad eléctrica cardíaca.

La desactivación previa del módulo de DAI mediante derivación a cardiología siempre es una opción, pero no supone que se pare el corazón, únicamente que en ningún caso se producirán choques por el dispositivo en caso de ritmo de fibrilación ventricular.

Certificado de defunción

La muerte a consecuencia de la prestación de ayuda médica para morir tiene la consideración de muerte natural a todos los efectos, y deberá cubrirse el certificado médico de defunción en el formulario oficial. Por ello el/la médico/a deberá estar disponible para la funeraria en su caso o bien portar o disponer con los allegados la obtención previa del formulario.

El documento se cubrirá tras el fallecimiento haciendo constar como causa inmediata de la muerte el siguiente texto:

- Para la modalidad de prestación de ayuda médica para morir por el profesional sanitario: “Artículo 3.g).1º de la LO 3/2021”
- Para la modalidad de prestación de ayuda médica para morir auto-administrada: “Artículo 3.g.)2º de la LO 3/2021”

Procedimiento de prestación de ayuda médica para morir en la modalidad de administración por el profesional sanitario

Para practicar esta modalidad de prestación de ayuda médica para morir, los fármacos eutanásicos deben ser administrados por una vía intravenosa por un profesional sanitario del equipo asistencial que atienda al paciente durante la prestación.

No se recomienda usar ninguna otra vía de administración (ni intramuscular, ni subcutánea, ni rectal).

No es necesario que el paciente esté en ayunas.

Existe un consenso claro en que los medicamentos adecuados deben ser en todos los casos y por este orden:

- 1.- Benzodicepinas,
- 2.- Lidocaína
- 3.- Inductores de coma farmacológico
- 4.- Relajantes neuromusculares.

No debe omitirse ninguno.



1. Los pasos a seguir son:

A. Canalización de la vía intravenosa

En algunos pacientes la canalización de un abordaje intravenoso es un procedimiento difícil. Por esta razón es importante que el equipo cuente con una persona familiarizada con este tipo de técnica. El profesional responsable de la canalización debe valorar la situación con antelación.

Si no es posible la canalización puede ser necesario trasladar al paciente a un centro hospitalario donde sea posible el uso de un ecógrafo (línea media o PICC).

Siguiendo las guías de países con experiencia en este tipo de prestación se recomienda la **canalización de 2 vías periféricas, que deben ser insertadas no más de 24 horas antes y deben ser de un calibre mínimo de 20G (rosa)**. La razón es que las vías más finas son también más cortas y cualquier movimiento accidental podría provocar su salida de la vena con la consiguiente extravasación del fármaco subcutáneo; esto provocaría dolor por daños tisulares además de no alcanzar la concentración suficiente para asegurar el coma en el paciente.

Por otro lado, la administración de dosis tan altas de fármacos, si la vía fuera muy fina, produciría más resistencia con más posibilidad de rotura venosa, además de necesitar más tiempo de administración, lo que podría enlentecer el alcance del pico plasmático y cerebral. Por otra parte el dolor con la inyección de pentotal o propofol es menor cuanto mayor sea el calibre de la vía.

Una vez canalizada la vía, para asegurar su permeabilidad, se deben administrar 10 mL de suero fisiológico o bien, conectar un suero fisiológico de mantenimiento. La perfusión continua de un suero tiene las ventajas de evitar la inyección reiterada de bolos de suero salino tras cada fármaco y de permitir confirmar la permeabilidad de la vía de forma continua. Si la canalización se realiza horas antes de la prestación debe dejarse lavada con suero fisiológico. A la hora de utilizarse es conveniente colocar una llave de 3 pasos para facilitar la inyección del fármaco. Una guía detallada de esta técnica y del material necesario puede encontrarse en el **Anexo IV**. Se aconseja tener presente la hoja de farmacia del **Anexo V** para registrar desde el inicio las horas y las incidencias destacables, incluyendo las relativas a las vías venosas.

B. Sedación previa

Se comenzará el procedimiento con la administración de **midazolam** 15 mg IV en 30 segundos. El efecto de este medicamento es bastante impredecible produciendo una sedación más moderada en pacientes jóvenes con estado basal aceptable o por el contrario puede producir una sedación profunda en pacientes ancianos o muy deteriorados. En algunos casos puede producir incluso efecto paradójico. En cualquiera de las situaciones lo más adecuado es continuar sin demora con el procedimiento estándar.

Tras la administración debe lavarse la vía con 10 mL de suero fisiológico si no hay un suero conectado.

C. Administración de lidocaína para prevenir dolor irritativo

Los fármacos inductores de coma son fármacos causantes de dolor irritativo durante la infusión. Por eso es importante la administración de un bolo de 60 mg (3 mL) de **lidocaína** al 2% en 10 segundos.

No sería estrictamente necesario lavar la vía con suero fisiológico tras esta administración.

D. Inducción del coma

Es fundamental conseguir la inducción de un coma farmacológico profundo en el paciente antes de administrar el relajante muscular para que no sea consciente del efecto de éste que es la parálisis de la musculatura estriada (no incluye el corazón) con la consiguiente incapacidad para respirar, hipoxia severa y muerte.

Las dosis utilizadas en este protocolo son suficientes para asegurar la profundidad o duración adecuada del coma farmacológico en la práctica totalidad de los pacientes. Sin embargo es necesario descartar que parte del fármaco haya sido inadvertidamente inyectado en espacio perivascular o que se haya derramado accidentalmente ya que en estos casos podría no alcanzar el efecto deseado. Esta es la razón por la que se contará siempre con un segundo kit eutanásico de emergencia.

Después de la inyección es **absolutamente** necesario comprobar clínicamente la presencia de un coma farmacológico profundo que tiene las siguientes características:

SIGNOS CLINICOS DE COMA PROFUNDO

- ⊗ No hay respuesta a estímulos verbales.
- ⊗ Depresión circulatoria severa evidenciada por pulso lento o débil, en ocasiones no palpable.
- ⊗ Depresión ventilatoria evidenciada por movimientos respiratorios lentos y superficiales, en ocasiones apnea.
- ⊗ Inexistencia de reflejos protectores como el reflejo palpebral.

Los fármacos inductores del coma que pueden utilizarse son fundamentalmente dos: el tiopental sódico y el propofol. El Servicio de Farmacia preparará preferentemente tiopental en los Kits aunque en algún momento pueda servirse propofol, si es necesario, por falta de suministro u otros problemas.

- **Tiopental sódico:** Es el barbitúrico de acción ultra rápida utilizado para estos procedimientos a dosis estándar de 2000 mg. A estas dosis puede producir colapso respiratorio y circulatorio además del coma farmacológico a nivel neurológico.

Se debe administrar en un tiempo entre 1-2 min (para evitar la redistribución del medicamento en el tejido graso con el riesgo de no alcanzar la profundidad o duración del coma deseados).

Tras su administración debe lavarse la vía con 10 mL de suero fisiológico si no hay un suero conectado. **Este lavado es fundamental y el único imprescindible** porque el relajante muscular rocuronio que se inyectará seguidamente puede precipitar y provocar obstrucción de la vía.

- **Propofol:** Es un fármaco habitualmente utilizado para inducir la anestesia. Para la prestación de ayuda médica para morir se utiliza a dosis de 1000 mg. Al igual que el tiopental, a estas dosis puede producir además del coma, colapso respiratorio y cardiológico.

Se debe administrar en un tiempo entre 1-2 min (para evitar la redistribución del medicamento en el tejido graso con el riesgo de no alcanzar la profundidad o duración del coma deseados). Tras la inyección de los medicamentos inductores de coma se lavará la vía con 10 mL de suero fisiológico si no hay un suero conectado.



La administración de los fármacos inductores del coma debe hacerse de forma completa incluso si el paciente se encuentra previamente en un estado de disminución de consciencia de cualquier grado.

E. Administración del relajante muscular.

Tras la comprobación de los signos clínicos del coma farmacológico y aunque el paciente haya dejado de respirar por el fármaco previamente inyectado o incluso aunque se intuya una parada cardíaca, el siguiente paso es administrar el relajante muscular. Los relajantes musculares son fármacos que producen parálisis de los músculos estriados, exceptuando el corazón, lo que impedirá al paciente respirar y por consiguiente la muerte se producirá por anoxia. Por esta razón es fundamental asegurar el coma profundo previo del paciente.

Se utilizará **rocuronio** 200 mg o **cisatracurio** 60 mg, administrado en un bolo durante 30 segundos. Después de la administración del relajante muscular se volverá a lavar la vía con 10 mL de suero fisiológico para garantizar que entre toda la medicación, si no hay un suero conectado.

El Servicio de Farmacia preparará preferentemente rocuronio en los Kits, aunque en algún momento pueda servirse cisatracurio, si es necesario, por falta de suministro u otros problemas.

El proceso resumido y el contenido del kit intravenoso aparecen en el **Anexo VI**

2. Riesgos que se pueden presentar

Durante el procedimiento pueden ocurrir eventos inesperados a pesar del correcto seguimiento del protocolo:

a. *Extravasación de la vía durante la inyección del fármaco.*

Esta es la situación más problemática sobre todo si el paciente no tiene buenos accesos venosos periféricos. Por eso se recomienda en este protocolo la valoración previa de las vías del paciente y la canalización de 2 vías periféricas. Si el paciente tiene malos accesos venosos es recomendable gestionar una línea media o una PICC según el protocolo del área sanitaria.

Antes de comenzar el procedimiento es fundamental que las vías se comprueben. El uso de un suero fisiológico conectado a la vía que no produzca ni dolor ni hinchazón en los tejidos circundantes a la cánula, es una buena indicación de que la canalización es adecuada. Del mismo modo la administración del midazolam, aunque poco predecible, es suficiente para producir cambios en el paciente que nos indiquen que la infusión está funcionando adecuadamente. Comprobar en todo momento que no hay hinchazón en los tejidos durante la administración del fármaco es también fundamental.

Para que esta situación no provoque un estrés extra en los profesionales implicados en el procedimiento es importante que alguien del equipo sanitario presente esté familiarizado con esta técnica.

Con las opciones de canalización y las precauciones explicadas es difícil que se produzca una situación de pérdida total de accesos venosos durante la prestación. No obstante, ante una situación de pérdida de acceso venoso las acciones a tomar podrían ser las siguientes:

¿Qué hacer en caso de pérdida total de vía venosa?

- Usar la segunda vía y poner la medicación necesaria para que el paciente alcance el coma farmacológico. Si se precisa, utilizar el kit de emergencia y completar el procedimiento.
- Si la segunda vía no funciona adecuadamente, intentar canalizar otra. Si es posible continuar el procedimiento. Si no lo es, valorar la situación del paciente. Intentar mantenerlo sedado administrando por vía subcutánea el midazolam del kit de emergencia y, en el medio extrahospitalario, avisar al 061 para canalizar vía si es posible o para traslado al hospital.

b. Que haya un accidente con derramamiento de parte de los fármacos.

Las dosis pautadas son muy elevadas para poder asegurar el objetivo de este procedimiento con lo que aunque haya alguna pérdida pueden ser igualmente eficaces. No obstante ante cualquier duda puede y debe utilizarse el kit de emergencia sin que en ningún caso haya posibilidad de sobredosificación.

3. Duración del proceso hasta la muerte

Tras la administración del relajante muscular, la muerte suele producirse en pocos minutos por parada respiratoria seguida de parada cardíaca. En algunos pacientes esto puede aparecer ya tras la administración del agente inductor del coma farmacológico. Sin embargo puede ocurrir que el corazón siga latiendo tras la parada respiratoria hasta 20 minutos. Si esto acontece algunos pacientes se pondrán cianóticos. Es importante explicar a las familias o allegados esta posibilidad y que, tras la administración de los fármacos, la muerte se produce rápidamente aunque el corazón pueda seguir latiendo unos minutos más sin que en ningún caso implique sufrimiento para el paciente.

El médico responsable y el resto del equipo presente asistirán y acompañarán al paciente durante todo el proceso hasta el fallecimiento.

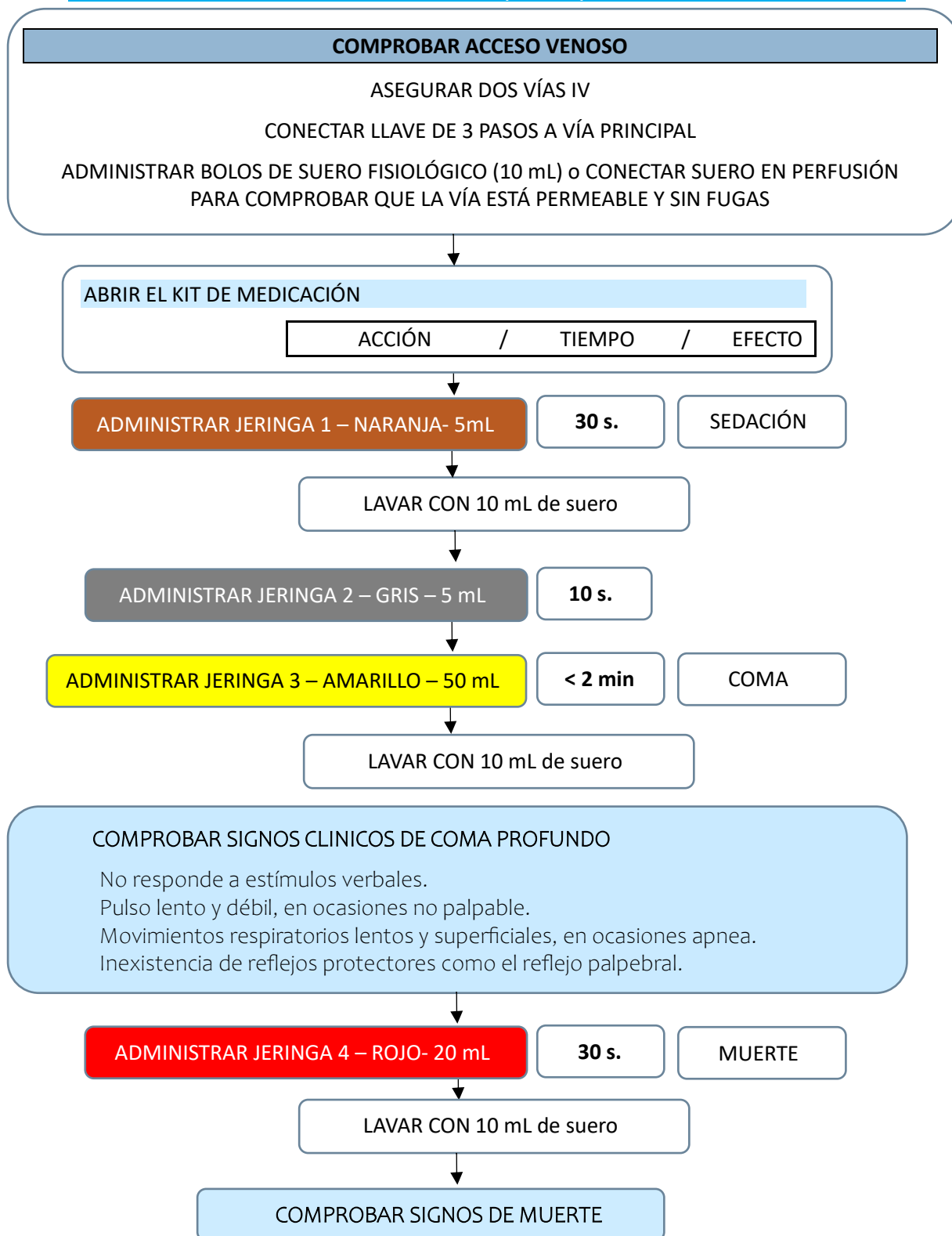
4. Después de la prestación de ayuda para morir

Una vez producida la muerte del paciente el médico responsable rellenará el certificado de defunción.

Además deberá cumplimentar los formularios de farmacia entregados con el Kit eutanásico (**Anexo V**) y devolver los medicamentos sobrantes en los plazos establecidos. Es conveniente que médico y farmacéutico evalúen la prestación realizada y si surgieron problemas los tengan en cuenta para evitar que se repitan en otras situaciones.

Debe quedar reflejado todo el procedimiento realizado en la historia clínica del paciente (IANUS).

Modalidad de administración por el profesional sanitario



Procedimiento de prestación de ayuda médica para morir en la modalidad de auto-administración por el paciente

En este caso, el paciente toma vía oral los medicamentos que se utilicen para la prestación de la ayuda médica para morir y que son prescritos y suministrados por el médico responsable. Éste junto con su equipo asistencial llevará a cabo la tarea de observación pertinente y acompañará al paciente hasta su fallecimiento.

Una dosis suficientemente alta de un barbitúrico administrado por vía oral produce depresión del sistema respiratorio, provocando acidosis respiratoria. Esto y el shock vascular y/o cardiogénico causa el fallecimiento del paciente. Para la administración oral, se usa un barbitúrico lipofílico como el pentobarbital que atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica y, por lo tanto, tiene un efecto rápido.

Si se utiliza este método, el paciente debe ser capaz de tragar suficiente volumen en poco tiempo, y no debe tener náuseas, deshidratación y/o problemas gastrointestinales como trastornos del tránsito. Los pacientes que han estado utilizando opioides durante períodos prolongados tienen un enlentecimiento del tránsito gastrointestinal, que va a alargar el periodo de tiempo necesario para que entre en coma y muera.

Contraindicaciones relativas de la modalidad oral:

- a. Incapacidad de tragar el volumen total de la preparación
- b. Náuseas agudas preexistentes, esofagitis, o gastritis
- c. Deshidratación grave
- d. Patología del tracto intestinal susceptible de interferir en la absorción.

1. Los pasos a seguir son:

A. Canalización de una vía venosa

Siempre se debe canalizar una vía por si el procedimiento falla o se prolonga. Al igual que con la otra modalidad se canalizará el día anterior y se comprobará su permeabilidad antes de comenzar el procedimiento.

Se aconseja tener presente la hoja de farmacia del **Anexo V** para registrar desde el inicio las horas y las incidencias destacables, incluyendo las relativas a las vías venosas.

B. Prevención de náuseas y vómitos

Para minimizar el riesgo de que el paciente vomite la preparación con el pentobarbital, el uso de antieméticos es esencial. Se considera de elección la Metoclopramida 10 mg administrada por vía oral en tres dosis: **12, 6 y 1 hora antes del procedimiento**. Además de su efecto antiemético, la metoclopramida acelera el tránsito gastro-intestinal.

Como alternativa en pacientes en los que la metoclopramida esté contraindicada (p.e. Enf de Parkinson) o que tengan antecedentes de reacción extrapiramidal tras este fármaco, se puede usar ondansetron 8 mg comprimidos cada 8 horas, iniciando la pauta el día antes del procedimiento (procurando que la tercera dosis se tome 60-90 minutos antes de la ingesta del pentobarbital). La prescripción de estos fármacos debe hacerse por la vía ordinaria.

C. Posición y recomendaciones para la ingesta

El paciente debe ingerir el preparado letal en menos de 5 minutos en posición sentada con la espalda lo más recta posible en la cama para evitar regurgitaciones. Debe evitarse la ingestión mediante el uso de pajitas, que ralentizan el consumo.

Se utilizarán 15 gramos de Pentobarbital en forma de solución que se podrá mezclar con preparados no terapéuticos que ayuden a enmascarar el sabor desagradable de la solución y minimicen la posibilidad de aparición de náuseas y vómitos: zumos, natillas, yogures.

Debe permanecer en dicha posición sentada 20 minutos, con ayuda de almohadas y cojines si es preciso para el mayor confort posible, y es recomendable que, aunque estuviera ya inconsciente, mantenga esta posición, con la finalidad de optimizar la absorción de la medicación y también prevenir una posible regurgitación. Después de este tiempo se puede colocar al paciente en posición semi-incorporada.

El proceso detallado y el contenido del Kit oral figuran en el **Anexo VII**

2. Riesgos que se pueden presentar

Si la tasa de reabsorción es demasiado lenta, se producirá una redistribución del barbitúrico, lo que dará como resultado una concentración máxima insuficiente, el paciente no entrará en coma o la duración del coma profundo será insuficiente.

Incluso cuando se administran antieméticos, el mal sabor de la bebida a veces puede causar vómitos de forma que no se tome la dosis completa.

Muchos pacientes usan opioides al final de sus vidas. Los opioides provocan un tránsito gastrointestinal más lento por lo que el paciente tardará más en entrar en coma.

Debido a todas las complicaciones descritas y a la imprevisibilidad que las rodea, este método puede ser menos seguro.

3. Situación especial

En los casos de pacientes portadores de sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea (PEG) por dificultades para tragar o disfagia pero con autonomía podrían ellos mismos auto administrarse la preparación letal a través de dichos dispositivos. Es esencial que el dispositivo esté permeable para lo cual debe ser lavado previo y tras cada administración.

4. Duración del proceso hasta la muerte

Una vez que el paciente bebe la solución, el pentobarbital se reabsorbe en el tracto gastrointestinal. Cuanto más rápida sea la reabsorción, mayor será la concentración máxima del fármaco.

El período de tiempo entre la administración y el momento de la muerte varía de persona a persona. En la gran mayoría de los casos, esta acontece en menos de 30 minutos, sin embargo, a veces puede llevar más tiempo (2 - 3 horas o incluso más). Estos períodos prolongados pueden provocar situaciones diversas. Es por ello recomendable acordar un plazo máximo de, por ejemplo, 2 horas con el paciente y sus familiares.

Si el paciente no ha fallecido durante ese tiempo, entonces se debe proceder a la prestación de ayuda para morir en la modalidad de administración por el profesional sanitario por vía intravenosa. De antemano, no es posible predecir qué pacientes morirán o no en 2 horas.

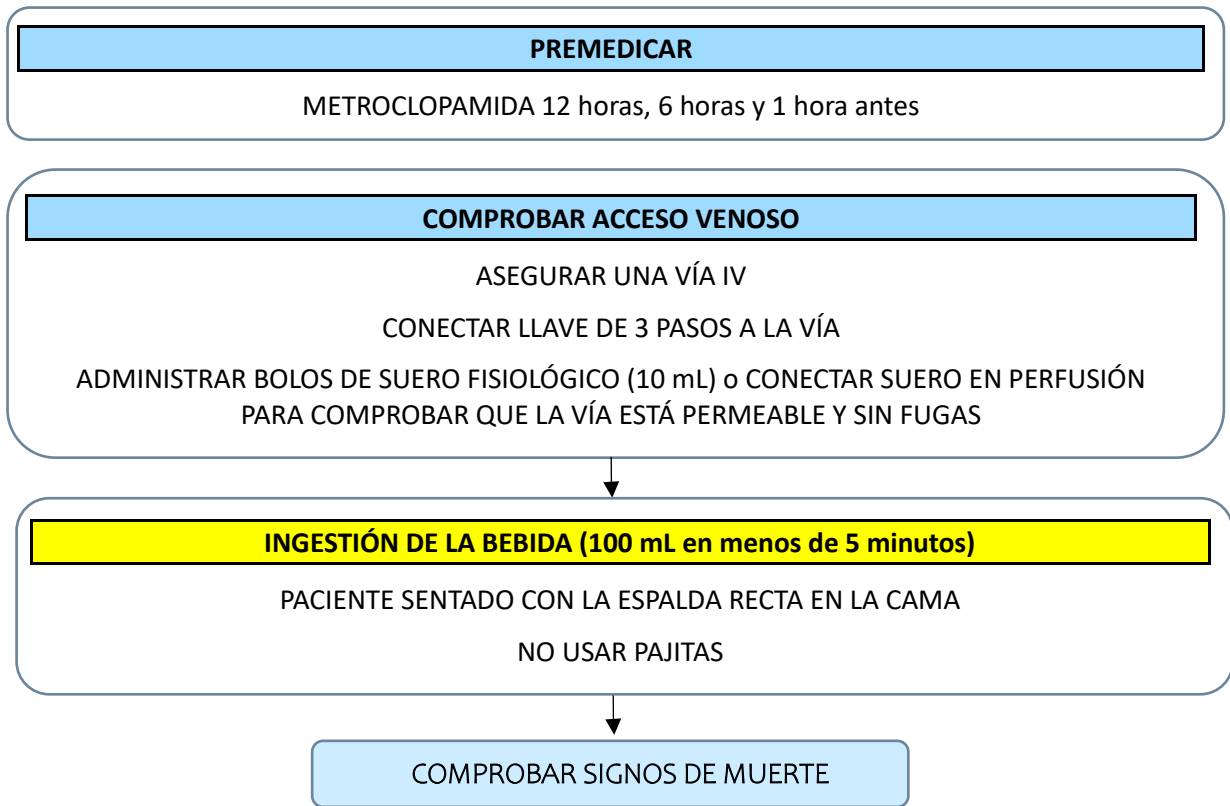
El médico responsable y el resto del equipo presente, asistirán al paciente durante todo el proceso hasta su fallecimiento.

5. Después de la prestación de ayuda para morir

Una vez producida la muerte del paciente el médico responsable rellenará el certificado de defunción. Además deberá cumplimentar los formularios de farmacia entregados con el Kit eutanásico y devolver los medicamentos sobrantes en los plazos establecidos. Es conveniente que médico y farmacéutico evalúen la prestación realizada y si surgieron problemas los tengan en cuenta para evitar que se repitan en otras situaciones.

Debe quedar reflejado todo el procedimiento realizado en la historia clínica del paciente.

Modalidad de auto-administración por el paciente



Claves

En esta guía se utilizan algunas estrategias para **prevenir errores en la medicación**:

- Uso de Kits con medicamentos precargados por Farmacia hospitalaria.
- Etiquetado claro y con diferentes colores estandarizados, con el nombre del paciente, del medicamento y la dosis.
- Uso de jeringuillas de diferente tamaño para cada sustancia si es posible.
- Uso de numeración en cada jeringuilla para especificar el orden de administración.

Un buen acceso venoso es esencial. Las recomendaciones son:

- Para modalidad intravenosa canalizar **2 vías** periféricas en cada paciente con cánulas mínimas del **20G**.
- Para modalidad auto-administrada, canalizar al menos una vía.
- Si no es posible, canalizar catéter de línea media o PICC según los protocolos del Área Sanitaria.
- Comprobar todas las vías antes del procedimiento con la administración sin resistencia de suero fisiológico 10 mL o con el goteo por gravedad adecuado de un suero.
- Es muy recomendable la colocación de una llave de 3 pasos para facilitar la conexión segura de las jeringas y administración de la medicación.

Los medicamentos deben utilizarse con **Seguridad** en su custodia y en los tiempos establecidos:

- Deben utilizarse según los tiempos de caducidad marcados por el Servicio de Farmacia.
- **Los medicamentos sobrantes deben devolverse al Servicio de Farmacia** según las normas establecidas.
- Tras la realización del procedimiento el médico responsable deberá rellenar el formulario anexo con el Kit, que será devuelto a Farmacia junto con la medicación sobrante.

En caso de que tras la administración intravenosa no aparezca el efecto esperado debe sospecharse extravasación de la vía. En este caso continuar el proceso a través de la **segunda vía**, si se precisa, con el uso de los fármacos del **Kit de emergencia** o utilizar las alternativas propuestas en el apartado de riesgos que se pueden presentar.

La administración de los medicamentos intravenosos se hará dentro de los rangos de **tiempos fijados** en la Guía. La administración es rápida para, por una parte, evitar los efectos indeseables de los fármacos y por otra conseguir una muerte rápida. Las dosis son suficientemente elevadas para conseguir la muerte en el mínimo tiempo de pacientes con diferentes edades y pesos.

La administración de los medicamentos intravenosos debe realizarse **en el orden marcado** para maximizar los efectos de los fármacos y evitar errores que puedan producir algún tipo de sufrimiento al paciente.

Es esencial que después de la administración intravenosa del inductor del coma se espere hasta comprobar todos los **signos clínicos del coma** farmacológico en el paciente antes de administrar el relajante muscular.

La infusión de bolos de **suero salino fisiológico** tras la administración de cada fármaco se realiza para asegurar el paso de toda la medicación y en concreto tras el tiopental para lavar bien la vía porque con el relajante muscular rocuronio se produce precipitación que podría incluso llegar a obstruir el acceso venoso. Si se utiliza un suero con goteo continuo no sería necesaria la administración de bolos.

Puede ocurrir que el paciente sufra colapso respiratorio y circulatorio antes de terminar con la administración de todos los medicamentos intravenosos. Sin embargo **DEBE administrarse todo el Kit en todos los casos.**

No es necesario que el paciente esté en ayunas en la modalidad intravenosa. El riesgo de náuseas y/o vómitos es mínimo con este protocolo. Considerar **eleva**r la **cabecera** del paciente si es posible.

Para la modalidad oral se debe ingerir la **pauta antiemética** establecida y en el horario indicado

Para optimizar la absorción de los medicamentos que inducen el coma, se debe permanecer en **ayunas al menos, 6 horas antes**. Se permiten líquidos claros no carbonatados.

El paciente debe ingerir el preparado letal en **menos de 5 minutos** en posición sentado con la espalda recta en la cama. Debe de permanecer en dicha posición 20 minutos, incluso aunque estuviera ya inconsciente.

Evitar el uso de pajitas

Si el paciente es portador de una sonda nasogástrica (SNG) o de una sonda de gastrostomía percutánea (PEG), se debe garantizar la **permeabilidad de la sonda**.

Si la muerte se retrasa más tiempo del intervalo pactado se recurrirá a la vía intravenosa mediante el **kit de emergencia**.

Recordar que, tras la realización del procedimiento el médico responsable, deberá rellenar **certificado de defunción**, ya que es una muerte considerada de causa natural.

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRESTACIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR

1. ¿Que es y para qué sirve la prestación? La prestación de ayuda médica para morir es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, cuando hay una situación documentada de padecimiento grave, crónico e imposibilitante, o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable para la persona, que no puede ser aliviado o mitigado en condiciones que esta persona considere aceptables.

El propósito de este procedimiento es producir la muerte del paciente de forma intencionada y directa, tras haberlo solicitado éste libre y voluntariamente o haber dejado constancia previamente en un documento de instrucciones previas, testamento vital o equivalente.

2. ¿Cómo se realiza? Para la prestación de ayuda médica para morir se utilizan fármacos autorizados por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios aunque en condiciones y dosis diferentes a las recogidas en la ficha técnica (RD 1015/2009, de 19 de junio). Se puede realizar de dos formas:

Administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente

El procedimiento consiste en canalizar una vía intravenosa para la administración de los fármacos necesarios, según el protocolo establecido, que garanticen una muerte segura, tranquila y sin dolor. El personal sanitario le acompañará y mantendrá la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento en que se produzca su fallecimiento. Es necesario asegurar dos accesos venosos adecuados para la administración de fármacos a las dosis necesarias. En ocasiones, cuando se prevé que los accesos venosos no serán posibles, será necesario canalizar en el hospital vías (venas) adecuadas.

¿Cuáles son los riesgos? Si las venas se rompen al inicio de la administración y no es posible canalizar otra, sería necesario posponer el procedimiento o traslado al hospital. En el caso de la rotura con extravasación de fármacos, puede producirse dolor en el brazo y lesiones químicas producidas por los medicamentos.

Prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia que se pueda autoadministrar para causar su propia muerte

En este caso es usted quien ingiere los fármacos, según el protocolo establecido, para causar su muerte. Será necesario que tome la dosis completa y en el tiempo indicado. Es necesario iniciar unas horas antes la toma de medicación para prevenir los vómitos que pudieran aparecer con la toma del fármaco letal.

El personal sanitario le acompañará y mantendrá la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento en que se produzca su fallecimiento.

Dependiendo de la enfermedad y medicación de base (opioides) puede ocurrir que su motilidad gastro-intestinal sea demasiado lenta por lo que el proceso podría alargarse demasiado. Por ello siempre se canalizará una vía venosa, para administrar la medicación necesaria para asegurar una muerte segura y sin dolor.

¿Cuáles son los riesgos? El sabor del preparado puede resultar poco agradable, y producir náuseas o vómitos. Se le administrará medicación antiemética previamente, a pesar de lo cual puede no ser posible la ingestión completa. En ese caso no sería efectiva esta opción, y puede optar por la modalidad de administración directa.

3. ¿Cuáles son los resultados esperados? Ambos métodos dirigidos y supervisados por los profesionales sanitarios según el protocolo establecido son seguros y eficaces. El resultado es la muerte tranquila y sin dolor de la persona.

4. ¿Cuáles son las alternativas? No existen otras alternativas de prestación de ayuda médica para morir.

Firmo dos ejemplares en....., a las..... horas del día de de

Firma del paciente

Firma del facultativo



CONSENTIMIENTO INFORMADO PRESTACIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de regulación de la eutanasia
Ley 3/2001, de 28 de mayo, de consentimiento informado de Galicia

D./Dña....., con
D.N.I.:, vecino/a de..... calle Nº

MANIFIESTO:

Que, habiendo solicitado en fecha/...../..... ayuda médica para morir, por padecer una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante y habiendo reiterado dicha petición en fecha/...../....., y transcurridas 24 horas de la finalización del PROCESO DELIBERATIVO con el médico/a responsable Dr/Dra.: deseo de manera libre y voluntaria poner fin a mi vida, acabando así con mi sufrimiento, para el que considero que no existe un alivio razonable con las alternativas existentes.

Que he recibido información verbal y por escrito de mi proceso, de las alternativas terapéuticas y resultados esperables, del acceso a cuidados paliativos y de las ayudas a la dependencia y he tenido oportunidad de resolver todas mis dudas.

Que he sido informado/a por el/la Dr./Dra. en fecha/...../..... de las modalidades de la prestación de ayuda médica para morir y me ha sido entregada una copia de la información, habiendo libremente elegido la opción señalada en el reverso.

Que comprendo la información proporcionada y he tenido la oportunidad de deliberar suficientemente sobre mi diagnóstico de salud, las posibilidades de tratamiento y resultados esperables, siendo mi decisión firme y reiterada en el tiempo.

Soy conocedor/a de que, en cualquier momento antes de la fecha prevista para la realización del procedimiento, puedo pedir el aplazamiento o revocar mi decisión.

CONSIENTO:

A los facultativos/as del Servicio de a que me realicen la PRESTACIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR.

Firmo dos ejemplares en....., a las..... horas del día de de

Firma del paciente	Firma del facultativo
--------------------	-----------------------

Por incapacidad para la firma motivada por.....
.....firma en su nombre, y en presencia del/la paciente D./Dña., con D.N.I.:

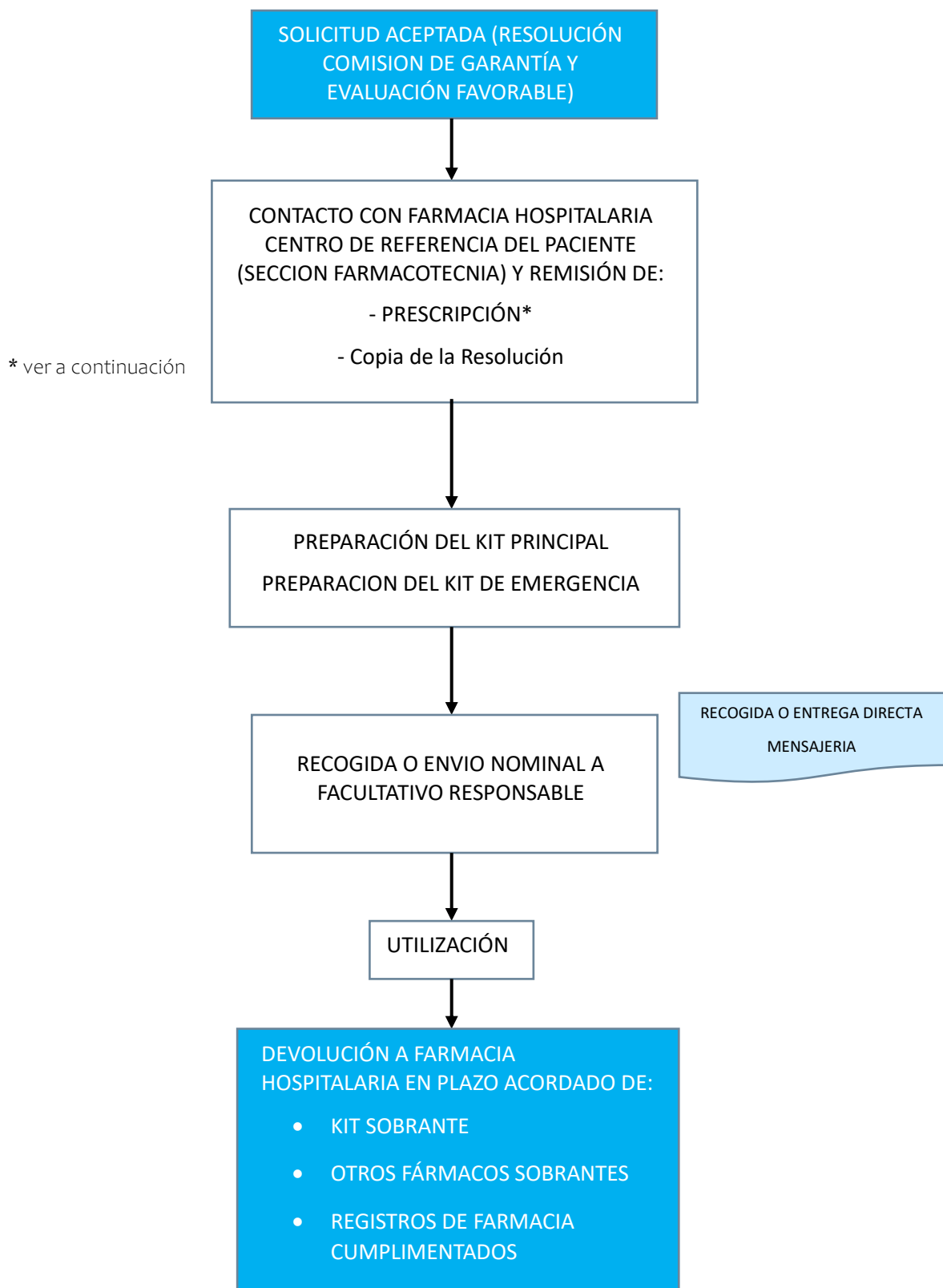
Firma del representante	Firma del facultativo
-------------------------	-----------------------

He decidido **REVOCAR** / **APLAZAR** mi consentimiento respecto a la realización del procedimiento referido.

Firma del paciente (o persona autorizada)	Firma del facultativo
--	-----------------------

(Firmar sólo en caso de revocar o aplazar el consentimiento previo). Fecha:/...../.....

ANEXO II. CIRCUITO DE SOLICITUD Y OBTENCIÓN DE LA MEDICACIÓN



ANEXO III. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA LA PRESTACIÓN DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR

Paciente:
NHC. o CIP:

Prescriptor:
N.º Colegiado:
Fecha:
Firma:

Dispensar los siguientes medicamentos (señalar el Kit a dispensar):

- KIT TIOPENTAL (Incluye kit principal y kit de emergencia)

- MIDAZOLAM 15 mg/3mL (1 JERINGA DE 5 mL)
- LIDOCAINA 20 mg/3mL (60 mg) (1 JERINGA DE 5 mL)
- TIOPENTAL SÓDICO 2000 mg (1 JERINGA DE 2000 mg / 50 mL)
- ROCURONIO 200 MG (1 JERINGA DE 200 mg/20mL)
- CLORURO SÓDICO 0.9% (3 JERINGAS DE 10 mL)

En caso de problemas que impidan la dispensación de Tiopental se dispensara el KIT PROPOFOL

- MIDAZOLAM 15 mg/3mL (1 JERINGA DE 5 mL)
- LIDOCAINA 20 mg/3mL (60 mg) (1 JERINGA DE 5 mL)
- PROPOFOL 1000 MG (PROPOFOL LIPOVEN 2% JERINGAS DE DE 50 mL)
- ROCURONIO 200 MG (1 JERINGA DE 200 mg/20mL)
- CLORURO SÓDICO 0.9% (3 JERINGAS DE 10 mL)

- KIT BARBITÚRICOS ORALES (** Recordar que en caso de prescribir el KIT de barbitúricos orales, incluye también un KIT parenteral de emergencia)

- JARABE DE PENTOTAL NO TERAPÉUTICO (Según formula del protocolo)

Los medicamentos se dispensan en jeringas listas para su uso, etiquetadas y numeradas en el orden que se van a administrar.

Los medicamentos sobrantes deben ser devueltos al Servicio de Farmacia correspondiente

Farmacéutico elaborador: Fecha Farmacéutico que dispensa: Fecha: Farmacéutico receptor medicación sobrante:	Médico receptor: Fecha: Fecha:
---	--

Anexo IV - PROCEDIMIENTO Y MATERIAL PARA LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA VENOSA

Material para la canalización de la/s vía/s endovenosa/s:

- 4 Catéteres periféricos de seguridad 18 G de 1.3x48mm (Verde)
- 4 Catéteres periféricos de seguridad 20 G de 1.1x32mm (Rosa)
- 1 compresor
- 4 paquetes de gasas
- 3 llaves 3 vías
- 3 tapones obturadores
- 4 Apósitos de fijación externa de poliuretano transparente/apósito de fijación esparadrapo.
- 2 Jeringas 10 mL (precargada suero fisiológico) o 2 ampollas s. fisiológico 10 mL
- Guantes no estériles
- Solución hidroalcohólica.
- 2 agujas Gripper Plus 20 G de 0.9x 19mm (Amarilla) si el paciente tiene colocado un reservorio subcutáneo

Procedimiento:

Se puede canalizar en las venas:

- Fosa cubital (basílica /cefálica)
- Antebrazo
- Mano

Valorar en ambos brazos las de mayor calibre, generalmente en la fosa cubital son de mayor calibre y más fáciles de palpar

- Colocarse los guantes no estériles
- Aplicar calor y mantener el brazo hacia abajo hace más visibles las venas
- Colocar el compresor
- Informar al paciente donde y cuando se va realizar la venopunción
- Una vez se inserte el catéter en la vena, la sangre será visible, deslizar el plástico en la vena retirando el fiador de metal una vez canalizada
- Colocar la llave de 3 vías con el tapón obturador
- Fijar de forma segura el catéter con el apósito de poliuretano transparente o con el esparadrapo
- Comprobar permeabilidad, aspirando sangre y lavar con 10ml de suero fisiológico
- Retirarse los guantes
- Lavado manos con solución hidroalcohólica

❖ Como medida de seguridad, en el procedimiento de prestación de ayuda médica para morir, se recomienda la canalización de 2 vías venosas.

- ❖ Se canalizará el día anterior a la fecha acordada para la realización del procedimiento de ayuda médica para morir, tanto si la modalidad elegida es intravenosa u oral.
- ❖ Si no fuese posible la venopunción o no hay seguridad de la correcta canalización se informará al médico responsable y se valorará la necesidad de gestionar canalización ecoguiada en el hospital con catéter de línea media o catéter central de acceso periférico (PICC) ya que es importante asegurar un buen acceso venoso para la administración de los fármacos
- ❖ Si el paciente es portador de un reservorio subcutáneo, PICC o catéter Hickman, se utilizará para la administración de los fármacos, en ese caso el día anterior se comprobará permeabilidad del catéter infundiendo 10 mL de suero fisiológico y heparinizándolo con heparina sódica 20 UI/mL, en viales de 3 mL y 5 mL (Fibrilin®); sellar con 5 mL en caso de reservorio o catéter Hickman, 1,5 mL en caso de PICC y 1 mL en caso de línea media. Retirar el sellado antes de iniciar el procedimiento.

Material para la realización prestación modalidad de administración intravenosa

- 2 Kit de fármacos (se prepara en la Farmacia, etiquetadas y con el orden de administración)
- 4 Jeringas de 10ml (opcional jeringa precargada 10mL s. fisiológico)
- 4 ampollas de 10ml de suero fisiológico
- Suero salino 250 ml (opcional)
- Sistema regulador de suero (si se decide utilizar perfusión)
- 4 agujas cargar 40x1,2 (roja)
- 4 paquetes gasas
- Guantes no estériles
- Solución hidroalcohólica

Material para la realización prestación modalidad auto-administración oral

- 1 Kit de fármacos vía oral (se prepara en la Farmacia hospitalaria) para autoadministración por el paciente
- 1 kit de fármacos de emergencia
- 2 Jeringas de 10 mL (opcional jeringa precargada 10 mL s. fisiológico)
- 2 ampollas de 10 mL de suero fisiológico
- Suero salino 250 mL (opcional)
- Sistema regulador de suero (si se decide utilizar perfusión)
- 2 agujas cargar 40x1,2 (roja)
- 2 paquetes gasas
- Guantes no estériles
- Solución hidroalcohólica

ANEXO V. IMPRESO A CUMPLIMENTAR POR EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR (PAMM)

IMPRESO A CUMPLIMENTAR POR EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR (PAMM)

DATOS DEL PACIENTE: Género: ___ Edad: ___ años Peso ___ Kg Talla ___ m

Medicación habitual: _____

ACOMPAÑANTES: _____

FECHA Y LUGAR DE PRESTACION DE AYUDA MÉDICA PARA MORIR:

Fecha _____ Centro sanitario Domicilio Residencia socio-sanitaria

DATOS DEL EQUIPO ASISTENCIAL (Indicar nombre, profesión y nº colegiado)

Método utilizado en el PAM:	A CUBRIR POR LA FARMACIA HOSPITALARIA
<input type="checkbox"/> Método oral con bebida de Pentobarbital	
<input type="checkbox"/> Método intravenoso con: Midazolam + Lidocaína y	
<input type="checkbox"/> Tiopental <input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Rocuronio <input type="checkbox"/> Cisatracuronio	
<input type="checkbox"/> Otros (concretar):	

PAM ORAL:

Tipo de vía venosa disponible: _____ Fecha de inserción: _____

Pre-medicación antiemética utilizada:

Metoclopramida Otro _____ Motivo: _____

El antiemético, ¿fue efectivo?: SI NO: _____

Ingesta de pentobarbital. Hora de inicio _____ Hora de fin _____

Utilizó algún alimento o bebida no terapéutica acompañando al pentobarbital. ¿cual?:

En caso de uso del Kit de emergencia describa el motivo: _____

Hora de presentación del coma _____ Hora del fallecimiento _____

Tiempo total desde el inicio del PAM hasta el exitus: _____

¿Desea reflejar alguna cuestión adicional?:

PAM INTRAVENOSO:

Tipo de vías venosas disponibles y fecha de inserción:

Vía 1 _____ Fecha de inserción _____

Vía 2 _____ Fecha de inserción _____

Comprobación vías. ¿Incidencias?: _____

Utilización del suero salino: En perfusión En bolos con jeringas precargadas del Kit

Hora inicio _____	Incidencias:
Jeringa 1 en 30 segundos	
Suero fisiológico (10 mL)	
Jeringa 2 en 10 segundos	
Suero fisiológico (10 mL)	
Jeringa 3 en 2 minutos	
Suero fisiológico (10 mL)	

Signos de coma Hora _____ Incidencias _____

Jeringa 4 en 30 sg	
Suero fisiológico (10 mL)	

En caso de uso del kit de emergencia describa el motivo _____

Hora de éxitus: _____

RIESGOS

¿Se presentó algún problema durante el procedimiento (pérdida de alguna vía, vía no funcionando, vómitos,...)? ¿Algún problema inesperado?

Contactó con el Servicio de Farmacia en relación al protocolo de utilización de los medicamentos: SI NO

Si lo desea, le agradeceremos alguna sugerencia que crea que ayudará a mejorar el PAM:

Por favor, envíe el presente impreso cumplimentado cuando devuelva la medicación no utilizada

ANEXO VI- RESUMEN MODALIDAD DE PRESTACIÓN ADMINISTRADA POR PROFESIONAL SANITARIO

1. Asegurar 2 vías de calibre mínimo 20 G (rosa). No más de 24 horas antes de llevar a cabo el procedimiento. Conectar llave de 3 pasos. Comprobar con la administración de suero fisiológico en bolos de 10 mL o con un suero en perfusión que la vía está bien canalizada, sin extravasaciones y sin fugas en la conexión de la llave de 3 pasos.
2. Administrar 15 mg de midazolam IV en 30 segundos
3. Lavar con 10 mL de suero fisiológico si no hay un suero conectado.
4. Administrar 3 mL de lidocaína al 2% en 10 segundos.
5. Inmediatamente después, sin lavar con suero administrar medicamento inductor en bolo (nunca más de 2 min) solo habrá una de ellas en el Kit:
 - a. Tiopental sódico 2000 mg o
 - b. Propofol 1000 mg
6. Lavar vía con 10 mL de suero fisiológico sino hay un suero conectado.
7. Comprobar signos clínicos de coma farmacológico.
8. Administrar relajante muscular en 30 segundos (siempre y solo tras verificar coma). Solo habrá una opción en el Kit:
 - a. Rocuronio 200 mg o
 - b. Cisatracurio 60 mg
9. Lavar la vía con 10 mL de suero fisiológico si no hay suero conectado.
10. Comprobar signos vitales.
11. Posibilidad de uso del Kit de emergencia si eventos.
12. Firmar certificado de defunción

Resumen Kit intravenoso.

Los fármacos de elección en este protocolo son midazolam, lidocaína, tiopental sódico y rocuronio. No obstante existen alternativas adecuadas a la inducción del coma- propofol- y a la relajación muscular -cisatracurio- que podrían ser servidas por el Servicio de Farmacia en caso de escasez de los primeros u otros problemas.

Orden de administración	Fármaco	Objetivo	Dosis	Tiempo inyección
1	Midazolam	Sedación	15 mg	30 segundos
2	Lidocaína 2%	Evitar dolor por inductor del coma	60 mg	10 segundos
3	Tiopental sódico	Inducción del coma	2000 mg	1-2 minutos
	Propofol	Inducción del coma	1000 mg	1-2 minutos
4	Rocuronio	Relajante muscular	200 mg	30 segundos
	Cisatracurio	Relajante muscular	60 mg	30 segundos

ANEXO VII – RESUMEN MODALIDAD DE PRESTACIÓN AUTO-ADMINISTRADA POR EL PACIENTE

PREPARACIÓN del procedimiento

- El paciente tomará un antiemético como premedicación, al menos 3 dosis, la última una hora antes de la toma del preparado letal. La pauta más habitual, con comprimidos de Metoclopramida de 10 mg se realizará con el siguiente esquema horario:

1 comprimido de Metoclopramida 12 horas antes del comienzo del procedimiento

1 comprimido de Metoclopramida 6 horas antes del comienzo del procedimiento

1 comprimido de Metoclopramida 1 hora antes del comienzo del procedimiento

Se prescribirá dicho medicamento según los procedimientos habituales según el lugar donde se realice el procedimiento. En caso de indicar ondansetrón en domicilio o residencia socio-sanitaria se contactará con la farmacia hospitalaria.

- Pactar con el paciente y familiares más cercanos que si el paciente no falleció en 2 horas, se aplicará el método intravenoso utilizando el kit de emergencia destinado a este fin.
 - Antes del procedimiento se deberá preparar una vía de acceso intravenoso por si fuera necesario utilizar esta vía en caso de fracaso de la vía oral (preferiblemente 24 horas antes).
 - Asegúrese de tener todos los materiales y medicamentos necesarios para la administración intravenosa. Este kit de emergencia contendrá los mismos medicamentos que se utilizan en la administración por vía intravenosa (ansiolítico, anestésico local, inductor del coma y relajante muscular).

ADMINISTRACIÓN

- Prepare al paciente para el mal sabor.
- Al tomar la bebida, asegúrese de que el paciente esté sentado con la espalda recta en la cama. Toda la bebida debe ser consumida en el menor tiempo posible (no más de 5 minutos)
- No permita que el paciente ingiera la bebida a través de una pajita. Con una pajita, existe el riesgo que el medicamento comience a surtir efecto antes de que el paciente haya absorbido la dosis completa.
 - La administración del preparado a través de una sonda nasogástrica o PEG en caso de que el paciente sea ya portador de alguno de estos dispositivos requiere que el paciente pueda auto administrárselo y asegurar la permeabilidad del mismo.
 - Si el paciente vomita la bebida, es muy probable que una segunda dosis pueda también ser vomitada. En este caso, habría que aplicar el método intravenoso.
 - Después de la toma de la solución de barbitúrico, las posibilidades de que el paciente entre en un coma profundo y morir son muy altas.
 - Si el paciente no fallece dentro del tiempo acordado, entonces se debe administrar un medicamento de inducción del coma por vía intravenosa seguido de un relajante muscular (Se cambiaría el procedimiento a la modalidad de administración por personal sanitario)

FORMULA MAGISTRAL DE PENTOBARBITAL SÓDICO 150 mg/mL

- Pentobarbital sódico 15 g
- Alcohol 96% V/V 16,2 g (20 mL)
- Agua purificada 15 mL
- Propilenglicol 10,4 g (10 mL)
- Sacarina sódica 250 mg
- Jarabe simple 65 g
- Aceite de anís estrellado 1 gota

121,85 g (100 mL)

Será preparada y dispensada, formando parte de un Kit, por el Servicio de Farmacia Hospitalaria del hospital de referencia del área a la que pertenece el paciente.

Condiciones de almacenamiento

Frasco de 100 mL sin abrir:

Proteger de la luz.

Almacenar por debajo de los 25 ° C.

Caducidad: 1 mes

No refrigerar ni congelar.

No agitar.

El pentobarbital sódico se describe en la bibliografía como una sustancia de sabor amargo. Su concentración en esta preparación da como resultado un sabor que no solo es amargo, sino también algo jabonoso debido al alto nivel de pH (entre 10,0 y 10,5). Como resultado, se ha agregado un edulcorante para mejorar el sabor así como aceite de anís estrellado para enmascarar la alcalinidad. Sin embargo, a pesar de esto, el regusto amargo es muy persistente.

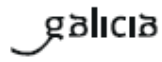
Resumen Kit medicamentos orales

Contiene:

- Pentobarbital sódico 150 mg/mL 100 mL

1. KNMG/KNMP. Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Netherlands, 2012. Disponible en:<https://www.knmp.nl/downloads/guidelines-for-the-practice-of-euthanasia.pdf>
2. MSPS. Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 1-12. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002
4. Ley 3/2001, de 28 de mayo, de Galicia reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
5. DeathwithDignity: Medical Assistance in Dying (MAID) DrZohraMehdi, M.D. International Journal of Science and Research (IJSR) ISSN: 2319-7064Volume 9 Issue 9, September 2020
6. OregonDeathwithDignityAct2020. Disponible en: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/statute.pdf>
7. Hedberg K, New C. Oregon'sdeathwithdignityact: 20 years of experience to informthe debate. Ann InternMed 2017;167:579
8. MEDICAL ASSISTANCE IN DYING (MAID) IrishDoctorsupportingMAiD Disponible en: <https://www.endoflifeireland.ie/wp-content/uploads/2021/03/MAiD-Discussion-Paper-Draft-6-pdf.pdf>
9. American Clinicians Academyon Medical Aid in Dying (ACAMAID), <https://www.acamaid.org/>
- 10.Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping BMJ Open 2020;10:e036054.
11. Oczkowski S, Ball I, Saleh C et al. Theprovision of medical assistance in dying: protocolfor a scopingreview BMJ Open 2017;7:e017888
12. Groenewoud JH, Van der HeideA, .Onwuteaka-Philipsen B D et al. ClinicalProblemsthe Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in theNetherlands N Engl J Med 2000; 342:551-556
- 13.Harty C, Chaput AJ, Trouton K, et al. Oral medical assistance in dying (MAiD): informingpractice to enhanceutilization in Canada. Can J Anaesth 2019;66:1106–12
- 14.Hedberg K, New C. Oregon'sdeathwithdignityact: 20 years of experience to informthe debate. Ann InternMed 2017;167(8):579-583

15. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Neuvième rapport aux Chambres législatives. 2018 – 2019. Disponible en: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_o.pdf
16. Bakewell, F, Naik VN. Complications with Medical Assistance in Dying (MAID) in the Community in Canada. Review and Recommendations. 2019 Disponible en: <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2019/05/Failed-MAID-in-Community-FINAL-CAMAP-Revised.pdf>
17. Harty, C. et al. Intravenous MAiD Medication Protocols in Canada. Review and Recommendations. 2020. Disponible en: <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2020/05/IV-protocol-final.pdf>
18. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 1: Medication Protocols Review and Recommendations. 2018. Disponible en: <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2019/01/OralMAiD-Med.pdf>
19. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 2: Processes for Providing Review and Recommendations. 2018. Disponible en: <https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2019/01/OralMAiD-Process.pdf>
20. Health Canada. Fourth interim report on medical assistance in dying in Canada, 2019. Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019-eng.pdf>
21. Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJ Open* 2020;10:e036054. doi:10.1136/bmjopen-2019-036054
22. APB. Euthanasie. Directives pratiques pour le pharmacien. 2015. Disponible en: http://www.appl.be/Upload/Euthanasie_DOCU_FR_2018.pdf
23. Nitschke, P; Stewart, F. The Peaceful Pill Handbook. Exit International USA. 2020
24. Riley SR, Overbeek A and Van der Heide A. Physician adherence to clinical guidelines in euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: a qualitative study. *Family Practice*, 2020, 269-275. Doi: 10.1093/fampra/cmz069



Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

108
D