

PROCEDIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN,
ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN,
DISTRIBUCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
DE LOS MEDICAMENTOS PARA LA
AYUDA A MORIR EN LA COMUNITAT
VALENCIANA

2021

Este documento ha sido revisado por la Unidad de Igualdad de acuerdo con los principios del lenguaje inclusivo y no sexista

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

© de la presente edición: Generalitat, 2021

© de los textos: las autoras y los autores

1ª edición

Coordina/Elabora/Redacción: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Edición online

	ÍNDICE
1. Consideraciones generales	3
2. Prescripción de los medicamentos	4
3. Dispensación de los medicamentos	5
3.1. Modalidad intravenosa	5
3.2. Modalidad vía oral	6
4. Distribución de los medicamentos	8
5. Administración de los medicamentos vía intravenosa	9
5.1. Premedicación	10
5.2. Adyuvante	10
5.3. Medicamentos inductores del coma	10
5.4. Confirmación del coma	11
5.5. Medicamentos bloqueantes neuromusculares	11
5.6. Duración del proceso	12
5.7. Prevención de complicaciones fuera del ámbito hospitalario	13
6. Autoadministración vía oral	14
6.1. Procedimiento y medicamentos recomendados	14
6.2. Autoadministración intravenosa	16
6.3. Duración del proceso	16
7. Finalización del procedimiento	17
Bibliografía	18
Anexo: Datos clínicos y propiedades farmacológicas de los medicamentos recomendados en la prestación de ayuda para morir	19

1. CONSIDERACIONES GENERALES

La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia¹ (LORE) define la prestación de ayuda para morir como la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir.

La realización de la prestación de ayuda para morir debe llevarse a cabo de manera eficaz y segura, adecuada en el tiempo, evitando alargar el proceso y evitando el sufrimiento innecesario tanto para la persona que lo solicita como para su familia.

Todo el personal sanitario implicado en el procedimiento recibirá la formación y contará con el apoyo, durante todo el procedimiento, de consultores en su Departamento de Salud, así como de la comisión de Garantías y Evaluación de la Comunidad Valenciana.

Una vez se haya manifestado su consentimiento informado, de forma libre y plenamente consciente, o se haya verificado una situación de incapacidad de hecho, tras la resolución favorable de la Comisión de Garantía y Evaluación, el médico/a responsable comunicará a la persona en situación de incapacidad de hecho o a su representante, la posibilidad de proceder a la realización de la prestación de ayuda para morir.

Asimismo, se le informará al paciente de la modalidad de prestación más adecuada, para lo que deberá tener en cuenta no sólo sus deseos sino también su situación clínica y si ésta limita alguna de las dos modalidades de prestación.

La eutanasia se puede producir en dos modalidades:

1ª La administración directa de uno o más medicamentos por parte del médico/a responsable (vía intravenosa).

2ª. La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de uno o más medicamentos, de manera que los pueda tomar o auto administrar, para causar su propia muerte.

Desde el Ministerio de Sanidad se ha consensuado una serie de recomendaciones a través de un Manual de Buenas Prácticas en eutanasia², para cuya elaboración se ha realizado una revisión de las guías de los países con experiencia en la realización de la prestación de ayuda para morir³⁻¹⁰ y se ha tenido en cuenta la disponibilidad y financiación de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El presente procedimiento para la prescripción, elaboración y dispensación, distribución y administración de los medicamentos necesarios para la ayuda a morir se basa en el citado Manual de Buenas Prácticas.

2. PRESCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Una vez la Comisión de Garantías y Evaluación comunica al médico/a responsable la resolución favorable para el inicio del procedimiento, este lo inicia acordando con la persona que solicita la fecha en que se realizará y poniendo en marcha el proceso de prescripción de los medicamentos necesarios.

El personal sanitario que vaya a atender al paciente debe comunicar a sus superiores la fecha para que facilite la disponibilidad horaria para la adecuada custodia activa y la correcta atención de paciente y familia durante todo el proceso de ayuda a morir, ya que independientemente de la vía de administración elegida, tanto el profesional responsable como el resto de profesionales sanitarios, le acompañaran durante todo el proceso, hasta el momento de su fallecimiento.

En caso de hospitalización o atención por parte de la Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD), tanto de hospital público como concertado, la prescripción de los kits a utilizar se llevará a cabo a través del sistema de información corporativo, formulando interconsulta y nota de evolución al Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) del Departamento de Salud donde se haya hecho la solicitud para la realización de la ayuda a morir.

Si el médico o la médica responsable del procedimiento es del ámbito de Atención Primaria, la prescripción tendrá lugar en el módulo de prescripción electrónica (MPRE) mediante orden médica.

Para ambos casos se activa en el módulo de prescripción MPRE los códigos:

Código	Descripción	Presentación Farmacéutica
57006	KIT LORE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA	29638 MIDAZOLAM + PROPOFOL (2) + LIDOCAINA + ROCURONIO + FENTANILO / 1 KIT INTRAVENOSO
57007	KIT LORE ADMINISTRACIÓN ORAL	29639 PENTOBARBITAL + ONDANSETRON + MIDAZOLAM / 1 KIT ORAL

Para la administración intravenosa deben prescribirse dos kits, y para la autoadministración, un kit oral y dos kits intravenosos. Dicha prescripción irá asociada al CIE10 de la patología de base que genera una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante».

Para las personas que soliciten la eutanasia en el ámbito de asistencia privada, se desarrollaran idénticos mecanismo en sus sistemas de información.

3. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Tras la prescripción médica, el responsable en el SFH comprobará que se cumplen los requisitos formales y que los documentos necesarios están disponibles en la historia clínica electrónica (HCE).

3.1. MODALIDAD INTRAVENOSA

Cada kit contendrá:

KIT LORE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA	
Midazolam 50 mg/10 ml	1 jeringuilla
Propofol 20 mg/ml vial 50 ml	2 jeringuillas (inicial y rescate)
Lidocaína 2% ampollas	1 jeringuilla
Rocuronio 10 mg/ml vial 5 ml	3 jeringuillas
Fentanilo 50 mcg/ml ampolla 3 ml	1 jeringuilla
Suero salino	Jeringuillas para lavado

Para prevenir errores de medicación y facilitar la administración se prepararán kits con los medicamentos a utilizar en jeringas precargadas y bien etiquetadas de forma inequívoca y personalizada. Se suministrarán siempre dos kits por paciente.

Para la elaboración de los kits se deberá tener en consideración:

1. Identificación del kit (código, referencia...) que permita su trazabilidad: paciente para quien va destinado, lote y caducidad de los medicamentos utilizados para su elaboración, fecha de elaboración del kit, caducidad del kit ...
2. Preparación en jeringuillas precargadas.
3. Etiquetado claro del medicamento en cuanto al contenido, dosis total, volumen y la dosificación de la jeringuilla.
4. Uso de jeringuillas de distinto tamaño para cada medicamento.
5. Uso de etiquetas codificadas por colores y numeradas por orden de administración para cada medicamento.
6. Indicar el periodo de devolución al SFH las jeringuillas no utilizadas para su eliminación.

Los kits se prepararán con una antelación máxima al día previo al de la administración y se custodiarán ya preparados en el armario de estupefacientes del Servicio de Farmacia del hospital de referencia hasta su dispensación.

3.2. MODALIDAD ORAL

En España no hay comercializado ningún medicamento de uso humano que contenga pentobarbital o secobarbital, ni es posible conseguir un medicamento registrado en otro país en una presentación oral adecuada que contenga alguno de estos principios activos por lo que será necesario preparar una solución oral como fórmula magistral. Para la elaboración de la misma los SFH deberán obtener las materias primas a través de los mismos canales utilizados para la preparación de medicamentos. La solución de pentobarbital se puede elaborar previamente y es estable durante un mes a temperatura ambiente (25°C). No se debe refrigerar ni congelar.

Ante una situación de la falta de disponibilidad de pentobarbital (y secobarbital) la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios gestionará la solicitud de estos productos de forma centralizada, organizando un servicio de farmacia hospitalario como referente para el resto de nuestra Comunidad Autónoma.

Par la autoadministración el kit debe contener:

KIT LORE ADMINISTRACIÓN ORAL	
Pentobarbital solución 15% (fórmula magistral)	
Ondansetrón bucodispersable 4-8 mg	3 comprimidos
Midazolam 7,5 mg comprimidos	Prescripción por receta médica

El Ondasertón debe suministrarse al menos 36 horas antes y el midazolam se podrá prescribir por receta, de tal forma que solo el pentobarbital pase a ser de custodia activa y transportado el mismo día de la eutanasia.

En el caso de solución oral de pentobarbital al 15% 100ml, la formulación será:

Pentobarbital	15 g
Etanol 96º	16,2 g (20 ml)
Agua purificada	15 g
Propilenglicol	10,4 g (10 ml)
Sacarina sódica	250 mg
Jarabe simple	65 g
Aceite esencial de anís estrellado (saborizante)	1 gota
	121,85 g (100 ml)

INSTRUCCIONES DE PREPARACIÓN:

1. Mezclar el agua destilada, el propilenglicol y el alcohol.
2. Añadir el pentobarbital a esta solución sin dejar de remover.
3. Añadir la sacarina sódica.
4. Mezclar la solución anterior con el jarabe simple y el saborizante (por ejemplo, anís estrellado).
5. Envasar en un frasco topacio.

COMENTARIOS

El pentobarbital sódico se disuelve eficazmente en agua, aunque la disolución puede ser lenta.

La solución tiene un pH de entre 10,0 y 10,5. Bajo la influencia del CO₂ en el aire, el nivel de pH puede reducirse gradualmente, lo que puede provocar la cristalización del pentobarbital.

El etanol y el propilenglicol evitan la cristalización del principio activo y actúan como conservantes.

CADUCIDAD Y CONSERVACIÓN:

Caducidad: 1 mes.

Conservación: temperatura ambiente (25°C), protegido de la luz. No refrigerar ni congelar.

En ambos casos, si todo está correcto, dispensará los dos kits intravenosos y, en su caso el kit oral, a personal del equipo responsable implicado en el proceso, quienes firmarán la recepción y realizarán una custodia activa de la medicación, garantizando así la intimidad y la protección de datos del paciente incluyendo la opción de distribución a través de circuito departamental cuando la dispersión geográfica así lo requiera.

Se anotará el lote de los kits dispensados en su sistema de información corporativo y cerrará la interconsulta.

Las devoluciones del material no utilizado se recibirán en el SFH dispensador no más tarde de 24 h tras la finalización del procedimiento. De no producirse este hecho, se trasladará inmediatamente a la Dirección correspondiente (D. Médica Hospitalaria o Dirección Medica de Atención Primaria) para su subsanación.

4. DISTRIBUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS:

Cada Departamento de salud determinará, según sus características el circuito para hacer llegar la medicación bajo custodia activa hasta el equipo profesional responsable, así como la devolución al SFH, habiendo definido previamente el circuito a implementar.

5. ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS VIA INTRAVENOSA:

Para eliminar el riesgo de errores de medicación que podrían dar lugar a infradosis, las recomendaciones recogidas en este documento se basan en dosis fijas (salvo premedicación) siendo el objetivo principal garantizar el fallecimiento en el menor tiempo posible, evitando sufrimiento innecesario. Las dosis para inducir la muerte son de 5 a 10 veces superiores a la dosis terapéutica máxima de cada fármaco para personas de 70 Kg, para garantizar el efecto deseado en una amplia población de diferentes edades y pesos.

Varios de estos medicamentos están calificados como de “Uso Hospitalario” y en ocasiones se tendrán que utilizar fuera de este ámbito (domicilios o residencias); además algunos de estos medicamentos se utilizarán en condiciones diferentes a las autorizadas en la ficha técnica, pero de acuerdo con el RD 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, esta utilización entra dentro de la práctica clínica, no requiriendo autorización por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Se deberá justificar en la historia clínica la necesidad del uso de cada medicamento y se proporcionará la información necesaria al paciente, obteniendo su consentimiento conforme a la legislación vigente.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS:

- En determinados casos puede plantear dificultades tener una adecuada vía venosa para administrar la medicación. Por ello, será fundamental asegurar una vía venosa adecuada y estable antes de iniciar todo el proceso para minimizar las tasas de fracaso. También se recomienda contar con una segunda vía accesoria.
- El acceso venoso será en una vena lo más grande posible. Se recomienda utilizar 2 catéteres intravenosos de mayor calibre, el calibre 18G-20G sería el más idóneo. Se evitarán vías intravenosas de calibre 24G y los kits de agujas de mariposa. Esto disminuirá el dolor con la inyección de propofol o tiopental.

- Se debe comprobar que ambos catéteres intravenosos estén en la posición correcta dentro del lumen de la vena antes de administrar la medicación. Esto se puede comprobar con una descarga de solución salina de una sola vez o el uso de una solución intravenosa por "goteo".
- Para facilitar la administración de los fármacos intravenosos y preservar la vía periférica evitando roturas y extravasaciones, se conectará el catéter que se va a utilizar con una alargadera corta y llave de tres pasos, indispensable para administrar la medicación con seguridad. Es necesario purgarlo con solución salina previamente a su colocación, para evitar la administración de aire intravenoso.
- Si el paciente tiene ya una vía se mantendrá y utilizará esta, y si dispone de una vía central (Port-a-cath, catéter central de acceso periférico, entre otros) no estará indicado buscar otro acceso venoso.
- Si el acceso periférico no está disponible se debe considerar una vía central.
- Los medicamentos se administrarán, por parte del equipo responsable, con una sucesión rápida, así se pueden evitar posibles reacciones adversas y se produce una muerte más rápida. El mayor riesgo es la integridad de la vena, que debe vigilarse durante todo el proceso.
- Podría darse el caso de que los medicamentos administrados no hubieran sido eficaces, generalmente por migración de la vía iv. En estos casos se debe repetir la administración de la misma secuencia de medicamentos por la otra vía intravenosa que no se haya utilizado hasta entonces.
- Si se ha administrado tiopental se debe lavar el sistema de infusión con 10 ml de solución de cloruro de sodio al 0'9% antes de administrar el bloqueante neuromuscular, evitando así problemas de precipitación.
- Se hará lavado con suero salino, después de la administración de todos los medicamentos.

5.1. PREMEDIACIÓN.

Se recomienda administrar premedicación intravenosa para disminuir el nivel de consciencia previamente a la inducción del coma. El medicamento recomendado es midazolam 10-20mg IV en bolus de 30 segundos^{3,6,9}. La dosis de midazolam dependerá de su situación clínica.

5.2. ADYUVANTE

Los medicamentos inductores del coma pueden causar dolor cuando se administran por vía intravenosa. Para evitar este dolor se recomienda la administración previa de 40 mg de lidocaína IV (2 ml al 2%).

La administración debe hacerse de forma lenta, en 30 segundos, para asegurar una adecuada impregnación de la vía venosa.

En caso de alergia a la lidocaína, se puede administrar 1.000 mg de sulfato de magnesio (6,7 ml de solución de sulfato magnésico al 15%) diluido con 10 ml de solución salina normal en administración lenta durante 5 minutos. Se deberá reseñar esta sustitución en la solicitud del kit predefinido como LORE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA.

5.3. MEDICAMENTOS INDUCTORES DEL COMA.

Tras la premedicación y el adyuvante se administra el medicamento inductor del coma.

El medicamento de elección es propofol 1.000 mg IV (50 ml al 2% o 100 ml al 1%)^{4,7,8}. La administración debe realizarse mediante inyección lenta durante 2,5-5 minutos.

Como alternativa en caso de no poder administrar propofol se recomienda tiopental 2.000 mg (IV disolviendo cada vial de 1 g en 20 ml de agua para inyección o salino al 0,9%)^{4,7,8} mediante inyección lenta durante 2,5-5 minutos.

Se deberá reseñar esta sustitución en la solicitud del kit predefinido como LORE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA. En este caso, se debe lavar el sistema de infusión con 10 ml de solución de cloruro de sodio al 0,9% antes de administrar el bloqueante neuromuscular (para evitar problemas de precipitación).

Si no hay constancia de tratamiento previo con opioides, se puede administrar una ampolla de 150 mcg (0,05 mg) de fentanilo.

Transcurridos 3 min, y antes de seguir con la administración de fármacos, debe asegurarse de que el coma se ha inducido correctamente y en caso de no cumplir las características, se debe administrar otros 500 mg de Propofol y repetir la administración hasta asegurar el coma.

5.4. CONFIRMACIÓN DE COMA

Es de suma importancia que el o la paciente no sea consciente de los efectos del bloqueante neuromuscular. Antes de administrar el bloqueante neuromuscular, se debe garantizar el estado de coma profundo inducido médicamente.

El coma inducido médicamente implica una reducción suficiente de la conciencia que se puede determinar sin realizar ningún procedimiento importante. Las características de un coma inducido médicamente son las siguientes:

- No hay respuesta a los estímulos verbales.
- No hay respuesta a los estímulos dolorosos.
- Existe una depresión grave de la función cardiovascular, evidenciada por un pulso lento y débil.
- Existe una depresión grave de la ventilación, evidenciada por respiración lenta y superficial.
- Carencia de reflejos protectores, como el reflejo corneal.

5.5. MEDICAMENTOS BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES

Tras comprobar la situación de coma profundo, se administra el medicamento bloqueante neuromuscular.

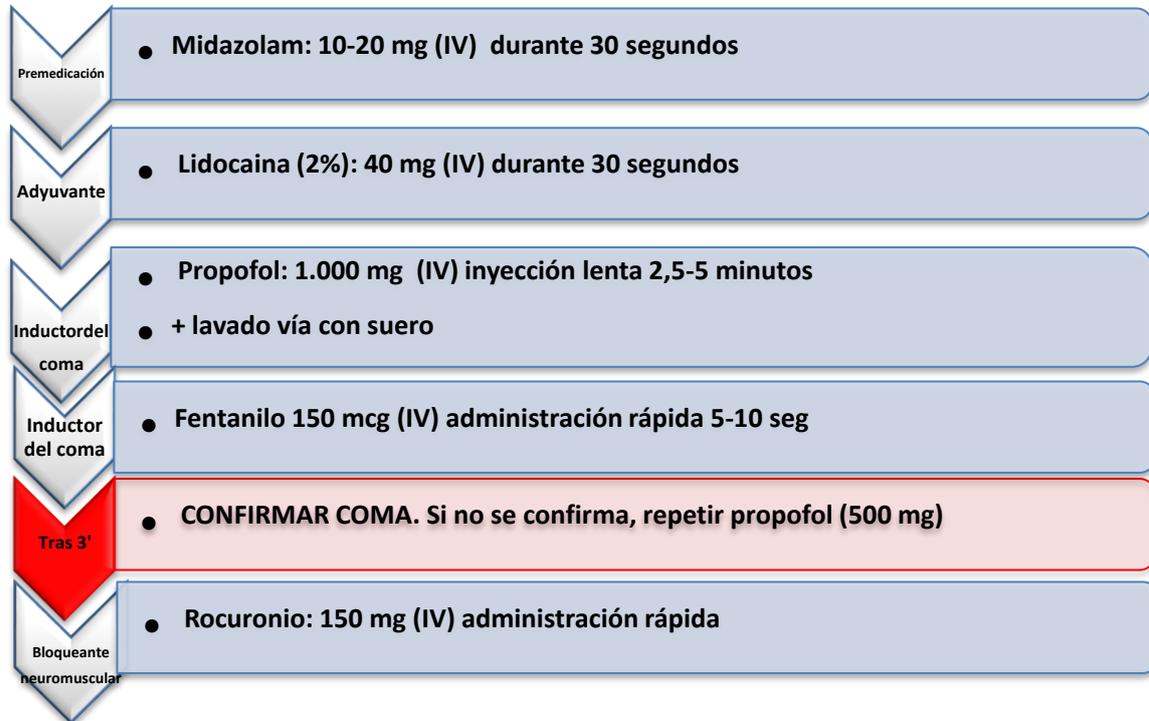
El bloqueante neuromuscular se administra siempre tras la administración de la medicación de inducción del coma.

El fármaco que se incluye en el kit es rocuronio 150 mg (15 ml IV)⁷ dado que no precisa frigorífico para su transporte y almacenamiento.

Las alternativas a este medicamento son atracurio 100 mg (10 ml IV)^{4,7,8} o cisatracurio 30 mg (15 ml IV). Si se eligiese alguno de estos fármacos, se deberá reseñar esta sustitución en la solicitud del kit predefinido como LORE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA.

La administración se hace mediante administración rápida (en bolo).

Tras la administración del bloqueante neuromuscular es recomendable lavar el sistema con 10 ml de solución de cloruro de sodio al 0,9% para asegurar que se ha administrado toda la medicación.



5.6. DURACIÓN DEL PROCESO

La medicación de inducción del coma se administra en no más de 5 minutos. La pérdida de conciencia se produce en 1-2 minutos tras su administración. Tras comprobar el estado de coma profundo se administra el bloqueante neuromuscular de forma rápida.

En unos pocos casos, la administración de la medicación inductora del coma puede conducir directamente a la parada respiratoria y a una posible parada cardíaca. En todos los demás casos, el bloqueante neuromuscular provocará una parada respiratoria total en pocos minutos, seguida de una parada cardíaca. Sin embargo, a veces el corazón puede seguir latiendo durante algún tiempo, lo que prolonga el periodo entre la parada respiratoria y la parada cardíaca, hasta 20 minutos. Esto puede provocar cianosis.

Antes de la práctica de la eutanasia, debe explicarse claramente a quienes estén presentes que la parada respiratoria puede producirse rápidamente, pero que el corazón también puede seguir latiendo durante algún tiempo.

5.7. PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN IV FUERA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

Entre las complicaciones de la vía iv están la imposibilidad para colocar un acceso intravenoso o la pérdida del acceso intravenoso durante la prestación. Para prevenir estas complicaciones se recomienda:

- Valorar la disponibilidad de un acceso vascular en el momento de la evaluación clínica y en un momento cercano a la realización de la prestación si han transcurrido varias semanas o meses desde la evaluación.
- Insertar dos vías previo a la administración de los medicamentos, para disponer de una segunda vía en caso de que la primera falle. Si se pierde el acceso iv durante la administración de la medicación se debe cambiar la administración del medicamento a la otra vía iv.
- Considerar un acceso venoso central si el acceso periférico no es posible.

- Es recomendable que el equipo asistencial:
 - Cuente con personal sanitario con experiencia en la inserción de vías iv.
 - Disponga, de forma rutinaria, de un segundo kit completo de medicación iv en cada asistencia.
 - Tenga un plan establecido en caso de que se pierda el acceso venoso una vez administrados los medicamentos y no se pueda obtener más acceso.

- Reacciones adversas o demora del fallecimiento:
 - Si se producen reacciones adversas (mioclonías, jadeo ...), se debe estar preparado para aumentar las dosis de medicamentos (administrar la segunda dosis de Propofol) a través de vía iv, con el objetivo de mejorar la comodidad del paciente y llevar el proceso a término.
 - El equipo asistencial debe tener previsto poder acelerar u omitir partes del protocolo, por ejemplo, si aparece una reacción paradójica al midazolam, así como prescindir de la administración de lidocaína y administrar directamente el propofol.

6. AUTOADMINISTRACIÓN VIA ORAL:

Esta modalidad de prestación consiste en la prescripción o suministro de medicamentos, de manera que el paciente se los pueda auto administrar para causar su propia muerte. Es la propia persona quien toma los medicamentos suministrados por el equipo asistencial.

Si se opta por esta modalidad de prestación, se debe de tener en cuenta los siguientes aspectos: la persona debe ser capaz de tragar un volumen suficiente de líquidos, no debe tener náuseas, deshidratación y/o problemas gastrointestinales, trastornos del tránsito intestinal o que alteren significativamente la absorción. También se deben tener en cuenta los tratamientos con opioides, pues enlentecen el tránsito gastrointestinal y pueden disminuir la absorción, lo que puede aumentar el tiempo hasta la muerte.

6.1. PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

De forma general y en previsión de un alargamiento del tiempo del proceso por vía oral o de su fracaso, se debe evaluar la posibilidad de acceso vascular y disponer una vía intravenosa en todos los casos antes de iniciar el proceso por si fuese necesario utilizarla.

Se recomienda ayuno de 6 horas y tomar una comida ligera como una infusión con tostadas, aproximadamente 1 hora antes de tomar el medicamento inductor del coma. La probabilidad de provocar el reflejo del vómito causado por la ingesta de una solución amarga se reduce teniendo algo de comida en el estómago. Esta comida no debe ser abundante y/o de digestión difícil ya que ralentizaría la absorción del fármaco y por consiguiente todo el proceso.

Durante la ingestión del medicamento se debe de adoptar la posición estándar de Fowler, en una posición semisentada de aproximadamente 45-60º con las rodillas extendidas o flexionadas y permanecer sentado durante al menos 20 minutos, incluso si está inconsciente, para optimizar la absorción y prevenir la regurgitación.

Se debe consumir todo el medicamento en 4 minutos. Evitar el uso de pajita ya que puede ralentizar la ingesta. Asegurar la ingesta completa de la dosis. Permitir la toma de líquidos entre tragos siempre que no prolongue la duración de la toma.

Después de consumir todo el medicamento, si lo desea puede beber un vaso de agua. El sabor amargo residual del medicamento se puede mitigar tomando algo con un sabor diferente como chocolate, un licor fuerte, o una bebida no carbonatada a temperatura ambiente, medio vaso. Deben evitarse licores o bebidas cremosas y lechosas.

La medicación oral se podrá administrar por sonda nasogástrica en caso de portarla (se debería enjuagar previamente para asegurar que no se bloquee durante la administración de la medicación).

En caso de vomito se utilizará la vía intravenosa previamente canalizada, haciendo uso del kit LORE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA.

PREMEDICACIÓN:

Antieméticos.

El primer paso es preparatorio. Implica tomar un antiemético para minimizar el riesgo de vomitar el medicamento inductor del coma. El medicamento recomendado es el ondansetrón que se puede administrar en forma de comprimido liofilizado bucodispersable de 8 mg: 1 comprimidos c/12 horas, empezando 36 horas antes de la toma del producto.

La metoclopramida es otra opción pero puede producir reacciones extrapiramidales: espasmos de los músculos de la cara, del cuello y de la lengua, incoordinación de los movimientos voluntarios y dificultad para mantenerse quieto. Aunque los efectos extrapiramidales son más frecuentes en adolescentes y jóvenes, se recomienda la utilización de ondansetrón.

Ansiolíticos.

Opcionalmente, en caso de que se requiera, 30-45 minutos antes de la administración del medicamento inductor del coma se podría administrar un ansiolítico. También puede valorarse pautarlos 24-48 h antes de la eutanasia para disminuir la ansiedad en los días previos.

Los medicamentos y las dosis recomendadas son los siguientes:

- a) Lorazepam 1-2 mg vía oral
- b) Diazepam 10-25 mg vía oral
- c) Midazolam 7,5-15 mg vía oral

La dosis de ansiolítico dependerá de su situación clínica.

Ambos fármacos utilizados en la premedicación deberán ser facilitados previamente, hecho que ha de considerarse a la hora de la distribución del kit.

MEDICAMENTO INDUCTOR DEL COMA.

El segundo paso es la toma de un medicamento inductor del coma que contenga pentobarbital: solución oral de pentobarbital 15 g en 100 ml⁷⁻⁸, que habrá sido elaborado mediante fórmula magistral el SFH del Departamento donde se vaya a realizar la eutanasia.

6.2. AUTOADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

Dentro de esta modalidad de prestación (prescripción o suministro) se puede considerar también la vía intravenosa.

En este caso la administración intravenosa se haría mediante infusión iv, de forma que fuese la misma persona la que abriera la llave de la vía de entrada del medicamento inductor del coma, iniciando así el proceso.

Los medicamentos a utilizar y pauta de administración son los mismos que se recogen en la modalidad de administración directa. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la dosis de midazolam (premedicación) debe ser la adecuada para producir una sedación consciente y que le permita abrir la llave. De acuerdo con la ficha técnica del medicamento esta dosis es de entre 0.5mg y 2.5mg dependiendo de la edad.

Alternativamente se puede valorar la utilización de ansiolíticos por vía oral (ver el apartado de autoadministración oral) para garantizar que esté suficientemente consciente y pueda abrir la llave.

DURACIÓN DEL PROCESO

El período de tiempo entre la administración del medicamento inductor del coma y el momento de la muerte varía de persona a persona, pero, en la gran mayoría de los casos, tarda menos de 30 minutos. Sin embargo, a veces puede llevar más tiempo (2-3 horas).

Períodos prolongados como estos pueden dar lugar a situaciones difíciles por lo que es recomendable acordar un plazo máximo de 2 horas con paciente y familiares. Si no se ha producido el fallecimiento en ese tiempo, entonces se debe iniciar el procedimiento de administración de medicamentos por vía intravenosa.

7. FINALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La realización de la ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte del equipo asistencial que debe estar presente en todo el proceso.

En los casos en los que la prestación de ayuda para morir se realice mediante la administración directa de la medicación (vía intravenosa), el equipo sanitario responsable asistirá al paciente hasta el momento de su muerte.

En el supuesto de que la eutanasia se realice mediante la toma de un medicamento (vía oral), el equipo sanitario responsable, tras prescribir y entregar la sustancia para ser autoadministrada, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento del fallecimiento.

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

El equipo sanitario acompañará a paciente y familiares hasta que se produzca la muerte.

El médico/a responsable debe certificar el fallecimiento, debiendo expresar en el certificado médico de defunción (CMD):

- Como causa inmediata: Prestación de ayuda para morir (LO 3/2021).
- Como causa inicial o fundamental: la patología de base que genera una «enfermedad grave e incurable» o un «padecimiento grave, crónico e imposibilitante».

Se adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad durante todo el proceso, facilitando el acompañamiento elegido y evitando potenciales invasiones de esta, y ello incluye a las redes sociales; si el paciente solicitara grabación se deberá recabar el consentimiento previo del equipo asistencial responsable.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia
2. Manual de Buenas Prácticas sobre euthanasia. Ministerio de Sanidad.
3. Bakewell, F, Naik VN. Complications with Medical Assistance in Dying (MAID) in the Community in Canada. Review and Recommendations. 2019
4. Harty, C. et al. Intravenous MAiD Medication Protocols in Canada. Review and Recommendations. 2020.
5. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 1: Medication Protocols Review and Recommendations. 2018.
6. Harty, C., et al. The Oral MAiD Option in Canada Part 2: Processes for Providing Review and Recommendations. 2018.
7. KNMG/KNMP. Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Netherlands, 2012.
8. APB. Euthanasie. Directives pratiques pour le pharmacien.2015. Disponible en: http://www.appl.be/Upload/Euthanasie_DOCU_FR_2018.pdf
9. MSPS. Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. p. 1-120
10. Nitschke,P; Stewart,F. The Peaceful Pill Handbook. Exit International USA. 2020

Anexo: Datos clínicos y propiedades farmacológicas de los medicamentos recomendados en la prestación de ayuda para morir

A continuación se recogen los enlaces donde se pueden consultar datos clínicos y las propiedades farmacológicas de los principales medicamentos recomendados en cada una de las modalidades de prestación. Esta información se refiere a las condiciones de uso autorizadas y recogidas en las fichas técnicas autorizadas de cada uno de los medicamentos y que están disponibles en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>

- Midazolam: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65796/FT_65796.pdf
- Propofol: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/65796/FT_65796.pdf
- Cisatracurio: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61199/FT_61199.html
- Atracurio: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/57335/FT_57335.html
- Rocuronio: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/72862/FT_72862.html
- Metoclopramida: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/41446/FT_41446.html
- Ondansetrón: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62945/FT_62945.html
- Fentanilo: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/41764/FT_41764.html