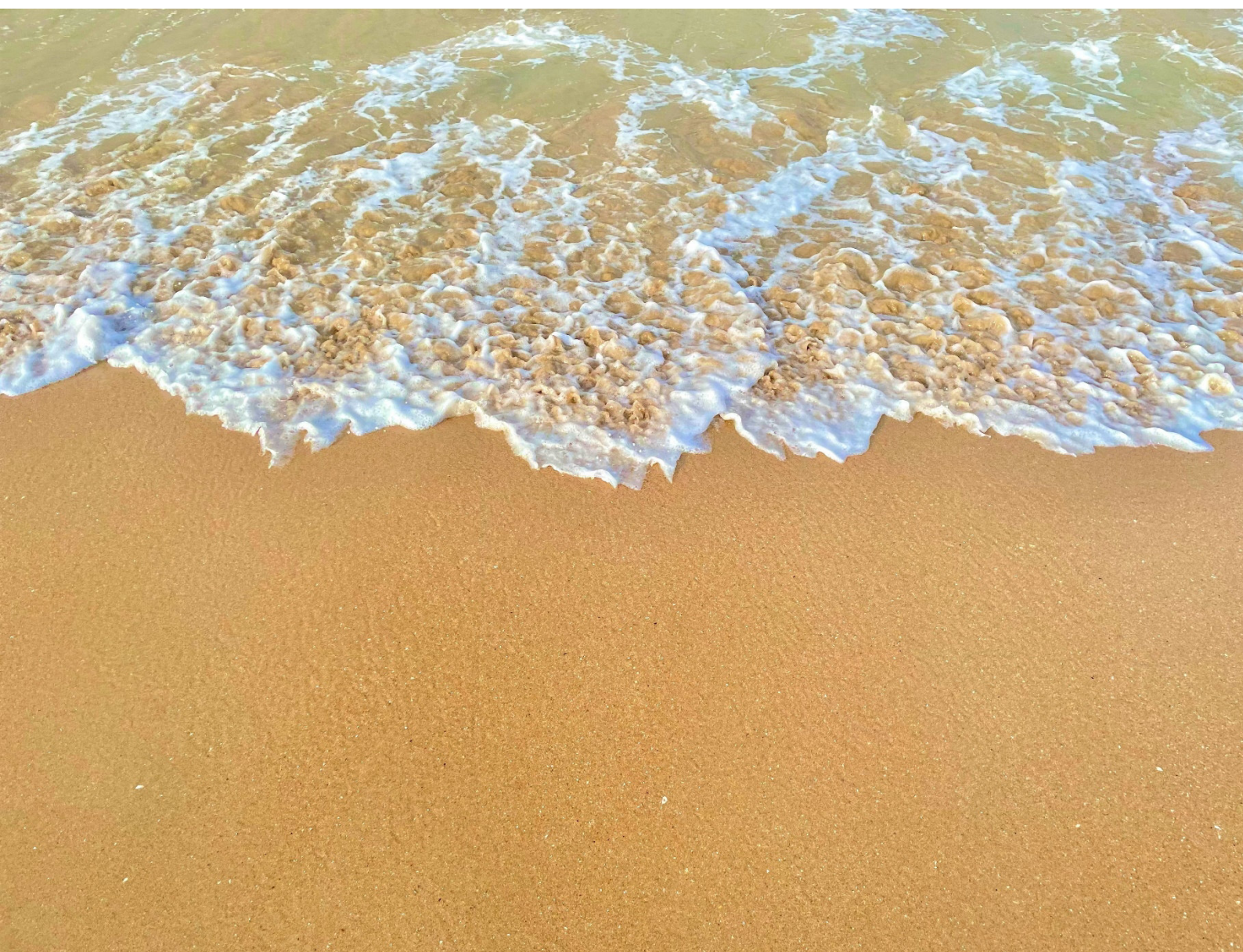


Guía Técnica Asistencial da Prestación de Axuda Médica para Morrer

Lei Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación da eutanasia



XUNTA DE GALICIA



Título:

Guía Técnica Asistencial da Prestación de Axuda Médica para Morrer

Edita:

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Edición:

2021

Fotografías:

A. Otero



Índice

Introdución.....	5
------------------	---

Autores	6
---------------	---

Parte 01	
Preparación: consentimento informado, medicamentos, material necesario, preparación do paciente e da súa contorna, dispositivos cardíacos e certificado de defunción.....	7

Parte 02	
Prestación de axuda médica para morrer na modalidade de administración polo profesional sanitario.....	11

Parte 03	
Prestación de axuda médica para morrer na modalidade de auto-administración polo propio paciente.....	17

Claves.....	21
-------------	----

Parte 04	
Anexos.....	25

I. Consentimento Informado	25
II. Circuito de solicitude e obtención da medicación	27
III. Folla de prescripción	28
IV. Material e Kits de medicación	29
V. Impreso interior do Kit	31
VI. Resumo modalidade administración por profesional sanitario	33
VII. Resumo modalidade auto-administración polo propio paciente	34

Bibliografía	36
--------------------	----

Este documento vai dirixido aos profesionais sanitarios do Servizo Galego de Saúde e pretende ser unha axuda para a aplicación da prestación de axuda médica para morrer, unha vez que, no respecto aos valores do solicitante e despois do proceso de deliberación e demais requisitos que marca a Lei, a solicitude sexa aprobada no procedemento administrativo previo mediante resolución positiva da Comisión de Garantía e Avaliación, segundo dispón a Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo, de regulación da eutanasia.

A prestación de axuda para morrer refírese á acción derivada de proporcionar os medios necesarios a unha persoa que cumpre os requisitos previstos pola Lei e que manifestou o seu desexo de morrer. Pode realizarse en dúas modalidades:

- A administración intravenosa directa ao paciente dunha substancia por parte do profesional sanitario competente.
- A prescrición ou subministración ao paciente por parte do profesional sanitario dunha substancia de xeito que esta a poida auto-administrar, para causar a súa propia morte.

O procedemento debe ser facilmente aplicable, eficaz e seguro para a práctica da prestación da axuda médica para morrer nas súas dúas modalidades.

A medicación utilizada debe de ser de acción rápida e certa.

Para a elaboración desta Guía Técnica levouse a cabo unha exhaustiva revisión bibliográfica, xunto cunha avaliación de riscos, que se contemplaron para garantir a seguridade no proceso tanto da persoa como da súa contorna e do persoal sanitario, dentro e fóra dos centros sanitarios, con especial atención á situación de prestación extrahospitalaria. Tendo en conta que, en todos os casos, é unha situación con gran carga emocional para o paciente, as súas persoas queridas, e os profesionais sanitarios, utilizar esta guía técnica pode ser un elemento de apoio e axuda.

Incorpóranse entre os rexistros para comunicar datos sobre o procedemento e os posibles efectos, a fin de obter información para a revisión desta Guía, en base aos avances científicos e as avaliacións recompiladas polos profesionais. Establécese unha periodicidade bienal.

As principais claves para ter en conta móstranse sinaladas ao longo da guía. Para a súa mellor identificación móstranse agrupadas como PUNTOS CLAVE.

Begoña Aldamiz-Echevarría Iraurgui. Especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Unidade de Hospitalización a Domicilio. Membro do Comité de Ética Asistencial. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.
Mª Pilar Ascunce Saldaña. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital do Meixoeiro. Área Sanitaria de Vigo.
Andrea Gallego Valdeiglesia Médico de Atención Primaria. Presidenta da Comisión de Deontoloxía do Ilustre Colexio Oficial de Médicos de Lugo.
Cesáreo Labrador Castro. Xefe de Sección de Medicina Interna-Unidade de Coidados Paliativos. Membro del Comité de Ética Asistencial. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
Nieves Molins Gauna Especialista en Anestesioloxía e Reanimación. Membro del Comité de Ética Asistencial. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.
Clara Olveira Lorenzo. Subdirectora de Calidade Asistencial. Área Sanitaria de A Coruña e Cee. (Coordinadora del grupo de traballo)
Raquel Vázquez Mourelle. Subdirectora Xeral de Atención Hospitalaria do Servizo Galego de Saúde.
Isabel Vila Iglesias. Enfermeira da Unidade de Hospitalización a Domicilio do Hospital Lucus-Augusti de Lugo. Vogal do Consello de Bioética de Galicia.
Juan Carlos Yáñez Rubal. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Servizo de Farmacia. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. Unidade de Coidados Paliativos.

Preparación. Consentimento informado, medicamentos, material necesario, preparación do paciente e da súa contorna, dispositivos cardíacos e certificado de defunción.

Consentimento informado

A persoa que teña solicitado a axuda médica para morrer debe prestar consentimento informado previamente a recibir a prestación.

O consentimento informado formalízase por escrito ás 24 horas de finalizar o proceso deliberativo da solicitude, descrito no apartado 8.2 da Lei Orgánica 3/21, do 24 de marzo, de regulación da eutanasia. É por iso importante que no documento figuren as datas das solicitudes e a data e hora da sinatura do mesmo.

Se se trata dun paciente capaz, este debe comunicar ao médico responsable a modalidade na que quere recibir a prestación de axuda médica para morrer tras recibir a información das modalidades recollidas na Lei e as posibles indicacións no seu caso. No documento de consentimento informado (**Anexo I**) sinalará a opción elixida para a modalidade de prestación, que constará marcada expresamente.

O devandito consentimento incorporárase á historia clínica do Servizo Galego de Saúde (IANUS), salvo nos casos en que non se atope en pleno uso das súas facultades ou non poida prestar a súa conformidade libre, voluntaria e conscientemente pero subscribíse con anterioridade un DEP (documento de instrucións previas) ou equivalente. En pacientes incapaces pero cun DEP con petición de axuda médica para morrer, elixírase a vía intravenosa.

É o médico/a responsable quen ten a responsabilidade final da prestación pero a administración das substancias na modalidade intravenosa poderá ser realizada por calquera membro do equipo sanitario (médico/a ou enfermeira/o).

Medicamentos

O circuío de solicitude e obtención da medicación figuran no **Anexo II**. A administración facilitarase mediante a preparación de kits polo Servizo de Farmacia Hospitalaria.

Os fármacos necesarios serán preparados na Farmacia Hospitalaria agás os antieméticos para a premedicación na modalidade oral, que se prescribirán segundo os procedementos habituais. É aconsellable contactar co Servizo de Farmacia e remitir a folla de prescripción (**Anexo III**) cunha semana de antelación á data prevista de realización da prestación e, en

calquera caso, sempre os médicos/as e farmacéutico/as deberán acordar un tempo mínimo desde a prescrición do Kit de axuda médica para morrer ata data da entrega da medicación.

Unha vez preparados os kits, o Servizo de Farmacia tamén dará as instrucións necesarias para o almacenamento adecuado deles desde a súa dispensación ata o seu uso, así como do tratamento dos fármacos que non sexan utilizados. O profesional pola súa vez será o responsable dos kits de medicación, do seu uso segundo o protocolo e da devolución do material sobrante despois da prestación, para evitar calquera accidente, sobre todo se a prestación se realiza fóra do ámbito hospitalario.

De modo xeral a medicación será entregada desde a Farmacia Hospitalaria ao médico/a responsable, quen será a persoa encargada e responsable da súa custodia ata a súa utilización, por iso acordarase o método e momento da recollida e/ou envío, podendo definir en cada Área Sanitaria ou para cada nivel asistencial unha entrega individualizada, segundo o caso (recollida directa no servizo de farmacia, entrega mediante mensaxería porta a porta, etc). Aconséllase a recollida ou envío no mesmo día da administración, para minimizar riscos e pola posible dificultade da custodia.

No caso da administración dos fármacos polo profesional, estes prepararanse precargados en xiringas debidamente rotuladas onde figure o nome do paciente, o medicamento en cuestión e a dose que se vai utilizar.

As xiringas conterán cada unha a dose total de cada fármaco e van numeradas co nome do medicamento e a acción que realiza, segundo a orde de administración dos fármacos:

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

Idealmente, aconséllase utilizar o código internacional de cores (laranxa-gris-amarelo-vermello) para estes grupos terapéuticos, a fin de evitar confusións.

Prepararase un kit adicional de emerxencia por se houber algún problema e for necesario utilízalo.

No caso da modalidade de autoadministración prepararase a medicación en forma de bebida, e tamén se preparará un kit adicional de emerxencia con medicación intravenosa por se fallar a administración oral.

En caso de alerxia do paciente aos barbitúricos optarase pola vía intravenosa utilizando como indutor do coma o Propofol.

Material necesario

No **Anexo IV** recóllese o procedemento para canalización dunha vía venosa e o material necesario, adicional aos fármacos utilizados

Preparación do paciente e da súa contorna

Débase acordar co paciente o día e o lugar para a realización da prestación de axuda médica para morrer, podendo ser un centro sanitario, unha residencia socio-sanitaria ou o seu domicilio. A data fixarase a partir da resolución favorable da Comisión de Garantía e Avaliación e acordarase coa persoa que solicita a prestación, para que se realice no momento que elixa, en compañía das persoas que desexe, e para que teña opción, antes da dita data, de revogar ou aprazar o consentimento.

En calquera caso é fundamental un lugar tranquilo, acolledor para o paciente e os seus achegados, onde non haxa interrupcións, nun ambiente de respecto e serenidade para levar a cabo a prestación.

O médico responsable e o seu equipo asistirán e manterán a debida tarefa de observación e apoio ao paciente ata o momento do seu falecemento.

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

Algunhas persoas teñen marcapasos (MP), Dispositivos de resincronización cardíaca (CRT-P ou CRT-D) ou Desfibriladores automáticos implantables (DAI). A resposta destes dispositivos ante a morte do seu portador/a é a seguinte:

- Pacientes con Marcapasos (MP) ou CRT- P (Dispositivo de resincronización cardíaca): O MP non interfere no proceso de morte. Non precisan ningunha actuación. É necesario saber que, en caso de realizar un ECG post- mortem, veríanse as espículas do MP que non irán seguidas de actividade eléctrica cardíaca. Non precisan ningún axuste nin intervención previa.

- Pacientes con DAI ou CRT-D (Desfibriladores automáticos implantables ou Dispositivos de resincronización cardíaca con función desfibrilador): Poden producirse choques do DAI na fase agónica dos pacientes que presenten como ritmo final unha Fibrilación Ventricular, ata un máximo de 6 choques. Xa que estes choques suceden co paciente en situación de coma e sedado, son indoloros e en xeral non son efectivos e non interfíren no proceso de morte, é importante que o equipo de profesionais coñeza esta posibilidade e informe o paciente e os achegados pois poden detectarse como movementos torácicos suaves polo efecto dos relaxantes musculares.

Nos casos de modalidade oral, polo maior tempo de instauración da acción dos medicamentos, aconséllase informar previamente ou ben, para evitar que o proceso se alongue, desconectar o modo desfibrilador contactando co servizo de cardioloxía se o procedemento se realiza no medio hospitalario. No medio extrahospitalario, para desactivar a función DAI pódese desconectar colocando un imán potente (facilítase no

servizo de cardioloxía do hospital) encima do xerador durante o tempo de agonía (unha vez o paciente estea en asistolia, o DAI non descargará en ningún caso e pode retirarse).

No ECG post-mortem, poden aparecer as espículas do módulo marcapasos que ten incorporado o DAI, pero esas espículas non irán seguidas de actividade eléctrica cardíaca.

A desactivación previa do módulo de DAI mediante derivación a cardioloxía sempre é unha opción, pero non supón que o corazón pare, unicamente que en ningún caso se producirán choques polo dispositivo en caso de ritmo de fibrilación ventricular.

Certificado de defunción

A morte como consecuencia da prestación de axuda médica para morrer ten a consideración de morte natural para todos os efectos, e deberá cubrirse o certificado médico de defunción no formulario oficial. Por iso o médico/a para deberá estar dispoñible para a funeraria de for o caso ou ben portar ou dispoñer cos achegados a obtención previa do formulario.

O documento cubrirase despois do falecemento facendo constar como causa inmediata da morte o seguinte texto:

- Para a modalidade de prestación de axuda médica para morrer polo profesional sanitario: “Artigo 3. g).1º da O 3/2021”
- Para a modalidade de prestación de axuda médica para morrer auto-administrada: “Artigo 3. g.)2º da O 3/2021”

Procedemento de prestación de axuda médica para morrer na modalidade de administración polo profesional sanitario

Para practicar esta modalidade de prestación de axuda médica para morrer, os fármacos eutanásicos deben ser administrados por unha vía intravenosa por un profesional sanitario do equipo asistencial que atenda o paciente durante a prestación.

Non se recomenda usar ningunha outra vía de administración (nin intramuscular, nin subcutánea, nin rectal).

Non é necesario que o paciente estea en xaxún.

Existe un consenso claro en que os medicamentos axeitados deben ser, en todos os casos, e por este orde:

- 1.- Benzodiazepinas,
- 2.- Lidocaína
- 3.- Indutores do coma farmacolóxico
- 4.- Relaxantes neuromusculares.

Non debe omitirse ningún.



1. Os pasos a seguir son:

A. Canalización da vía intravenosa

Nalgúns pacientes a canalización dunha abordaxe intravenosa é un procedemento difícil. Por esta razón é importante que o equipo conte cunha persoa familiarizada con este tipo de técnica. O/a profesional responsable da canalización debe valorar a situación con antelación.

Se non é posible a canalización, pode ser necesario trasladar o paciente a un centro hospitalario onde sexa posible o uso dun ecógrafo (liña media ou PICC).

Seguindo as guías de países con experiencia neste tipo de prestación recoméndase a **canalización de 2 vías periféricas, que deben ser inseridas non máis de 24 horas antes e deben ser dun calibre mínimo de 20 G (rosa)**. A razón é que as vías máis finas son tamén máis curtas e calquera movemento accidental podería provocar a saída da vea coa consecuente extravasación do fármaco subcutáneo; isto provocaría dor por danos nos tecidos ademais de non acadar a concentración suficiente para asegurar o coma no paciente.

Doutra banda, a administración de doses tan altas de fármacos, se a vía fóra moi fina, produciría máis resistencia con máis posibilidade de rotura venosa, ademais de necesitar máis tempo de administración, o que podería enlentecer o alcance do pico plasmático e cerebral. A maior abastanza, a dor coa inxección de pentotal ou propofol é menor canto maior sexa o calibre da vía.

Unha vez canalizada a vía, para asegurar a súa permeabilidade, débense administrar 10 ml de soro fisiolóxico, ou ben conectar un soro fisiolóxico de mantemento. A perfusión continua dun soro ten as vantaxes de evitar a inxección reiterada de soro salino tras cada fármaco e de permitir confirmar a permeabilidade da vía de forma continua. Se a canalización se realiza horas antes da prestación debe deixarse lavada con soro fisiolóxico. Á hora da súa utilización é conveniente colocar unha chave de 3 pasos para facilitar a inxección do fármaco. Unha guía detallada desta técnica e do material necesario pode atoparse no **Anexo IV**. Aconséllase ter presente a folla de farmacia do **Anexo V** para rexistrar desde o inicio as horas e as incidencias destacables, incluíndo as relativas ás vías venosas.

B. Sedación previa

Comezase o procedemento coa administración de midazolam 15 mg IV en 30 segundos. O efecto deste medicamento é bastante imprevisible, producindo unha sedación máis moderada en pacientes novos con estado basal aceptable ou, pola contra, pode producir unha sedación profunda en pacientes anciáns ou moi deteriorados. Nalgúns casos pode producir mesmo un efecto contrario ao esperado. En calquera das situacións o máis axeitado é continuar sen demora co procedemento estándar.

Tras a administración debe lavarse a vía con 10 ml de soro fisiolóxico se non hai un soro conectado.

C. Administración de lidocaína para previr dor irritativa

Os fármacos indutores do coma son fármacos causantes de dor irritativa durante a infusión. Por iso é importante a administración de lidocaína ao 2% en dose de 60 mg (3 ml) a pasar en 10 segundos.

Non sería estritamente necesario lavar a vía con soro fisiolóxico tras esta administración.

D. Indución do coma

É fundamental conseguir a indución dun coma farmacolóxico profundo no paciente antes de administrar o relaxante muscular para que non sexa consciente do efecto deste, que é a parálise da musculatura estriada (non inclúe o corazón), coa consecuente incapacidade para respirar, hipoxia severa e morte.

As doses utilizadas neste protocolo son suficientes para asegurar a profundidade ou duración adecuada do coma farmacolóxico na práctica totalidade dos pacientes. Con todo, é necesario descartar que parte do fármaco fose inadvertidamente inxectado no espazo perivascular ou que se derramase accidentalmente, xa que nestes casos podería non alcanzar o efecto desexado. Esta é a razón pola que se contará sempre cun segundo kit eutanásico de emerxencia.

Despois da inxección é absolutamente necesario comprobar clinicamente a presenza dun coma farmacolóxico profundo que ten as seguintes características:

SIGNOS CLÍNICOS DO COMA PROFUNDO

- ⊗ Non hai resposta a estímulos verbais.
- ⊗ Depresión circulatoria severa evidenciada por pulso lento ou débil, en ocasións non palpable.
- ⊗ Depresión ventilatoria evidenciada por movementos respiratorios lentos e superficiais, en ocasións apnea.
- ⊗ Inexistencia de reflexos protectores como o reflexo palpebral.

Os fármacos indutores do coma que poden utilizarse son fundamentalmente dous: o tiopental sódico e o propofol. O Servizo de Farmacia preparará preferentemente tiopental nos Kits aínda que nalgún momento poida servirse propofol, se é necesario, por falta de subministración ou outros problemas.

- **Tiopental sódico:** É o barbitúrico de acción ultra rápida utilizado para estes procedementos a dose estándar de 2000 mg. A estas doses pode producir colapso respiratorio e circulatorio ademais do coma farmacolóxico a nivel neurolóxico.

Débase administrar nun tempo entre 1 - 2 min (para evitar a redistribución do medicamento no tecido graxo co risco de non acadar a profundidade ou duración do coma desexados).

Despois da súa administración debe lavarse a vía con 10 ml de soro fisiolóxico se non hai un soro conectado. **Este lavado é fundamental e o único imprescindible** porque o relaxante muscular rocuronio que se inxectará seguidamente pode precipitar e provocar obstrución da vía.

- **Propofol:** É un fármaco habitualmente utilizado para inducir a anestesia. Para a prestación de axuda médica para morrer utilízase a dose de 1000 mg. Do mesmo xeito que o tiopental, a estas doses pode producir ademais do coma, colapso respiratorio e cardiolóxico.

Débase administrar nun tempo entre 1 - 2 min (para evitar a redistribución do medicamento no tecido graxo co risco de non alcanzar a profundidade ou duración do coma desexados). Tras a inxección dos medicamentos indutores do coma lavarase a vía con 10 ml de soro fisiolóxico se non hai un soro conectado.



A administración dos fármacos indutores do coma debe facerse de xeito completo mesmo se o paciente se atopa previamente nun estado de diminución de consciencia de calquera grao.

E. Administración do relaxante muscular.

Despois da comprobación dos signos clínicos do coma farmacolóxico e aínda que o paciente deixase de respirar polo fármaco previamente inxectado, ou mesmo aínda que se intúa unha parada cardíaca, o seguinte paso é administrar o relaxante muscular. Os relaxantes musculares son fármacos que producen parálise dos músculos estriados, exceptuando o corazón, o que impedirá ao paciente respirar e por conseguinte a morte producirase por anoxia. Por esta razón é fundamental asegurar o coma profundo previo do paciente.

Utilizárase rocuronio 200 mg ou cisatracurio 60 mg, administrado directamente en 30 segundos. Despois da administración do relaxante muscular volverase lavar a vía con 10 ml de soro fisiolóxico para garantir que entre toda a medicación, se non houber un soro conectado.

O Servizo de Farmacia preparará preferentemente rocuronio nos Kits, aínda que nalgún momento poida servirse cisatracurio, se é necesario, por falta de subministración ou outros problemas.

O proceso resumido e o contido do kit intravenoso aparecen no **Anexo VI**.

2. Riscos que se poden presentar

Durante o procedemento poden ocorrer eventos inesperados a pesar do correcto seguimento do protocolo:

a. *Extravasación da vía durante a inxección do fármaco.*

Esta é a situación máis problemática sobre todo se o paciente non ten bos accesos venosos periféricos. Por iso recoméndase neste protocolo a valoración previa das vías do paciente e a canalización de 2 vías periféricas. Se o paciente ten malos accesos venosos é recomendable xestionar unha liña media ou unha PICC segundo o protocolo da Área Sanitaria.

Antes de comezar o procedemento é fundamental que as vías se comprobén. O uso dun soro fisiolóxico conectado á vía que non produza nin dor nin inchazón nos tecidos circundantes á cánula, é unha boa indicación de que a canalización é adecuada. Do mesmo xeito a administración do midazolam, aínda que pouco predicible, é suficiente para producir cambios no paciente que nos indiquen que a infusión está a funcionar adecuadamente. Comprobar en todo momento que non hai inchazón nos tecidos durante a administración do fármaco é tamén fundamental.

Para que esta situación non provoque unha tensión extra nos profesionais implicados no procedemento é importante que alguén do equipo sanitario presente estea familiarizado con esta técnica.

Coas opcións de canalización e as precaucións explicadas é difícil que se produza unha situación de perda total de accesos venosos durante a prestación. Con todo, ante unha situación de perda de acceso venoso, as accións que tomar poderían ser as seguintes:

Que facer en caso de perda total de vía venosa?

- Usar a segunda vía e poñer a medicación necesaria para que o paciente alcance o coma farmacolóxico. Se se precisa, utilizar o kit de emerxencia e completar o procedemento.
- Se a segunda vía non funciona axeitadamente, tentar canalizar outra. Se é posible, continuar o procedemento. Se non o é, valorar a situación do paciente. Tentar mantelo sedado administrando por vía subcutánea o midazolam do kit de emerxencia e, no medio extrahospitalario, avisar o 061 para canalizar vía se é posible ou para traslado ao hospital.

b. Que haxa un accidente con derramamento de parte dos fármacos.

As doses pautadas son moi elevadas para poder asegurar o obxectivo deste procedemento, co que, aínda que haxa algunha perda, poden ser igualmente eficaces. Con todo, ante calquera dúbida pode e debe utilizarse o kit de emerxencia, sen que en ningún caso haxa posibilidade de sobredosificación.

3. Duración do proceso ata a morte

Despois da administración do relaxante muscular, a morte adoita producirse en poucos minutos por parada respiratoria seguida de parada cardíaca. Nalgúns pacientes isto pode aparecer xa despois da administración do axente indutor do coma farmacolóxico. Con todo pode ocorrer que o corazón siga latexando tras a parada respiratoria ata 20 minutos. Se isto acontece algúns pacientes poñeranse cianóticos. É importante explicar ás familias ou achegados esta posibilidade e que, despois de completar a administración dos fármacos, a morte se produce rapidamente aínda que o corazón poida seguir latexando uns minutos máis, sen que en ningún caso implique sufrimento para o paciente.

O médico responsable e o resto do equipo presente asistirán e acompañarán o paciente durante todo o proceso ata o pasamento.

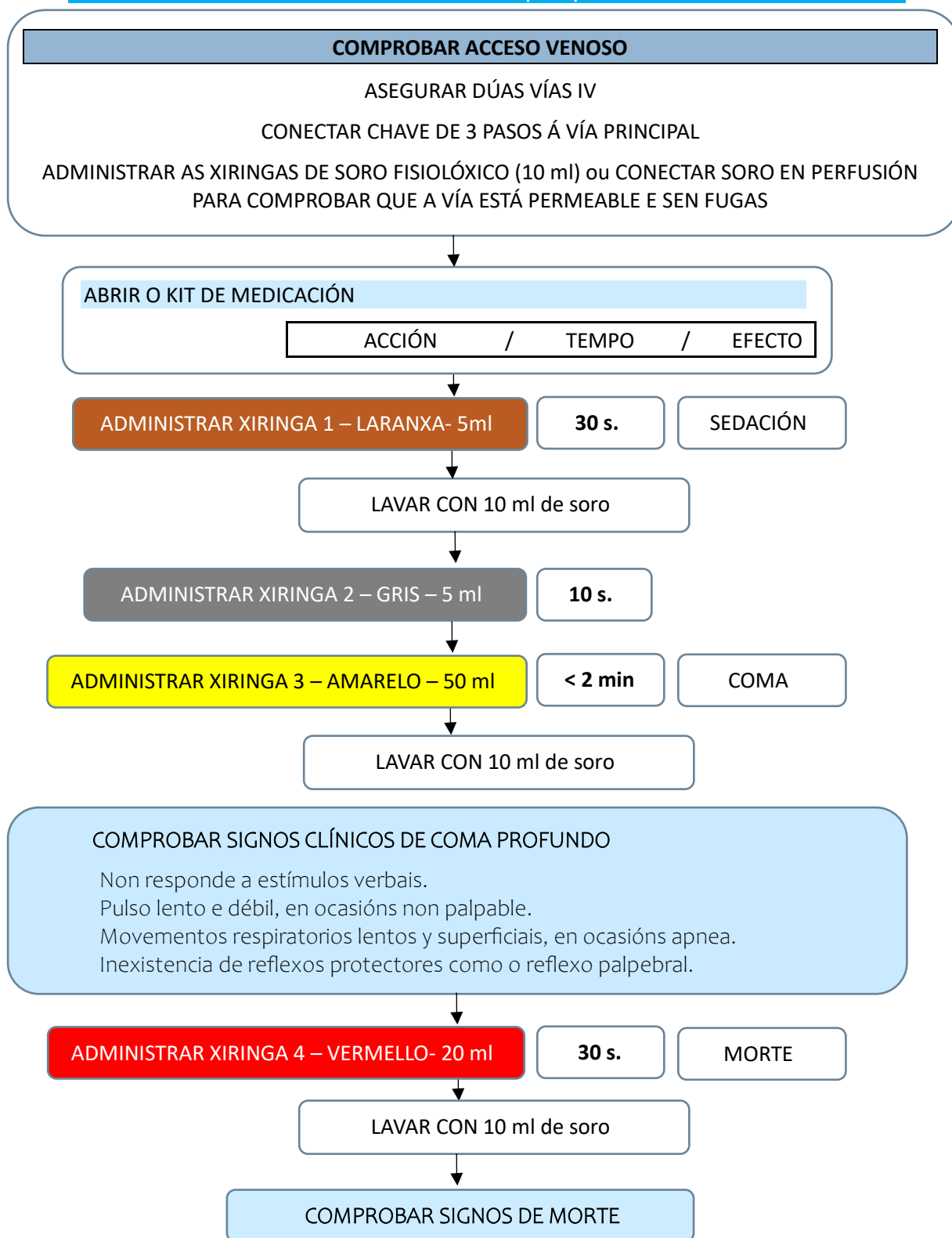
4. Despois da prestación de axuda para morrer

Unha vez producida a morte do paciente o médico responsable cubrirá o certificado de defunción.

Ademais, deberá encher os formularios de farmacia entregados co kit eutanásico (**Anexo V**) e devolver os medicamentos sobrantes nos prazos establecidos. É conveniente que médico e farmacéutico avalíen a prestación realizada e, se xurdiron problemas, teranos en conta para evitar que se repitan noutras situacións.

Debe quedar reflectido todo o procedemento realizado na historia clínica do paciente (IANUS).

Modalidade de administración por profesional sanitario



Procedemento de prestación de axuda médica para morrer na modalidade de auto-administración polo/a paciente

Neste caso, o paciente toma vía oral os medicamentos que se utilicen para a prestación da axuda médica para morrer e que son prescritos e subministrados polo médico responsable. Este, xunto co seu equipo asistencial, levará a cabo a tarefa de observación pertinente e acompañará o paciente ata o seu falecemento.

Unha dose suficientemente alta dun barbitúrico administrado por vía oral produce depresión do sistema respiratorio, provocando acidose respiratoria. Isto, e o shock vascular e/ou cardioxénico, causan o falecemento do paciente. Para a administración oral, úsase un barbitúrico lipofílico como o pentobarbital, que atravesa facilmente a barreira hematoencefálica e, polo tanto, ten un efecto rápido.

Se se utiliza este método, o paciente debe ser capaz de tragar suficiente volume en pouco tempo, e non debe ter náuseas, deshidratación e/ou problemas gastrointestinais, como poden ser trastornos do tránsito. Os pacientes que estiveron a utilizar opioides durante períodos prolongados teñen un enlentecemento do tránsito gastrointestinal que vai alargar o período de tempo necesario para que entre en coma e morra.

Contraindicacións relativas da modalidade oral:

- a. Incapacidade de tragar o volume total da preparación
- b. Náuseas agudas preexistentes, esofaxite, ou gastrite
- c. Deshidratación grave
- d. Patoloxía do tracto intestinal susceptible de interferir na absorción.

1. Os pasos a seguir son:

A. Canalización dunha vía venosa

Sempre se debe canalizar unha vía por se o procedemento falla ou se prolonga. Do mesmo xeito que coa outra modalidade, canalízase o día anterior e compróbarase a súa permeabilidade antes de comezar o procedemento.

Aconséllase ter presente a folla de farmacia do **Anexo V** para rexistrar desde o inicio as horas e as incidencias destacables, incluíndo as relativas ás vías venosas.

B. Prevención de náuseas y vómitos

Para minimizar o risco de que o paciente vomite a preparación co pentobarbital, o uso de antieméticos é esencial. Considérase de elección a metoclopramida 10 mg administrada

por vía oral en tres doses: **12, 6 e 1 hora antes do procedemento**. Ademais do seu efecto antiemético, a metoclopramida acelera o tránsito gastro-intestinal.

Como alternativa en pacientes nos que a metoclopramida estea contraindicada (p.e. Enf de Parkinson) ou que teñan antecedentes de reacción extrapiramidal tras este fármaco, pódese usar ondansetron 8 mg comprimidos cada 8 horas, iniciando a pauta o día antes do procedemento (procurando que a terceira dose se tome 60-90 minutos antes da inxesta do pentobarbital). A prescrición destes fármacos debe facerse pola vía ordinaria.

C. Posición e recomendacións para a inxesta

O paciente debe inxerir o preparado letal en menos de 5 minutos, en posición sentada, e coas costas o máis rectas posible na cama para evitar regurxitacións. Debe evitarse a inxestión mediante o uso de palliñas, que retardan o consumo.

Utilizaranse 15 gramos de Pentobarbital en forma de solución, que se poderá mesturar con preparados non terapéuticos que axuden a enmascarar o sabor desagradable da solución e minimicen a posibilidade de aparición de náuseas e vómitos: zumes, cremas, iogures.

Debe permanecer na devandita posición sentada 20 minutos, con axuda de almofadas e coxíns se é preciso para o maior confort posible, e é recomendable que, aínda que estivese xa inconsciente, manteña esta posición, coa finalidade de optimizar a absorción da medicación e tamén previr unha posible regurxitación. Despois deste tempo pódese colocar o paciente en posición semi-incorporada.

O proceso detallado e o contido do Kit oral figuran no **Anexo VII**.

2. Riscos que se poden presentar

Se a taxa de reabsorción é demasiado lenta, producirase unha redistribución do barbitúrico, o que dará como resultado unha concentración máxima insuficiente, e o paciente non entrará en coma ou a duración do coma profundo será insuficiente.

Mesmo cando se administran antieméticos, o mal sabor da bebida ás veces pode causar vómitos de forma que non se tome a dose completa.

Moitos pacientes usan opioides ao final das súas vidas. Os opioides provocan un tránsito gastrointestinal máis lento polo que o paciente tardará máis en entrar en coma.

Debido a todas as complicacións descritas e á imprevisibilidade que as rodea, este método pode ser menos seguro.

3. Situación especial

Nos casos de pacientes portadores de sonda nasogástrica ou gastrostomía percutánea (PEG) por dificultades para tragar ou disfaxia pero con autonomía, poderían eles mesmos auto administrarse a preparación letal a través dos devanditos dispositivos. É esencial que o dispositivo estea permeable, para o que debe ser lavado previamente e tras cada administración.

4. Duración do proceso ata a morte

Unha vez que o paciente bebe a solución, o pentobarbital reabsórbese no tracto gastrointestinal. Canto máis rápida sexa a reabsorción, maior será a concentración máxima do fármaco.

O período de tempo entre a administración e o momento da morte varía de persoa a persoa. Na gran maioría dos casos esta acontece en menos de 30 minutos, con todo, ás veces pode levar máis tempo (2 - 3 horas ou mesmo máis). Estes períodos prolongados poden provocar situacións diversas. É por iso recomendable acordar un prazo máximo de, por exemplo, 2 horas co paciente e os seus familiares.

Se o paciente non faleceu durante ese tempo, entón débese proceder á prestación de axuda para morrer na modalidade de administración polo profesional sanitario por vía intravenosa. De antemán, non é posible predicir que pacientes morrerán ou non en 2 horas.

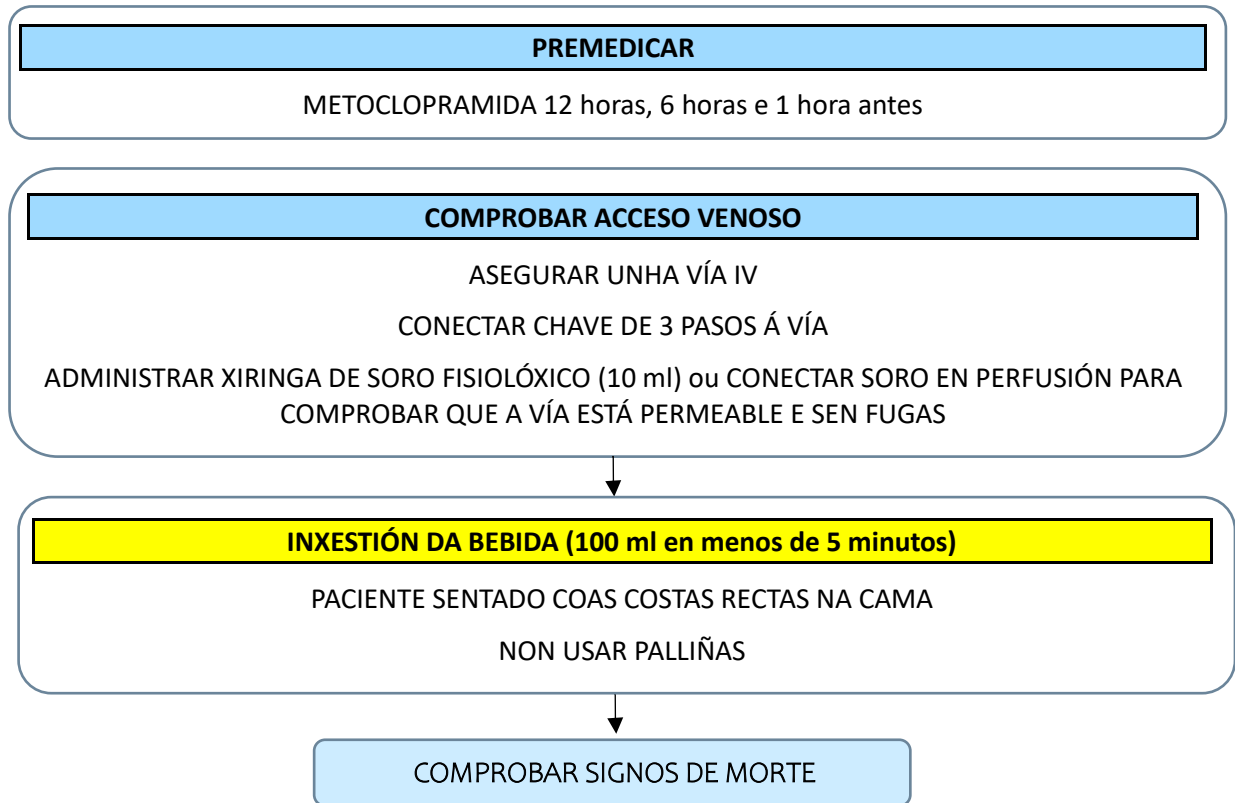
O médico responsable e o resto do equipo presente asistirán o paciente durante todo o proceso ata o seu pasamento.

5. Despois da prestación de axuda para morrer

Unha vez producida a morte do paciente, o médico responsable cubrirá o certificado de defunción. Ademais deberá encher os formularios de farmacia entregados co kit eutanásico e devolver os medicamentos sobrantes nos prazos establecidos. É conveniente que médico e farmacéutico avalíen a prestación realizada e se xurdiron problemas os teñan en conta para evitar que se repitan noutras situacións.

Debe quedar reflectido todo o procedemento realizado na historia clínica do paciente (IANUS).

Modalidade de auto-administración polo paciente



Nesta guía utilízanse algunhas estratexias para **prever erros na medicación**:

- Uso de Kits con medicamentos precargados pola Farmacia hospitalaria.
- Etiquetaxe clara e con diferentes cores estandarizadas, co nome do/a paciente, do medicamento e a dose.
- Uso de xiringas de diferente tamaño para cada substancia se é posible.
- Uso de numeración en cada xiringa para especificar a orde de administración.

Un bo acceso venoso é esencial. As recomendacións son:

- Para a modalidade intravenosa canalizar **2 vías** periféricas en cada paciente con cánulas mínimas do **20 G**.
- Para a modalidade auto-administrada, canalizar ao menos unha vía.
- Se non é posible, canalizar catéter de liña media ou PICC segundo os protocolos da Área Sanitaria.
- Comprobar todas as vías antes do procedemento coa administración sen resistencia de soro fisiolóxico 10 ml ou co gotexo por gravidade axeitado dun soro.
- É moi recomendable a colocación dunha chave de 3 pasos para facilitar a conexión segura das xiringas e a administración da medicación.

Os medicamentos deben utilizarse con **Seguridade** na súa custodia e nos tempos establecidos:

- Deben utilizarse segundo os tempos de caducidade marcados polo Servizo de Farmacia.
- **Os medicamentos sobrantes deben devolverse ao Servizo de Farmacia** segundo as normas establecidas.
- Despois da realización do procedemento, o/a médico responsable deberá cubrir o formulario anexo co Kit, que será devolto á Farmacia xunto coa medicación sobrante.

En caso de que trala administración intravenosa non apareza o efecto esperado debe sospeitase extravasación da vía. Neste caso continuar o proceso a través da **segunda vía**, si se precisa, co uso dos fármacos do **Kit de emerxencia** ou utilizar as alternativas propostas no apartado de riscos que se poden presentar.

A administración dos medicamentos intravenosos farase dentro dos rangos de **tempos fixados** na Guía. A administración é rápida para, por unha parte, evitar os efectos indeseables dos fármacos e, por outra, acadar unha morte rápida. As doses son suficientemente elevadas para conseguir a morte no mínimo tempo, de pacientes con diferentes idades e pesos.

A administración dos medicamentos intravenosos debe realizarse **na orde marcada** para maximizar os efectos dos fármacos e evitar erros que poidan producir algún tipo de sufrimento á persoa.

É esencial que despois da administración intravenosa do indutor do coma se espere ata comprobar todos os **signos clínicos do coma** farmacolóxico no paciente antes de administrar o relaxante muscular.

A infusión de **soro salino fisiolóxico** trala administración de cada fármaco realízase para asegurar o paso de toda a medicación e, en concreto, tras o tiopental para lavar ben a vía, porque co relaxante muscular rocuronio prodúcese precipitación que podería incluso chegar a obstruír o acceso venoso. Si se utiliza un soro con gotexco continuo non é necesaria a administración das xiringas coa dose de 10 ml.

Pode ocorrer que o/a paciente sufra colapso respiratorio e circulatorio antes de terminar coa administración de todos os medicamentos intravenosos. No entanto **DEBE administrarse todo o Kit en todos os casos**.

Non é necesario que o paciente estea en xaxún na modalidade intravenosa. O risco de náuseas e/ou vómitos é mínimo con este protocolo. Considerar **eleva a cabeceira** do paciente se é posible.

Para a modalidade oral débese inxerir a **pauta antiemética** establecida e no horario indicado

Para optimizar a absorción dos medicamentos que inducen o coma, débese permanecer en **xaxún ao menos, 6 horas antes**. Permítense líquidos claros non carbonatados.

O paciente debe inxerir o preparado letal en **menos de 5 minutos** en posición sentado coas costas rectas na cama. Debe de permanecer nesa posición 20 minutos, incluso aínda que estea xa inconsciente.

Evitar o uso de palliñas.

Se o/a paciente é portador/a dunha sonda nasogástrica (SNG) ou dunha sonda de gastrostomía percutánea (PEG), débese garantir a **permeabilidade da sonda**.

Se a morte se atrasa máis tempo do intervalo pactado coa persoa, procederase a recorrer á vía intravenosa mediante o **kit de emerxencia**.

Lembrar que, despois da realización do procedemento, o/a médico/a responsable deberá cubrir o **certificado de defunción**, xa que é unha morte considerada de causa natural.

ANEXO I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PRESTACIÓN DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER

1. Que é e para que serve a prestación? A prestación de axuda médica para morrer é a acción pola que un profesional sanitario pon fin á vida dun paciente de maneira deliberada e a petición deste, cando hai unha situación documentada de padecemento grave, crónico e imposibilitante, ou enfermidade grave e incurable, causantes de un sufrimento intolerable para a persoa, que non pode ser aliviado o mitigado en condicións que esta persoa considere aceptables.

O propósito deste procedemento é producir a morte do paciente de forma intencionada y directa, tras solicitalo este libre e voluntariamente ou deixar constancia previamente nun documento de instrucións previas, testamento vital ou equivalente.

2. Como se realiza? Para a prestación de axuda médica para morrer utilízanse fármacos autorizados pola Axencia Española do Medicamento e Produtos Sanitarios aínda que en condicións e doses diferentes ás recollidas na ficha técnica (RD 1015/2009, de 19 de xuño). Pódese realizar de dúas formas:

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

O procedemento consiste en canalizar unha vía intravenosa para a administración dos fármacos necesarios, segundo o protocolo establecido, que garantan unha morte segura, tranquila e sen dor. O persoal sanitario acompañaralle e manterá a debida tarefa de observación e apoio ata o momento en que se produza o seu falecemento. É necesario asegurar dous accesos venosos adecuados para a administración de fármacos ás doses necesarias. En ocasións, cando se prevé que os accesos venosos non serán posibles, será necesario canalizar no hospital vías (veas) adecuadas.

Cales son los riscos? Se as veas rompen ao comezo da administración e non é posible canalizar outra, sería necesario pospoñer o procedemento ou traslado ao hospital. No caso da rotura con extravasación de fármacos, pode producirse dor no brazo e lesións químicas ocasionadas polos medicamentos.

Prescripción ou subministración ao paciente por parte do profesional sanitario dunha sustancia que se poida autoadministrar para causar a súa propia morte

Neste caso é vostede quen inxire os fármacos, segundo o protocolo establecido, para causar a súa morte. Será necesario que tome a dose completa e no tempo indicado. É necesario iniciar unhas horas antes a toma de medicación para previr os vómitos que poidan aparecer coa toma do fármaco letal.

O persoal sanitario acompañaralle e manterá a debida tarefa de observación e apoio ata o momento en que se produza o seu falecemento.

Dependendo da enfermidade e medicación de base (opioides) pode ocorrer que a súa motilidade gastrointestinal sexa demasiado lenta polo que o proceso podería alongarse demasiado. Por iso sempre se canalizará unha vía venosa, para administrar a medicación necesaria para asegurar unha morte segura e sen dor.

Cales son os riscos? O sabor do preparado pode resultar pouco agradable, e producir náuseas ou vómitos. Administraráselle medicación antiemética previamente, a pesar do cal pode non ser posible a inxestión completa. Nese caso non sería efectiva esta opción, e pode optar pola modalidade de administración directa.

3. Cales son os resultados esperados? Ambos os métodos dirixidos e supervisados polos profesionais sanitarios segundo o protocolo establecido son seguros e eficaces. O resultado é a morte tranquila e sen dor da persoa.

4. Cales son as alternativas? Non existen outras alternativas de prestación de axuda médica para morrer.

Asino dous exemplares en....., ás..... horas do día de..... de	
Sinatura do/a paciente	Sinatura do/a facultativo/a

CONSENTIMENTO INFORMADO PRESTACION DE AXUDA MEDICA PARA MORRER

Lei Orgánica 3/2021, do 24 de marzo de regulación da eutanasia
Lei 3/2001, do 28 de maio, de consentimento informado de Galicia

D./Dna....., con
D.N.I.:, veciño/a de..... calle Nº

MANIFESTO:

Que, tendo solicitado en data/...../..... axuda médica para morrer, por padecer unha enfermidade grave e incurable ou un padecemento grave, crónico e imposibilitante e tendo reiterado a dita petición en data/...../....., e transcorridas 24 horas da finalización do PROCESO DELIBERATIVO co médico/a responsable Dr/Dra.: _____ desexo de xeito libre e voluntario poñer fin á miña vida, acabando así co meu sufrimento, para o que considero que non existe un alivio razoable coas alternativas existentes.

Que recibín información verbal e por escrito do meu proceso, das alternativas terapéuticas e resultados esperables, do acceso aos cuidados paliativos e das axudas á dependencia e que tiven a oportunidade de resolver todas as miñas dúbidas.

Que fun informado/a polo/a Dr./Dra..... en data/...../..... das modalidades da prestación de axuda médica para morrer e que me foi entregada unha copia da información, tendo libremente elixido a opción sinalada no reverso.

Que comprendo a información proporcionada e tiven oportunidade de deliberar suficientemente sobre o meu diagnóstico de saúde, as posibilidades de tratamento e resultados esperables, sendo a miña decisión firme e reiterada no tempo.

Son coñecedor/a de que, en calquera momento antes da data prevista para a realización do procedemento, podo pedir o aprazamento ou revogar a miña decisión.

CONSINTO:

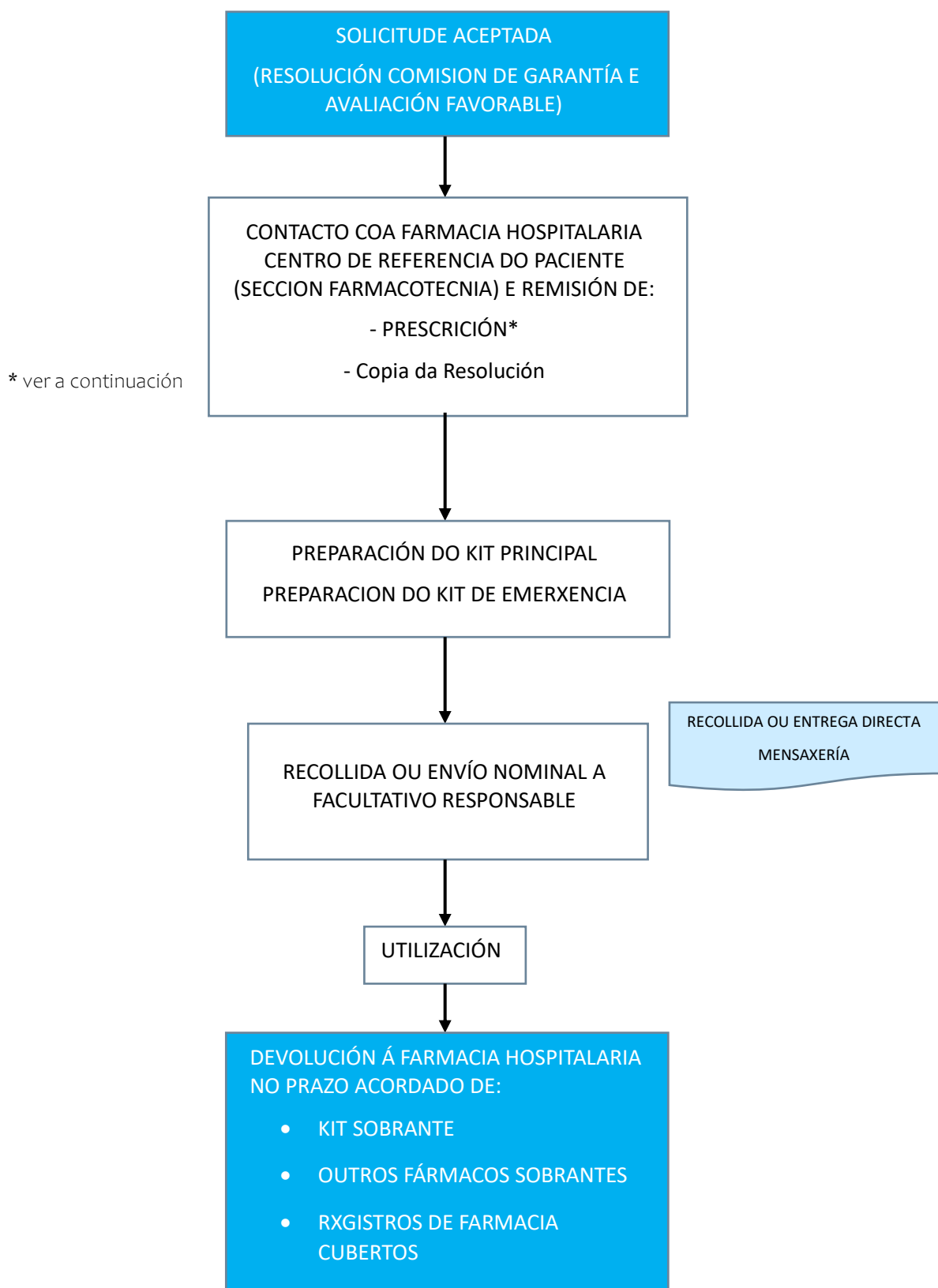
Os facultativos/as do Servizo de _____ para que me realicen a PRESTACIÓN DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER.

Asino dous exemplares en....., ás..... horas do día.....de..... de.....	
Sinatura do/a paciente	Sinatura do/a facultativo/a

Por incapacidade para a sinatura motivada por	
.....asina no seu nome, e en presenza do/a paciente	
D./Dna., con D.N.I.:.....	
Sinatura do representante	Sinatura do/a facultativo/a

<i>Decidín REVOGAR /APRAZAR o meu consentimento respecto á realización do procedemento referido.</i>	
Sinatura do paciente (ou persoa autorizada)	Sinatura do/a facultativo/a
(Asinar só en caso de revogar ou aprazar o consentimento previo). Data:/...../.....	

ANEXO II. CIRCUITO DE SOLICITUDE E OBTENCIÓN DA MEDICACIÓN



ANEXO III. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA A PRESTACIÓN DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER

Paciente:
NHC. o CIP:

Prescritor:
N.º Colexiado:
Data:
Sinatura:

Dispensar os seguintes medicamentos (sinalar o Kit que se vai dispensar):

KIT TIOPENTAL (Inclúe kit principal e kit de emerxencia)

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

No caso de problemas que impidan a dispensación de Tiopental dispensarase o KIT PROPOFOL

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

KIT BARBITÚRICOS ORAIS (** Lembrar que en caso de prescribir o KIT de barbitúricos orais, inclúe tamén un KIT parenteral de emerxencia)

- XAROPE DE PENTOTAL NON TERAPÉUTICO (Segundo fórmula do protocolo)

Os medicamentos dispénsanse en xiringas listas para o seu uso, etiquetadas e numeradas na orde que se van administrar.

Os medicamentos sobrantes deben ser devoltos ao Servizo de Farmacia correspondente

Farmacéutico elaborador: Data	Médico receptor: Data:
Farmacéutico que dispensa: Data:	Data:
Farmacéutico receptor medicación sobrante:	Data:

Anexo IV - PROCEDEMENTO E MATERIAL PARA A CANALIZACIÓN DUNHA VÍA VENOSA

Material para a canalización da/s vía/s endovenosa/s:

- 4 Catéteres periféricos de seguridade 18 G de 1.3x48mm (Verde)
- 4 Catéteres periféricos de seguridade 20 G de 1.1x32mm (Rosa)
- 1 Compresor
- 4 Paquetes de gasas
- 3 Chaves 3 vías
- 3 Tapóns obturadores
- 4 Apósitos de fixación externa de poliuretano transparente/apósito de fixación esparadrapo.
- 2 Xiringas 10 ml (precargada soro fisiolóxico) ou 2 ampolas s. fisiolóxico 10 ml
- Luvas non estériles
- Solución hidroalcohólica.
- 2 Agullas Gripper Plus 20 G de 0.9x 19mm (Amarela) se o/a paciente ten colocado un reservorio subcutáneo

Procedemento:

Pódese canalizar nas veas:

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

Valorar en ambos os brazos as de maior calibre, xeralmente na fosa cubital son de mellor calibre e máis doadas de palpar

- Colocarse as luvas non estériles
- Aplicar calor e manter o brazo cara abaixo fai máis visibles as veas
- Colocar o compresor
- Informar o paciente de onde e cando se vai realizar a venopunción
- Unha vez se insira o catéter na vea, o sangue será visible, deslizar o plástico na vea retirando o fiador de metal unha vez canalizada
- Colocar a chave de 3 vías co tapón obturador
- Fixar de forma segura o catéter co apósito de poliuretano transparente ou co esparadrapo
- Comprobar a permeabilidade, aspirando sangue e lavar con 10ml de soro fisiolóxico
- Retirar as luvas
- Lavado de mans con solución hidroalcohólica

- ❖ Como medida de seguridade, no procedemento de prestación de axuda médica para morrer, recoméndase a canalización de 2 vías venosas.

- ❖ Canalizarase o día anterior á data acordada para a realización do procedemento de axuda médica para morrer, tanto se a modalidade elixida é intravenosa ou oral.
- ❖ Se non for posible a venopunción, ou non hai seguridade da correcta canalización, informárase o médico responsable e valorárase a necesidade de xestionar unha canalización ecoguiada no hospital con catéter de liña media ou catéter central de acceso periférico (PICC) xa que é importante asegurar un bo acceso venoso para a administración dos medicamentos.
- ❖ Se o paciente é portador dun reservorio subcutáneo, PICC ou catéter Hickman, utilizarase para a administración dos medicamentos, nese caso o día anterior comprobarase a permeabilidade do catéter infundindo 10 ml de soro fisiolóxico e heparinizándoo con heparina sódica 20 UI/ml, en viais de 3 ml e 5 ml (Fibrilin®); selar con 5 ml en caso de reservorio ou catéter Hickman, 1,5 ml en caso de PICC e 1 ml en caso de liña media. Retirar a selaxe antes de iniciar o procedemento.

Material para a realización da prestación na modalidade de administración intravenosa

- 2 Kit de fármacos (prepáranse na Farmacia Hospitalaria etiquetadas e coa orde de administración)
- 4 Xiringas de 10ml (opcional xiringa precargada 10ml s. fisiolóxico)
- 4 ampolas de 10ml de soro fisiolóxico
- Soro fisiolóxico 250 ml (opcional)
- Sistema regulador de soro (se se decide utilizar perfusión)
- 4 agullas cargar 40x1,2 (vermella)
- 4 paquetes gasas
- Luvas non estériles
- Solución hidroalcohólica

Material para a realización da prestación na modalidade de auto-administración oral

- 1 Kit de fármacos vía oral (prepárase na Farmacia hospitalaria) para autoadministración polo paciente
- 1 kit de fármacos de emerxencia
- 2 Xiringas de 10 ml (opcional xiringa precargada 10 ml s. fisiolóxico)
- 2 ampolas de 10 ml de soro fisiolóxico
- Soro fisiolóxico 250 ml (opcional)
- Sistema regulador de soro (si se decide utilizar perfusión)
- 2 agullas cargar 40x1,2 (vermella)
- 2 paquetes gasas
- Luvas non estériles
- Solución hidroalcohólica

ANEXO V. IMPRESO QUE CUBRIRÁ O/A MÉDICO/A RESPONSABLE DO PROCEDEMENTO DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER (PAMM)

IMPRESO QUE CUBRIRÁ O/A MÉDICO/A RESPONSABLE DO PROCEDEMENTO DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER (PAMPM)

DATOS DO/A PACIENTE: Xénero: ____ Idade: ____ anos Peso ____ Kg Talla ____ m

Medicación habitual: _____

ACOMPAÑANTES: _____

DATA E LUGAR DE PRESTACION DE AXUDA MÉDICA PARA MORRER:

Data _____ Centro sanitario Domicilio Residencia socio-sanitaria

DATOS Do EQUIPO ASISTENCIAL (Indicar nome, profesión e nº colexiado)

Método utilizado no PAM:	DATOS QUE CUBRIRÁ A FARMACIA HOSPITALARIA
<input type="checkbox"/> Método oral con bebida de Pentobarbital	
<input type="checkbox"/> Método intravenoso con: Midazolam + Lidocaína e	
<input type="checkbox"/> Tiopental <input type="checkbox"/> Propofol <input type="checkbox"/> Rocuronio <input type="checkbox"/> Cisatracuronio	
<input type="checkbox"/> Outros (concretar):	

PAMPM ORAL:

Tipo de vía venosa dispoñible: _____ Data de inserción: _____

Pre-medicación antiemética utilizada:

Metoclopramida Outro _____ Motivo: _____

O antiemético, foi efectivo?: SI NON: _____

Inxesta de pentobarbital. Hora de inicio _____ Hora de fin _____

Utilizou algún alimento ou bebida non terapéutica acompañando o pentobarbital. cal?:

En caso de uso do Kit de emerxencia describa o motivo: _____

Hora de presentación do coma _____ Hora do éxitus _____

Tempo total desde o inicio da PAM ata o exitus: _____

Desexa reflectir algunha cuestión adicional?:

PAMPM INTRAVENOSO:

Tipo de vías venosas dispoñibles e data de inserción:

Vía 1 _____ Data de inserción _____

Vía 2 _____ Data de inserción _____

Comprobación vías. Incidencias?: _____

Utilización de soro salino: En perfusión En bolos con xiringas precargadas do Kit

Hora inicio _____	Incidencias:
<input type="checkbox"/> Xiringa 1 en 30 segundos	
<input type="checkbox"/> Soro fisiolóxico (10 ml)	
<input type="checkbox"/> Xiringa 2 en 10 segundos	
<input type="checkbox"/> Soro fisiolóxico (10 ml)	
<input type="checkbox"/> Xiringa 3 en 2 minutos	
<input type="checkbox"/> Soro fisiolóxico (10 ml)	

Signos de coma Hora _____ Incidencias _____

<input type="checkbox"/> Xiringa 4 en 30 sg	
<input type="checkbox"/> Soro fisiolóxico (10 ml)	

En caso de uso do kit de emerxencia describa o motivo _____

Hora de éxitus: _____

RISCOS

Presentouse algún problema durante o procedemento (perda dalgunha vía, vía non funcionante, vómitos,..)? Algún problema inesperado?

Contactou co Servizo de Farmacia Hospitalaria en relación co protocolo de utilización dos medicamentos: SI NO

Se o desexa, agradecerémoslle algunha suxestión que crea que axudará a mellorar o PAMPM:

Por favor, envíe o presente impreso cuberto cando devolva a medicación non utilizada

ANEXO VI- RESUMO MODALIDADE DE PRESTACIÓN ADMINISTRADA POR PROFESIONAL SANITARIO

1. Asegurar 2 vías de calibre mínimo 20 G (rosa). Non máis de 24 horas antes de levar a cabo o procedemento. Conectar chave de 3 pasos. Comprobar coa administración de soro fisiolóxico en xiringa de 10 ml ou cun soro en perfusión que a vía está ben canalizada, sen extravasacións e sen fugas na conexión da chave de 3 pasos.
2. Administrar 15 mg de midazolam IV en 30 segundos
3. Lavar con 10 ml de soro fisiolóxico se non hai un soro conectado.
4. Administrar 3 ml de lidocaína ao 2% en 10 segundos.
5. Inmediatamente despois, sen lavar con soro, administrar medicamento indutor en bolo (nunca máis de 2 min) só haberá un deles no Kit:
 - a. Tiopental sódico 2000 mg ou
 - b. Propofol 1000 mg
6. Lavar vía con 10 ml de soro fisiolóxico se non hai un soro conectado.
7. Comprobar signos clínicos de coma farmacolóxico.
8. Administrar relaxante muscular en 30 segundos (sempre e só tras verificar coma). Só haberá unha opción no Kit:
 - a. Rocuronio 200 mg ou
 - b. Cisatracurio 60 mg
9. Lavar a vía con 10 ml de soro fisiolóxico se non hai soro conectado.
10. Comprobar signos vitais.
11. Posibilidade de uso do Kit de emerxencia se se producen eventos.
12. Asinar certificado de defunción

Resumo Kit intravenoso.

Os fármacos de elección neste protocolo son midazolam, lidocaína, tiopental sódico e rocuronio. Con todo, existen alternativas axeitadas á indución do coma - propofol- e á relaxación muscular - cisatracurio- que poderían ser servidas polo Servizo de Farmacia en caso de escaseza dos primeiros ou outros problemas.

Orde de administración	Fármaco	Obxectivo	Dose	Tempo inxección
1	Midazolam	Sedación	15 mg	30 segundos
2	Lidocaína 2%	Evitar dor polo indutor do coma	60 mg	10 segundos
3	Tiopental sódico	Indución do coma	2000 mg	1-2 minutos
	Propofol	Indución do coma	1000 mg	1-2 minutos
4	Rocuronio	Relaxante muscular	200 mg	30 segundos
	Cisatracurio	Relaxante muscular	60 mg	30 segundos

ANEXO VII – RESUMO MODALIDADE DE PRESTACIÓN AUTO-ADMINISTRADA POLO PACIENTE

PREPARACIÓN do procedemento

- O paciente tomará un antiemético como premedicación, polo menos 3 doses, a última unha hora antes da toma do preparado letal. A pauta máis habitual, con comprimidos de Metoclopramida de 10 mg, realizarase co seguinte esquema horario:

- 1 comprimido de Metoclopramida 12 horas antes do comezo do procedemento
- 1 comprimido de Metoclopramida 6 horas antes do comezo do procedemento
- 1 comprimido de Metoclopramida 1 hora antes do comezo do procedemento

Prescribírase o devandito medicamento segundo os procedementos habituais no lugar onde se realice o procedemento. En caso de indicar ondansetrón en domicilio ou residencia socio-sanitaria contactarase coa farmacia hospitalaria.

- Pactar co paciente e familiares máis próximos que se non faleceu en 2 horas, aplicarase o método intravenoso utilizando o kit de emerxencia destinado a este fin.
- Antes do procedemento deberase preparar unha vía de acceso intravenoso por se fose necesario utilizar esta vía en caso de fracaso da vía oral (preferiblemente 24 horas antes).
- Asegúrese de ter todos os materiais e medicamentos necesarios para a administración intravenosa. Este kit de emerxencia conterá os mesmos medicamentos que se utilizan na administración por vía intravenosa (ansiolítico, anestésico local, indutor do coma e relaxante muscular).

ADMINISTRACIÓN

- Prepare ao paciente para o mal sabor.
- Ao tomar a bebida, asegúrese de que o paciente estea sentado coas costas rectas na cama. Toda a bebida debe ser consumida no menor tempo posible (non máis de 5 minutos).
- Non permita que o paciente inxira a bebida a través dunha palliña. Cunha palliña, existe o risco de que o medicamento comece a producir efecto antes de que o paciente absorbesa a dose completa.
- A administración do preparado a través dunha sonda nasogástrica ou PEG no caso de que o paciente sexa xa portador dalgún destes dispositivos require que o paciente poida auto administralo e asegurar a súa permeabilidade.
- Se o paciente vomita a bebida, é moi probable que unha segunda dose poida tamén ser vomitada. Neste caso, habería que aplicar o método intravenoso.
- Despois da toma da solución de barbitúrico, as posibilidades de que o paciente entre nun coma profundo e morrer son moi altas.
- Se o paciente non falece dentro do tempo acordado, entón débese administrar un medicamento de indución do coma por vía intravenosa seguido dun relaxante muscular (Cambiaríase o procedemento á modalidade de administración por persoal sanitario).

FORMULA MAXISTRAL DE PENTOBARBITAL SÓDICO 150 mg/ml

- Pentobarbital sódico 15 g
- Alcohol 96% V/V 16,2 g (20 ml)
- Auga purificada 15 ml
- Propilenglicol 10,4 g (10 ml)
- Sacarina sódica 250 mg
- Xarope simple 65 g
- Aceite de anís estrelado 1 gota

121,85 g (100 ml)

Será preparada e dispensada, formando parte dun Kit, polo Servicio de Farmacia Hospitalaria do hospital de referencia da Área á que pertenza o/a paciente.

Condiciones de almacenamento

Frasco de 100 ml sen abrir:

Protexer da luz.

Almacenar por baixo dos 25 ° C.

Caducidade: 1 mes

No refrixerar nin conxelar.

Non axitar.

O pentobarbital sódico descríbese na bibliografía como unha substancia de sabor amargo. A súa concentración nesta preparación dá como resultado un sabor que non só é amargo, senón tamén algo xabonoso debido ao alto nivel de pH (entre 10,0 e 10,5). Como resultado, agregouse un edulcorante para mellorar o sabor así como aceite de anís estrelado para enmascarar a alcalinidade. Con todo, o resaibo amargo é moi persistente.

Resumo Kit medicamentos orais

Contén:

- 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. Neuvièmerapportaux 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. Disponble 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