



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR

RECOMENDACIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR

V.1.10/7/2021. BASADO EN DOCUMENTO DEL MINISTERIO DE SANIDAD
Manual de buenas prácticas en eutanasia, accesible en:
<https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/profesionales/home.htm>

RECOMENDACIONES

1. El consentimiento informado recoge la elección de la modalidad de la realización de la prestación.
2. El médico/a responsable y el paciente acuerdan el “tiempo y forma” de realización, con la flexibilidad necesaria, en un contexto de diálogo sobre la modalidad, el tiempo, el lugar, las condiciones y el acompañamiento de familiares y allegados.
3. Si el paciente está en situación de incapacidad de hecho, se tendrán en cuenta, siempre que sea posible, lo dispuesto en el documento de instrucciones previas
4. El médico/a responsable se reunirá con el equipo asistencial para planificar la asistencia, apoyo y observación del proceso.

MODALIDADES

1. Administración directa de una sustancia por profesional sanitario competente
2. Prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia (para tomar o autoadministrar)

En ambos casos los profesionales sanitarios deben permanecer **presentes en todo el proceso**, hasta el momento de la muerte del paciente

MODALIDAD 1:

VÍA INTRAVENOSA

- **Se utilizan dosis fijas (salvo la premedicación): eliminar riesgo de errores que den lugar a infradosis.**
- **Varios de los medicamentos se utilizan en condiciones diferentes a las autorizadas por FT.**
 - El médico responsable deberá justificar en la historia clínica la necesidad del uso del/los medicamento/s y proporcionará la información necesaria al paciente, obteniendo su consentimiento conforme a la legislación vigente.
- **Varios son además de Uso Hospitalario, pero se van a usar en la comunidad. Ambas situaciones se consideran justificadas en este caso.**

PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

Tabla resumen de medicamentos vía IV		
Premedicación		
Midazolam	5-20 mg (IV).	Para disminuir nivel de conciencia antes de la inducción del coma. Dosis según situación clínica/toma previa habitual de BZD.
Adyuvante		
Lidocaina (2%)	40 mg (IV) durante 30 s (lento).	Para evitar dolor de paso de inductores del coma. Alternativa en alérgicos: 1g de sulfato de magnesio (diluido en 10 ml de solución salina normal) durante 5 m.
Inductores de coma		
Propofol (de elección)	1000 mg (IV) inyección lenta 2,5-5 minutos	Propofol en emulsión con triglicéridos de cadena media.
Tiopental (alternativa)	2000 mg (IV) inyección lenta 2,5-5 minutos	Administrar 10 ml de NaCl 0,9% antes de bloqueante NM
Bloqueantes neuromusculares		
Atracuronio (de elección)	100 mg (IV) administración rápida	[tras comprobar estado de coma profundo; se administra incluso si el paciente ha muerto tras medicación anterior; Lavar el sistema tras administración con 10 ml de solución salina al 0,9%]
Cisatracurio (de elección)	30 mg (IV) administración rápida	
Rocuronio (alternativa)	150 mg (IV) administración rápida	

MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN

Inductores del coma: Inyección lenta, o por infusión intravenosa.

KITS DE MEDICACIÓN

Se pueden elaborar **kits** con jeringas precargadas y bien etiquetadas, a suministrar a equipos asistenciales según procedimientos establecidos.

Se suministrarán siempre **dos por paciente**, cumpliendo recomendaciones de elaboración del **Documento de Buenas Prácticas**.

DURACIÓN DEL PROCESO

La **pérdida de conciencia** se produce en 1-2 minutos tras administración de medicación. En unos pocos casos, puede conducir directamente a parada respiratoria y a posible parada cardíaca. En todos los demás casos, el bloqueante neuromuscular provocará parada respiratoria total en pocos minutos, seguida de parada cardíaca.

A veces el corazón sigue latiendo, **prolongando el período entre la parada respiratoria y la cardíaca, hasta 20'**. Esto puede producir **cianosis** al paciente. Este fenómeno debe **explicarse** a los presentes.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- Asegurar vía venosa adecuada y estable antes de iniciar el proceso. Recomendable contar con segunda vía. Procurar vena grande (como la antecubital), evitar vías de calibre 24 y agujas de mariposa.
- Comprobar que ambos catéteres IV están en posición correcta (descarga de solución salina o uso de solución salina IV por goteo). Vigilar integridad de la vena todo el proceso.
- Administrar medicamentos con una sucesión rápida, para evitar reacciones adversas y producir muerte más rápida. Si los medicamentos son ineficaces (posible migración de vía IV), repetir la secuencia por la otra vía.
- Evitar que el paciente sea consciente de efectos de bloqueante neuromuscular, garantizando que está antes de administrarlo en coma profundo:
 - No responde a estímulos verbales
 - Pulso lento y débil
 - Respiración lenta y superficial
 - Carencia de reflejos protectores, como el corneal.

COMPLICACIONES FUERA DEL ÁMBITO HOSPITALARIO DE LA ADMINISTRACIÓN IV

Para **prevenir la incapacidad de colocar acceso IV o la pérdida del mismo** se recomienda:

- Valorar la disponibilidad de acceso vascular en el momento de la evaluación del paciente o en un momento cercano a la realización de la prestación.
- Utilizar dos vías previo a la administración de medicamentos, por si la primera falla.
- Considerar vía central si el acceso periférico no está disponible.
- Contar en el equipo asistencial profesional con experiencia en inserción de vías IV.
- Disponer de forma rutinaria de **segundo kit** completo de medicación IV.

Reacciones adversas o demora del fallecimiento

- Si se producen reacciones adversas (mioclonías, jadeo...), el profesional médico debe estar preparado para aumentar dosis de medicamentos a través de vía IV.
- El médico del equipo asistencial debe estar preparado para acelerar u omitir partes del protocolo, por ejemplo, ante reacción paradójica al midazolam, prescindir de la administración de lidocaína y administrar directamente propofol.

MODALIDAD 2:

AUTOADMINISTRACIÓN VÍA ORAL

- El profesional sanitario prescribe o suministra una sustancia, para que el paciente se la pueda **autoadministrar**.
- Si se opta por esta modalidad, tener en cuenta:
 - Capacidad de deglución del paciente y de tragar un volumen suficiente de líquidos.
 - El paciente no debe tener náuseas, deshidratación o problemas gastrointestinales o trastornos del tránsito intestinal que alteren significativamente la absorción.
 - Tener en cuenta los tratamientos con opioides, que enlentecen el tránsito gastrointestinal y pueden reducir absorción, aumentando el tiempo hasta la muerte.

MODALIDAD 2B: ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

- El paciente abre la llave de la bomba de infusión del **medicamento inductor del coma**, siendo así el propio paciente quien inicia el proceso.

PROCEDIMIENTO Y MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

Tabla resumen de medicamentos vía oral

Premedicación antiemética

Metoclopramida	30 mg VO 1 hora antes de la administración del inductor del coma, o 10 mg/8 horas empezando 36 horas antes.	En personas con antecedentes de efectos extrapiramidales, se recomienda ondansetrón
Ondansetrón (alternativa)	8-24 mg VO tomado 1 hora antes de la administración del inductor del coma, o 4 mg cada 12 horas empezando 36 horas antes.	Infrecuente cuadro serotoninérgico (palpitaciones, enrojecimiento y agitación) que puede limitar su utilización. Puede combinarse con 20 mg de Metoclopramida VO.

Premedicación ansiolítica

Lorazepam Diazepam Midazolam	Lorazepam 1-2 mg VO Diazepam 10-25 mg VO Midazolam 7,5-15 mg VO	Opcional, si el paciente lo requiere (30-45' antes de administración de inductor del coma). Puede valorarse pauta desde 24-48 horas antes. Dosis según situación clínica
------------------------------------	---	--

Inductores de coma

Pentobarbital 15 g/100 ml <i>Secobarbital (alternativa)</i>	Solución oral en fórmula magistral	No comercializado en presentación oral adecuada. La solución se puede preparar previamente y es estable 1 mes a temperatura ambiente (25º). No se debe refrigerar.
--	------------------------------------	--

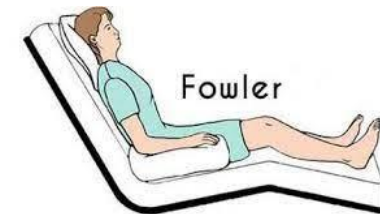
DURACIÓN DEL PROCESO

El período de tiempo entre la administración del medicamento inductor del coma y la muerte es variable, aunque **suele tardar menos de 30 minutos**. A veces **puede llevar más tiempo** (2-3 horas).

Es recomendable **acordar un plazo máximo de 2 horas** con el paciente y sus familiares, iniciando si no ha fallecido el procedimiento de administración vía intravenosa, por lo que en previsión de ello se debe evaluar posibilidad de acceso vascular y **disponer de una vía venosa** antes de iniciar el proceso, por si fuese necesario utilizarla.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- Disponer de una **vía intravenosa** en todos los pacientes **antes** de iniciar el proceso, por si se necesita.
- **Ayuno de 6 horas y tomar una comida ligera** (infusión con tostadas, por ejemplo) aproximadamente **una hora antes** de tomar el medicamento inductor del coma. Eso reduce la probabilidad de reflejo del vómito al tomar una solución amarga. Evitar comida abundante o de digestión lenta que ralentice la absorción del fármaco.
- **Posición estándar de Fowler** durante la ingestión del medicamento, permaneciendo unos 20 minutos, incluso si está inconsciente.
- **Consumir todo el medicamento en 4 minutos**, evitando uso de pajita, y asegurando ingesta completa de dosis. Se permite tomar líquido entre tragos siempre que no prolongue la duración de la toma. Puede tomar un vaso de agua tras consumir el medicamento. El sabor amargo residual se puede mitigar tomando algo con un sabor diferente, evitando licores o bebidas cremosas y lechosas.
- Se puede administrar en portadores de **sonda nasogástrica** (enjuagar previamente para asegurar que no se bloquea).
- Si el paciente vomita es aconsejable usar vía intravenosa.



CERTIFICADO DE DEFUNCION

La muerte como consecuencia la prestación de ayuda para morir, tendrá la consideración legal de **muerte natural** a todos los efectos.

El médico/a responsable debe certificar el fallecimiento del paciente.

El **certificado médico de defunción** (CMD) deberá expresar:

- **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»