

CAMAP

Asociación Canadiense de Asesores y Proveedores de Ayuda Médica a Morir

**Complicaciones en la Ayuda Médica a Morir (AMM)
fuera del ámbito hospitalario en Canadá**

Revisión y recomendaciones

Bakewell, F, Naik VN

Libro blanco sobre la AMM Oral

**Asociación Canadiense de Asesores y Proveedores de Ayuda Médica a Morir
(CAMAP)**

28 marzo de 2019

Traducido por la [Asociación DMD](#), marzo 2021

Contenido

1. Resumen práctico
2. Posibles complicaciones de la AMM por vía intravenosa fuera del ámbito hospitalario
 - a. Experiencia mundial
 - b. Experiencia canadiense
 - c. Prevención
 - d. Opciones de tratamiento
3. Posibles complicaciones de la AMM por vía oral fuera del ámbito hospitalario
 - a. Experiencia mundial
 - b. Experiencia canadiense
 - c. Prevención
 - d. Opciones de tratamiento
4. Diagrama del proceso
5. Referencias

1. Resumen práctico

El total de muertes por AMM en Canadá entre el 10 de diciembre de 2015 y el 31 de octubre de 2018 es de 6749 personas, según el informe más reciente de Health Canada (1). Entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2018, se estima que el 55% de esas muertes no han tenido lugar en el ámbito hospitalario sino en el domicilio del paciente, un centro sociosanitario, o un centro de paliativos (*hospice*). Esta información, la más reciente disponible sobre la AMM en Canadá, sigue siendo una estimación ya que es anterior a la supervisión federal y que los informes y los datos presentados por varias provincias y territorios son incompletos o imprecisos. La gran mayoría de fallecimientos han sido a consecuencia del uso de medicamentos parenterales, y sólo en un número muy pequeño de casos se han utilizado preparados orales autoadministrados.

El propósito de este documento es analizar algunas de las potenciales complicaciones que se pueden presentar con la administración de la AMM, tanto de forma intravenosa (IV) como oral, y proporcionar recomendaciones para prevenir y hacer frente a cualquier complicación que surja.

A continuación, un resumen de las recomendaciones resultantes:

1. Todos los pacientes que se sometan a una AMM fuera del ámbito hospitalario deben tener a su disposición, en el momento de la prestación, la documentación en la que conste su solicitud y su consentimiento para la prestación.

Los pacientes deben asimismo tener a mano un formulario actualizado de ONR (Orden de No Reanimar) o una orden equivalente, firmada por ellos y su médico o profesional de enfermería, con el fin de prevenir intentos de reanimación en el caso de tener que ser asistidos por servicios de atención médica de urgencia. (SAMU).

2. La conversación sobre posibles complicaciones debe ser una parte rutinaria del proceso de consentimiento, cuando se aborda los procedimientos de AMM con los pacientes.

3. Antes del inicio de la AMM los médicos deben obtener el consentimiento de los pacientes para cualquier medida terapéutica que pueda ser necesaria aplicar en caso de que surja una complicación (p.ej. pasar de autoadministración a administración intravenosa (IV) en caso de demora en los efectos de la medicación, o necesidad de un traslado inesperado al hospital).

4. Para la realización de la AMM fuera del ámbito hospitalario, los médicos y profesionales no acostumbrados a colocar accesos IV en su práctica habitual deben ir acompañados por otro facultativo experimentado en la colocación de acceso IV, en caso de no existir un catéter central introducido periféricamente (CCIP). Se debe estudiar si es necesario un CCIP funcional a través de un examen físico que se realice antes de la AMM. Médicos experimentados pueden utilizar port-a-cath. Los catéteres de línea media son menos seguros que los CCIP y su buen funcionamiento debe comprobarse antes de uso. La perfusión intraósea (IO) requiere conocimientos técnicos y experiencia, y no está recomendada para la AMM.

5. En los casos de AMM autoadministrada por vía oral, es recomendable la presencia de un profesional clínico, para que pueda intervenir con medicamentos intravenosos para completar el suministro de AMM en caso de demora del efecto de las medicaciones o de complicaciones con el preparado oral.

6. Antes de iniciar cualquier prestación, los facultativos deben tener un plan de contingencia por si falla el acceso vascular o la administración de los medicamentos. Este plan variará dependiendo del contexto

local. Si el facultativo no tiene la capacidad de establecer un acceso intravenoso antes de la administración de la medicación, la AMM deberá aplazarse hasta el momento en que se pueda obtener ayuda.

7. Si se produce una complicación con la IV o la autoadministración oral, y los facultativos son incapaces de colocar un acceso intravenoso de forma inmediata, deben decidir si el estado del paciente permite llamar a otro clínico para que ayude a colocar el acceso. La competencia técnica derivada de la práctica habitual y el uso rutinario es imprescindible antes de considerar la opción de una perfusión intraósea de emergencia ante una complicación de AMM.

8. Si el estado de un paciente no permite esperar a que otro clínico acuda al lugar y se decide que el paciente necesita un acceso intravenoso inmediato, es posible que el médico tenga que llamar al servicio de emergencia (SAMU) o sea, al 112.

9. Si se llama al 112, el médico debe pedir al SAMU que inserte una vía intravenosa y dé de alta al paciente en el lugar de los hechos, y/o pedirles que llamen a su director médico para obtener una orden similar.

10. Si el personal de emergencias no puede insertar una vía intravenosa o dar de alta al paciente en el lugar de los hechos (o se niega a hacerlo), el facultativo que proporciona la AMM debe acompañar al paciente al hospital para participar en los cuidados que le serán dispensados.

En caso de que un paciente necesite que se recurra a un servicio de urgencias como consecuencia de complicaciones de AMM realizada fuera del ámbito hospitalario, y si la validez del proceso de AMM puede ser confirmada de forma satisfactoria por el equipo asistencial, lo adecuado es proporcionar cuidados de apoyo y sintomáticos, sin intentar la reanimación o la reversión de la sobredosis. Sólo el médico que evaluó y obtuvo el consentimiento del paciente para la AMM debe considerar la posible administración adicional de medicamentos para acelerar el fallecimiento.

2. Posibles complicaciones de la AMM IV fuera del ámbito hospitalario

La gran mayoría de las AMM que tienen lugar fuera del ámbito hospitalario se realizan utilizando medicamentos parenterales administrados por vía intravenosa por un médico formado para acompañar procesos de AMM. Las ventajas de la AMM por vía IV son que es un procedimiento adecuado para casi todos los pacientes, se tolera bien, con efectos secundarios mínimos y raras tasas de fracaso. Las desventajas de la AMM por vía IV son que requiere la inserción de una vía intravenosa potencialmente dolorosa al final de la vida, que requiere la presencia de un médico, y que el acto final de la administración de la medicación puede percibirse como una disminución de la capacidad de actuar y una limitación de la autonomía del paciente.

Los protocolos de medicación para la AMM IV se describen en otro documento. Independientemente del protocolo que se aplique, ninguno fallará si se administra correctamente. Por lo tanto, las complicaciones más importantes asociadas con la administración AMM IV son la incapacidad para colocar un acceso IV o la pérdida del acceso IV durante la prestación.

Experiencia mundial

Una revisión de 649 casos de eutanasia y suicidio asistido en los Países Bajos publicada en NEJM en el año 2000 suministra algunos datos sobre las tasas de complicaciones con AMM IV (2). En aquella revisión, se plantearon problemas técnicos para la colocación del acceso intravenoso en el 5% de los casos, sea

por la dificultad para encontrar una vena o por problemas con el catéter intravenoso en sí. Surgieron complicaciones como espasmos musculares, mioclonías, cianosis, jadeo o vómitos en el 3% de los casos. Se plantearon también problemas para llevar el procedimiento de AMM a término en un 5% de los casos, en general por un alargamiento inesperado del proceso. Desafortunadamente, esta revisión de casos no proporciona informaciones sobre qué medicamentos se estaban utilizando en cada caso.

Experiencia canadiense

Hasta el momento, no se ha realizado ningún registro sistemático de complicaciones con la AMM IV en Canadá. Sin embargo, en una encuesta a 335 médicos de urgencias canadienses, 3 informaron haber visto pacientes ingresar en urgencias debido a una administración intravenosa fallida en un proceso de AMM o a la imposibilidad de colocar una vía intravenosa fuera del ámbito hospitalario (3). Es probable que la mayoría de los casos de fallo en la colocación de vía intravenosa fuera del ámbito hospitalario se resuelvan ya sea con reinserción o con la ayuda de otro clínico.

Prevención

Se ha definido una serie de medidas que pueden tomar los médicos que practican la AMM para evitar que ocurran las posibles complicaciones descritas anteriormente.

La primera es explicar las posibles complicaciones con la AMM IV en el curso del proceso de consentimiento con los pacientes. Esta conversación deberá incluir las posibles dificultades con la inserción IV, los posibles efectos secundarios de los medicamentos y la posible pérdida del acceso vascular durante la administración de los medicamentos. Los pacientes deben facilitar su consentimiento para la inserción previa al procedimiento de dos accesos IV periféricos en caso de que uno de ellos falle.

A menos que el clínico responsable de la AMM realice inserciones IV como parte de su práctica habitual, debe haber otro sanitario fácilmente accesible que sea especialmente hábil en la inserción de vías intravenosas (por ejemplo, una enfermera). Si los médicos no pueden establecer un acceso intravenoso antes de la administración de la medicación, la prestación debe posponerse hasta el momento en que se disponga de ayuda. No se debe recurrir a Urgencias para una inserción intravenosa de rutina que no sea urgente.

La posibilidad del acceso vascular debe estudiarse en el momento de la evaluación y en un momento cercano a la realización de la AMM si han transcurrido varias semanas o meses desde la evaluación. Se debe disponer del instrumental adecuado para solucionar problemas de acceso intravenoso. Como mínimo, debe incluir cánulas de varios tamaños, y puede también incluir kits para obtener acceso central u otro tipo de instrumental, tales como dispositivos de localización de venas.

El médico debe comprobar que las vías intravenosas sean permeables. Esto se puede hacer retrocediendo hasta que aparezca la sangre. Si esto no es efectivo, se puede inyectar solución salina para evaluar la facilidad de administración y la ausencia de hinchazón cerca del sitio de inserción IV. La permeabilidad también puede ser confirmada por el flujo libre de fluidos intravenosos con la gravedad, nuevamente con la ausencia de hinchazón significativa próxima al sitio de inserción.

El médico debe disponer de cantidades adicionales de medicamentos en caso de que la medicación se inyecte en los tejidos intersticiales durante la administración.

El médico debe tener un plan establecido en caso de que se pierda el acceso intravenoso una vez los medicamentos estén administrados, y no se pueda obtener más acceso. Puede consistir en otro médico de guardia que pueda venir a ayudar, o en un acuerdo con el servicio de emergencia local para que coloque un acceso intravenoso sin llevar el paciente al hospital, o un acuerdo con un hospital local para la admisión directa bajo supervisión del médico que cuente con una autorización especial para tal circunstancia.

En todos los casos de AMM fuera del ámbito hospitalario, debe disponerse de la documentación que demuestra claramente el consentimiento del paciente a la prestación y a cualquier atención vinculada, así

como una orden provincial oficial de no reanimación (ONR) o su equivalente, en caso de posible participación de un Servicio de Urgencias.

Opciones de tratamiento

Dependiendo de la complicación, hay varias opciones de tratamiento disponibles para los médicos de AMM fuera del ámbito hospitalario:

Efectos secundarios o demora del fallecimiento

Como se mencionó anteriormente, las secuencias de medicación intravenosa utilizadas en AMM generalmente son muy bien toleradas y muy eficaces. Sin embargo, si se producen efectos secundarios (jadeos, mioclonías, etc.), los médicos deben estar preparados para aumentar las dosis de medicamentos a través de una vía intravenosa según sea necesario para la comodidad del paciente y para llevar el proceso a término. Los médicos también deben estar preparados para acelerar u omitir partes del protocolo. Por ejemplo, el midazolam ocasionalmente puede causar agitación paradójica, debiendo estar los médicos preparados para administrar propofol rápidamente sin la dosis anterior de lidocaína. Los detalles relativos a los protocolos de medicación se pueden encontrar en otros documentos. Los médicos deben disponer de forma rutinaria de un segundo juego completo de medicación intravenosa en cada asistencia.

Pérdida o incapacidad para obtener acceso intravenoso

Si los pacientes lo aceptan, los médicos deben considerar la posibilidad de establecer un mínimo de 2 periféricos IV, especialmente si el acceso es complicado. Si no se puede instalar el acceso intravenoso, o existe duda sobre la fiabilidad del acceso que se ha colocado, entonces la AMM debe interrumpirse antes de la administración de los medicamentos, hasta que se obtenga ayuda. Se debe considerar la inserción de un acceso venoso central (es decir, CCIP) si el acceso periférico no es posible.

Si se pierde el acceso intravenoso durante la administración de la medicación y se ha establecido una segunda vía intravenosa periférica, la administración de medicamentos debe cambiarse a la segunda vía intravenosa. Si no se ha establecido un segundo IV, se debe intentar obtener inmediatamente otro acceso. Durante este proceso, se pueden administrar sedantes por inyección subcutánea o intramuscular (IM) para el confort del paciente, según criterio del médico.

Si no se puede obtener otro acceso, los médicos deben decidir si el acceso intravenoso es necesario de manera inmediata, o si el paciente puede esperar a que otro médico capacitado en la inserción intravenosa acuda para colocarlo.

Si se requiere acceso inmediato, o si no hay otro médico disponible, el médico tendrá que decidir si llamar a Urgencias para prestar asistencia *in situ* o para el traslado al hospital. Siempre que se llame a Urgencias, se debe examinar si es posible que los médicos de Urgencias puedan establecer el acceso intravenoso y dejar al paciente con el médico responsable de la realización de la AMM sin tener que llevarlo al hospital. El personal de Urgencias puede necesitar consultar con su instancia de control médico para conseguir la autorización necesaria.

Si se requiere transportar el paciente al hospital, el médico debe acompañar al paciente. Si el médico tiene autorización para actuar en el hospital, podrá continuar prestando los cuidados. Si no, podrá ayudar a dirigir la atención que se brinde. En estas circunstancias excepcionales, dependerá del equipo médico del hospital decidir si se puede administrar un acceso IV bajo la supervisión del médico AMM. El médico no podrá administrar medicamentos para AMM en el hospital a menos que esté debidamente autorizado. Puede considerarse el transporte de regreso del paciente a su domicilio o lugar de residencia habitual si no

se espera una muerte inminente, de lo contrario, podría ser admitido para recibir cuidados paliativos. Ningún médico que no haya participado en el proceso de evaluación para la AMM y obtención del consentimiento del paciente debe administrar medicamentos para el final de la vida. Esta afirmación está respaldada por una encuesta realizada a 335 médicos de urgencias canadienses, en la que el 75% dijo que se sentiría cómodo insertando una vía intravenosa en estas circunstancias, y que el propio médico del paciente reanudase luego el proceso de atención. Sin embargo, el 15% dijo que no lo haría, y un 10% adicional expresó serias reservas o un sí con reservas (3).

3. Posibles complicaciones de la AMM oral fuera del ámbito hospitalario

Las enmiendas al código penal que legalizan la AMM permiten explícitamente la opción de la autoadministración oral (4). Los argumentos a favor de una opción oral y autoadministrada incluyen facilitar un mayor acceso geográfico a la AMM al aumentar el número de médicos dispuestos a implicarse en procesos de AMM y permitir también una mayor autonomía de los pacientes y una menor medicalización de la experiencia del final de la vida. (5).

Ha habido muy pocos casos reportados de AMM autoadministrada oralmente en Canadá hasta ahora: 5 a finales de 2017 según el 3er Informe Federal Interino (1), y 13 según un libro blanco de CAMAP publicado en abril de 2018 (6). Sin embargo, estos números bajos pueden deberse en parte a la falta de familiaridad con la práctica y a la falta de disponibilidad previa de una medicación oral fácil de administrar. En el otoño de 2017, una empresa farmacéutica recibió la aprobación de Salud Canadá para distribuir secobarbital, el barbitúrico oral de elección para autoadministración de AMM en Oregón, Washington y Países Bajos. Es posible que las tasas de autoadministración aumenten a partir de ahora (7).

Aunque las cifras totales sigan siendo reducidas, es importante estudiar cómo prevenir y cómo responder a las complicaciones en los procesos de AMM por vía oral fuera del ámbito hospitalario dada la tasa generalmente más alta de efectos adversos, el plazo de tiempo más largo hasta el fallecimiento y la mayor tasa de fracaso con este procedimiento de AMM.

Experiencia mundial

En la revisión antes mencionada de casos de AMM en los Países Bajos publicada en la década de 1990, surgieron problemas para llevar a término la AMM oral (usando barbitúricos) en el 16% de los casos (demora hasta el fallecimiento, imposibilidad de inducir el coma o despertar del paciente). El intervalo de tiempo transcurrido hasta el fallecimiento fue desde 1 minuto hasta días, con una media de 30 minutos. En el 3,5% de los casos se presentaron vómitos y en el 2,6% apareció un jadeo extremo. El médico presente eligió administrar medicamentos adicionales por vía intravenosa en el 18% de los casos debido a los problemas anteriores (2).

En una revisión de 165 casos de AMM oral en los Países Bajos entre 2013 y 2015, 9 pacientes presentaron arcadas y 3 pacientes se quedaron dormidos antes de poder ingerir completamente la medicación. En seis casos transcurrieron más de 60 minutos hasta la muerte. Se administraron medicamentos intravenosos adicionales para completar la prestación en el 9% de los casos (8).

Una revisión de los datos de Oregón de 1998 a 2015 (un total de 991 casos de autoadministración dado que la AMM por vía IV no es legal en Oregón) muestra que en aproximadamente la mitad de los casos no estaba presente ningún médico al lado del paciente en el momento de la ingesta (9). En los casos documentados en los que un médico estuvo presente, la tasa de complicaciones (excluyendo la demora del fallecimiento) fue del 4,9%, en su mayoría regurgitación. Hay 6 casos reportados de pacientes que recuperaron el conocimiento después de la administración de los fármacos. En los casos sobre los cuales se dispone de datos, el tiempo transcurrido desde la ingesta hasta el fallecimiento varía de 1 minuto a 104

horas, con una media de 25 minutos. Un servicio de Urgencias estuvo involucrado en al menos el 1% de los casos.

Se publicó en 2017 un informe sobre el caso de un paciente en California que fue llevado al servicio de Urgencias y parcialmente reanimado después de la autoadministración por vía oral en su domicilio de fármacos para la AMM. Sirve para ilustrar los muchos posibles momentos de falta de comunicación o error en caso de que un evento como este ocurra, y la importancia de una documentación y comunicación claras entre los pacientes, familiares y médicos (10).

Experiencia canadiense

Se han reportado 13 casos de AMM autoadministrada oralmente en Canadá, todos en presencia de un médico según el libro blanco publicado por CAMAP en marzo de 2018 (5). Se conocen los detalles en 10 de los casos que se realizaron en Columbia Británica, donde la tramitación y los procedimientos de AMM por vía oral están estandarizados. Según la información disponible:

En la mayoría de los casos se administró fenobarbital, morfina e hidrato de cloral

En tres casos donde se indica el dato, el tiempo medio hasta la muerte fue de una hora o menos. En dos casos, la muerte ocurrió en un intervalo de 60 a 90 minutos.

En cinco casos, la administración oral no tuvo éxito a los 60 minutos y fue necesario recurrir a medicamentos IV para completar el proceso.

En un caso en el cual se utilizó la mezcla DDMP2 (Diazepam 1g, Digoxina 50mg, Propranolol 2g y Morfina 15g), el proceso hasta la muerte duró 135 minutos. No había ningún médico presente.

Se ha informado de un solo caso de llamada al servicio de urgencias médicas y el paciente fue transportado a un hospital como resultado de efectos adversos o una muerte tardía, lo que evidencia la importancia de la presencia de un médico para controlar la ingestión y la progresión del proceso hasta la muerte.

Prevención y preparación

Dado el mayor riesgo en comparación con AMM IV, es especialmente importante que los médicos de AMM oral hablen de los posibles efectos adversos de la administración por vía oral con sus pacientes, dentro del proceso de consentimiento inicial. Los médicos deben obtener por adelantado el consentimiento para cualquier tratamiento que pudiera ser necesario administrar para luchar contra las complicaciones que surjan, lo que incluye las terapias sintomáticas, así como la inserción o reinserción de un acceso IV para la administración de medicamentos parenterales para la AMM.

Recomendamos encarecidamente que los médicos estén presentes al lado de los pacientes durante la autoadministración oral de la AMM y que permanezcan presentes hasta el fallecimiento del paciente (en algunas jurisdicciones, como Columbia Británica, esto ya es obligatorio según las guías de buenas prácticas del Colegio de Médicos). Si el médico principal no está acostumbrado a insertar vías intravenosas, debe haber un médico adicional disponible que sea competente en esta práctica. En caso de que un paciente rechace la presencia de un médico en una provincia o un territorio donde la asistencia del médico no es obligatoria, el médico que prescribe los medicamentos para la AMM debe estar fácilmente disponible para responder a la llamada del paciente o de cualquier otra persona presente en caso de que ocurra una complicación.

Se sugiere que los médicos consideren insertar una vía intravenosa antes de que la autoadministración

oral tenga lugar, en caso de que sea necesario administrar así medicamentos para controlar síntomas o pasar a un proceso de AMM IV.

Los médicos deben estar preparados para poder controlar síntomas, por ejemplo, con antieméticos o sedantes, así como con medicamentos de seguridad para practicar una AMM IV en caso de administración por vía oral. Deben también tener un plan para hacer frente a las posibles complicaciones que puedan surgir, así como haber acordado previamente con el paciente un tiempo límite más allá del cual consideren que el efecto de los medicamentos orales tarda demasiado y proceder entonces a la administración de AMM por vía IV.

El médico debe tener un plan previamente establecido en caso de que se pierda el acceso intravenoso y no pueda colocar otro acceso. Puede consistir en que un médico de guardia venga a prestar asistencia, o en un acuerdo con un servicio de Urgencias local que pueda instalar un acceso intravenoso sin necesidad de trasladar el paciente al hospital, o en un acuerdo con un hospital local para la admisión directa bajo supervisión del médico que cuente con una autorización especial para tal circunstancia.

Todos los pacientes que se someten a la AMM fuera del ámbito hospitalario deben tener con ellos en todo momento la documentación indicando claramente su consentimiento a la AMM y su deseo de no ser reanimados (preferiblemente una directiva oficial para Servicios de Urgencias, si este documento está disponible en su jurisdicción).

Opciones de tratamiento

Efectos secundarios o retraso en la finalización del procedimiento

Dada la tasa bastante alta de efectos secundarios y el tiempo que puede tardar en ocurrir el fallecimiento con la AMM oral, los médicos deben estar preparados para administrar dosis adicionales de medicamentos a través de un IV según sea necesario para la comodidad del paciente y para llevar el proceso a término. Informaciones detalladas sobre los protocolos de medicación se pueden encontrar en otros documentos.

No existe un límite claro para definir "demora hasta el fallecimiento" o "proceso de AMM oral fallido". Como se ha mencionado anteriormente, los médicos deben acordar previamente con los pacientes en qué momento deberán insertar una vía intravenosa y llevar el proceso a término con medicación parenteral.

Demora del fallecimiento e incapacidad para conseguir acceso intravenoso

Si los médicos deciden administrar medicamentos intravenosos para la AMM debido a un alargamiento del proceso por autoadministración oral, el acceso debe ser preexistente o conseguirse rápidamente. Sin embargo, si el proceso tarda, se pueden administrar medicamentos sedantes por vía subcutánea o intramuscular para comodidad del paciente y según el criterio del médico.

Puede ocurrir que pacientes que se autoadministran los fármacos para la AMM por vía oral fuera del ámbito hospitalario se presenten en un servicio de urgencias sin estar acompañados por un médico. En estas circunstancias, el médico de urgencias tiene que decidir si hay pruebas suficientes de que el estado del paciente es el resultado de un proceso de AMM aprobado. Lo ideal es que los pacientes lleven con ellos en todo momento una documentación clara relativa al proceso de AMM, así como una orden legal de no reanimar en caso de disponer de ella. En la encuesta antes mencionada realizada con médicos de urgencias canadienses, las tres pruebas para demostrar un proceso de AMM válido fueron la presentación de la documentación elaborada por el médico prescriptor (91%), el contacto directo con el médico prescriptor (81%) y la presentación de las directrices anticipadas del paciente declarando su intención (70%) (3).

5. Referencias: ver [original](#)

Diagrama Resumen:

En todos los casos de AMM fuera de un hospital es imprescindible tener Informe completo del proceso de AMM; tener formulario ONR firmado por el paciente; haber ya comentado posibles complicaciones con el paciente; tener consentimiento firmado para el tratamiento de posibles complicaciones; asegurarse de la presencia de un profesional con experiencia en colocación IV y sus posibles complicaciones; disponer de suficiente medicación para pasar a AMM IV, si necesario.

