

CAMAP

Asociación Canadiense de Asesores y Proveedores de Ayuda Médica a Morir

La opción AMM*¹ Oral en Canadá

Parte 2: Procedimientos de administración

Revisión y recomendaciones

Harty C, Chaput AJ, Buna D, Trouton K y Naik VN

Libro blanco sobre la AMM Oral

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

18 de abril de 2018

Traducido por la Asociación DMD, marzo 2021

1 AMM: Ayuda Médica a Morir, traducción del acrónimo inglés MAID: Médical Aid In Dying.

Contenido

1. Resumen Práctico
2. Mejora del acceso a la AMM por vía oral en Canadá
 - a. Brindando opciones a los canadienses
 - b. Mejorando el acceso a la AMM en Canadá
3. Colaboraciones clave en la prestación de la AMM por vía oral
 - a. Médico y paciente
 - b. Médico y farmacéutico
 - c. Farmacéutico y paciente
4. Adquisición y administración seguras de medicamentos para la AMM por vía oral
 - a. Composición segura
 - b. Dispensación
 - c. Administración
5. Optimización de la experiencia de AMM por vía oral para el paciente y sus familiares
 - a. Preparativos para un proceso exitoso
 - b. Obtener el consentimiento final antes de la AMM
 - c. Preparación para una demora o un fallo en el proceso de AMM oral
6. Experiencia de proveedor de AMM oral en Canadá

Resumen práctico

La Asistencia Médica a Morir (AMM) es legal en Canadá desde que el Proyecto de Ley C-14 recibió la aprobación Real en junio de 2016. Una vez aprobados los requisitos de acceso, la AMM puede ser practicada en la mayoría de las provincias y territorios canadienses, ya sea mediante la administración intravenosa de la medicación por un médico o una enfermera especializada, o por auto-administración oral de la medicación por el propio paciente. La principal ventaja de ofrecer una opción oral es la autonomía que proporciona a los pacientes ya que les permite tomar la medicación ellos mismos, y restablecer así cierto control en el difícil contexto de su enfermedad o dolencia.

El propósito de este documento es describir las mejores prácticas para la distribución segura de los medicamentos, la administración por vía oral de la AMM y su evaluación. Se dirige tanto a médicos como a farmacéuticos y proporciona una orientación para la correcta realización de la AMM por vía oral. Los medicamentos recomendados para la AMM por vía oral se indican en la primera parte de esta guía.

Resumen de las recomendaciones:

1. Actualmente se recomienda la presencia de un médico para todas las prestaciones de AMM por vía oral con el fin de poder evaluar el éxito y la eficacia del procedimiento y, si necesario, poder intervenir con medicamentos intravenosos en caso de demora o fracaso del procedimiento.
2. Con una mayor experiencia con las medicaciones orales en Canadá y un mayor conocimiento de la eficacia de las pautas orales, puede llegar un momento en que no sea necesaria la presencia del médico para la prestación de AMM por vía oral.
3. Los médicos deben recetar medicamentos tanto orales como intravenosos para los pacientes que soliciten la AMM oral.
4. Se debe mantener un contacto continuado con el paciente para confirmar la preferencia del paciente y que vía de administración oral es adecuada y se mantienen hasta la fecha y hora previstas para la prestación.
5. Para optimizar la absorción de los medicamentos que inducen el coma, los pacientes deben abstenerse de comer 6 horas antes. Pueden seguir tomando líquidos claros no carbonatados.
6. Se recomienda al paciente tomar un antiemético al menos 1 hora antes de consumir el agente inductor del coma.
7. La distribución segura de los medicamentos es importante para evitar daños a otras personas, debidos a la medicación letal. La entrega segura de la medicación puede llevarse a cabo mediante su dispensación directamente al médico, cuando vaya de camino al lugar de la prestación, o mediante el suministro por un farmacéutico al médico ya presente en el lugar de la prestación.
8. En previsión de un posible alargamiento en el tiempo del proceso por vía oral o de su fracaso, se debe evaluar la posibilidad del acceso vascular, como en todos los pacientes que solicitan AMM. Si el acceso vascular presenta dificultades, los médicos, de acuerdo con el paciente, pueden optar por colocar una vía intravenosa antes de la ingestión oral.

9. Antes de proceder a la AMM, los médicos deben acordar con los paciente un tiempo máximo -por ejemplo 1 hora- al término del cual, si no ha ocurrido el fallecimiento, se pondrá en marcha un procedimiento intravenoso mediante la medicación letal estándar.
10. Cuando corresponda, se deben seguir explícitamente las instrucciones dadas por las farmacias respecto a la reconstitución de los medicamentos utilizados para la AMM oral.
11. Inmediatamente antes del inicio del procedimiento, los médicos deben obtener el consentimiento final para la AMM, que debe precisar tanto la elección del procedimiento de AMM por vía oral, como el consentimiento para una posible administración por vía intravenosa.
12. Los médicos deben estar presentes durante la ingestión del medicamento. El paciente debe adoptar la posición estándar de Fowler (60 grados) al consumir el medicamento y permanecer sentado durante al menos 20 minutos, incluso si está inconsciente, para optimizar la absorción y prevenir la regurgitación.
13. El paciente debe consumir todo el medicamento en 4 minutos. Se debe evitar el uso de pajita, ya que puede ralentizar el consumo. Se permiten la toma de líquidos claros entre tragos siempre que no prolongue la duración de la toma.
14. Después de consumir todo el medicamento, el regusto se puede mitigar con el consumo de un licor fuerte (1/4 vaso de vodka o whisky) o una bebida no carbonatada a temperatura ambiente (1/2 vaso). Deben evitarse los licores o bebidas cremosos y lechosos.
15. Cualquier medicamento no utilizado debe ser devuelto a la farmacia para su correcta destrucción.

Mejorando el acceso a la AMM oral en Canadá

Brindando opciones a los canadienses

La práctica de la AMM a través de la administración de medicación intravenosa por parte del personal sanitario, aunque segura y altamente efectiva, puede parecer demasiado “institucionalizada” y/o “un procedimiento demasiado estricto” a muchos pacientes. Aunque el personal sanitario siempre se esfuerza por lograr una experiencia centrada en el paciente realizando la prestación en el hogar, algunos pacientes pueden percibir el procedimiento de AMM por vía intravenosa como demasiado medicalizado. Esta percepción es inevitable dado el requisito de acceso vascular y la necesaria presencia de un médico junto al paciente, lo que puede interferir con la vivencia de este momento íntimo con el círculo de amigos y familiares. Algunos pacientes quieren poder controlar este último acto de su vida. La disponibilidad de medicaciones orales para la AMM puede permitir un proceso más íntimo y autónomo para el paciente al eliminar algunos aspectos del procedimiento y la necesidad de la presencia del médico junto al paciente.

Mejorando el acceso a la AMM en Canadá

Actualmente no hay datos precisos o fiables sobre la cantidad de médicos que brindan la AMM en Canadá. En una encuesta previa a la regulación realizada por la Asociación Médica Canadiense (CMA), solo el 29% de los médicos encuestados dijeron que considerarían proporcionar la AMM, y hasta el 63% dijo que se negarían (Vogel, 2015). La encuesta no diferenciaba entre la prescripción o la administración de los medicamentos intravenosos y atender una consulta de AMM. El hecho de que algunos médicos optan por participar solo en la parte de evaluación del proceso y no en la prestación real de la AMM aumenta la complejidad de los datos. Si bien estos datos pueden haber cambiado desde la entrada en vigor de la ley C-14, se puede inferir que en este momento hay mucho menos médicos que brindan servicios de AMM que médicos objetores.

Si bien la opción oral ha estado disponible en la mayoría de las provincias y territorios desde que se promulgó la ley C-14, casi todas las prestaciones realizadas en Canadá hasta la fecha han sido a través de la administración intravenosa de la medicación. La desproporción entre los médicos que aceptan completar evaluaciones y proporcionar físicamente la AMM y los que sólo acceden a completar evaluaciones se debe probablemente a multitud de factores e incluye la carga psicológica que supone participar de manera más activa en la muerte, así como la dificultad presentada por el acceso vascular y el desconocimiento de los medicamentos a utilizar. Con un porcentaje estimado de entre el 0.3% y el 4.6% del total de fallecimientos en países con una historia más larga y mayor experiencia (Health Canada, 2017), podemos afirmar con seguridad que actualmente no hay suficientes médicos dispuestos a proporcionar la AMM en Canadá. Encuestas recientes han sugerido que la introducción de medicamentos orales fiables para la provisión de la AMM puede facilitar el acceso a la prestación al permitir que los profesionales que aceptan intervenir “sólo como asesores” amplíen su práctica a la prestación misma dado que se mitigan algunas de las preocupaciones descritas anteriormente. Esta suposición puede ser incorrecta, al menos a corto plazo, ya que los médicos prescriptores tienen aún la obligación de estar presentes para obtener el consentimiento final y garantizar que la dosis letal de la medicación se administre de manera segura y exitosa. Esto implica también que los médicos deben estar preparados para colocar un acceso vascular o, de lo contrario, insertar una vía intravenosa antes de la administración de la medicación por vía oral, y administrar medicación por vía intravenosa en caso de fracaso o demora excesiva del fallecimiento.

Geográficamente, Canadá es el país de mayor tamaño en haber regulado la AMM. La población está muy repartida en el territorio. Si bien la AMM es un derecho regulado para todos los canadienses, es muy

probable que el acceso a él, tanto desde el punto de vista de la evaluación como de la prestación, sea desigual, ya que la mayoría de los proveedores de estos servicios se concentran en los centros urbanos. Las autoridades reguladoras médicas han ordenado la derivación adecuada de cualquier paciente que solicite la AMM. Desafortunadamente, sin disponibilidad de médicos asesores sobre la AMM en todas las comunidades, la mayoría de las derivaciones deben dirigirse a los centros urbanos antes mencionados. Si bien reconocemos que esto puede ser igualmente cierto para muchos servicios médicos y quirúrgicos, uno de los objetivos principales de cualquier servicio de AMM es permanecer centrado en el paciente. Debido a la naturaleza de los requisitos para ser elegible a la AMM, muchos pacientes que quieren acogerse a ella no pueden viajar. La existencia de alternativas a las consultas presenciales (por ejemplo, consulta telefónica o electrónica) para mitigar la imposibilidad de viajar, varía según las regulaciones provinciales. Sin embargo, la prestación de la AMM, al menos a corto plazo, requerirá que el médico o el paciente se desplacen. Con una experiencia mayor respecto a la efectividad y fiabilidad de las medicaciones orales, así como con regulaciones para guiar la práctica de su dispensación segura, puede llegar un momento en que los medicamentos orales se puedan ofrecer a los pacientes para su administración en ausencia de médicos y aumentar así el acceso equitativo en todo Canadá.

Colaboraciones clave en la provisión de la AMM por vía oral

La planificación y provisión de una muerte asistida con medicación oral requiere comunicación y colaboración entre el paciente, su familia, el médico, el farmacéutico y posiblemente otros profesionales sanitarios de apoyo, como personal de enfermería y trabajo social. Una vez que se evalúa a un paciente como elegible y se decide por la opción oral, se establece una fecha para la prestación que convenga al paciente, al médico y al farmacéutico. Esta fecha debe respetar el período de reflexión obligatorio de 10 días, a menos que exista el peligro de que el paciente pierda la capacidad de dar su consentimiento informado dentro de ese período de tiempo o que el paciente esté en riesgo inminente de muerte antes de que finalice dicho período de espera de 10 días (Cámara de los Comunes de Canadá, 2016). Sin embargo, en el intervalo entre la confirmación de la elegibilidad y la selección del método, la condición clínica puede cambiar y debe evaluarse periódicamente. El paciente puede preferir la opción intravenosa si no puede ingerir una dosis oral en la fecha prevista.

Médico y paciente

Los pacientes que eligen la AMM oral a menudo tienen el deseo de planificar su muerte asistida como un momento especial. Esto puede requerir cierta coordinación entre varias personas y probablemente requiera cierta flexibilidad por parte del médico, ya que este tipo de muerte asistida por un médico puede requerir más tiempo. Dependiendo de la enfermedad, dolencia o discapacidad, el estado clínico del paciente puede variar entre el momento de la toma de decisión de recibir la AMM oral y la fecha establecida para ingerir el medicamento. Si el paciente no puede tolerar la AMM oral, pero quiere una muerte asistida, el médico debe plantear la opción de comenzar directamente la AMM con los medicamentos intravenosos.

Los médicos deben plantearse la premedicación con un antiemético para ayudar a prevenir o para tratar cualquier náusea o regurgitación potencial. Idealmente, el paciente debe abstenerse de comer 6 horas antes de la prestación. Esto optimiza la absorción de la medicación inductora del coma.

Los médicos deben acordar con el paciente y la familia el tiempo aproximado hasta el coma y el fallecimiento, y deben explicarle al paciente que la vía oral tiene un mayor riesgo de fallo. Los médicos deben acordar el plazo de tiempo para practicar una intervención intravenosa en el caso de demora o fallo

de la prestación por vía oral. Idealmente, el marco de tiempo predeterminado debe establecerse antes del día de la prestación de la AMM (por ejemplo, 1 hora o 2 horas como marco temporal). Se puede colocar una vía intravenosa antes del procedimiento oral o sólo después de que el procedimiento oral haya fallado. Esta decisión debe tomarse teniendo en cuenta la experiencia del médico en la colocación de una vía intravenosa, la posible dificultad de esta colocación y la actitud favorable o no del paciente frente a la colocación de una vía intravenosa antes del inicio de la ingestión oral.

Se debe recalcar la importancia de continuar con la medicación habitual hasta el momento de la ingestión de los medicamentos letales, especialmente la medicación contra el dolor, los antieméticos y los procinéticos.

Si bien seguir tomando medicaciones cardiológicas puede no parecer necesario, los médicos quieren evitar que el paciente experimente dolor en el pecho o dificultad para respirar antes de la AMM, ya que esto sólo contribuiría a hacerle sufrir. Para evitar que se prolongue el tiempo hasta el fallecimiento, los marcapasos y desfibriladores deben desactivarse si es posible. Si no se tiene acceso a servicios de cardiología, el médico debería poder obtener un imán de un hospital local para colocarlo sobre el dispositivo y apagar la función DCI (desfibrilador cardioversor implantable). El oxígeno debe suspenderse inmediatamente después de que la persona pierda el conocimiento. La familia debe estar preparada para los signos y síntomas que la persona moribunda puede presentar, como ronquidos, gorgoteos, cambios en la frecuencia respiratoria y aumento de la palidez, del color grisáceo o del oscurecimiento de la piel. Como en todos los casos de AMM, las decisiones sobre procedimientos posteriores, como los referentes al cuerpo, también deben abordarse y confirmarse con la familia previamente.

Médico y farmacéutico

Antes de ofrecer la AMM, y en particular la AMM oral, los médicos deben identificar las farmacias que estén dispuestas y sean competentes para intervenir. Las organizaciones colegiales provinciales de farmacéuticos establecen los estándares específicos en torno a la AMM y varían de una provincia a otra. Algunas farmacias no colaboran con los médicos que brindan la AMM, ni con el departamento de coordinación de la AMM debido a la objeción de conciencia o a no disponer de las instalaciones adecuadas para elaborar fórmulas magistrales. Las farmacias habilitadas para preparar fórmulas magistrales están sometidas a una mayor regulación debido a casos de dosificación errónea y de contaminación con otros productos (Riley, 2017). Las variaciones existentes conciernen múltiples aspectos de la prestación de la AMM, como protocolos, preparación de medicamentos, almacenamiento, distribución, destrucción, documentación e inclusión de técnicos de farmacia regulados en la preparación (Verweel L et al., 2018). Cada médico debe estar familiarizado con las disposiciones provinciales tanto en temas médicos como farmacéuticos.

La comunicación temprana entre el médico y el farmacéutico sobre la fecha prevista de la prestación es clave para el éxito. Esto permite que la farmacia tenga todos los medicamentos e ingredientes apropiados disponibles para preparar la receta y disponer del personal adecuado disponible para realizar la preparación. Las formulaciones que se materializan en suspensiones o soluciones tienen una fecha de caducidad limitada y no deben prepararse hasta inmediatamente antes de la fecha programada para la muerte asistida. El médico y el farmacéutico deben acordar el tratamiento antiemético apropiado, así como la necesidad y el formato del kit de respaldo intravenoso. Esto debe hacerse antes de escribir la receta para la AMM.

La seguridad de los procedimientos de entrega de estos medicamentos letales debe estar claramente diseñada y el médico y el farmacéutico deben controlarla plenamente. Lo ideal es que el medicamento se

prepare y luego se recoja inmediatamente antes de la provisión programada para que no sea necesario vigilarlo durante un tiempo prolongado después de su dispensación por el farmacéutico. Se podría también organizar la entrega de los medicamentos en el sitio donde se va a practicar la AMM, lo que requeriría la presencia del médico para recibir en mano los medicamentos.

Farmacéutico y paciente

La ley C-14 (Cámara de los Comunes de Canadá, 2016) describe el papel de los farmacéuticos en la dispensación de los medicamentos y no incluye su participación directa en la administración de los mismos. Sin embargo, los farmacéuticos tienen que asegurar la dispensación y si no tienen la capacidad de realizar la fórmula magistral o son objetores de conciencia tienen la responsabilidad de ayudar al médico y/o al paciente a encontrar una farmacia alternativa que pueda proporcionar este servicio.

Los farmacéuticos tienen la responsabilidad de proporcionar a los pacientes y sus familias información sobre la AMM cuando se les consulta, sobre qué medicamentos se usan, sobre cómo mantener la seguridad de los mismos y sobre los procedimientos correctos de administración.

Adquisición y administración segura de la medicación para AMM oral

Preparación segura

La preparación de las formulaciones magistrales para la AMM oral obliga a respetar procedimientos estrictos para proteger la seguridad del personal que prepara el producto y asegurar un producto preciso, estable y agradable al gusto. En ausencia de literatura específica publicada, estas recomendaciones se apoyan en referencias como la *Guía de Farmacotecnia para Preparaciones No Esteriles* (US Pharmacopeia 2016) y la *Guía de Preparaciones No Estériles de la Sociedad Canadiense de Farmacéuticos Hospitalarios* (Canadian Society of Hospital Pharmacist 2014). Estas referencias recomiendan basarse en monografías sobre preparaciones de la farmacopea estándar o en artículos de revistas ya revisados. También se recomienda que un profesional sanitario (médico o enfermera) y un farmacéutico o técnico de farmacia participen en la preparación. Algunas provincias no permiten la participación de técnicos de farmacia en la preparación y la dispensación de formulaciones para la AMM.

Como la preparación de productos para la AMM oral requiere, a menudo, la manipulación de polvos con fuertes acciones farmacológicas, el personal debería vestir equipos de protección personal (EPI) como batas, guantes protectores de polvo, mascarilla, protector de barba (si fuera necesario) y protector de ojos para evitar la inhalación o absorción a través de la piel. Un doble chequeo independiente de todas las medidas es recomendable para asegurar la exactitud en el peso de los polvos/dosis.

Dispensación segura

Existen algunas normas generales de seguridad en la dispensación de preparados orales que deben aplicarse en todos los casos de preparaciones orales. Lo más idóneo es que los preparados se deben dispensar en un formato "preparado para su uso" que pueda ser fácilmente consumido por una persona en menos de 4 minutos. El mejor formato es una suspensión o solución de menos de 120 ml. Esto permite una cadena ajustada de seguridad y minimiza el tiempo requerido de almacenamiento de la medicación en casa. La desventaja de este formato es que no se puede garantizar la estabilidad del medicamento más allá de un determinado período de tiempo. Si los medicamentos para la AMM oral son dispensados en

polvo, se debe mezclar el polvo con agua y zumo antes de su consumo, lo que incrementa los riesgos de complicaciones debidas a un empeoramiento del sabor, fallos en el consumo total de la dosis y fallo en su terminación. En esas situaciones, se recomienda que la preparación del compuesto se realice justo antes del momento programado para la muerte asistida.

La combinación de fenobarbital, hidrato de cloral y morfina se debe de realizar en suspensión ya que el fenobarbital tiene cierta solubilidad en agua y alcohol, pero la solución acuosa no es estable (Gerald 2018). El hidrato de cloral es bastante soluble en agua, pero se volatiliza fácilmente cuando es expuesto al aire y se descompone cuando se expone a la luz. Por lo tanto, se recomienda dispensar esta formulación en una botella de cristal color ámbar con el mínimo espacio para el aire en la parte superior. Siendo este preparado una suspensión, se debe de agitar bien antes de consumir. No existe farmacopea estandarizada que nos indique cuál es la fecha de caducidad, por tanto, nos basamos en la aproximación indicada en la Farmacopea de EEUU (2016) para los preparados acuosos de moderada complejidad. Indica que los preparados orales que contengan agua se deben usar un máximo de 14 días desde su preparación si se almacenan a temperaturas de frío controlado y 7 días si se almacenan a temperatura ambiente. Los protocolos de Columbia Británica han adoptado un plazo de caducidad de 72 horas para estar seguros de la estabilidad y la potencia de la preparación y disuadir de la dispensación del preparado en un momento alejado de la fecha programada para la muerte asistida (MAiD BC Pharmacy, 2018). La formulación debe incluir etiquetado auxiliar con las siguientes indicaciones: “remover bien antes de usar”, “dosis letal” y “protéjase de variaciones extremas de temperatura”.

La dispensación de secobarbital difiere de otros agentes y las prácticas se basarán en la amplia experiencia Holandesa. El protocolo Holandés proporciona un procedimiento de composición para pentobarbital y secobarbital (KNMG/KNMG, 2012). Este aconseja su utilización en 1 mes para una botella sin abrir y almacenada a temperatura ambiente. Esta formulación NO debe conservarse en frigorífico. La solución de secobarbital NO debe agitarse ya que el alto pH de la solución provoca burbujas a modo de jabón. Por lo tanto, el etiquetado auxiliar debe indicar: “dosis letal, NO remover y NO almacenar en frigorífico. Manténgase a temperatura ambiente.”

La combinación Digoxina/ Diazepam/ Morfina/ Propranolol (DDMP) fue desarrollada en el estado de Washington y ha sido adoptada en algunas provincias canadienses. No hay formulación que guíe su composición en suspensión o solución. Se dispensa, por tanto, como una mezcla de los polvos de las cuatro drogas con la indicación de mezclarlos en 100-125 ml. de agua, zumo ligero o bebida alcohólica. La bebida se debe remover o agitar bien hasta que parezca uniformemente mezclada y con apariencia de leche. El contenido completo se debe beber en 1-2 minutos. El requisito de realizar la mezcla justo antes del consumo hace que esta opción sea menos adecuada dado que los polvos se pueden transformar en aerosoles y ser inhalados por el preparador o la familia o amigos presentes. El paciente puede también tener dificultades para consumir la cantidad total en 1-2 minutos, debido al sabor amargo. El incremento de riesgo de dosis incompleta alarga el proceso hasta la muerte y/o provoca el fracaso de la AMM.

Los agentes antieméticos se deben dispensar en pastillas un cierto tiempo antes del momento programado de la AMM y consumirse directamente. Podría ser necesario dispensarlos en forma de solución, dependiendo de las características del paciente. Este requisito puede ser abordado con el farmacéutico durante la fase de planificación.

Cuando se toma la decisión de acabar el proceso con medicaciones IV, se pueden emplear Kits de seguridad IV en formato “listo para usar” (medicación ya en jeringuillas), apropiadamente etiquetados para permitir una rápida administración. Esto elimina posibles errores *in situ* y acorta el tiempo de preparación de los medicamentos.

Por razones de seguridad, los medicamentos para la AMM oral deben pasar directamente del farmacéutico al médico, quien lo administra al paciente. Esto evitará que la medicación sea utilizada o administrada por otra persona y asegurará el uso correcto de la medicación en el momento correcto, por la persona competente y la administración a quien estaba destinada. El médico debe devolver cualquier cantidad no utilizada al farmacéutico para su registro y destrucción. Esto evitará que posibles cantidades residuales sean consumidas por otra persona del entorno del paciente, o por mascotas u otros animales.

Administración segura

La administración segura de estos medicamentos garantiza su óptima absorción, la cual es crucial para maximizar su efectividad. Para optimizar la absorción de los medicamentos, los pacientes, si es posible, deberán abstenerse de comer 6 horas antes de tomar la medicación para el coma inducido. Se puede seguir tomando bebidas ligeras no carbonatadas. Asegúrese de que el tratamiento antiemético se tome al menos 1 hora antes de consumir el agente que provoca el coma inducido. El paciente puede seguir tomando su medicación habitual, especialmente los analgésicos, los antieméticos y los procinéticos. Seguir con medicación para el corazón puede parecer innecesario, sin embargo experimentar dolor de pecho o dificultad para respirar antes de la AMM sólo aumentaría el sufrimiento.

Lea las instrucciones de la medicación para el coma inducido: algunos compuestos como las suspensiones necesitan agitarse bien antes de su administración y otros NO deben agitarse. Los pacientes deben permanecer en la posición de Fowler (60 grados) mientras consumen la medicación y durante por lo menos 20 minutos después de su consumo, incluso si están inconscientes, para optimizar la absorción de la medicación y prevenir posible regurgitación. Después de ese tiempo, se pueden colocar en una posición de semi-reclinada.

Los pacientes deben consumir la medicación tan rápidamente como sea posible para asegurar que hayan consumido la dosis completa antes de estar sedados o perder la conciencia. El uso de una paja ralentiza el consumo. Sorbos de agua o de zumo ligero deben de ser tomados entre tragos siempre que se haga de forma rápida y no prolongue el consumo de la medicación para el coma inducido.

La medicación para la AMM tiene habitualmente un sabor amargo. Para ayudar a mitigar este sabor amargo y mejorar el efecto de los medicamentos, se puede suministrar a continuación de la medicación ¼ de taza de licor fuerte como vodka o whisky o media taza de una bebida no carbonatada a temperatura ambiente.

Optimización de la experiencia de AMM oral para pacientes y familiares.

Preparación para un proceso exitoso

Los individuos elegibles para la AMM pueden indicar su preferencia por la medicación oral, sin embargo pueden cambiar su decisión preferente de la vía de administración en cualquier momento. Además, su preferencia puede ser alterada por un cambio en su estado que les vuelva incapaces de sostener un vaso en las manos o tragar eficazmente. En previsión de estos posibles cambios, se debe solicitar simultáneamente la medicación oral y IV y se deben recoger los dos preparados, ya que los dos pueden ser útiles en el momento de la realización de la AMM. En cualquier proceso de AMM, una comunicación

continuada con el paciente garantiza la capacidad y el consentimiento para actuar en la fecha y hora planeadas.

El día previsto para la realización de la AMM oral, los pacientes suelen pasar sus últimos momentos con familiares y amigos. La situación puede incluir el deseo de consumir comida, bebidas alcohólicas, y/u otras sustancias. En cualquier tipo de AMM (por vía oral o IV) cualquier tipo de consumo debe adecuarse a la necesidad de mantener la capacidad de expresar oralmente o por escrito el consentimiento final al acto planificado. Si la vía oral es la elegida, se debe informar a los pacientes de que la eficacia de los medicamentos es mejor con el estómago vacío, por lo cual se aconseja evitar la ingesta de sólidos o líquidos espesos en las 6 horas previas a la AMM. Se puede seguir tomando bebidas ligeras hasta el final. Se debe informar a los pacientes de los riesgos de náuseas y vómitos asociados con el amargor de los medicamentos, y también de la posible sensación de quemazón asociado al hidrato de cloral. La toma de antieméticos es fundamental para garantizar el éxito del procedimiento oral.

Obtención del consentimiento final antes de la AMM

En todas las provincias y territorios de Canadá, el proceso de AMM requiere tanto una solicitud escrita del paciente como un plazo de 10 días naturales entre la solicitud del paciente y la fecha del acto. El consentimiento final se debe obtener justo antes de la administración de los medicamentos IV, y de la misma manera se debe obtener antes del suministro de cualquier medicación oral. Estos requisitos aseguran que no haya coerción y que el paciente tenga total capacidad para recibir la medicación que va a provocar la muerte. Sugerimos que el profesional que va a practicar la AMM esté presente a la hora del suministro oral para confirmar la capacidad y el consentimiento. Su presencia durante la ingesta de la medicación es altamente recomendable, ya que es el responsable último de la prescripción de la medicación.

Preparación para una demora o un fallo en el proceso de AMM oral

Examinando la experiencia Canadiense en el uso del fenobarbital, hidrato de cloral y morfina, el coma se produce normalmente en 15-20 minutos y la muerte entre 45 y 75 minutos (Trouton 2018). La variabilidad en el momento de la muerte está bien documentada en la literatura. Al coma profundo le sigue de manera gradual una respiración lenta y superficial, una respiración agónica, una respiración obstruida, episodios de apnea y la muerte. Estos últimos estados pueden durar varios minutos y pueden ser difíciles de soportar para los familiares. Considerando estos factores, el consentimiento final para la administración de la AMM oral debe incluir el consentimiento para la colocación de un vía IV antes de la toma de la medicación o en un tiempo razonable después. Un acceso vascular seguro puede garantizar que todos los procesos de AMM en Canadá sean exitosos, y que cualquier riesgo de fallo ha sido reducido al nivel más bajo posible. Esto también garantiza un proceso más compasivo tanto para los pacientes como para sus familiares.

Casos de AMM por vía oral en Canadá

Ha habido 11 casos de suministro de AMM oral en Canadá -1 en Ontario, 1 en Saskatchewan, 1 en Yukón y 8 en Columbia Británica. A continuación resumimos los 8 casos de Columbia Británica:

	Medicación oral utilizada	Tiempo desde el momento de consumo hasta la muerte	Pre medicación	Diagnóstico
1	Fenobarbital, Morfina e hidrato de cloral	60	Ondansetrón	Glioblastoma
2	Pentobarbital, Morfina e hidrato de cloral	60	Ondansetrón y Lorazepam	Estenosis espinal, CAD (enfermedad arterial coronaria)
3	Fenobarbital y Morfina sólo	45	Marihuana	Estado final EPOC
4	Fenobarbital, Morfina e hidrato de cloral	75*	Marihuana	Estado final EPOC
5	Fenobarbital, Morfina e hidrato de cloral	el paciente estaba demasiado enfermo para sostener o ingerir	Ninguna	Cancer de mama metastásico
6	Fenobarbital y Morfina sólo	60*	Ninguna	Fragilidad, CAD y EPOC
7	Fenobarbital y Morfina solo	83	Ondansetron	Parálisis progresiva supranuclear
8	Fenobarbital y Morfina sólo	90*	Ninguna	Carcinoma hepatocelular

* se inicio un proceso IV con propofol y rocuronio hasta el fallecimiento.

En el caso 5, todavía el día anterior al día programado el paciente expresaba un claro deseo de AMM oral. El médico llegó provisto con la medicación necesaria y con un kit IV de seguridad. Las 4 medicaciones fueron administradas, como en caso de AMM IV.

Los pacientes fueron contactados aproximadamente una hora antes de la llegada del médico. A su llegada reafirmaron su consentimiento y se les ofreció la oportunidad de renunciar. En caso de expresar el deseo de seguir adelante, debían reafirmar su deseo de la vía oral. En todos los casos, tomaron la bebida directamente de la botella del medicamento, sin usar vaso.

En los ocho casos un médico estaba presente. Todos los pacientes estaban fuertemente motivados a no recibir la medicación por vía IV, pero aceptaron la colocación de una vía IV para la eventualidad de una muerte prolongada. En los primeros tres casos no se utilizó la vía IV. En los casos 4, 6 y 8 se utilizó la vía IV por respiración agónica durante más de 60 minutos. 6 pacientes de 7 notaron sabor amargo, y 6

pacientes de 7 tomaron el volumen total en menos de 4 minutos. El que no fue capaz de tomárselo en 4 minutos estaba pre-medicado con alcohol como parte del acto y continuaba tomando alcohol entre sorbos de la medicación. No se observaron regurgitación ni vómitos en ninguno de los casos. En el caso 2, fue utilizada una prueba con Benzocaína en spray (Hurricane), pero no pareció mitigar significativamente el amargor. En ningún momento algún paciente perdió el control de la vejiga o de los intestinos. En todos los casos, la medicación para el coma inducido fue suministrada por el médico porque ninguno de los pacientes la podía sostener debido a su deterioro físico.

En esta pequeña serie de casos, los pacientes y sus familias comentaron positivamente la experiencia de AMM oral en su conjunto. Entre la entrada en coma y el fallecimiento, la familia habló del sufrimiento, reflexionó sobre una vida bien vivida y compartió condolencias. El tiempo total pasado con el paciente y su familia no fue significativamente mayor que con una AMM IV, pero el tiempo se distribuyó de forma diferente.

Referencias. Consultar original:

<https://camapcanada.ca/wp-content/uploads/2019/01/OralMAiD-Process.pdf>