



# ReFORMÚLaTE

ONE YEAR LATER: EUTANASIA Y FARMACIA. QUO VADIS

EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL EN LA  
IMPLANTACIÓN REGIONAL DE LA LEY DE  
EUTANASIA

ANA ARANDA GARCÍA

*Servicio de Gestión Farmacéutica. Dirección General de Asistencia  
Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.*

**Consejo Asesor Regional de Ética  
Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí»**

**Comités de Ética Asistencial**

É

b) Funcionar como un órgano consultivo interdisciplinar, informando sobre cuestiones de ética asistencial.

*"Atención integral al final de la vida  
derechos y garantías de la persona  
en la fase final de su vida"*

i) Prestar la colaboración que le solicite el titular de la Consejería de Sanidad en la preparación y ejecución de actuaciones de la Consejería relacionadas con la ética asistencial.



Región de Murcia  
Consejería de Salud

# É



**NOTA DEL CONSEJO ASESOR REGIONAL DE ÉTICA ASISTENCIAL DE LA REGIÓN DE MURCIA "DR. D. JUAN GÓMEZ RUBÍ" REFERIDA A LOS PLAZOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA FUTURA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA. 10 de marzo de 2021**

Tras varias propuestas legislativas, el actual Parlamento está en el umbral de aprobar una Ley Orgánica de regulación de la eutanasia (ya aprobada en diciembre en el Congreso, en debate en el Senado). Tan importante como una buena norma (y no entramos en esta Nota en analizar si esta lo es) es una implementación cabal de la misma.

Como Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial (CAREA) de la Región de Murcia, sin entrar en esta nota en aspectos de fondo o formales de la propuesta de ley aprobada en el Congreso que requieren otros tiempos de trabajo y formatos, queremos trasladar a la Administración Regional y al Legislador nacional, la profunda preocupación por el señalamiento de un plazo de 3 meses, desde su publicación en el BOE, para la puesta en marcha de una Ley de semejante calado.

Este plazo de implementación parece tan irrealizable, en sí mismo, como, aún más, poco deseable, por coincidir en un contexto de pandemia en el que se ha alterado y dificultado, de manera trágica, el acompañamiento al final de la vida. Un tiempo en el que el Sistema de Salud está sometido a un nivel sin precedentes de estrés para el personal sanitario, retos de atención y polémicas sobre el no-abandono de colectivos vulnerables, en toda la sociedad, con especial impacto en muchos mayores que afrontan, a menudo en condiciones de fragilidad, situaciones de final de la vida.

Sin tener en cuenta la excepcionalidad de la pandemia, en los últimos tres procesos internacionales semejantes de regulación de la ayuda médica para morir en países occidentales, a saber los de los Estados de Victoria o Australia Occidental, en

## Manual de buenas prácticas en eutanasia

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia



## I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

### 3. OTRAS DISPOSICIONES

#### Consejería de Salud

**4444 Orden del Consejero de Salud por la que se procede al nombramiento de los miembros de la Comisión Regional de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir en la Región de Murcia.**

1. Resolver las reclamaciones por denegación de la prestación
2. Dirimir el desacuerdo entre los dos miembros designados para la verificación previa del procedimiento.
3. Resolver los posibles conflictos de intereses que puedan producirse.
4. Requerir al centro sanitario que realice la prestación de ayuda para morir a través de otro médico/a o personal externo, en el caso de
5. Requerir al centro sanitario, en caso de resolución favorable tras una reclamación, la realización de la prestación solicitada a través de otro médico/a o equipo externo.
6. Realizar el control posterior a través de la verificación de la documentación establecida en la Ley.
7. Homogeneizar criterios, intercambiar buenas prácticas y proponer mejoras en los protocolos y manuales junto con las demás CGE y el Ministerio de Sanidad.
8. Ser órgano consultivo en su ámbito territorial concreto en relación a la aplicación de la LORE.
9. Elaborar un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la LORE.
10. Cualquier otra función que pueda atribuirle la Comunidad Autónoma o, en el caso de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad

#### Dispongo:

**Primero.**– Proceder al nombramiento de los siguientes componentes de la Comisión Regional de Garantía y Evaluación de la prestación de ayuda para morir:

#### Licenciados en Medicina y Cirugía:

1. José Manuel Allegue Gallego.
2. Aurelio Luna Maldonado.
3. Juana María Marín Martínez.
4. Joaquín Jiménez González.
5. Virginia Izura Azanza.

#### Licenciados/Graduados en Derecho:

1. Caridad del Toro Iniesta.
2. Leticia Hernández Martínez.
3. Verónica Alarcón Sevilla.

#### Diplomados/Graduados en Enfermería:

1. Carmelo Gómez Martínez.
2. María del Pilar Ferrer Bas.

#### Licenciados/Graduados en Farmacia:

Ana Aranda García.

#### Secretario de la Comisión:

Francisco Yagüe Guirao.

**Segundo.**– Los presentes nombramientos surtirán efecto desde el día de hoy y por un período de dos años, prorrogables por otros dos.

En Murcia, 21 de junio de 2021.—El Consejero de Salud, Juan José Pedreño Planes.

## Regulación de la eutanasia: información para profesionales

- Procedimiento para el cumplimiento de la "Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia en la Comunidad Autónoma de Murcia" 
- Procedimiento para el cumplimiento de la "objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda a morir". 
- Modelos a descargar del procedimiento de aplicación de la LORE:
  - [Relación de modelos](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 1.1. Solicitud de ayuda a morir en nombre del paciente](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 1.2. Evaluación médica del cumplimiento de requisitos para dar curso a la solicitud de prestación de ayuda para morir](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 1.3. Información sobre prestación de ayuda a morir a representante del paciente](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 1.4. Documento de instrucciones previas](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 2.1. Información básica para el solicitante](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 2.2. Evaluación médica del cumplimiento de requisitos para dar curso a la solicitud de prestación de ayuda para morir](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 2.3. Solicitud ayuda a morir por paciente. 1ª solicitud](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 2.4. Información proceso deliberativo 1º](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 2.7. Formulario de consentimiento informado](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 3.1. Conclusiones informe médico consultor](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 3.2. Información complementaria del equipo asistencial](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 3.3. Solicitud de revocación-aplazamiento de la prestación de ayuda a morir](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 3.4. Notificación y transferencias del médico responsable a la CGyE](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 4.1. Informe de la CGyE](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 4.2. Resolución del pleno CGyE cuando hay desacuerdo](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 4.3. Resolución ante reclamación presentada a la CGyE](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 5.1. Documento Primero](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 5.2. Documento Segundo](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Modelo 6. Declaración de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la prestación de ayuda a morir](#)  [Publicado 02/11/2022]
  - [Check-list](#)  [Publicado 02/11/2021]
  - [Pauta de utilización de medicamentos recomendados en la prestación de ayuda a morir](#)  [Publicado 02/11/2021]
  - [Anexo\\_II\\_Recomendaciones sobre los medicamentos a administrar durante la prestación de ayuda a morir](#) 

## Eutanasia vs Sedación terminal

**Sedación terminal.** Administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de una persona con enfermedad avanzada o terminal y cuyo objetivo es aliviar uno o más síntomas refractarios y/o el sufrimiento físico o psicológico cuando dicho alivio no puede alcanzarse a través de otras medidas. Puede llegar a suponer una disminución profunda, continuada y previsiblemente irreversible de la consciencia y se aplica cuando la muerte se prevé próxima

# Elaboración del protocolo

- Un farmacéutico/a
- Una enfermero/a
- Dos médico/a especialista en Anestesiología y Reanimación
- Dos médico/a especialista en Medicina Intensiva
- Un médico/a dedicado a la Medicina Paliativa
- Un médico/a de Atención Primaria



Procedimiento para el cumplimiento de la  
**“LEY ORGÁNICA 3/2021, DE 24 DE MARZO, DE  
REGULACIÓN DE LA EUTANASIA”**  
en la Comunidad Autónoma de Murcia  
**PROFESIONALES SANITARIOS**

# Administración directa IV

- 1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

<b>Tabla resumen medicamentos vía iv</b>	
<b>Premedicación</b>	
Midazolam	10-20 mg (IV) durante 30 segundos
<b>Adyuvante</b>	
Lidocaina (2%)	40 mg (IV) durante 30 segundos
<b>Inductores del coma</b>	
Propofol (de elección)	1.000 mg (IV) inyección lenta 2,5-5 minutos
Tiopental (alternativa)	2000 mg (IV) inyección lenta 2,5-5 minutos
<b>Bloqueantes neuromusculares</b>	
Atracuronio (de elección)	100 mg (IV) administración rápida
Cisatracurio (de elección)	30mg (IV) administración rápida
Rocuronio (alternativa)	150mg (IV) administración rápida

Añadir fentanilo 100mcg tras midazolam

Posibilidad de precisar dos dosis, incluso 3

Propuesta: Rocuronio como primera opción por alcanzar el efecto en menos de 1', el resto de alternativas son más lentas. Además rocuronio no necesita mantener en frío.

## PAUTA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

### Modalidad 1 – Administración intravenosa

Disponibilidad de 2 vías periféricas calibre 18G o una vía central

Leer Anexo II. Manual de Buenas Prácticas. RECOMENDACIONES SOBRE MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.

#### PREMEDICACIÓN:



#### ADYUVANTE:



#### INDUCTORES DEL COMA:



#### BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES:



- 1.- Paciente dormido: ojos cerrados, sin respuesta a estímulos verbales.
  - a.- Opcional en protocolo de Murcia (no presente en el nacional). Precisa firma vale de estupefacientes por médico responsable.
- 2.- Paciente en coma: ojos cerrados, sin respuesta a estímulos verbales ni físicos, reflejo corneal abolido.
- 3.- Alternativa: Tiopental 2000 mg (IV) inyección lenta 2,5-5 minutos (repetir hasta un total de 4.000mg si precisa).
- 4.- Alternativas: Atracurio 100 mg (IV) administración rápida o Cisatracurio 30mg (IV) administración rápida.

#### PRODUCTOS SANITARIOS

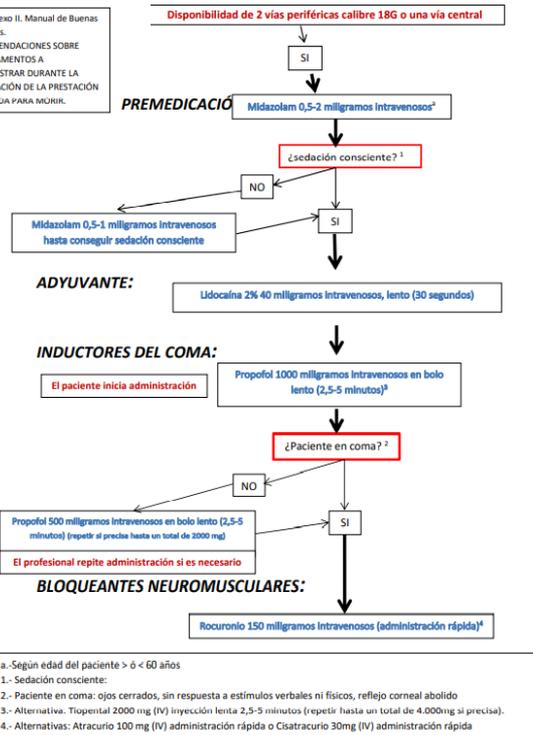
COMPRESOR	2
CATÉTER VENOSO 18G (Preferente)	6
CATÉTER VENOSO 20G	6
SOLUCIÓN HIDROALCÓHOLICA	C.S
LLAVE 3 PASOS	4
TAPÓN PARA VÍA	3
SISTEMA PERFUSIÓN IV	3
APÓSITOS SUJECCIÓN VÍA	4
ESPARADRAPO PAPEL	C.S
AGUJA CARGA MEDICACIÓN	4
JERINGA 20CC	2
JERINGA 10 CC	5
JERINGA 5 CC	5
GASAS ESTÉRILES PAQUETE	8
GUANTES S, M, L VARIADOS	C.S
AGUJA GRIPPER	5
CONTENEDOR DE AGUJAS	1
BOLSA DE TRANSPORTE	1
MONITOR PORTÁTIL ACTIVIDAD CARDIACA	1
IMÁN SI LLEVA UN DESFIBRILADOR AUTOIMPLANTABLE	1

Lo prepara el personal del equipo asistencial que atiende al paciente.

## PAUTA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

### Modalidad 2 – Autoadministración intravenosa

Leer Anexo II. Manual de Buenas Prácticas. RECOMENDACIONES SOBRE MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR.



## PAUTA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS RECOMENDADOS

### Modalidad 2 – Autoadministración oral

Consultar el punto 3.1 Anexo II. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS del Manual de Buenas Prácticas sobre la prestación de ayuda para morir. Recomendaciones sobre los medicamentos a administrar.

0.- Disponibilidad de 2 vías periféricas calibre 18G o una vía central. Recomendable, se puede pactar con el paciente por si la medicación oral no es efectiva.

#### 1.- PAUTA ANTIEMÉTICA (seleccionar una).

- Metoclopramida 30mg 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- Ondansetrón 8-24 mg tomado 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- Metoclopramida 20mg más Ondansetrón 8-24mg 1 hora antes de la administración del medicamento inductor del coma.
- Metoclopramida 10mg /8 horas empezando 36 horas antes de la toma del producto.
- Ondansetrón 4 mg/12 horas, empezando 36 horas antes de la toma del producto.

#### 2.- PAUTA ANSIOLÍTICA (OPCIONAL, seleccionar una en caso necesario)

30-45 minutos antes de la administración del medicamento inductor del coma o 24-48h antes de la eutanasia para disminuir la ansiedad en los días previos.

- Lorazepam 1-2mg vía oral
- Diazepam 10-25mg vía oral
- Midazolam 7.5-15mg vía oral

#### 3.- INDUCTOR DEL COMA.

Solución oral de pentobarbital 15g en 100mL. (Fórmula magistral).

Turnar en 4 minutos como máximo.

También se puede utilizar la administración por SNG.

#### 4.-BLOQUEANTE NEUROMUSCULAR.

Pactado previamente con el paciente. Solo en caso de alargamiento excesivo del proceso vía oral o fracaso del mismo.

Administración rápida en bolo (seleccionar uno).

- Rocuronio 150mg IV
- Atracurio 100 mg IV
- Cisatracurio 30mg IV

## Recomendaciones **NO HACER**

1. NO movilizar al paciente una vez iniciado el procedimiento
2. NO iniciar ningún tratamiento hasta que se asegure acceso venoso
3. NO iniciar la administración de medicación hasta tenerla toda preparada y dispuesta para su administración
4. NO iniciar tratamiento inductor del coma hasta que el paciente esté dormido
5. NO administrar relajante muscular hasta que el paciente esté en coma



## HOJA DE DISPENSACIÓN DE KIT EUTANASIA. Modalidad 1: ADMINISTRACIÓN IV

NHC del paciente: \_\_\_\_\_ Dispensado por: \_\_\_\_\_ Fecha de dispensación: \_\_\_\_\_

Preparado por: \_\_\_\_\_ Fecha Caducidad Kit: \_\_\_\_\_

Kit Numero 1						
Código	Principio activo	Medicamento	Nº unidades dispensadas	Lote y Caducidad	Cantidad utilizada (envases vacíos)	Cant. Devuelta (llenos)
PR-000278	Midazolam	Midazolam 15mg amp/vial 3 ml IV	1 Amp			
PR-001543	(*Fentanilo	Fentanilo 0.15 mg amp/vial 3 ml perf IV	1 Amp			
PR-000248	Lidocaína	Lidocaína 2% 200mg amp/vial 10ml parent	1 Amp			
PR-000287	(**)Propofol	Propofol 2% 1000 mg amp/vial 50 ml perf IV	1 vial			
PR-001437	(***)Rocuronio	Rocuronio, bromuro 50 mg amp/vial 5 ml perf IV	3 viales			
PR-001338	ClNa	Cloruro sódico 0.9% amp 10ml	2 Amp			
PR-001281		Cloruro sódico 0.9% bolsa 250 ml	2 Bolsas			
En caso de desabastecimiento de Propofol:						
PR-002143	Tiopental	Tiopental Sodico 1000 mg amp/vial 20 ml IV	2 viales			
PR-001338		Cloruro Sódico 0.9% Amp 10 ml	2 Amp			
Alternativas a Rocuronio:						
PR-001659	Atracurio	Atracurio, besilato 50mg amp/vial 20 ml IV	2 Amp			
PR-001441	Cisatracurio	Cisatracurio, besilato 10 mg/5ml ampollas 5 ml IV	3 Amp			

Kit Numero 2			
Código	Principio activo	Medicamento	Nº unidades dispensadas
PR-000278	Midazolam	Midazolam 15mg amp/vial 3 ml IV	1 Amp
PR-001543	(*Fentanilo	Fentanilo 0.15 mg amp/vial 3 ml perf IV	1 Amp
PR-000248	Lidocaína	Lidocaína 2% 200mg amp/vial 10ml parent	1 Amp



## HOJA DE DISPENSACIÓN DE KIT EUTANASIA. Modalidad 1: ADMINISTRACIÓN IV

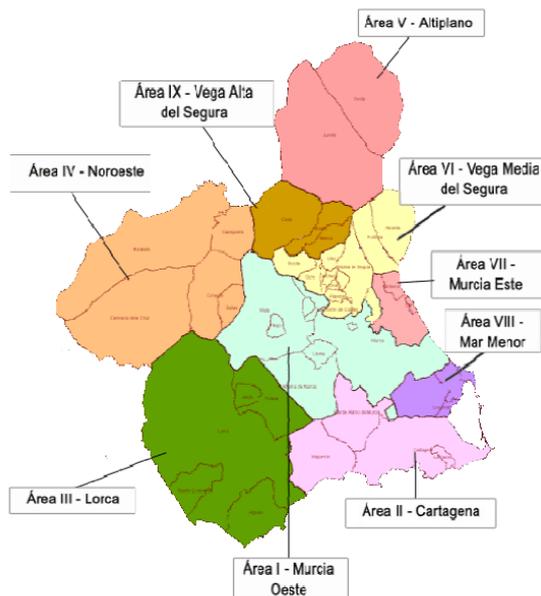
Kit Numero 3						
Código	Principio activo	Medicamento	Nº unidades dispensadas	Lote y Caducidad	Cantidad utilizada (envases vacíos)	Cant. Devuelta (llenos)
PR-000278	Midazolam	Midazolam 15mg amp/vial 3 ml IV	1 Amp			

## *Transporte de medicación*

---



## Objeción de conciencia



### Equipo especializado para la prestación de ayuda para morir (EEPAM)

Grupo de profesionales sanitarios de la sanidad pública, altamente cualificados, que se harán cargo de la prestación.

Registro de objetores

Objeción del jefe de servicio - ¿es posible?

Hasta donde llega la participación, hasta donde la objeción

Proyecto vital



Región de Murcia  
Consejería de Salud

## • PROCEDIMIENTO

Todo profesional sanitario del ámbito público/privado (médico/a, enfermero/a y farmacéutico/a especialista en farmacia hospitalaria ) directamente implicado en la prestación de ayuda para morir, podrá ejercer su **derecho a la objeción de conciencia** presentando una comunicación a través de la sede electrónica de la CARM mediante el procedimiento de la guía de Procedimientos y Servicios nº 3619: “Comunicación de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda a morir” cuyo enlace es:

[https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3619&IDTIPO=240&RASTRO=c\\$m40288](https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3619&IDTIPO=240&RASTRO=c$m40288)

Una vez presentada la solicitud por sede electrónica<sup>1</sup> (*no por registro*), se le notificará, un modelo de **certificado** donde figure tal decisión, el cual podrá mostrar tanto al paciente que solicita su intervención como ante la petición del equipo directivo de su Área de Salud, y en general, a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir.

Ante una objeción de conciencia en el servicio de farmacia

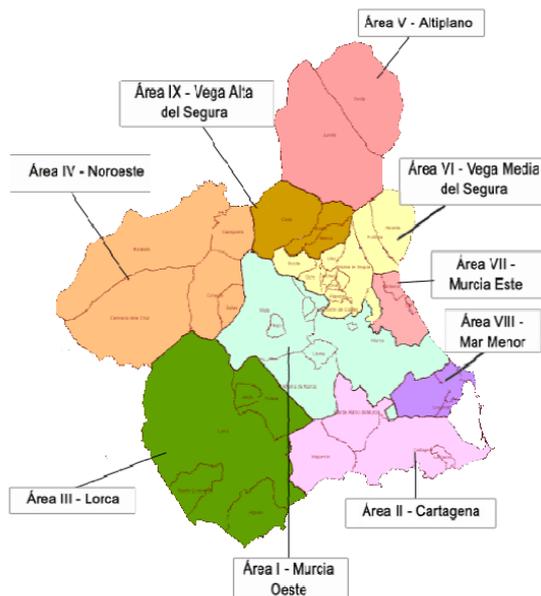
¿sería posible un circuito alternativo para la gestión de la medicación?

- la preparación/dispensación de kit derivada a otra área.
- centralizarse en algunos hospitales.
- establecimiento desde Servicios Centrales.

## CIRCUITO Y TRANSPORTE EN CASO DE QUE SE CENTRALIZARA.

- ¿Lo solicitaría el médico responsable directamente al Servicio de farmacia que lo centralizara?
- ¿Sería el servicio de farmacia que centralizara el que recibiera toda la documentación?
- ¿O los servicios objetores solo lo serían en la preparación del kit, pero no en la gestión de la documentación?
- El transporte del kit ¿cómo se realizaría? ¿cómo un préstamo? ¿quien lo recibiría?

## Objeción de conciencia



Coordinador por área-médico responsable- equipo especializado

- Solicitar la medicación a su servicio de farmacia.
- A otro servicio de farmacia
- Circuito interno en el área para retirar la medicación del botiquín establecido (UCI-Quirófano)

## ¿Con quién se contacta? ¿cómo llega el “aviso”?

---

Una prescripción.

- Informe clínico del médico responsable.
- Informe favorable de la Comisión de Garantías y Evaluación.

Distintos aplicativos:

Paciente hospitalizado.

Paciente en domicilio.

Prescripción previa (7-14 días previos)

Dispensación y registro de la medicación realmente administrada.

## *Prescripción e imputación de la medicación*

---

- Paciente en el hospital.
- Paciente en centro sociosanitario con depósito de medicamentos.
- Paciente en domicilio.
- Otras situaciones.

Protocolo en aplicativo MIRA  
Transcripción desde el Servicio de Farmacia.  
Circuito normal vs circuito extraordinario

Imputación por paciente.  
Imputación por servicio.

## *Medicación sobrante y envases vacíos que retornan a farmacia*

---

Información de horario y forma.

Para médico y enfermero responsables.

Para enlace de área.

Medicación no utilizada que retorna al sistema.

Valorar condiciones de conservación.

Envases vacíos. Registro y destrucción.



CARE FH

## MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS SOBRE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. RECOMENDACIONES SOBRE LOS MEDICAMENTOS A ADMINISTRAR

---

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

Junio 2021

## ALGUNAS CUESTIONES

- Uso fuera de ficha técnica de los fármacos.
- Utilización de medicamentos de uso hospitalario en domicilio del paciente y/o centros sociosanitario.
- Elaboración de kits.
- Si disponibilidad de principio activo, lugar de elaboración de la fórmula magistral.
- Prescripción/Dispensación de antieméticos y ansiolíticos.
- Uso fuera de ficha técnica de ondansetrón.
- Sanidad privada.
- Formación adecuada en la administración.
- ...



*Gracias por su atención*  
*Gràcies per la seva atenció*  
*Eskerrik asko zure arretagatik*  
*Grazas pola súa atención*

