

Aumento de la expectativa de vida y la decisión de vivir hasta que haya calidad de vida

El aumento de expectativa de vida globalmente en nuestro planeta alcanza niveles cada vez más altos a una velocidad incrementada en las últimas décadas.

Aspectos de estilo de vida con hábitos nutricionales más adecuados, ejercicio, aumento de la calidad del cubrimiento en salud, avance de la medicina en la prevención, conocimiento de la enfermedad, desarrollo de medicamentos más efectivos, y adicionalmente, tecnología en medicina que incluye: cirugías endoscópicas, robóticas, salas de cirugía inteligentes, unidades de cuidados intensivos inteligentes, exámenes genéticos, endocrinológicos e inmunológicos especializados, han contribuido a que ahora relativamente no sea fácil morir.

Desafortunada o afortunadamente el paso del tiempo en la humanidad corporal no ha podido detenerse a pesar de que se ha escrito mucho acerca de parar el reloj, incluyendo técnicas físicas, de respiración como el yoga, mentales en las cuales se decide en llevar una edad biológica menor que la edad cronológica y el uso de medicamentos que se han hecho famosos por el uso de personajes de la farándula, es el caso del resveratrol o la hormona del crecimiento. Las condiciones fisiológicas derivadas de la mayor cantidad de años vividos y la aparición de enfermedades propias de la vida adulta mayor como el cáncer, enfermedad de Parkinson y sobre todo la enfermedad de Alzheimer, devastan la persona y sus familias en esta época de la vida.

Esto ha hecho más frecuente el tema del derecho a decidir cuándo podría uno tomar la determinación de terminar de vivir una vida, que ya no valga la pena porque la calidad de vida se ha deteriorado, de tal manera que es mejor pasar a mejor vida que seguir viviendo una vida vegetal, sin capacidad para siquiera querer seguir viviéndola. Y aquí entra la participación del médico en lo que se ha llamado la muerte asistida.

Bueno, la labor del médico que ha asistido a un paciente por toda la vida, a veces comenzando desde la vida intrauterina, ¿podría terminar asistiendo su paciente a tener una muerte medicamente asistida?

Si, en algunos sitios eso es una realidad casi cotidiana y amparada por la ley.

Los pacientes terminales pasan parte de sus últimos meses de vida tomando serias decisiones acerca de su cuidado médico y la disposición de sus bienes después de la muerte. También de forma incrementada ellos están decidiendo sobre la manera y el tiempo de morir, y muchos piensan suspender tratamientos.

Una faceta controversial de esta tendencia a auto-decidir el proceso de morir es el tema de la muerte asistida, en la cual se tiene la opción de obtener una dosis letal de un medicamento con la explícita intención de terminar con su propia vida.¹

Esta práctica que usualmente ha sido ilegal ha generado movimientos hacia una mayor aceptación social y legal. En Holanda hay una larga historia de muertes asistidas reguladas por las cortes antes del reconocimiento legislativo oficial y varios países de Europa Occidental han seguido ese camino.

En Estados Unidos, Oregón fue el primer estado de la unión en legalizar la muerte asistida cuando pasó la Ley de Muerte Digna (DWDA) a través de un voto por referendo en 1997 y desde el 2008 seis estados han considerado el tema legislativa o judicialmente. Y aunque ha fallado en algunos estados (New York, New Hampshire, Hawái y Connecticut), ha sido aprobado en Washington por un referendo y en Montana por una determinación de la corte. En otros estados está en discusión actualmente y la Corte Suprema de British Columbia revocó una prohibición nacional de suicidio asistido.

En dos estudios de encuestas a familiares comparando los que escogieron la muerte asistida y los de muerte natural de enfermos en estado terminal, las únicas diferencias reportadas fueron que los pacientes que escogieron la muerte asistida tenían un mayor control de sus síntomas, y que ellos y sus familias estuvieron más preparadas para aceptar su muerte.^{2,3}

Ha habido muchas críticas acerca de este tema que van desde el punto de vista económico con la posibilidad de disminución de inversión en cuidados paliativos, y preocupaciones como que la muerte asistida afectaría desproporcionadamente grupos vulnerables; la pendiente resbaladiza que lleve a que la práctica se expanda a incluir pacientes en estado no terminal o aún en eutanasia involuntaria (una inyección letal de un médico sin una explícita solicitud del paciente); y abuso (que la solicitud del paciente de una medicación letal pueda provenir de una enfermedad mental o coacción de familiares inescrupulosos).

De todas formas la muerte asistida seguirá siendo un procedimiento que va a ir en aumento a medida que la población envejece más antes de morir. La tendencia en estados como Oregón donde se están utilizando mecanismos independientes de dispensación –de los medicamentos letales– es la exclusión del médico de sus participaciones en acciones que no son parte del compromiso de proporcionar cuidados de salud de alta calidad.

En cualquier momento nos vamos a ver avocados a tomar decisiones de ese tipo para nuestras pacientes bien posmenopáusicas, y por qué no, de pronto para nosotros mismos.

Referencias

1. Prokopetz. Redefining Physicians' Role in Assisted Dying *N Engl J Med* 2012; 367:97-99.
2. Thirteenth annual report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Oregon Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2010.
3. Smith KA, Goy ER, Harvath TA, Ganzini L. Quality of death and dying in patients who request physician-assisted death. *J Palliat Med* 2011;14:445-450.

Gustavo Gómez Tabares
Editor Jefe