

Cardioversores desfibriladores implantáveis no fim da vida

Introdução

O número de implantações de cardioversores desfibriladores (CDI) tem aumentado continuamente de 2000 até 2014, que foi aparentemente o último ano sobre o qual há resultados disponíveis [1], e provavelmente continuará a aumentar à medida que a população envelhece. Estes dispositivos melhoram a sobrevivência das pessoas em risco de arritmias graves, como a taquicardia ou a fibrilação ventricular, e de morte súbita. Estes dispositivos também podem funcionar como *pace-makers* e, nalguns deles, estes podem ser biventriculares ajudando a coordenar a actividade ventricular esquerda e direita, melhorando a função cardíaca e os sintomas em doentes com dessincronia ventricular [2]. Nos doentes com doenças crónicas avançadas, sobretudo nos últimos dias ou horas de vida, em que naturalmente há circunstâncias que predispõem para arritmias, como hipoxia, sépsis, insuficiência cardíaca e alterações electrolíticas [3], que podem desencadear choques do desfibrilador, por vezes repetidamente, que podem ser dolorosos e psicologicamente perturbadores, prejudicando a tranquilidade desejável desses últimos momentos, sem que daí advenha qualquer benefício, nomeadamente no sentido de prolongar a vida com qualidade aceitável. É, assim, apropriado considerar, nestas circunstâncias, a desactivação do CDI.

Questões éticas

Os CDI como tratamentos médicos e mecanismos de sustentação da vida estão sujeitos às mesmas considerações éticas e práticas que outros tratamentos ou procedimentos, como a ressuscitação ou a hemodiálise, que em certas circunstâncias não devem ser iniciadas ou devem ser interrompidas. Neste sentido, nos doentes que tem um CDI, quando perto da morte, coloca-se

a questão de desactivar esse dispositivo. A questão ética básica é a da equivalência entre não iniciar ou interromper um tratamento, maioritariamente aceite pelos eticistas.

No entanto, dada a sua natureza, põe-se em questão a sua semelhança com outros tratamentos. De facto, estes dispositivos são implantados no corpo dos doentes, o que significa que são permanentes e estão dentro do doente [3]. A questão de se o CDI estando dentro do doente faz parte integrante dele é controversa e, mesmo que se considere que é, sê-lo-á parcialmente, não o é completamente como seria um coração transplantado, por exemplo [4]. Contudo, pode-se considerar que estes dispositivos não são diferentes de outros tratamentos e que o princípio geral de que não iniciar ou interromper tratamentos são eticamente equivalentes se aplica também a esta situação. Mesmo assim, para os doentes e para os seus familiares, psicologicamente a questão é diferente e podem ver a desactivação do CDI como uma prática inaceitável que pode provocar a sua morte e os médicos devem ser sensíveis a este aspecto quando lidam com os casos concretos [5].

O funcionamento dos CDI não necessita de qualquer acção, não acarretando por isso qualquer custo que possa afectar a sociedade, não implicando, assim, o princípio da ética médica da justiça, ao contrário, por exemplo, da hemodiálise que requer deslocação do doente, ocupação de tempo de utilização do aparelho de hemodiálise e intervenções que podem causar desconforto. O CDI pode em certas circunstâncias não produzir nenhum benefício para o doente, mas a meu ver este princípio não é relevante aqui. Importante é sem dúvida considerar se o CDI causa ou não dano (não-maleficência) e, claramente, pode causar se começar a produzir choques dolorosos sem qualquer benefício para o doente nos últimos dias ou horas de vida, circunstância em que os médicos podem, para não causar malefício ao doente, desactivar o dispositivo. Resta o princípio do respeito pela autonomia que deve predominar neste caso que, pelo que foi dito atrás, não conflitua com outros princípios, por exemplo, se o doente quiser manter o CDI em funcionamento, se devidamente esclarecido, não está a pedir algo que implique custos ou distribuição de recursos

injusta; a opinião do doente pode modificar-se com a experiência que for tendo com o dispositivo ou por outro motivo qualquer.

A decisão de desactivar o CDI deve ser, então, tomada de acordo com os doentes. A possibilidade de desactivar o CDI, quando e se a fase final de uma doença for atingida, deveria ser discutida como parte do consentimento informado para a inserção do dispositivo. Além dessa discussão inicial, os médicos têm a obrigação de discutir regularmente os benefícios e riscos do CDI, não devendo a discussão ser reservada para os últimos momentos. No entanto, os doentes, em geral, não sabem que podem necessitar de desativar o seu CDI quando a sua situação se deteriorar e veem esses dispositivos como tendo apenas benefícios [5].

Circunstâncias em que se deve considerar a desactivação do CDI

Há várias circunstâncias que deveriam levar a iniciar-se uma conversa sobre a desactivação do CDI [2]:

- Presença de uma ordem de não ressuscitação
- Idade avançada com qualidade de vida em deterioração
- Sintomas refractários de uma doença cardíaca apesar de terapêutica óptima
- O dispositivo ser considerado como já não sendo eficaz
- Insuficiência cardíaca com 3 episódios de descompensação em 6 meses relacionados com a progressão da doença
- Alteração permanente na capacidade de realizar as actividades da vida diária
- Caquexia cardíaca
- Hiponatremia resistente
- Albumina < 25 g/L
- Múltiplos choques relacionados com a progressão da doença
- Co-morbilidades com um mau prognóstico, ex. cancro avançado

- Alterações cognitivas relacionadas com o estado do doente

As indicações para a desactivação de um CDI são [2]:

- A preferência do doente
- Morte iminente
- Suspensão de medicação anti-arrítmica relacionada com o declínio na trajectória da doença
- Quando existir uma ordem de não ressuscitação

Na discussão sobre a desactivação devem ser esclarecidos os seguintes pontos [2]:

- A desactivação do CDI não provoca a morte
- A desactivação da função de desfibrilador do CDI não desactiva a função *pace-maker*
- A desactivação do CDI não é dolorosa e a morte não será mais dolorosa com o dispositivo desactivado
- Se as condições do doente mudarem depois da desactivação, o doente pode pedir a sua reactivação
- Pode haver um atraso entre a decisão de desactivação e a sua efectivação por razões logísticas
- Os choques perto do fim da vida podem ser ineficazes, dolorosos para os doentes e perturbadores para os doentes, os seus familiares e os cuidadores.

Modo de desactivar o CDI

Para prevenir os choques dolorosos é suficiente desactivar apenas esta função. Em doentes com insuficiência cardíaca como causa de morte iminente, pode ser razoável desactivar as funções de choque e antitaquicardia, porque uma taquicardia ventricular rápida ou fibrilação ventricular pode levar rapidamente à morte sem sofrimento prolongado [3]. Mas nos doentes com uma situação cardíaca estável e taquicardia ventricular lenta (entre 100 e 160 por minuto), esta pode não causar

a morte, mas causar ou agravar os sintomas, pelo que a função antitaquicardia se deve manter. A função antibradicardia geralmente não se deve desactivar porque num doente com doença do nodo sinusal ou bloqueio aurículo-ventricular completo a bradicardia pode causar sintomas sem afectar significativamente a sobrevivência, reduzindo, portanto, a qualidade de vida. Nos doentes com dispositivos com capacidade de ressincronização do ritmo está geralmente presente insuficiência cardíaca grave e a ressincronização tem um efeito no controlo de sintomas, pelo que essa função não deve ser desactivada, porque aqui também pode não haver grande influência na duração da vida, mas tem influência na qualidade de vida [3].

O CDI pode ser desactivado através de um dispositivo que programa o CDI. Mas pode também ser temporariamente desactivado por um íman colocado directamente sobre o CDI. Se o íman for retirado o CDI fica logo activado. A função de *pace-maker* não é afectada pelo íman [2].

Referências

1. Cavaco D, Morgado F, Bonhorst D. Registo nacional de eletrofisiologia cardíaca (2013/2014). Rev Port Cardiol 2016;35:407-412.
2. ACI- NSW Agency for Clinical Innovation (2014). NSW Guidelines for Deactivation of Implantable Cardioverter Defibrillators at the End-of-life. Published February 2014. www.aci.health.nsw.gov.au.
3. Padeletti L, et al., EHRA Expert Consensus Statement on the management of cardiovascular implantable electronic devices in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. Europace 2010;12:1480-1489.
4. Paola FA, Walker RM. Deactivating the implantable cardioverter defibrillator: a biofixture analysis. South Med J 2000;93:20–23.
5. Sulmasy DP. Within you/without you: biotechnology, ontology and ethics. J Gen Intern Med 2007;23:69–72.

6. Goldstein NE, Mehta D, Siddiqui S, Teitelbaum E, Zeidman J, Singson M et al. 'That's like an act of suicide' patients' attitudes toward deactivation of implantable defibrillators. *J Gen Intern Med* 2008;23:7–12.