



Segunda Opinião
Formativa

SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA

O que é e quando se deve indicar um cardiodesfibrilador implantável (CDI)?

A morte súbita cardíaca (MSC) é responsável por cerca de 50% da mortalidade de pacientes com cardiopatia isquêmica ou não isquêmica. Na quase totalidade dos casos é causada por arritmias complexas: taquicardia ventricular sustentada (TVS) e principalmente a fibrilação ventricular (FV). As chances de sobrevida dependem diretamente do tempo decorrido entre a FV e o uso da desfibrilação elétrica.

O cardiodesfibrilador implantável (CDI) foi concebido para oferecer tratamento imediato às arritmias ventriculares potencialmente fatais. O sistema consiste de um gerador de pulso e um ou dois eletrodos para detecção da arritmia; 10 a 15 segundos depois há a deflagração do choque. Além da desfibrilação interna, o dispositivo também é equipado com outras formas de tratamento antitaquicardia ou antibradicardia – todo CDI inclui um sistema de marcapasso cardíaco.

As indicações para implante do CDI se dão em dois contextos clínicos distintos:

- Prevenção primária – para pacientes que nunca apresentaram MSC ou TVS;
- Prevenção secundária – para pacientes recuperados de um ou mais episódios de morte súbita ou TV sustentada

Os pacientes candidatos à prevenção secundária têm maior risco de recorrência do evento arritmico, e constituem um grupo onde o CDI tem melhor relação custo-benefício. Entretanto, essa terapia também se mostrou superior às drogas antiarrítmicas nos pacientes de prevenção primária. A indicação criteriosa de um CDI deve considerar também a gravidade da cardiopatia estrutural (fração de ejeção do ventrículo esquerdo),

bem como a presença e gravidade das comorbidades. O CDI não deve ser indicado para pacientes cuja expectativa de vida seja menor do que 1 ano.

Considerando os custos elevados dessa terapia, bem como os riscos envolvidos, sobretudo de disfunções e infecções associadas a tais dispositivos, é muito importante que as indicações sejam criteriosas e baseadas nas melhores evidências científicas.

As principais indicações seguem abaixo, numa sequência que parte daquelas bem definidas (classe I) para aquelas onde existe alguma controvérsia (classe IIa). O nível de evidência é A quando a indicação foi definida a partir de mais de um estudo randomizado ou uma meta-análise; o nível B refere-se a uma indicação feita com base em um único estudo randomizado ou estudos observacionais.

INDICAÇÕES DE CDI NA PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Classe I

1. Parada cardíaca por TV/FV de causa não-reversível, com FE \leq 35%. (nível de evidência A).
2. TVS espontânea com comprometimento hemodinâmico ou síncope, de causa não reversível com FE \leq 35%. (nível de evidência A).

Classe IIa

1. Sobreviventes de parada cardíaca por TV/FV de causa não reversível, com FE \geq 35%. (nível de evidência A).
2. Pacientes com TVS espontânea, de causa não reversível, com FE \geq 35%, refratária a outras terapêuticas. (nível de evidência B).
3. Pacientes com síncope de origem indeterminada com indução de TVS hemodinamicamente instável. (nível de evidência B).

Indicações menos freqüentes incluem pacientes selecionados com cardiomiopatia hipertrófica, Síndrome do QT longo, displasia arritmogênica do ventrículo direito e Síndrome de Brugada.

INDICAÇÕES DE CDI NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Classe I

Sobreviventes de IAM há pelo menos 40 dias ou com cardiopatia isquêmica crônica, em tratamento medicamentoso otimizado, sem isquemia passível de tratamento por revascularização cirúrgica ou percutânea e:

1. FEVE \leq 35% e CF II-III, ou FEVE \leq 30% e CF I, II ou III. (nível de evidência A)
2. FEVE \leq 40%, TVNS espontânea e TVS indutível ao estudo eletrofisiológico. (nível de evidência B)

Classe IIa

1. Pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, CF II-III, com FEVE \leq 35%. (nível de evidência A)

Cabe lembrar que o Sistema Único de Saúde (SUS – Brasil) não contempla o implante de CDI para prevenção primária.

Por último, pacientes com CDI devem ter acompanhamento cardiológico regular, além de seguimento em laboratórios especializados na programação e controle desse dispositivo, em centros de referência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI). Arq Bras Cardiol 2007; 89(6) : e210-e238.
- 2) 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities. JACC 2013; 61 (3):e6 – e75.
- 3) 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 2013; 34: 2281–2329.
- 4) Braunwald's Heart Disease – A Textbook of Cardiovascular Medicine, 9th ed. Elsevier-Saunders, Philadelphia, 2012; 745-770.

PROFISSIONAL SOLICITANTE: médico

DESCRIPTORIOS DeCS – arritmia cardíaca, taquicardia, tratamento

DESCRIPTORIOS CIAP 2 – K80 (Arritmia cardíaca)