



## CARTAS AL DIRECTOR

# Diferencias a la hora de desactivar un marcapasos o un desfibrilador automático implantable al final de la vida

Gabriela Picco, Rocío Ríos, Isabel Erquiaga y Helena Escalada

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España

Recibido el 30 de noviembre de 2017

Aceptado el 23 de diciembre de 2017

Picco G, Ríos R, Erquiaga I, Escalada H. Diferencias a la hora de desactivar un marcapasos o un desfibrilador automático implantable al final de la vida. *Med Paliat.* 2019;26(6):323-325.

Sr. Director:

En la nota clínica de Santos Suárez y cols.<sup>1</sup> se hace referencia a que “la presencia de un marcapasos mantiene vivo ese corazón más allá de lo que pudiera suceder de forma natural, permitiendo prolongar la agonía del enfermo y dilatar su muerte”. Esta premisa tiene ciertos matices debatibles, por lo que haremos algunas consideraciones al respecto.

*¿El marcapasos retrasa el tiempo de morir?* Los pacientes y sus familias asumen que los marcapasos prolongan el proceso de morir y alargan la agonía. Sin embargo, el marcapasos no es un dispositivo de resucitación como puede ser un desfibrilador automático implantable (DAI). Los marcapasos no mantienen al paciente vivo, ya que los eventos de final de vida como la sepsis, la hemorragia, la embolia pulmonar o las arritmias derivadas de alteraciones metabólicas vinculadas al cáncer o al fallo multiorgánico provocan una alteración miocárdica suficiente como para no responder a las señales enviadas desde el marcapasos<sup>2,3</sup>.

*¿Está indicada la desactivación del marcapasos?* No suele tener sentido desactivar la función del marcapasos, ya que en general los pacientes no son dependientes de ella. En caso

de que el paciente estuviese bradicárdico, la estimulación del marcapasos no es dolorosa y evita los síntomas secundarios a la bradicardia (mareo, disnea, etc.), que no son en absoluto deseables y empeoran la calidad de vida. Cuando se desactivan los marcapasos de pacientes dependientes de ellos, la muerte puede sobrevenir rápido pero no siempre de inmediato, pueden vivir horas e incluso días. Al desactivar el marcapasos, hay una reducción del flujo sanguíneo periférico, y eso contribuye a que el paciente se sienta peor, lo que afecta su calidad de final de vida, situación que no está en concordancia con un buen soporte paliativo<sup>2-4</sup>.

*¿Hay diferencias entre la desactivación del DAI y del marcapasos?* Sí las hay, ya que el objetivo de formalizar la desactivación del DAI es evitar choques eléctricos dolorosos al final de la vida. La desactivación de la función de choque eléctrico es legal y éticamente correcta, y no va dirigida a reducir el tiempo de vida<sup>2-5</sup>. Existe un consenso generalizado sobre que los DAI deben ser desactivados al final de la vida.

La desactivación del marcapasos, a diferencia de la del DAI, genera controversias<sup>3-6</sup>, ya que existen diferentes opiniones según las distintas culturas; incluso en algunos países el acto

\*Autor para correspondencia:

Gabriela Picco

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios. C/Beloso Alto, 3; 31006, Pamplona, España

Correo electrónico: [gabpicco@hotmail.com](mailto:gabpicco@hotmail.com)

DOI: [10.20986/medpal.2019.1041/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1041/2019)

de desactivar un marcapasos antibradicardia en un paciente dependiente de marcapasos está prohibido por la ley.

Pese a las diferencias a la hora de analizar el tema, no existen bases éticas para negarse a reconocer la petición informada y genuina de un paciente de desactivar un dispositivo cardíaco. Las directrices de la Heart Rhythm Society y la European Heart Rhythm Association declaran explícitamente que los desfibriladores y los marcapasos pueden ser desactivados, y se debería permitir esa posibilidad cuando los pacientes así lo decidan<sup>4,7</sup>.

## Bibliografía

1. Santos Suarez J, del Valle Arnáez G. ¿Debemos preocuparnos por desactivar marcapasos y desfibriladores al final de la vida? *Med Pal*. 2018;25:54-6.
2. Datino T, Rexach L, Vidán MT, Alonso A, Gándara A, Ruiz-García J, et al. Guía sobre el manejo de desfibriladores automáticos implantables al final de la vida. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:29-34.
3. Mandrolia J. ICD and pacemaker deactivation: neither physician-assisted suicide nor euthanasia [commentary]. *Medscape* [internet]. 2014 Feb 7 [citado: 2019 Feb 17]. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/820317>.
4. Picco G, Erquiaga I, Escalada H, Lama M. Desactivar el desfibrilador automático implantable al final de la vida: la importancia de una comunicación proactiva. *Med Paliat*. 2016;23:212-4.
5. Pasalic D, Gazelka HM, Topazian RJ, Buchhalter LC, Ottenberg AL, Webster TL, et al. Palliative care consultation and associated end-of-life care after pacemaker or implantable cardioverter-defibrillator deactivation. *Am J Hosp Palliat Care*. 2016;33:966-71.
6. Lampert R, Hayes DL, Annas GJ, Farley MA, Goldstein NE, Hamilton RM, et al. HRS Expert Consensus Statement on the Management of Cardiovascular Implantable Electronic Devices (CIEDs) in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. *Heart Rhythm*. 2010;7:1008-26.
7. Padeletti L, Arnar DO, Boncinelli L, Brachman J, Camm JA, Daubert JC, et al. EHRA Expert Consensus Statement on the management of cardio-vascular implantable electronic devices in patients nearing end of life or requesting withdrawal of therapy. *Europace*. 2010;12:1480-9.