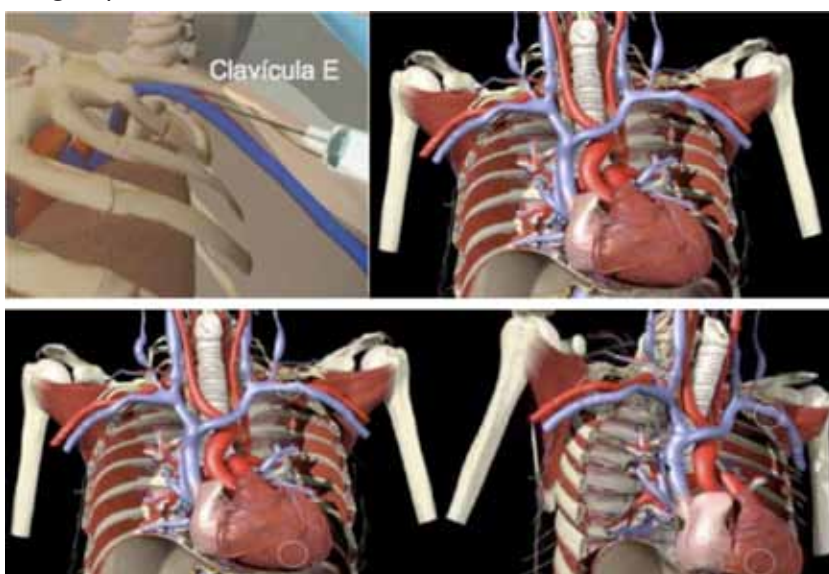


116. IMPLANTE DE MARCAPASSO TRANSVENOSO

Considerar instalação do marcapasso transvenoso antes do transporte prolongado (noventa minutos) de pacientes com bradiarritmias instáveis ou quando o MP transcutâneo não esteja capturando o ventrículo. O procedimento apresenta risco de complicações, o ideal é que seja realizado **em ambiente hospitalar**.

Escolher acesso venoso, o preferido deverá ser a veia jugular interna direita ou a subclávia esquerda, a femoral pode ser considerada em caso de coagulopatias.



Implante de marcapasso transvenoso. (A) Acesso à veia subclávia esquerda. (B) Modelo 3D evidenciando o ponto de punção da veia jugular interna direita (JID) e o local de posicionamento do eletrodo do marcapasso no ventrículo direito (VD), em projeção anterior. (C) Modelo 3D evidenciando o ponto de punção de subclávia esquerda (ScE) e VD, em projeção anterior. (D) Modelo 3D evidenciando os pontos de punção de JID, ScE e VD, em projeção oblíqua anterior direita. A punção jugular interna direita é a mais recomendada pelo trajeto com menor tortuosidade.

Empregar em situações **urgentes** a técnica de introdução guiada pelo ECG.

Conectar o eletrodo distal a derivação unipolar de aparelho de ECG.

Introduzir a bainha.

Inflar o balão do cateter assim que ele estiver além da bainha.

Registrar no ECG a posição do cateter a medida que ele for sendo introduzido.

Analisar o traçado registrado para determinar a localização do cateter. No átrio a onda P é maior que a onda R, caso o cateter migre para a veia cava inferior a onda P se torna negativa. Quando a ponta do cateter encosta no ventrículo direito surge uma elevação de ST, devido a corrente de lesão.

Iniciar a estimulação após o posicionamento do cateter no VD.

Regular o aparelho em modo sincrônico.

Medir o limiar de captura.

Regular a frequência de disparo do MP para 10 bpm acima da intrínseca do paciente e a corrente para 5 mA.

Reduzir progressivamente a corrente até perda da captura. A menor corrente capaz de capturar o ventrículo é o limiar. Deve ser menor que 2 mA.

Programar a corrente de saída para um valor 3 vezes superior ao limiar, para ter margem de segurança.

Determinar o limiar de sensibilidade (exceto em ritmos com muita instabilidade).

Regular a frequência de disparo do MP para 10 bpm abaixo da intrínseca do paciente e aumentar a sensibilidade para 1 mV.

Observar cessação de disparo do MP e a luz indicadora do sensor deve começar a piscar junto com o QRS.

Reduzir a sensibilidade até a luz do sensor apagar e o MP começar a disparar. Idealmente o valor do limiar de sensibilidade deve ser > 5 mV.

Programar a sensibilidade a 25% do limiar para evitar que o aparelho detecta onda T e miopotenciais.

Introduzir o marcapasso às cegas no modo assincrônico em situações **emergenciais** (choque ou PCR), com a corrente no máximo, documentando a captura. Preferir neste caso a veia jugular interna direita.

Regular frequência de disparo desejada.

Empregar sempre que possível o modo sincrônico.

Fixar a bainha com uma sutura.

Cobrir a área com curativo.