

Protocolo e Indicaciones de colocación de marcapasos transitorio en Urgencias

Autores: Avilés Sánchez R., Piña De la Torre S.

INTRODUCCIÓN

La implantación de los marcapasos transitorios intravenosos consiste en la colocación de un electro- catéter a través de una vena, que generalmente consiste en yugular interna, subclavia o femoral, hasta situarse a la aurícula o ventrículo derecho.

INDICACIONES:

- Disfunción de marcapasos permanente.
- Bradiarritmia secundaria a un factor reversible:
 - *Depresión del nodo sinusal o bloqueo secundario a intoxicación por drogas (amiodarona, digoxina, beta bloqueantes)
 - * Bloqueo avanzado o completo en el contexto de un IAM
- En espera de marcapasos definitivo
- Soporte del gasto cardíaco tras la cirugía cardíaca y tratamiento eficaz de los trastornos de la conducción que se puede presentar tras una cirugía de este tipo.

PROCESO

Antes del implante:

- *Informar al paciente acerca del sistema que se le va a colocar, su funcionamiento y seguimiento, así como del procedimiento y la actitud que debe tomar durante la inserción.
- *Canalización vía periférica.
- *Administración , si es necesario, de un sedante suave.
- *Control de constantes vitales.
- *Revisión del correcto funcionamiento del aparato. Obligatorio hacer una prueba del desfibrilador
- *Preparación de todo el material.



Durante el implante:

- *Asistir al médico.
- *Vigilar aparición de arritmia o trastornos de la conducción en el monitor.
- *Control de constantes vitales.
- *Verificar que el procedimiento se realiza bajo estrictas medidas de asepsias.
- *Dar apoyo psicológico.
- *Administración del antibiótico adecuado.



Tras el implante:

- *Valorar la frecuencia cardíaca y el ritmo cardíaco verificando constantemente en el monitor electrocardiográfico que el marcapasos funcione correctamente.
- *Controlar los signos vitales y la saturación de oxígeno según pauta.
- * Recoger una tira de EKG de referencia c/8h y ante posibles cambios avisar al médico.
- *Control ECG diario, uno con ritmo de marcapasos y otro bajando la frecuencia del marcapasos a 30 ppm. Para valorar si existe escape ventricular. Este procedimiento se hará si el paciente está estable y previa consulta con el médico responsable.
- * Inspeccionar el punto de inserción de la sonda y comprobar que no haya indicios de flebitis o infección. Cuidar según protocolo de catéteres o siempre que el apósito este húmedo o sucio.
- * Comprobar la inmovilización del electro-catéter y asegurar la unión de este a los bornes del generador.
- * Informar al paciente sobre la importancia de no manipular el generador cuyos controles deben en todo momento estar protegidos por la cubierta.
- * Explicar al paciente las limitaciones temporales de movilidad que le va a suponer el marcapasos.
- * Comprobar el estado de la batería y cambiarla si fuera necesario.

CONCLUSIONES

- Con el conocimiento de la técnica por parte de todo el personal de enfermería, agilizamos el procedimiento y se obtiene un mayor beneficio y seguridad para el paciente
- Un personal de enfermería cualificado garantiza una calidad asistencial acorde a las necesidades y seguridad del paciente.
- Enfermería actúa antes durante y después de la inserción del marcapasos, por lo tanto juega un papel primordial de control y vigilancia en todo el proceso (atención integral)

OBJETIVOS

- Objetivo principal; estandarizar la técnica y su manejo al personal estable, así como el de nueva incorporación.
- Conocer las técnicas y material necesarios para la colocación de un marcapasos transitorio en urgencias

METODOLOGÍA

Se realizan varias reuniones para puesta en común y dar a conocer dicho protocolo a los profesionales de la unidad. Tras estas reuniones y puesta en común, se elabora el correspondiente protocolo de colocación de marcapasos en urgencias, por parte del supervisor los enfermeros autores del trabajo

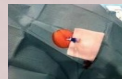
MATERIALES

Aparataje: Aparato de radioscopia, monitor desfibrilador, marcapasos externos,
Protésico: Generador de impulsos, Electro-catéteres, introducido.
Quirúrgico: Bata, guantes, paños gasas estériles, mascarilla, gorro. Antisépticos, rasuradora, esparadrapos, vendas, hojas de bisturi, jeringas de 10cc y agujas. Electrodo para monitorización estándar y de marcapasos externo. Abocath para vía periférica o sistema de vía central. Solución salina de lavado.
Farmacológico: Anestesia local. Atropina: 1mg(1 amp. De 1cc), Adrenalina: 1mg. (1 amp. Al 1:10.000), Lidocaina al 5%: 100mg (2cc), Antibiótico parenteral según prescripción, sedante suave oral o iv.
Radiológico: Delantales plomados, protectores plomados de tiroides, gafas radiológicas, cuantes plomados u dosímetros.



PROCEDIMIENTO MEDICO

Se anestesia la zona de punción seleccionada(subclavia, yugular interna, femoral o basilica).Después de anestesiar el área de punción, el médico siguiendo la técnica de SELDINGER
Va introduciendo la sonda en la luz venosa, llegando hasta la vena cava y después a la posición deseada, en el ápex del ventrículo derecho(comprobamos la posición correcta del electro-catéter median escopia.). Una vez el electro-catéter en su posición conectar al generador apagado, acoplado polo(+) con (+) y polo(-) con (-), a continuación ponemos en marcha el generador y seleccionamos la frecuencia de paso indicada, determinamos el umbral de estimulación (cantidad mínima de energía que estimula una respuesta eléctrica). Iniciar la estimulación a bajo umbral incrementando la amplitud e corriente hasta conseguir la captura ventricular. En el trazado electrocardiográfico aparecerá una espícula y tras ella un complejo QRS ensanchado. Posteriormente se mantendrá un umbral de seguridad entre 3 y 4 voltios. A continuación determinamos el umbral de sensibilidad (cantidad de milivoltios necesarios para inhibir la descarga del marcapasos).
Luego suturamos el electro-catéter en el lugar de inserción, desinfectamos la zona y colocamos el apósito.
Asegurar la inmovilización del generador externo mediante un vendaje fijado a la pierna o brazo más próximo.



RESULTADOS

Tras estas reuniones y puesta en común, Tras dar a conocer este protocolo y su implantación en la unidad, se observa un mejor conocimiento por parte del personal, con lo que mejora la atención y la seguridad del paciente durante la realización de la técnica

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Atención de enfermería en la inserción y control del marcapasos temporal transvenoso. J.D. Martínez y M^a.A. López Valverde. Enfermería clínica Ed. Doyma 1996. 42-44
- 2.Guías 2015 para la resuscitación cardiopulmonar (rcp) del consejo europeo de resuscitación (erc). Semicyc. ARGIBAY PYTLIK V, GÓMEZ FERNÁNDEZ A, JIMÉNEZ PÉREZ R, SANTOS VÉLEZ S, SERRANO POYATO C.
3. Manual de Enfermería Cardiología Intervencionista y Hemodinámica. Protocolos unificados, s.l Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2007, 416pp., 24x17 cm. -D.L. VG-0000-2007. Alconero Camarero AR, Fernández Gutiérrez R, Pérez Mena s, Sola Villafranca Jm.
- 4.Marcapasos endocavitario provisional transvenoso. Enferm Cardiol 2002;Año IX (26): 21-24
5. Grupo de trabajo de Electrofisiología y Marcapasos de la AECC. Protocolo de cuidados de enfermería al paciente objeto de implantación de marcapasos. Boletín informativo de la AECC

