

ACESSO VENOSO CENTRAL

Definição: Posicionamento de um dispositivo apropriado de acesso vascular cuja extremidade atinja a veia cava superior ou inferior. Fornece acesso confiável e possibilita a monitorização hemodinâmica.

Indicações:

- Acesso venoso periférico inadequado.
- Administração de medicamentos irritantes/ hipertônicos: podem causar flebites (inflamação nas veias) – vasopressores, quimioterapia e nutrição parenteral.
- Monitorização hemodinâmica – medidas de pressão venosa central, saturação venosa central de O₂ e de parâmetros cardíacos através da instalação de cateter de artéria pulmonar.
- Terapias extracorpóreas - Hemodiálise e Plasmaférese.
- Colocação de Marcapasso transvenoso cardíaco.
- Pré-operatório de cirurgias de grande porte.

Contraindicações:

- Coagulopatia e/ou distorção anatômica.
- Infecção ou queimadura no local da punção.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

1. Realizar a monitorização cardíaca e oximetria de pulso.
2. Posicionar adequadamente o paciente em decúbito dorsal, associar leve rotação da cabeça contra lateralmente ao lado da punção.
3. Realizar a preparação da pele (aparar os pelos no local de punção e evitar raspar com barbeador).
4. Aplicar solução com clorexidina alcoólica abrangendo toda a lateral do pescoço, a clavícula e o tórax anterior abaixo do mamilo ipsolateral.
5. Paramentar-se (avental estéril, luva estéril, máscara descartável cirúrgica simples, óculos de proteção, touca descartável).
6. Realizar a antisepsia da pele com solução de clorexidina alcoólica e colocação do campo estéril;
7. Realizar a anestesia tópica com Lidocaína 1%.

Técnicas:

PUNÇÃO PELA TÉCNICA DE SELDINGER:

8. Posicionar o paciente em decúbito dorsal

9. Conectar a agulha à seringa e realizar a punção do vaso desejado exercendo pressão negativa no embolo da seringa.
10. Ao puncionar a veia, estabilizar a agulha com a mão não dominante e remover a seringa, ocluindo o orifício de saída para evitar embolia aérea.
11. Introduzir o fio-guia delicadamente, não avançar contra resistência e mantenha-o sempre controlado, em mãos, para evitar embolização acidental. Resistência pode ser encontrada caso haja desposicionamento da agulha, obstrução anatômica ou compressão sobre a parede posterior do vaso; obs: forçar a passagem do guia pode levar à lesão vascular.
12. Retirar a agulha e introduzir o dilatador com movimentos de rotação e torção junto à superfície da pele, na distância estimada de penetração de subcutâneo e camada muscular.
13. Remover o dilatador com cuidado, mantendo sempre o fio-guia visível e seguro.
14. Introduzir o cateter enquanto segura o fio-guia, segurando-o em sua ponta distal.
15. Remover o fio-guia, conectar uma seringa e aspirar o sangue para confirmar bom funcionamento da via (fluxo livre de sangue).
16. Fixar o cateter no local com sutura e curativo estéril.

VEIA JUGULAR INTERNA

Anatomia: Emerge da base do crânio através do forame jugular e segue pósterio lateralmente à carótida interna, superficializando no triângulo formado pelas cabeças clavicular e esternal do músculo, unindo-se então à veia subclávia para formar a veia braquiocefálica.

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal, posição de Trendelenburg (melhora o enchimento venoso e reduz o risco de embolia aérea), associar leve rotação da cabeça contra lateralmente ao lado da punção.
- Pontos de referência para punção: Vértice do triângulo formado pelas bordas do ECOM, com a agulha inclinada a 35 graus em relação ao plano do corpo, direcionada ao mamilo ipsilateral

VEIA SUBCLÁVIA

Anatomia: A veia subclávia é continuação direta da veia axilar a partir da borda lateral da primeira costela. Passa posteriormente à clavícula e se junta à veia jugular interna para formar a veia braquiocefálica posteriormente ao ligamento esternoclavicular. A artéria subclávia localiza-se súpero-posteriormente à veia, sendo separadas pelo músculo escaleno. Logo abaixo da veia está o ápice pulmonar (mais elevado no lado esquerdo). Posteriormente à subclávia esquerda localiza-se o ducto torácico.

- Realizar o posicionamento do paciente em decúbito dorsal associar leve rotação da cabeça contra lateralmente ao lado da punção.

VEIA FEMORAL

Anatomia: A veia femoral é continuação da veia poplítea e torna-se a veia ilíaca externa ao passar pelo ligamento inguinal. Está localizada medialmente à artéria femoral que por sua vez encontra-se medial ao ramo femoral do nervo genitofemoral.

- Realizar o posicionamento do paciente: em decúbito dorsal. Pontos de referência para punção: 3cm abaixo do ligamento inguinal e medialmente à artéria femoral.

Considerações:

- Os locais de acesso venoso central são: Veia jugular interna, Veia subclávia e Veia femoral.
- A escolha do melhor local para acesso dependerá da anatomia do paciente, experiência do profissional, indicação e dos riscos do procedimento (coagulopatia ou doença pulmonar).
- Evitar acessos próximos à traqueostomia, marcapasso ou cardiodesfibrilador implantável.
- Caso o paciente apresente doença pulmonar unilateral e necessite punção em veias jugular ou subclávia, puncionar no lado comprometido para evitar descompensação respiratória em caso de complicações da punção, como pneumotórax.
- Caso necessite acesso para hemodiálise, evitar punção em veia subclávia devido à maior incidência de estenose, complicando posterior acesso definitivo (fístula arteriovenosa).
- Acessos não femorais são preferíveis devido ao melhor manejo e cuidado, capacidade de deambulação do paciente, quando possível, e ao teórico maior risco de trombose e infecções neste sítio quando comparado à subclávia e jugular, principalmente em pacientes obesos.

REFERÊNCIAS:

THOMÉ, F.S. Doença renal crônica. *In*: E. BARROS (org.), **Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3. ed., Porto Alegre, Artmed, 2006.

DAUGIRDAS, J.T; BLAKE, P.G; ING, T.S. **Manual de Diálise**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SUZANNE, C.; SMELTZER, JANICE, L.; HINKLE, BRENDA, G; BARE, KERRY, H. CHEEVER. Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.