

Acesso Venoso por Flebotomia

Carlos Adriano Silva dos Santos

Aldemar Araujo Castro

INTRODUÇÃO

O acesso venoso central por dissecação é a primeira escolha dos doentes vítimas de trauma e a segunda escolha quando por segurança ou indisponibilidade não conseguimos realizar o acesso por punção. No membro superior existem três possibilidades de realização da dissecação na face medial: a) terço inferior do braço, b) terço médio, c) terço superior. Por seu mais freqüente descrevemos o acesso no terço distal. Nos outros segmentos, o procedimento é semelhante, devendo ser observado a sintopia das estruturas, devido a relação da veia a ser dissecada com a artéria e nervos.

ACESSO VENOSO CENTRAL POR FLEBOTOMIA DA VEIA BASÍLICA



Figura 1 - Depois do informe prévio ao doente sobre o procedimento a ser realizado,

providencia-se a escolha do lado a ser dissecado. No centro cirúrgico, o doente é colocado em decúbito dorsal, com o membro superior levado em abdução.



Figura 2 - Identificado o vaso a ser dissecado, providencia-se a anti-sepsia rigorosa abrangendo todo o braço até o 1/3 médio do antebraço.



Figura 3 - Realiza-se assepsia ampla com campos operatórios.



Figura 4 - Optou-se pela dissecação da veia basílica no 1/3 distal do braço. No sulco bicipital injeta-se anestésico ao longo dos planos, em todo trajeto da dissecação. Deve-se ter o cuidado para não injetar anestésico intravascular.



Figura 5 - Incisa-se a pele e o tecido celular subcutâneo transversalmente ao eixo maior do membro superior.



Figura 6 - Divulsiona-se o tecido celular subcutâneo com um afastador até expor a fáscia braquial superficial. Por vezes, é possível visibilizar a veia basílica por transparência da fáscia.



Figura 7 - Incisa-se a fáscia.



Figura 8 - Rebate-se a fáscia longitudinalmente com o afastador. Neste momento é possível visualizar a veia basílica e o nervo cutâneo medial do antebraço (ramos). Caso não seja possível visualizar a veia basílica, facilmente encontra-se os ramos do nervo citado, a veia estará, freqüentemente, entre os dois ramos deste nervo.



Figura 9 - Identifica-se a veia basílica.



Figura 10 - Providencia-se a dissecção da veia. É importante livrar-se de qualquer estrutura circunvizinha a veia.



Figura 11 - Isola-se a veia com um fio de algodão.



Figura 12 - É passado um outro fio de algodão desta vez distal ao primeiro. A estes fios, identificado-os como fios de reparo. Este momento da dissecção venosa é extremamente importante, com os fios reparos iremos identificar o sentido do fluxo sanguíneo dentro do vaso, desta forma corroboraremos a estrutura dissecada como veia.

O procedimento a ser realizado com os fios de reparo intitula-se de **testes dos reparos** e consiste na tração simultânea dos fios distal e

proximal ao vaso, neste momento iremos esvaziar o conteúdo sanguíneo da veia, liberando inicialmente o fio proximal e observando se existe refluxo sanguíneo para dentro da veia, une-se os fios e torna-os a afastar com o cuidado para se esvaziar o conteúdo da veia, libera-se o fio distal e se observa o enchimento da veia. O teste será positivo para veia quando na manobra de liberação do fio distal a veia for preenchida de forma rápida e plena. Se após a liberação do fio proximal for observado um rápido enchimento do vaso, dois fatores podem estar influenciando: 1 - O paciente apresenta um aumento da pressão venosa central, 2 - Trata-se de uma artéria. Observando tal anormalidade deve-se reavaliar a anatomia do vaso dissecado para se continuar com o procedimento.



Figura 13 - Certificado de que a estrutura dissecada é uma veia, providencia-se a sua ligadura proximal.



Figura 14 - Um botão anestésico é providenciado distal a ferida cirúrgica, para que se realize a contra-abertura e saída do cateter. Procedimento indispensável para uma boa manutenção da cateterização, minimiza os riscos de infecção da dissecção.



Figura 15 - Incisão do *situ* da contra-abertura.



Figura 16 - De acordo com a necessidade de reposição volêmica o cateter será selecionado, lembrando-se que o volume será inversamente proporcional ao comprimento e diretamente proporcional ao diâmetro. Também deverá ser avaliada a indicação da cateterização central se para monitorização ou para fins de reposição volêmica ou medicamentosa, bem como a de nutrição parenteral.



Figura 17 - Corta-se a ponta do cateter sem a necessidade de biselar. O biselamento da ponta do cateter pode dificultar a sua progressão e favorecer lesões da parede venosa.



Figura 18 - Antes de se providenciar a flebotomia, realiza-se a tunelização do cateter a partir da contra-abertura.

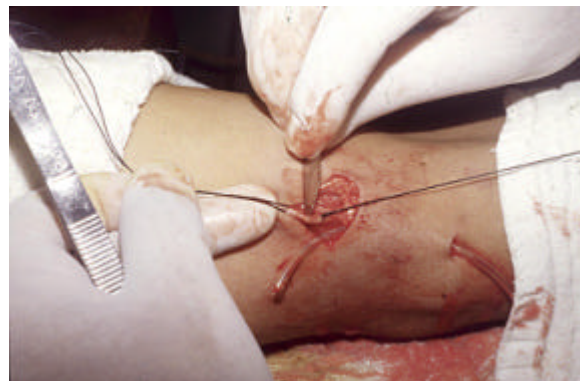


Figura 19 - A flebotomia é realizada através de incisões combinadas, sendo a primeira transversa e a segunda longitudinal ao vaso, de tal forma a representar a figura de um "T" invertido. Este detalhe técnico facilita a dilatação da incisão do vaso e possibilita uma melhor apreensão da borda da ferida venosa para progressão do cateter.



Figura 20 - Dilatação da incisão venosa.



Figura 21 - Apreensão da borda da ferida venosa. Este procedimento auxilia na progressão do cateter.



Figura 22 - Progressão do cateter. Deve ser de forma lenta e gradativa, pode ser realizado movimentos de rotação e conectar uma seringa para que seja injetado, em bolos, soro fisiológico, desta forma se consegue uma melhor dilatação do vaso ao longo da progressão do cateter.



Figura 23 - Fixação do cateter ao vaso com a ligadura do fio distal à veia. O cateter deve ser mantido com soro fisiológico em seu interior a fim de evitar trombose de sua luz.



Figura 24 - Avaliação da hemostasia e do final da cateterização.



Figura 25 - Confirmada a posição do cateter, observa-se se há fluxo, com o livre escoamento do volume infundido, e refluxo, com o retorno de sangue pelo cateter.



Figura 26 - Síntese da ferida por planos.



Figura 27 - Síntese da pele com fio de nylon 4-0.



Figura 28 - Fixação do cateter à Pele com fio de nylon 3-0.



Figura 29 - Aspecto final da cateterização venosa central por dissecação da veia basilíca.



Figura 30 - Curativo definitivo da ferida cirúrgica. Com uma seringa conectada é feito infusões constantes de soro fisiológico, antes da conexão do equipo de soro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A flebotomia de uma veia na extremidade para acesso venoso pode ser fundamental na condução dos doentes vasculares. Outros locais podem ser utilizados, porém são exceções, o membro inferior e a região cervical. A escolha do local apropriado e a técnica cirúrgica meticulosa são decisivos na qualidade do acesso.

REFERÊNCIAS

- Batista Neto J. Dissecção venosa. In: Batista Neto J, editor. *Condutas em cirurgia de urgência*. Maceió: Comissão Científica do Departamento de Cirurgia da UFAL; 1991:64-66.
- Castro AA, Pitta GBB. Acesso venoso em pacientes pediátricos utilizando aveia facial comum: relato de sete casos. *ECMAL* 1994; 7:1-4.
- Castro AA. Acesso venoso por flebotomia. In: Batista Neto J, editor. *Cirurgia de urgência: condutas*. Rio de Janeiro: Revinter; 1999:140-143.
- Castro AA. Flebotomia em "T" invertido: nota técnica. *ECMAL* 1994;7:40-41.
- Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care: Emergency Cardiac Care Committee and Subcommittees. *American Heart Association*. *JAMA* 1992;16:2172-299.
- Hiat JR. Vascular access for trauma, emergency surgery, and intensive care. In: Wilson SE. *Vascular access surgery*. 2nd ed. Chicago: Year Book Medical, 1988.
- Menezes FH. Acesso à circulação venosa. In: Lane JC, Albarran-Sotelo R. *Reanimação cardiorespiratória cerebral*. Rio de Janeiro: Medsi;1993:177-229.
- Santos CAS, Gusmão LCB. Estudo anatômico sobre a veia basilíca no braço de cadáveres humanos. *Rev HU UFAL*, 1997;4:32-40.
- Parsa MH, Tabora F, Al-Sawwaf M. Técnicas de acesso vascular. In: Shoemaker WC, Ayres S, Grenvik A, Holbrook PR, Thompson WE, editores. *Tratado de terapia intensiva*. 2a ed. São Paulo: Panamericana, 1992: 121-143.
- Testut L, Latarget A. *Tratado de Anatomia Humana*. Barcelona: Salvat, 1969.
- Warwick R, Williams PL. *Gray Anatomia*. 35a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984:557-706.

Versão prévia publicada:
Nenhuma

Conflito de interesse:

Nenhum declarado.

Fontes de fomento:

Nenhuma declarada.

Data da última modificação:

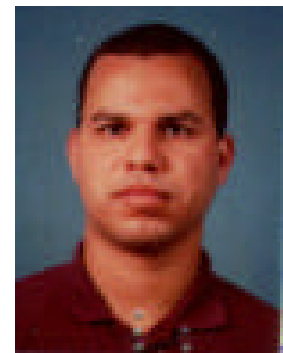
13 de outubro de 2000.

Como citar este capítulo:

Santos CAS, Castro AA. Acesso venoso por flebotomia. in: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, editores. Angiologia e Cirurgia Vasculiar: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL; 2000.

Sobre os autores:

Carlos Adriano Silva dos Santos
Médico-Residente em Cirurgia Vasculiar do
Hospital da Agamenon Magalhães,
Recife, Brasil.



Aldemar Araujo Castro
Professor Assistente Substituto do Departamento de Medicina da
Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina
São Paulo, Brasil.

Endereço para correspondência:

Aldemar Araujo Castro
Rua Pedro de Toledo 598.
04039-001 São Paulo, SP
Fax: +11 5579 0469
E-mail: aldemar.dcir@epm.br

(1378 palavras, 59 parágrafos)