



O implante de acesso venoso de curta permanência em veia central é um procedimento médico necessário em situações eletivas e em situações de urgência. **Para situações de emergência** (por ex. parada cardiorespiratória), **pode estar indicado o acesso intraósseo**. A punção do cateter venoso central de curta permanência deve ser guiada por Ultrassonografia. Cabe a equipe que está prestando assistência, considerando o contexto clínico do paciente naquele momento, a decisão do local de implante (beira-leito ou setor com disponibilidade de radioscopia - que permite visibilizar em tempo real o posicionamento do fio-guia e cateter - e/ou suporte anestésico, que pode trazer conforto ao paciente durante o procedimento), ponderando o risco-benefício de cada situação.

Este *pathway* **não** descreverá inserção de cateteres centrais de inserção periférica (PICC), não descreverá a técnica para acesso intraósseo, nem acessos para circulação extracorpórea ou acessos de longa permanência. Também não serão abordados cateteres para hemodilúse neste *pathway*.

I. ASSISTENCIAL

1. INDICAÇÕES DO IMPLANTE

As indicações mais comuns são necessidade de infusão de medicação/solução de uso exclusivo ou preferencial em veia central (exemplo: nutrição parenteral total), necessidade de infusão de medicação/solução em pacientes sem possibilidade de acesso venoso periférico, monitorização hemodinâmica, cuidado perioperatório em cirurgias de grande porte, hemodilúse no caso de punção de cateter para terapia de substituição renal (*não abordado neste pathway*) e plasmaférese.

2. AVALIAÇÃO PRÉ-PROCEDIMENTO

- 2.1. Jejum:** Avaliar se é possível aguardar o jejum adequado, ponderando grau de urgência do procedimento.
- 2.2. Avaliação local:** procurar sinais de infecção no local planejado de acesso. Se houver infecção, trocar o sítio. Avaliar com aparelho de ultrassonografia o vaso a ser puncionado, procurando trombose. Se houver trombose, trocar o sítio
- 2.3. Exames pré-operatórios/admissionais:** Exceto em procedimentos de urgência, em caso de plaquetas <20.000 ou INR>3, os distúrbios devem ser corrigidos com transfusão de componentes previamente ao implante do cateter venoso central.
- 2.4. Avaliação do especialista:** Acionar Cirurgião Vascular se for indicação do Médico Titular do paciente; Considerar acionar Cirurgião Vascular se: (1) os sítios habituais (jugular interna e femoral) não estiverem disponíveis (2) em percepção de falta de experiência do plantonista com acesso planejado; (3) em caso de tentativas de punção/progressão do fio guia sem sucesso (VER PONTOS DE ATENÇÃO – ITEM 5).

3. CUIDADOS

Sempre que possível conversar com paciente/familiar sobre procedimento (indicação, riscos/benefícios, orientações), solicitar assinatura de TCLE, checar material necessário para o procedimento e pedir auxílio para um outro profissional de saúde para abertura de materiais estéreis. Seguir toda a rotina de antisepsia e paramentação completa (incluindo gorro).

4. ORDEM PREFERENCIAL DE SÍTIOS PARA PUNÇÃO

Acessos para drogas vasoativas/nutrição parenteral/plasmaferese: 1ª opção: jugular interna (direita ou esquerda); 2ª opção: femoral direita; 3ª opção: femoral esquerda; 4ª opção: subclávia (direita ou esquerda), 5ª opção: axilar (direita ou esquerda).

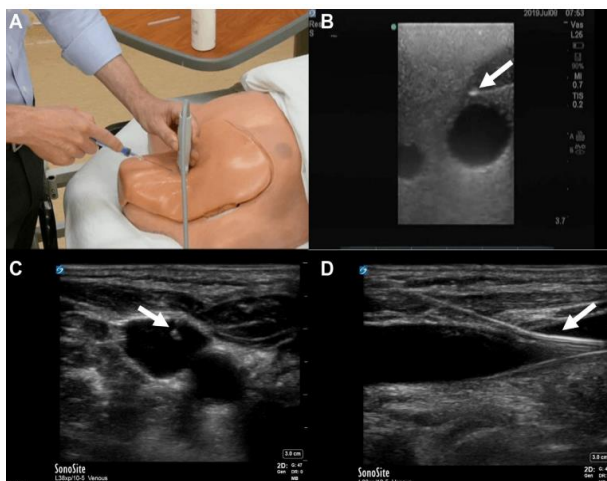
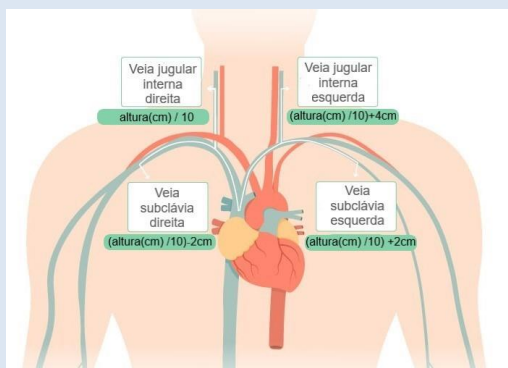
A justificativa de qualquer opção que **não a primeira opção** deve ser **anotada em prontuário** médico.

5. PONTOS DE ATENÇÃO DURANTE O PROCEDIMENTO

- O médico deve usar paramentação completa, incluindo gorro. Realizar antissepsia alcóolica e colocação de campos estéreis cobrindo todo o paciente. A punção deve ser feita pela técnica de Seldinger, guiada por ultrassom.
- No caso de insucesso de punção após 2 tentativas, o médico deve considerar solicitar auxílio a outro colega. No caso de insucesso de punção após 2 tentativas de outro profissional, sugere-se fortemente a troca do sítio. Caso não seja trocado o sítio, o motivo deve ficar documentado em prontuário.
- No caso de punção arterial (sem utilização do dilatador), deve-se comprimir o sítio por pelo menos 5 minutos, e avaliar com ultrassom se há hematoma que contraindique a utilização do mesmo sítio para nova punção.
- Passar o fio-guia confirmando, com o ultrassom, **antes de utilizar o dilatador**, que o fio guia está de fato dentro da veia, e **não está dentro da artéria**.
- Imagens ao lado: cortes transversais e longitudinais. V->Veia. A->Artéria. Observe as flechas brancas. É necessário se certificar **que o fio guia está dentro na veia**, e não está na artéria antes de se prosseguir o procedimento (dilatador e implante do cateter), a fim de evitar implante inadvertido do cateter em território arterial.
- Fonte das imagens (com modificações): Millington et al, 2020.

6. SUGESTÃO DE POSICIONAMENTO DO CATETER A DEPENDER DO SÍTIO DE INSERÇÃO EM PUNÇÕES CÉRVICO-TORÁCICAS:

Sugestão de posicionamento, conforme altura em centímetros do paciente (adaptado de Czepizak et al., 1995) para situações que a escopia não está disponível. Ex: se estatura do paciente é 170cm, o cateter deve ficar na posição 17cm se a inserção for na VJID; se posição for subclávia esquerda, deve ficar em 19cm. **Importante:** ajustes podem ser necessários **após o exame de imagem**, objetivando posicionamento ideal do cateter na veia cava superior.



7. FIXAÇÃO

em casos de inserção parcial do comprimento do cateter, orientamos fixação com ponto simples (Nylon 3.0) sugerimos clamps próprios do dispositivo, fixando em 4 pontos. A fixação com “bailarina” pode ser utilizada, mas não é obrigatória.

7. FIXAÇÃO (continuação).

Em casos de inserção total a fixação será feita com 1 ponto simples (Nylon 3.0) em cada orifício da estrutura fixa e própria do cateter, além de terceiro ponto simples na depressão da estrutura fixa.



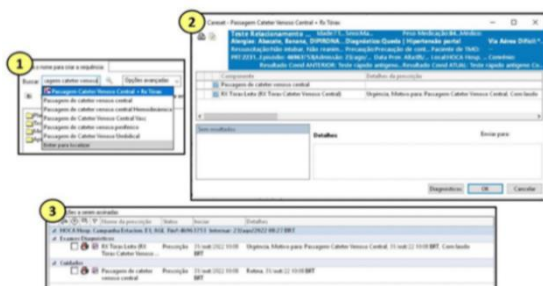
8. CURATIVO

O primeiro curativo deve ser realizado utilizando 1 gaze seca estéril dobrada, posicionada no óstio de entrada do cateter na pele. Finalizamos com película adesiva transparente estéril cobrindo por completo o óstio do CVC, gaze e toda fixação realizada



9. PONTOS DE ATENÇÃO APÓS O PROCEDIMENTO

- Deve ser realizada radiografia para confirmação da posição correta do cateter, idealmente antes da liberação para seu uso (exceção: situações de emergência/risco iminente de morte em que foi implantado o cateter; nestas situações excepcionais pode se considerar exame de ecocardiograma com microbolhas, gasometria, etc.).
- Em Unidades que utilizam o prontuário CERNER, deve ser solicitadas em PowerPlan específico.



- No HMAP: As radiografias de tórax para checagem do posicionamento de cateteres vasculares devem ser solicitadas com o pedido de “Radiografia de tórax para avaliação de CDL”.
- Cateter implantado no centro cirúrgico pode ser verificado quanto a posição com uso de escopia. Deve ser confirmado com radiografia de tórax (inclusive para complicações não facilmente identificáveis na escopia como, por ex., pneumotórax). Esta radiografia pode ser realizada no Centro Cirúrgico ao fim do procedimento, ou depois que o paciente tiver saído do Centro Cirúrgico.
- Considere fazer contato telefônico com radiologista de plantão em caso de dúvida nos achados de imagem. A dúvida pode surgir antes de o laudo ficar pronto e o contato ser feito ativamente pelo radiologista em caso de anormalidade identificada.
- Se for identificado implante de cateter na circulação arterial (através do ultrassom, radiografia, tomografia, fluxo pulsátil e/ou resultados de análise de gasometria compatíveis com sangue arterial), recomenda-se contato imediato com equipe de Cirurgia Vascular ou Cirurgia Geral, quando a unidade não contemplar equipe de Cirurgia Vascular, para retirada do dispositivo pela equipe especialista. Os riscos da retirada do cateter inadvertidamente inseridos na circulação arterial e que estão região cervical são, entre outros: hematoma cervical, compressão de via aérea, hemorragia, trombose da circulação arterial, eventos neurológicos

10. ALTA HOSPITALAR

O cateter venoso central de curta permanência, como regra geral, deverá ser retirado antes da alta hospitalar. Situações excepcionais devem ser justificadas no prontuário.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Auditoria de preenchimento do formulário de inserção de CVC, comparando com dados da farmácia de dispensação dos cateteres.
- Densidade de infecções de corrente sanguínea associada a cateteres venosos centrais.

III. GLOSSÁRIO

CVC - Cateter Venoso Central
HCAC - Hospital Central de Alta Complexidade de Cuiabá
PICC - Cateteres Centrais de Inserção Periférica
TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

09/06/2026 – Unificação HCAC Gynara Rezende Gonzalez do Valle Barbosa

V. Referências Bibliográficas

- [1] Czepizak CA et al. *Chest* 1995; 107:1662-64
- [2] Parienti, *Critical Care Medicine* 38(4):p 1118-1125, April 2010.
- [3] Leidel et al. *Resuscitation* 2012; 83 (1):40
- [4] Lewis et al. *Emerg Med J* 2015;32(6):463
- [5] Millington SJ, et al. *Chest*. 2020;158(6):2425-2430.
- [6] Lim et al. *BMC Nephrology* (2023) 24:334

Código Documento: CPTW444.2	Elaborador: Marina S. Minozzi Marcelo P. Teivelis Paola G. P. Madureira	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 15/05/2025 Data de Revisão: 09/06/2026	Data de Aprovação: 09/06/2026
---------------------------------------	---	---	---	---	---