

IMAGENS CLÍNICAS

Melhorando a taxa de sucesso da canulação intravenosa

Anthony M.H. Ho, Gregory Klar, Glenio Bitencourt Mizubuti *

Department of Anesthesiology and Perioperative Medicine, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

Recebido em 31 de março de 2022; aceito em 21 de maio de 2022
Disponível online em 1 de junho de 2022

A taxa de sucesso da primeira tentativa de canulação intravenosa (IV) por anestesiológicos é de 50,91–79,7%.^{1,2} A canulação começa com a agulha perfurando a veia em um ângulo (Fig. 1a). A combinação agulha-cânula é então

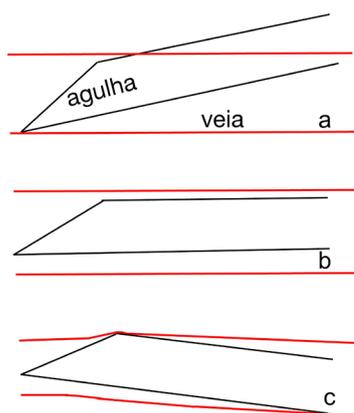


Figura 1 (a) A ponta avançada da agulha da cânula IV pode atravessar a parede oposta (ou seja, posterior) da veia se o ângulo de incidência não for ajustado para quase zero após o retorno inicial do sangue. (b) A ponta da agulha que avança é paralela à veia, evitando a punção dupla, mas a margem de segurança é pequena, pois qualquer inclinação insuspeita para baixo levará à punção dupla. (c) Uma ligeira inclinação para cima da agulha oferece a menor chance de um desvio inadvertido para baixo e, como o lado de recuo do bisel não penetra, é o mais seguro, mesmo que a veia seja um pouco menor que a cânula da agulha IV.

Autor correspondente:

E-mail: Gleniomizubuti@hotmail.com (G.B. Mizubuti).

avançada para que a ponta da cânula fique completamente dentro da veia antes de poder ser avançada. Durante este avanço, se o ângulo de incidência da agulha não for reduzido, a ponta pode perfurar a parede posterior da veia (Fig. 1a) e tornar-se intersticial. Dobrar ligeiramente a agulha (Fig. 2)³ facilita o avanço paralelo da agulha (Fig. 1b).

Em vez de avanço paralelo, sugerimos uma ligeira inclinação para cima (Fig. 1c) para criar uma ponta em forma de seta que tem menos chance de perfurar a parede da veia

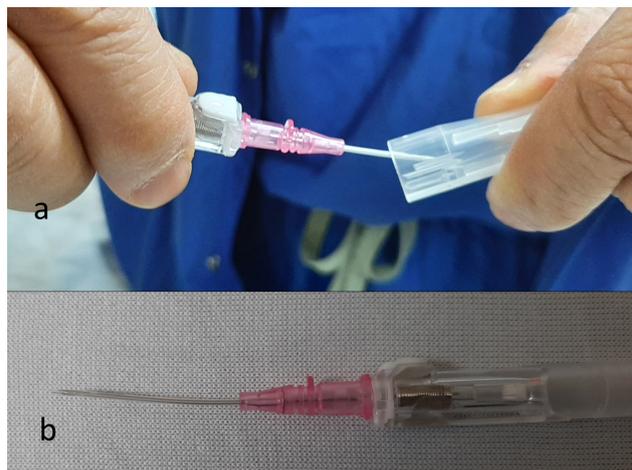


Figura 2 A proteção da cânula da agulha IV (a) pode ser usada para dobrar o conjunto em alguns graus (b), mantendo a esterilidade.

superior/inferior. A borda de recuo do bisel tem pouca chance de perfurar a parede da veia.

A Figura 1c ilustra a situação em que a veia é ligeiramente menor que a cânula. Aqui, o desafio não é tanto entrar na veia, pois a ponta da agulha de metal é cônica. A chave é não puncionar duas vezes a veia durante o avanço. Essa chance é reduzida se houver uma pequena inclinação para cima da ponta da agulha (Fig. 1c), possibilitada pela já mencionada pré-curvatura do conjunto agulha-cânula (Fig. 2).

Ajuda financeira

Recursos departamentais e institucionais. Nenhum financiamento externo foi adquirido para o trabalho atual.

Declaração de Interesse Concorrente

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Bensghir M, Chkoura K, Mounir K, et al. Peripheral intravenous access in the operating room: characteristics and predictors of difficulty. *Ann Fr Anesth Reanim* 2012; 31(7-8):600-604.
2. Angles E, Robin F, Moal B, et al. Pre-operative peripheral intravenous cannula insertion failure at the first attempt in adults. Development of the VENSORE predictive scale and identification of risk factors. *J Clin Anesth* 2021; 75:110435.
3. Solomowitz BH. Intravenous cannulation: a different approach. *Anesth Prog* 1993; 40(1):20-22.