**Título:** CATETERIZAÇÃO ACIDENTAL DA ARTÉRIA CARÓTIDA COM CATETER VENOSO CENTRAL – CASO CLÍNICO

**Autores:** Ana Lídia Rouxinol-Dias, Joana Queijo, Inês Correia

**Instituições:** Centro Hospitalar Universitário de São João Centro Hospitalar de Leiria

**Área Terapêutica/Tema:** Segurança dos Doentes (Patient Safety)

**Resumo:**

Introdução

A colocação de cateter venoso central (CVC) é um procedimento de rotina em anestesia para cirurgia cardíaca[1]. A incidência de cateterização arterial inadvertida varia entre 0,1-0,5% quando a colocação se faz por referências anatómicas. Não existe ainda um tratamento standard para a gestão desta complicação[2].

O diagnóstico imediato e tratamento adequado são decisivos nas repercussões para o paciente[2].

Caso Clínico

Doente do sexo masculino, 76 anos, autónomo, ASA IV, admitido no bloco operatório de Cirurgia Cardíaca para cirurgia de revascularização coronária off-pump após admissão por enfarte agudo do miocárdio sem elevação do segmento ST .

Antes da indução anestésica, foi colocada a monitorização standard da ASA II, oximetria cerebral, profundidade anestésica e linha arterial. Após indução anestésica (intravenosa total), foi inserido por referências anatómicas o CVC. A cateterização foi realizada sem dificuldade, sem refluxo pulsátil aparente e o CVC foi fixado aos 15 cm. O cateter foi então conectado ao transdutor de pressão venosa central (PVC), apresentando curva e valores sobreponíveis à pressão arterial, permitindo o diagnóstico imediato de colocação acidental do CVC na artéria carótida esquerda, posteriormente confirmado por ecografia. Após avaliação por Cirurgia Vascular e discussão multidisciplinar, optou-se pelo encerramento do orifício de punção arterial com Perclose Proglide, com recobro posterior em UCI e adiamento da cirurgia cardíaca por 72 horas, considerando o risco-benefício da hipocoagulação necessária à realização da mesma. Manteve-se o CVC até aplicação do dispositivo Proglide com fio guia pela técnica de Seldinger. O encerramento do orifício de punção foi bem sucedido e confirmado por ecografia, identificando-se fluxo carotídeo adequado e não se observando leakage ou hematoma cervical.

Seis horas após, o doente foi reavaliado clínica e ecograficamente pela equipa de Cirurgia Vascular e, após exclusão de hematoma, foi extubado com segurança e sem sequelas.

Discussão

Conforme proposto por Ho et al., devem ser empregues pelo menos dois métodos de segurança para garantir a colocação adequada do CVC antes da infusão de fármacos[3]. Neste caso, a avaliação de PVC e a confirmação ecográfica foram adequadamente sensíveis, enquanto o refluxo pulsátil e a cor do sangue aspirado falharam na identificação do posicionamento incorreto do CVC.

Para resolução da complicação foi colocado com sucesso e sem sequelas um dispositivo de encerramento percutâneo, tal como vem descrito em 7 casos relatados na literatura[2].

[1] Circulation. 2011 Dec;124(23):e652-735. Epub 2011 Nov 7

[2] Journal of Vascular and Interventional Radiology, 30(11), 1785-1794

[3] Anaesth Intensive Care 2014; 42:793-800.