

DRENAGEM TORÁCICA
Paulo R. Margotto/Albaneyde F. Formiga
Capítulo do livro Assistência ao Recém-Nascido de Risco, editado por
Paulo R. Margotto, 2ª Edição, 2004

• **INDICAÇÕES**

- Pneumotórax hipertensivo
- Hemotórax
- Empiema
- Quilotórax
- Pneumotórax com colapso vascular

• **MATERIAL NECESSÁRIO**

- 1 pinça tipo Halsted reta
- 1 pinça tipo Mixter-baby
- 1 porta-agulhas
- 1 tesoura reta ponta fina
- 1 pinça tipo Adson com dentes
- 1 pinça tipo Adson sem dentes
- 1 cabo de bisturi nº 3
- 1 pinça tipo Allis
- 1 lâmina de bisturi
- 1 campo fenestrado
- 2 fios mononylon 3-0
- 2 seringas de 10 e 5 ml
- 1 agulha de insulina
- lidocaína a 2% (sem adrenalina)
- cateter: sonda de aspiração traqueal nº 10 e 12 ou Trocar torácico (Argyler^R) nº 8 e 10
- Kit tórax para drenagem torácica

• **LOCAL DA INCISÃO**

* Via Anterior:

Incisão entre o 1º e 3º espaços intercostais (linha hemiclavicular). Evitar a região do mamilo.

A maioria dos drenos devem ser localizados anteriormente (82%), facilitando a drenagem do ar (pois o RN fica a maior parte do tempo em posição dorsal).

Tem fixação difícil.

Não é local bom para a drenagem de líquidos e secreções.

Tem a desvantagem do local da incisão ser próximo da glândula mamária e da artéria mamária interna, com risco de lesão das mesmas.

* Via Lateral:

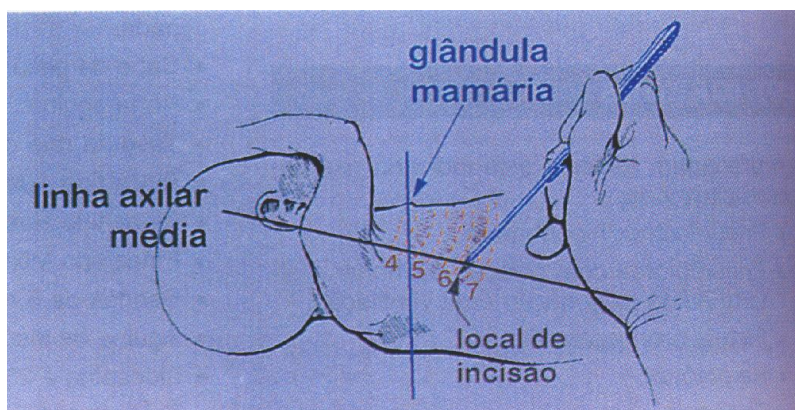
Incisão entre o 4º e 6º Espaço Intercostal (linha axilar média)

A maior parte dos drenos se localizará nas porções posteriores do tórax, dificultando a drenagem de ar.

Tentar direcionar a ponta do cateter para as porções mais posteriores.

É bom para a drenagem de líquidos e secreções.

É questionável o melhor local para a incisão: damos preferência à via lateral tanto para o pneumotórax como para a drenagem de secreções e líquidos:



• TÉCNICA

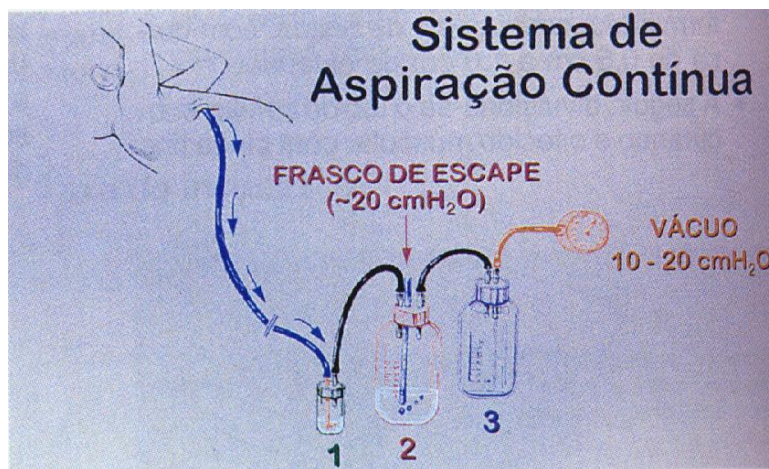
- * Tomar todos os cuidados com a assepsia (solução de clorexidina a 5%)
- * Anestesia local com lidocaína a 2% sem adrenalina (0,1 a 1 ml), subcutânea com agulha de insulina
- * Incisão da pele com cerca de 0,5 a 1 cm
- * Divulsionar o tecido celular subcutâneo e o tecido muscular com pinça tipo Mixer-baby (entrar com a pinça na borda superior da costela inferior para evitar a lesão de estruturas vasculares e nervosas que estão na borda inferior)
- * A seguir perfura-se a cavidade pleural
- * Inserir o cateter de drenagem clampeado com a ajuda da pinça Mixer-baby. Se a via for lateral, direcioná-lo no sentido ântero-superior; e no sentido caudal quando a via for anterior
- * Antes de iniciar a drenagem medir a distância em cm do local da incisão até o ponto médio da clavícula (esta distância corresponde ao comprimento do dreno a ser inserido). Esta medida deve ser marcada no dreno com uma pinça Kelly tipo mosquito
- * Conectar o dreno torácico ao frasco de drenagem (selo d'água: deixar o dreno 1 cm abaixo do nível da água)
- * Retire o clampe do dreno e verifique seu funcionamento
- * Fixar o dreno com fio mononylon 3-0
- * RX de tórax: é obrigatório para a localização do dreno. Quando bem localizado, a sua extremidade deve estar na porção anterior e superior do hemitórax acometido, com esvaziamento do pneumotórax.

DRENAGEM COM O CATÉTER TIPO TROCAR:

- * Observar os mesmos procedimentos acima citados.
- * Introduzir o cateter paralelo à pele.
- * Assim que for sentida a perfuração da pleura parietal, retirar imediatamente o trocar para evitar lesão pulmonar.
- * Quando o dreno for uma sonda, escolher de preferência a traqueal, com um orifício terminal e um lateral próximo à extremidade

ASPIRAÇÃO CONTÍNUA

Indicada para um melhor esvaziamento do ar



O frasco de escape deve ter pressão negativa de cerca de 15 cm a 20 cm de água de pressão negativa e pressão de aspiração em torno de 10 a 20 cm de água. Na nossa experiência temos utilizado apenas o frasco 2 conectado ao vácuo.

RETIRADA DO DRENO TORÁCICO

- * RX sem evidência de ar na cavidade pleural
- * Sem borbulhamento ou oscilação do sistema de selo d'água ou usando a aspiração contínua:
- * Desligar por 2 a 24 horas, observando a ocorrência ou não do acúmulo de ar. Se não ocorrer acúmulo de ar, clampar o dreno por 6 a 12 horas, retirando-o quando não houver acúmulo de ar.

CAUSAS DE INSUCESSO

- * Quando a ponta do dreno fica localizada posteriormente, o ar tende a acumular-se anteriormente, como vemos.
- * O dreno se esbarra no esôfago e dobra
- * Na posição anterior, o dreno pode estar introduzido em excesso, podendo atingir o mediastino, com resultante falha na drenagem.

COMPLICAÇÕES

- * Laceração ou perfuração pulmonar
- * Perfuração e hemorragia de vasos intra-torácicos
- * Perfuração do fígado
- * Perfuração cardíaca
- * Lesão do tecido mamário
- * Quilotórax
- * Lesão do tecido frênico
- * Processos infecciosos

Bibliografia

1. Girão SARC. Drenagem torácica. Em: Kopelman B, Miyoshi M, Guinsburg R. Distúrbios Respiratórios no período neonatal, Atheneu, São Paulo pg 329,1998.
- 2-Miyoshi M H, Guinsburg R. Procedimentos em UTI neonatal. Videocassete - 45 min. Produzido e distribuído pela disciplina de Pediatria Neonatal da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo,1994.