

## **Buttonhole, “em casa de botão” ou “botoeira”. Uma técnica antiga redescoberta**

Buttonhole. An old technique rediscovered

### **Autores**

Nelson Zocoler Galante<sup>1</sup>  
Atsuko Yamamoto<sup>1</sup>  
Lucia Lima Rabelo<sup>1</sup>  
Denise Paulini Monterio<sup>1</sup>  
Luiz Sergio Fonseca de Azevedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro de Nefrologia e Diálise – CENED. Hospital Cruz Azul

**Correspondência para:**  
Luiz Sergio Fonseca de Azevedo – Centro de Nefrologia e Diálise do Hospital Cruz Azul  
Av. Lins de Vasconcelos, 356, bl C 7º andar, Cambuci  
São Paulo – SP – Brasil  
CEP: 01537-000  
E-mail:  
ls.azevedo@terra.com.br

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

### **RESUMO**

A presente carta ao Editor aborda os artigos de Silva *et al.*<sup>1</sup> e de Castro *et al.*<sup>2</sup> que nos levam a dois tipos de comentários: o primeiro de ordem linguística, e o segundo referente a aspectos médicos.

[J Bras Nefrol 2011;33(1): 115-117]©Elsevier Editora Ltda.

### **ABSTRACT**

The present letter to the Editor regards the articles by de Silva *et al.*<sup>1</sup> and de Castro *et al.*<sup>2</sup> that lead us to two kinds of comments, the first refers to the language, and the second comment refers to the medical aspects.

### **PREZADO EDITOR**

Os artigos de Silva *et al.*<sup>1</sup> e de Castro *et al.*<sup>2</sup> nos levam a dois tipos de comentários: o primeiro é de ordem linguística: que termo usar para o método? *Buttonhole* é o termo em inglês e, como norma, devemos evitar estrangeirismos quando houver palavra equivalente em português. Assim como dizemos diálise e não *dialysis*, enxerto e não *graft*, dialisador capilar e não *hollow fiber*, devemos abolir o termo *buttonhole*. “Casa de botão”, embora correto, é um termo longo e pouco eufônico. Sugerimos o uso de “botoeira”, que significa a mesma coisa, porém é simples, curto e sintético. O termo botoeira, segundo o dicionário Houaiss, foi introduzido na língua portuguesa em 1543 e significa “fenda praticada num pano ou em algo semelhante e, em geral, caseada à volta com linha, por onde se introduz um botão para fechar uma peça; casa”, portanto perfeitamente adequado. Esse termo também já foi empregado pela comunidade médica portuguesa. Sugerimos ao JBN, e à comunidade nefrológica brasileira em geral, a normatização deste termo em trabalhos futuros.

O segundo comentário refere-se aos aspectos médicos. Em nossa experiência, recentemente publicada (Galante *et al.*<sup>3</sup>), a técnica da botoeira se revelou

um método útil e eficiente que, em tese, poderia ser utilizado como rotina em todos os pacientes. Suas principais vantagens são a possibilidade de usar fístulas de trajeto curto, a não formação de aneurismas, a redução da dor durante a punção, o prolongamento da vida útil da fístula, a redução de sangramentos e de hematomas e o melhor aspecto estético. Entretanto, algumas dificuldades básicas comprometem sua generalização.

A primeira refere-se ao tempo de treinamento da equipe. É mais fácil e mais rápido treinar um enfermeiro / técnico novato na técnica clássica do que na da botoeira. Esta exige punção sempre no mesmo local, no mesmo ângulo e, inicialmente, sempre pela mesma pessoa.

A segunda é a resistência inicial do enfermeiro / técnico já treinado em hemodiálise a aprender uma técnica nova e mais trabalhosa. Algumas vezes, além da resistência, há dificuldade em aprender o procedimento. Além das três enfermeiras que implantaram o método, estamos procedendo, progressivamente, ao treinamento do restante da equipe. Dos dezoito técnicos em enfermagem, nove já foram treinados, porém dois não se adaptaram à técnica. Os restantes ainda deverão iniciar o treinamento. É possível que um pequeno número de enfermeiros ou técnicos nunca se adaptem ao método.

A terceira vem do tempo maior que a técnica da botoeira requer na punção em relação à técnica clássica, refletindo no tempo total de cada turno de diálise. Isso ocorre essencialmente na fase inicial de criação do túnel e de treinamento da equipe. Alguns pacientes, impacientes, preferem a técnica clássica para economizar tempo e sair mais cedo da unidade de diálise. No longo prazo, o tempo total pode acabar sendo mais curto. O local da punção já é conhecido, o seu trajeto está pronto e, não havendo formação de aneurismas nem de hematomas, não há necessidade de procurar novos pontos de punção. Alguns pacientes podem ser treinados para a autopunção. Três dos nossos pacientes já se utilizam disso. A grande vantagem é que o paciente fica conhecendo bem o trajeto do seu túnel, reduzindo muito a possibilidade de falsos trajetos. Isso também reduz o tempo consumido por cada membro da equipe.

Introduzimos uma modificação na forma de segurar a agulha, pelo tubo flexível da mesma e não pela "borboleta" plástica (punção tátil),<sup>4</sup> aumentando, assim, a sensibilidade tátil e reduzindo a possibilidade de falso trajeto, pois quando a agulha está bem posicionada, ela penetra com facilidade sem o emprego de força excessiva (Figura 1).

**Figura 1.** Método de punção tátil da fístula - o puncionista segura a agulha pelo tubo flexível e não pela "borboleta" plástica.



Em quarto há a remoção da crosta que se forma no local da punção e que, dois a três dias depois desta, pode estar bastante aderida. Essa remoção é essencial para evitar que a crosta, ou fragmentos dela, estando contaminados levem infecção para o paciente. A sua remoção exige tempo para evitar lesar a pele do paciente ou causar dor. Em nosso serviço adotamos a seguinte rotina: quando o paciente chega à unidade, ele faz a higienização habitual do membro da FAV e

a seguir coloca, sobre o local da punção, uma gaze umedecida com o sabão líquido antisséptico; após 5 a 15 minutos retiramos o resíduo do sabão com gaze umedecida com álcool 70% e a seguir, com a ponta de outra gaze enrolada em forma cônica e também umedecida com álcool 70%, procedemos a remoção da crosta, efetuando a punção a seguir. Temos utilizado, além disso, óleo de amêndoas aplicado diariamente, preferencialmente duas vezes ao dia, pelo próprio paciente sobre o local da crosta em seu domicílio. Tem baixo custo, é de fácil aplicação e mantém a crosta mais amolecida e consideravelmente mais fácil de ser removida. Um óbice é a não adesão do paciente que, por esquecimento, ou voluntariamente deixa de fazer o procedimento. Um risco, ao menos teórico, é o uso de substância não estéril em ferida recente, mesmo que puntiforme. Entretanto, a pele em si e a crosta já são contaminadas. O uso de pinças é problemático e oneroso, já que precisam ser esterilizadas após o uso para evitar contaminação cruzada entre os pacientes, o que significa a compra e a esterilização de dezenas delas. O uso de pinça favorece também o trauma mecânico da pele. O mesmo se pode falar quando se usa agulhas para isto. Quando se utiliza a mesma agulha para a remoção da crosta e para a punção, ela pode ficar contaminada, mesmo após antissepsia rigorosa, causando infecção no paciente. Esse procedimento já foi contraindicado na literatura.<sup>5</sup> Há no mercado internacional agulhas rombas que já vêm com dispositivo plástico descartável em forma de miniespátula para remoção da crosta (*Capick® scab remover, Nipro Corporation*). Cabe a todas as equipes que utilizam o método da botoeira solicitar às indústrias produtoras das agulhas que introduzam tal dispositivo no Brasil.

Por fim, há um problema que vem a ser a troca do puncionista. Idealmente a punção deve ser feita pela mesma pessoa que já "conhece" os túneis do paciente e, assim, tem maior facilidade na punção e comete menos erros. Entretanto, embora isso seja essencial na fase de criação do túnel, não é viável na prática no longo prazo. Férias, folgas, ausências ou troca de turno, seja do puncionista, seja do paciente, obrigam a punção a ser feita por outra pessoa, aumentando os riscos de erro e de criação de falso trajeto. Acreditamos que isso tende a se reduzir com o treinamento prolongado e o uso intensivo do método pela equipe.

Já empregamos a técnica da botoeira em 62 pacientes. Oito deixaram o procedimento por razões não relacionadas ao método: transferência (5), óbito (2), transplante (1). Quinze por problemas relacionados à FAV propriamente dita e não ao método: trombose da FAV (8), desenvolvimento inadequado da veia (6) e

trombose venosa profunda da veia subclávia (1). Por fim, 13 deixaram o procedimento por falha técnica, que ocorreu principalmente na fase de implantação do método no nosso serviço (período de aprendizagem): dificuldade na formação do túnel (7), desistência do paciente (4), dor (1) e infecção (1). No momento, estamos com 26 pacientes (28,5% do total com FAV) usando a técnica da botoeira, contra 65 que se utilizam da técnica clássica. Somos concordes com Castro *et al.* que a técnica deve ser empregada de início em fístulas novas quando já maduras para punção.

Essas dificuldades não devem desanimar a equipe, pois, uma vez dominada a técnica, a aceitação é excelente. Consideramos que a perseverança na fase inicial do treinamento compensa no benefício final ao paciente. Recente publicação<sup>6</sup> mostrou que pacientes (19 de 23 - 86%) que dialisavam pela técnica de punções múltiplas e foram transferidos para a da botoeira estavam satisfeitos e preferiam a nova técnica.

## REFERÊNCIAS

1. Silva GST, Silva RA, Nicolino AM *et al.* Experiência inicial com a técnica de *buttonhole* em um centro de hemodiálise brasileiro. *J Bras Nefrol* 2010; 32:257-62.
2. Castro MCM, Silva CF, Souza JMR *et al.* Punção da fístula arteriovenosa com a técnica em casa de botão com agulha romba. *J Bras Nefrol* 2010; 32:281-5.
3. Galante NZ, Rabelo LL, Yamamoto A, Bonato R, Azevedo LS. One unit experiences when establishing buttonhole technique, analysis of reasons for failure of procedure: a report. *J Ren Care* 2010; 36:73-80.
4. Mott S, Prowant BF. The "touch cannulation" technique for hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2008; 35:65-6.
5. Ball LK. The buttonhole technique for arteriovenous fistula cannulation. *Nephrol Nurs J* 2006; 33:299-304.
6. Hashimi A, Cheema MQ, Moss AH. Hemodialysis patient's experience with and attitudes toward the buttonhole technique for arteriovenous fistula cannulation. *Clin Nephrol* 2010; 74:346-50.