

APLICAÇÃO DE UMA LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA COLETA DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS DA MEDULA ÓSSEA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Borges CFS, Lermontov SP, Costa RMF, Brasil SC, Rangel AC

Instituto Nacional de Câncer José Alencar da Gomes da Silva

cborges@inca.gov.br

INTRODUÇÃO

O transplante de células-tronco Hematopoéticas (TCTH) tem se desenvolvido nas últimas décadas como um importante método de tratamento para doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas. A medula óssea é a fonte mais utilizada e mais recomendada para as crianças e os adultos nos transplantes alogênicos. A coleta de células-tronco Hematopoéticas (CTH) é considerado um procedimento eletivo, logo, é ideal que o doador esteja em boa forma física e mental. Por isso, uma visão geral do enfermeiro quanto a importância deste procedimento e dos cuidados em relação a segurança do paciente, se faz necessário. Visando uma assistência qualificada a estes doadores, nosso centro de transplante de medula óssea, construiu uma lista de verificação, que funciona como um check-list, para ser aplicado antes e pós procedimento. Alguns autores salientam que muitas das intervenções de segurança em cirurgia têm sido focadas dentro da sala cirúrgica. Entretanto, mais da metade dos erros cirúrgicos ocorrem fora da sala de cirurgia, e atuar no processo cirúrgico como um todo poderia apresentar melhores resultados.

OBJETIVO

Relatar a experiência da aplicação de uma lista de verificação para um procedimento seguro.

METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se de um relato de experiência. Baseados nos preceitos da campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas da Organização Mundial da Saúde (OMS), nós elaboramos uma lista de verificação para a coleta de medula óssea no centro cirúrgico. Segundo a OMS, os serviços devem elaborar suas listas específicas, dependendo da complexidade dos procedimentos que são realizados.

RESULTADOS

A lista de verificação foi aplicada em 24 procedimentos, sendo composta por três etapas:

Etapas I- antes do doador ser encaminhado para o centro cirúrgico;

Etapas II- antes de iniciar o procedimento cirúrgico;

Etapas III- pós procedimento e antes do doador sair da sala de cirurgia.

Na tabela I estão descritas as conformidades e não conformidades identificadas com a aplicação desta lista.

Tabela I - Relatório de conformidades x Não conformidades

Dados verificados	Conformidades	Não conformidades
✓ Dados de identificação do Doador	23	1
✓ Dados de identificação do Receptor	14	10
✓ Assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido	18	6
✓ Tipo de TCTH	24	NA
✓ Materiais utilizados pelo tipo de TCTH	20	4
✓ Compatibilidade sanguínea	24	NA
✓ Volume da solução anticoagulante	24	NA
✓ Volume programado X Volume Total	22	2

Fonte: Elaborado pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lista de verificação pode efetivamente representar uma ferramenta de apoio importante com potenciais benefícios para que a equipe de enfermagem entenda como executar todo o processo, principalmente em relação a segurança do paciente. A necessidade de avaliar periodicamente os resultados e atualização desta lista de verificação pela equipe de enfermagem é importante para condução do procedimento e desta forma, sistematizar nosso cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SOUZA, G. S. L.; RIBEIRO, M. R. R. CONSTRUÇÃO DE MANUAL SOBRE CIRURGIA SEGURA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Cogitare Enfermagem, v. 22, n. 1, 27 jan. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.

CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – CEMO
LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA ASPIRAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA
NO CENTRO CIRÚRGICO - SISTEMA FECHADO

ID doador: _____ Idade: _____ Receitor: _____ Sexo: _____
 Peso: _____ Tipo ABO: _____ Fator RH: _____ Tipo ABO: _____ Fator RH: _____
 Volume a ser aspirado: _____ Compatível () sim () não DATA: / /

UNIDADE CLÍNICA	CENTRO CIRÚRGICO	PÓS-PROCEDIMENTO
Verificar: <input type="checkbox"/> Doador está presente na unidade <input type="checkbox"/> Doador está em jejum de 12h <input type="checkbox"/> Assinatura TCLE Materiais: <input type="checkbox"/> Solução de heparina 100 U/ml (Soro fisiológico 0,9% 250ml + diluir 7ml de heparina 25.000U) <input type="checkbox"/> Kit de coleta de Medula Óssea <input type="checkbox"/> Manta térmica com gel <input type="checkbox"/> Saco plástico <input type="checkbox"/> Espalhas em branco <input type="checkbox"/> Espalhas com identificação do doador Coleta de amostras: <input type="checkbox"/> Tubo de EDTA (tubo com tempo frio) <input type="checkbox"/> Cálculo (tubo sangue azul) <input type="checkbox"/> Tubos de ACD (tempo amarelo) <input type="checkbox"/> outros tubos: _____	Verificar: <input type="checkbox"/> Bandejas <input type="checkbox"/> Becker de inox pequeno <input type="checkbox"/> Compressas <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Seringas de 20ml (fluxo) <input type="checkbox"/> Seringa de 60 ml com bico (fluxo) <input type="checkbox"/> Seringa 5ml <input type="checkbox"/> Agulhas 40x12 (2pac) <input type="checkbox"/> Agulhas para aspiração de M.O. descartáveis <input type="checkbox"/> Lâminas <input type="checkbox"/> Pote para as lâminas <input type="checkbox"/> Heparinizar as agulhas e seringas para o procedimento <input type="checkbox"/> Colocar 20ml de sol. Heparina 100U/ml na bolsa coletora <input type="checkbox"/> Colocar 10% de sol. de heparina 100U/ml na bolsa, de acordo com o volume total a ser coletado. <input type="checkbox"/> Colocar de 10 a 20ml de sol. heparina para lavar agulhas e seringas	Bolsa identificada: <input type="checkbox"/> Nome do doador _____ <input type="checkbox"/> Volume do separado M.O. _____ ml <input type="checkbox"/> Volume da solução de heparina _____ ml <input type="checkbox"/> Volume total _____ ml Encaminhar amostra para: <input type="checkbox"/> Laboratório de 0º andar _____ <input type="checkbox"/> Citogenética _____ <input type="checkbox"/> Micrograma _____ <input type="checkbox"/> Bolsa com separado M.O. laboratório do 2º andar (banco de cordão) Equipe que participou do procedimento: Médicos: _____ Enfermeiros: _____ Início do procedimento: _____h Termino: _____h

Verão II - 04/01/17

Figura1 – Lista de Verificação.
 Fonte: Elaborado pelos autores