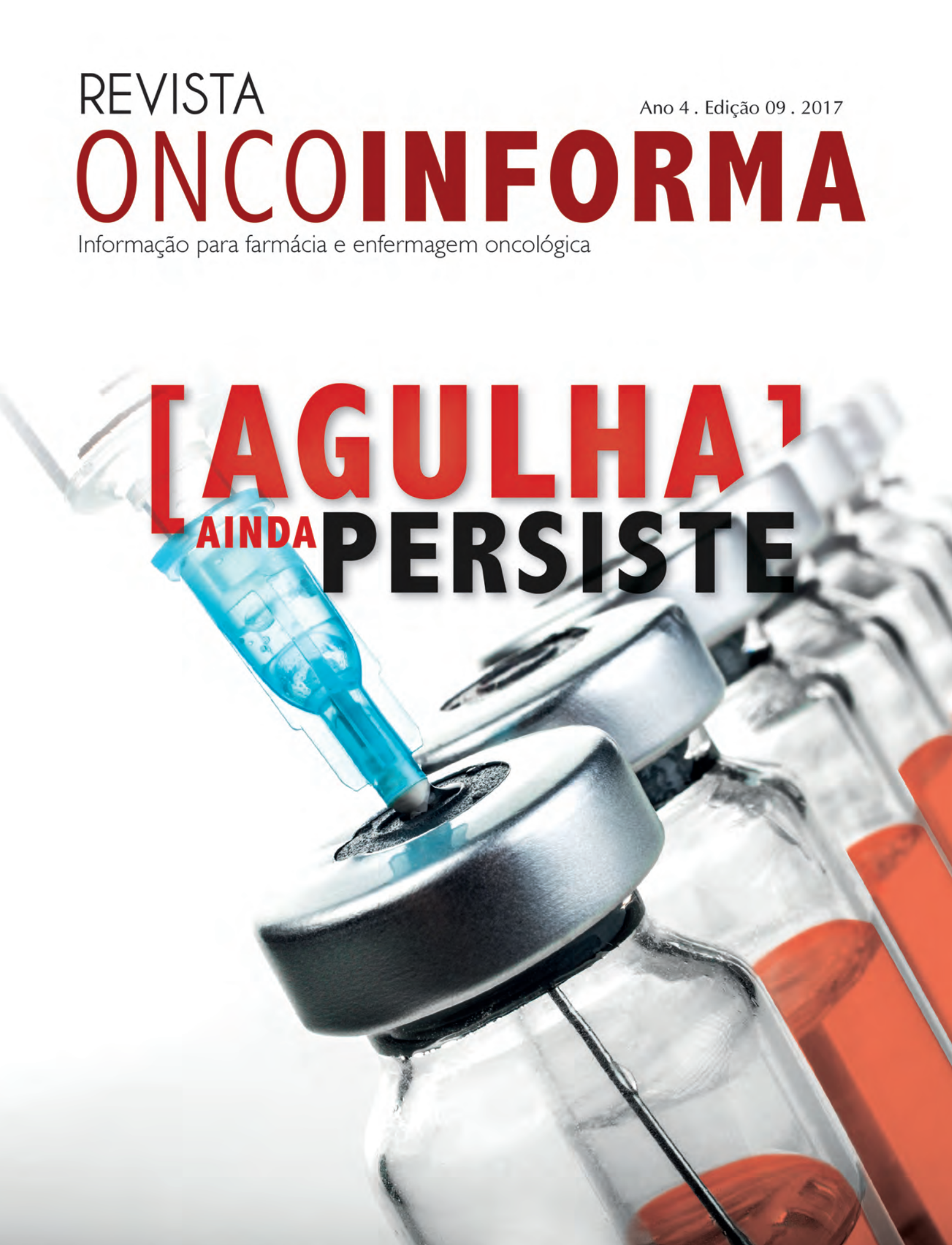


REVISTA

Ano 4 . Edição 09 . 2017

ONCOINFORMA

Informação para farmácia e enfermagem oncológica



[AGULHA]
AINDA PERSISTE

[ÍNDICE]

CARTA AO LEITOR

ARTIGO	04
Mito ou realidade?	
FARMÁCIA	10
O risco que perdura	
ARTIGO	16
Assistência de enfermagem em oncologia ambulatorial: prevenção de infecção	
ENFERMAGEM	18
Salina desbanca heparina	
DEPOIMENTOS	20



CARTA AO LEITOR

Nosso plano editorial para 2017 já está pronto. Nos propomos a trazer para o Brasil a discussão em torno dos atuais estudos publicados em todo o mundo. Para começar, temos dois ótimos artigos. No primeiro, a dra. Patricia Zancanella discorre sobre os recentes estudos quanto a pressão positiva e técnica pulsátil. Já o outro, é sobre a Assistência de enfermagem em oncologia ambulatorial. Também temos a satisfação de publicar uma matéria com uma das autoras mais respeitadas no cenário internacional da enfermagem oncológica: Godelive Alice Goossens, do Centro de Excelência do Hospital Universidade Leuven, da Bélgica.

Boa leitura!



Esta é uma publicação da BMR Medical - ISSN 2318-3098
Redação, edição e diagramação - BMR Medical - (41) 3093-3908
Jornalista responsável: Aline Meneguetti MTB 5526/ PR | Núcleo editorial: Aline Meneguetti e Patrícia Zancanella | Revisão: Edilma Rangel | Fotos: Divulgação e banco de imagens | Diagramação e Arte Finalização: Tamires Lourdes dos Santos | contato@bmrmedical.com.br



MITO ou REALIDADE?

TÉCNICAS FAMIGERADAS SÃO TEMA DE RECENTES ESTUDOS

Patricia Zancanella
Farmacêutica Bioquímica,
Mestre em Ciências Farmacêuticas
e Doutora em Química

25%

dos cateteres
se tornam
colonizados
por bactérias



Apesar do uso disseminado de cateteres no ambiente hospitalar, na vigência de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter (em inglês, sigla CRBSI), este dispositivo pode colocar a vida do paciente em risco. A CRBSI está entre as infecções mais comuns relacionadas à assistência, com incidência de 0,1 a 11,3 por 1000 cateteres/dia. Uma explicação para esta alta taxa é que 25% dos cateteres se tornam colonizados por bactérias.

Para prevenir obstrução de cateter, que, por sua vez, é uma fonte potencial de infecção, a recomendação de lavar e bloquear adequadamente o cateter vem sendo amplamente disseminada.

Aqui surgem alguns dos questionamentos que permeiam os serviços oncológicos.

Em se tratando de lavagem e bloqueio de cateter, quais são as técnicas mais eficientes para prevenção de oclusão?

R: Quando abordamos o tema oclusão de cateter, vale destacar a recomendação da *Infusion Nursing Society* recentemente publicada no *INS Infusion Standards of Practice (2016)*, página S104, item 48.1: "Dispositivos para acesso central [devem ser] regularmente verificados quanto à patência e funcionamento adequado, definido pela possibilidade de lavar o cateter sem resistência ao fluxo e obter retorno de sangue".

A técnica pulsátil é realmente mais eficiente? Se sim, quão mais eficiente?

R: Para responder esta questão, deve ser referenciado o excelente artigo *Pulsative flushing as a strategy to prevent bacterial colonization of vascular access devices*, publicado em 2014 por Ferroni et al., na *Medical Devices: Evidence and Research*. De acordo com os autores, já foi comprovado que o fluxo pulsátil é, sim, mais eficiente do que o fluxo contínuo na remoção de camada de proteína da parede endoluminal do cateter.

Mas e quanto à contaminação microbiana?

R: O objetivo da investigação conduzida por Ferroni e demais autores foi elucidar se a lavagem de cateter - utilizando técnica de fluxo pulsátil - é mais eficiente do que o fluxo contínuo na prevenção do acúmulo de bactérias na parede endoluminal do cateter, antes da formação de biofilme.

Em busca de evidências que comprovam tal hipótese - o fluxo pulsátil é mais eficiente do que o contínuo na redução da contaminação microbiana endoluminal - foram testados 576 cateteres utilizando *Staphylococcus aureus* como contaminante. *S. aureus* foi

eleito como microrganismo referência por comprovadamente ligar-se a cateteres intravasculares, estar associado à formação de biofilme e ser frequentemente identificado como responsável pelas infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter.

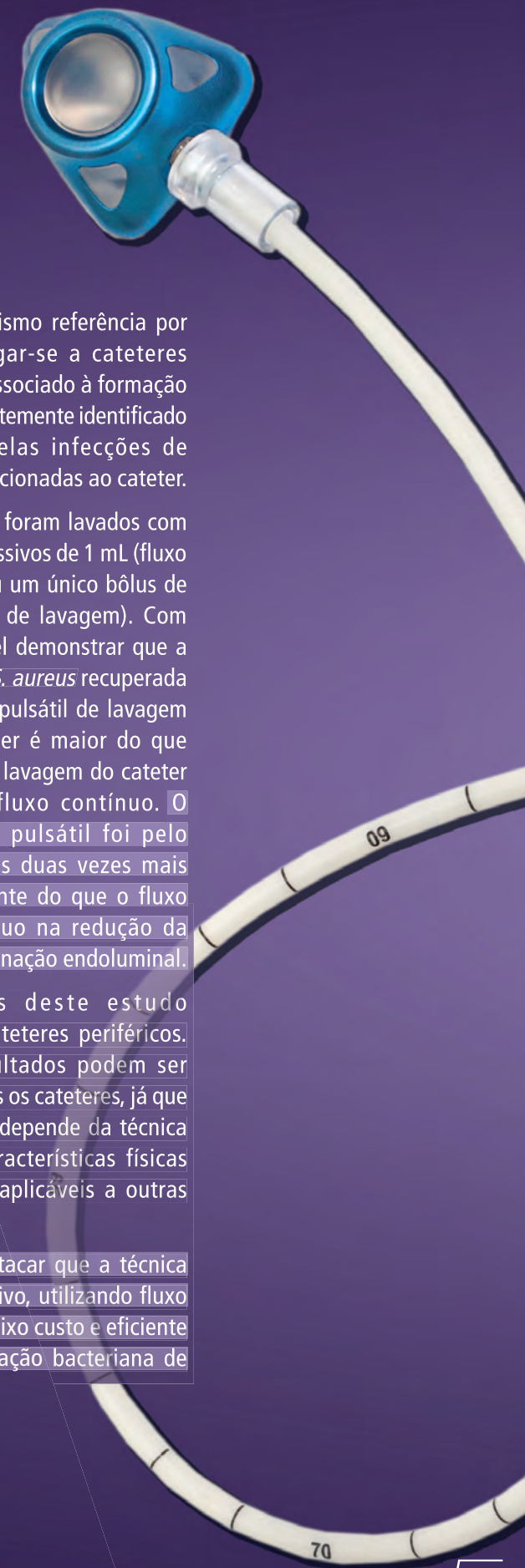
Os cateteres ensaiados foram lavados com salina em 10 bôlus sucessivos de 1 mL (fluxo pulsátil de lavagem) ou um único bôlus de 10 mL (fluxo contínuo de lavagem). Com o resultado, foi possível demonstrar que a

quantidade de *S. aureus* recuperada após fluxo pulsátil de lavagem do cateter é maior do que após a lavagem do cateter com fluxo contínuo. O fluxo pulsátil foi pelo menos duas vezes mais eficiente do que o fluxo contínuo na redução da contaminação endoluminal.

Os testes deste estudo empregaram cateteres periféricos.

Apesar disto, os resultados podem ser extrapolados para todos os cateteres, já que a eficácia do *flushing* depende da técnica usada, ou seja, as características físicas e hidrodinâmicas são aplicáveis a outras cânulas.

Para finalizar, vale destacar que a técnica de lavagem de dispositivo, utilizando fluxo pulsátil é simples, de baixo custo e eficiente na redução da colonização bacteriana de cateter.



PRESSÃO POSITIVA NO BLOQUEIO

A técnica é realmente imprescindível?



Você sabia...

1^a cada 4 cateteres pode se tornar OCLUÍDO

CAUSAS DE OCLUSÃO

42% TROMBÓTICAS

58% NÃO TROMBÓTICAS

Fonte: Cath Matters
www.cathmatters.com

O bloqueio de cateter é definido como a injeção de um volume limitado de uma solução após a lavagem do dispositivo. A expectativa é que a solução utilizada no bloqueio permaneça preenchendo o lúmen do cateter enquanto o dispositivo não for utilizado, prevenindo, assim, a formação de coágulo endoluminal e/ou colonização do cateter.

Quando se trata de diminuir o índice de complicações, vale referenciar a organização Cath Matters (<https://www.cathmatters.com/home/index.jsp>), dos Estados Unidos, que mantém um site de educação interativa, onde abriga vídeos com técnicas recomendadas e informações sobre as melhores práticas.

Um dado alarmante divulgado pelo Cath Matters aponta que um em cada quatro cateteres pode se tornar ocluído. Como causa desta oclusão, a organização aponta para as complicações trombóticas em **42%** dos casos contrapondo com os agentes não trombóticos em **58%** dos casos.

De acordo com a pesquisadora do tema Godelieve A. Goossens, no artigo *Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Deficit*, publicado em 2015 na revista *Nursing Research and Practice*, a técnica de pressão positiva no bloqueio passou a ser recomendada em 1987 para prevenir o retorno de sangue no interior do cateter.

Essencialmente, a técnica de pressão positiva consiste em fechar o clamp durante a injeção do último 0,5 mL de solução. Entretanto, este procedimento depende grandemente do conhecimento e habilidade do profissional que o executa. Em virtude da dificuldade de treinar, padronizar e implementar tal técnica de maneira uniforme, atualmente, tecnologias como conectores de deslocamento neutro, dentre outras, podem substituir esta técnica manual de pressão positiva.



OncoSafe® Neutractable®
Conector neutro para sistema fechado

LAVAGEM DE CATETER: SERINGA MAIOR OU MENOR

Há diferença?

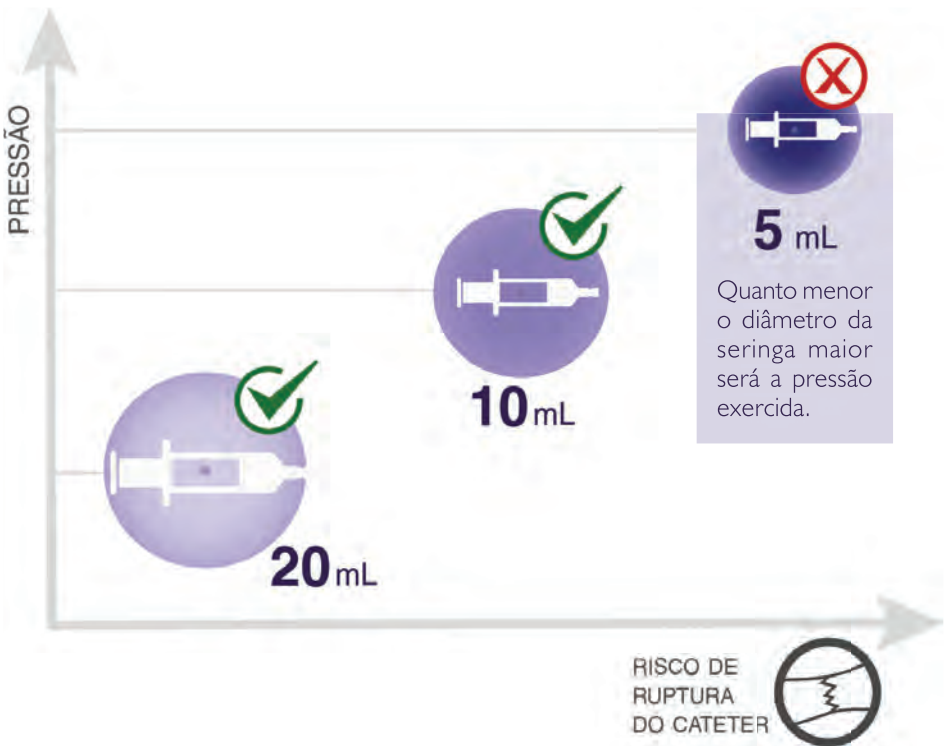
Diante de uma fórmula física: $P = \frac{F}{A}$ (onde "P" é pressão, "F" é força e "A" é o diâmetro), conclui-se que a lavagem utilizando seringas com diâmetros menores aumenta o risco de danos ao cateter.

Exemplificando: quando o êmbolo da seringa é forçado diante de uma resistência (durante o manuseio do cateter), a pressão exercida é tão grande que pode causar ruptura no port.

A mesma fórmula $P = \frac{F}{A}$ retrata que diante de seringas com diâmetros maiores (10 mL ou 20 mL), o risco de ruptura durante o manuseio do cateter diminui.

$$\downarrow P = \frac{F}{A} \uparrow$$

P = pressão
F = força
A = diâmetro



ONCOKIT[®]

ACESSO VENOSO

AGILIDADE E COMODIDADE AO REUNIR OS
MELHORES DISPOSITIVOS EM UMA ÚNICA EMBALAGEM



ONCOKIT MINILOC COM CAMPO FENESTRADO

Cadastro ANVISA nº 80299880115

- 1 máscara
 - 1 ou 2 pares de luva nitrílica
 - 1 OncoDrape[®] campo fenestrado
 - 1 envoltório
 - 1 toalha cirúrgica
 - 1 aplicador de antisséptico (retangular azul)
 - 5 gazes
 - 1 MiniLoc agulha de huber
 - 1 seringa de 10ml luer lock
 - 1 OncoDerm[®] curativo transparente
 - 1 SafenSimple[™] protetor cutâneo (sem álcool)
 - 3 tiras de fita microporosa
 - 1 swab de álcool
 - 1 instrução de uso
 - 1 adesivo check list
 - 1 PraxiJect seringa preenchida com solução salina
- Registro ANVISA nº 80299880095

Observação: É possível variar a quantidade e o tamanho das luvas e a medida da agulha de huber. Opte também por incluir ou não a PraxiJect[™], seringa preenchida com solução salina.

**ENCONTRE A OPÇÃO ADEQUADA
PARA O SEU PRODUTO**



ESTE KIT ATENDE ÀS RECOMENDAÇÕES
DA NR32, DO MINISTÉRIO DO TRABALHO
E DE SOCIEDADES DE ENFERMAGEM
NACIONAIS E INTERNACIONAIS.

Marcas: OncoKit[®] é marca registrada da BMR Medical. SafeStep[™] Huber Needle Set e MiniLoc[™] Safety Infusion Set são marcas registradas de Bard Access System; OncoDrape[®] e OncoDerm[®] são marcas registradas da BMR Medical; Praxiject[™] é marca registrada da MedXL.



O risco que perdura

Serviços de farmácia oncológicos e Sobrafo buscam minimizar o risco ocupacional ainda sem o aval de leis e normativas reguladoras.

Mas, até quando?

Que farmacêutico nunca vivenciou um acidente com perfurocortante durante a manipulação? Na apuração desta matéria alguns disseram sim, outros não. Porém, para sintetizar a discussão, com uma carreira de mais de 20 anos, a gerente da unidade de farmácia hospitalar do Hospital de Clínicas do Paraná, Gisele Manasses Lucas, conta:

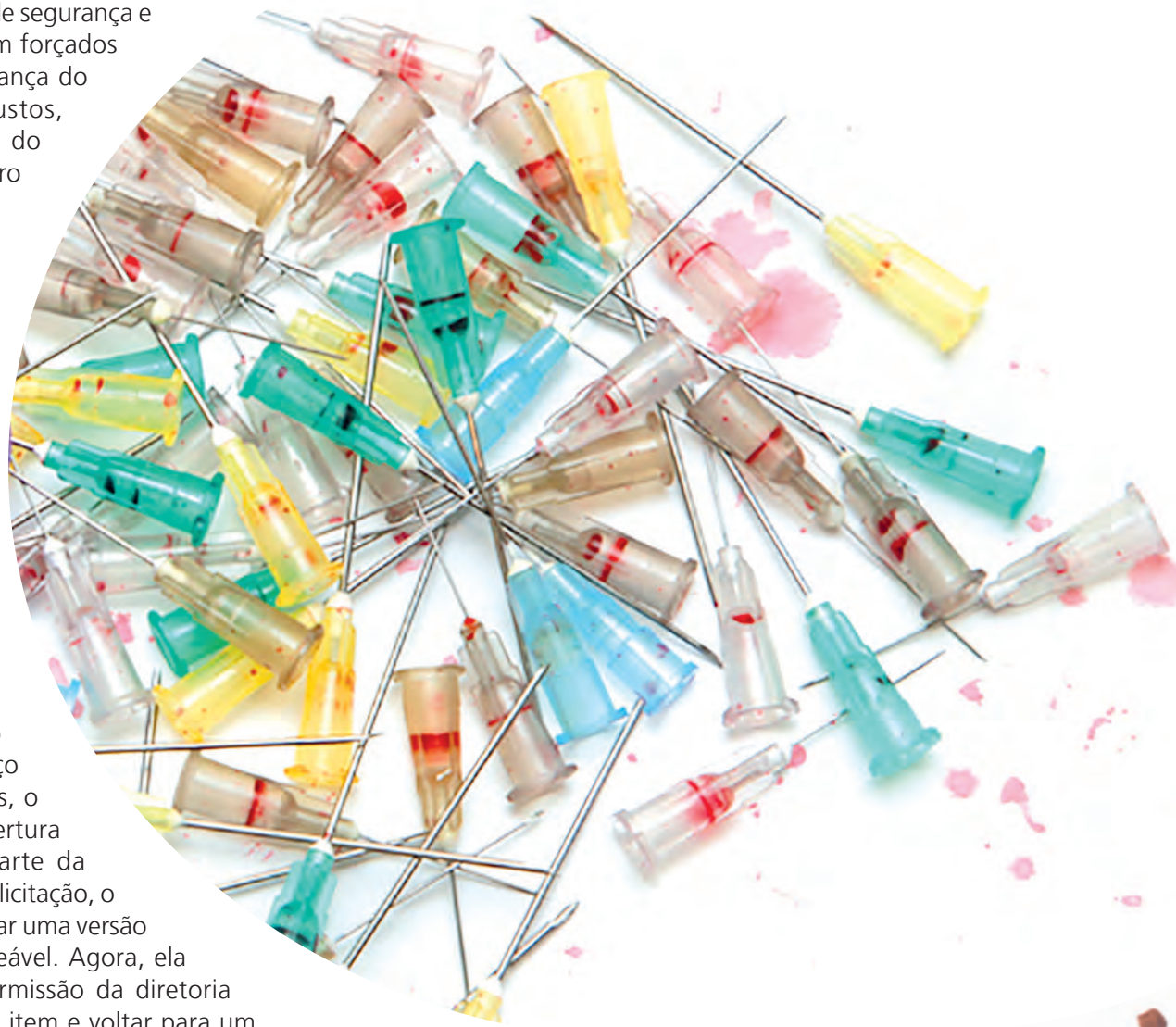
“É muito comum que um farmacêutico se fure com a agulha durante a manipulação. Também já observei frascos que estouram em decorrência da pressão. Contudo, o risco é maior quando o acidente ocorre com os farmacêuticos que manipulam antineoplásicos. Esses medicamentos são altamente perigosos, contaminam o ambiente e o operador, tanto por inalação de aerossóis, quanto por derramamento ou perfuração”.

Observando que a agulha oferece risco ao manipulador, vamos em busca das razões desta vilã permanecer no serviço de oncologia. Pensando na proteção dos trabalhadores, no caso da enfermagem, a Norma Regulamentadora 32 – NR 32 – implementada pelo Ministério do Trabalho em 2011, afastou deliberadamente qualquer agulha sem dispositivo de segurança em decorrência do risco biológico, se, é claro, a tecnologia estiver à disposição. Mas, no caso dos farmacêuticos, o risco de acidente de trabalho em questão é o químico. Então, não há obrigatoriedade.

Para a diretora de comunicação da Sobrafo (Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em Oncologia), Annemeri Livinalli, mestre em Ciências Farmacêuticas, a absorção do dispositivo

de segurança na enfermagem foi litigiosa. “As indústrias passaram a ser obrigadas a fabricar produtos com dispositivos de segurança e os hospitais e clínicas foram forçados a adotá-los. Quando a balança do administrador envolve custos, nem sempre a segurança do colaborador está em primeiro lugar”.

Por outro lado, quando o assunto é custo, os hospitais federais, com seus sistemas licitatórios, contabilizam vasta experiência. A gerente da unidade de Farmácia do Hospital de Clínicas do Paraná diz que é possível comprar qualidade, porém, a tarefa para provar a importância do material mais caro não é tão simples. Segundo ela, o exemplo é clássico. O serviço tinha, entre EPIs individuais, o macacão que fazia a cobertura do pescoço, punhos e parte da cabeça. Com o processo de licitação, o fornecedor passou a entregar uma versão mais simples, não impermeável. Agora, ela acaba de conquistar a permissão da diretoria para alterar a descrição do item e voltar para um modelo mais seguro.



“É muito comum que um farmacêutico se fure com a agulha durante a manipulação. Contudo, o risco é maior quando o acidente ocorre com os farmacêuticos que manipulam antineoplásicos.”

Gisele Manasses Lucas

Gerente da unidade de farmácia hospitalar
do Hospital de Clínicas do Paraná

“Uma legislação mais clara poderia nos ajudar a buscar por mais segurança para a classe profissional. Da maneira como está, somos obrigados, dia após dia, a buscar subitens na Resolução RDC Nº 220, de 21 de setembro de 2004, Publicada no Diário Oficial da União nº. 184, de 23 de setembro de 2004, de atribuição da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e em publicações internacionais ou em infinitos documentos que possam comprovar a necessidade de mais proteção”.

Diante deste limbo, onde a NR 32 especifica a necessidade de proteção do risco biológico e a Resolução RDC Nº 220-ANVISA cobre em tópicos gerais o preparo de medicamento, sem a menção aos perfurocortantes, o presidente da Sobrafo, Mario Jorge, traz a expectativa da classe por obter um respaldo jurídico em torno da segurança ocupacional no manuseio de produtos químicos perigosos como os antineoplásicos.

“Nestes dois anos de trabalho na presidência da Sobrafo, estamos, em parceria com o Conselho de Farmácia, tentando que o Ministério do Trabalho reveja suas normas regulamentadoras para incluir o pagamento de insalubridade e periculosidade, e, também, que reconheça, por meio dos estudos já existentes, que há risco químico na manipulação de medicamentos oncológicos”. Segundo o presidente da Sobrafo, duas reuniões já foram realizadas e a expectativa é positiva.

INTERCORRÊNCIAS

Gisele Manasses Lucas, gerente da unidade de farmácia hospitalar do Hospital de Clínicas do Paraná, conta que, não diferente do que ocorre em outras instituições, antes da área classificada inaugurada na década de 90, as manipulações eram realizadas pelas enfermeiras, nos andares do HC. Foi quando o serviço de medicina de trabalho da instituição registrou o maior pico de intercorrências na manipulação de antineoplásicos. “Foi naquele período que chegamos a ter relatos de enfermeiras que desenvolveram câncer em decorrência do trabalho”.

Hoje, o serviço, que entrega 100 doses de antineoplásicos por dia, minimiza cada vez mais os riscos por meio de controle, treinamento e rastreabilidade. Isso, na rotina de toda a equipe. Na farmácia do HC, os treinamentos ocorrem a cada seis meses,

quando a gerência reforça os riscos aos quais os farmacêuticos são expostos, entre eles, inalação de aerossóis, acidentes com perfurocortantes e extravasamentos.

Mas, nem mesmo todo esse controle impede que acidentes ocorram. Segundo o setor, em 2016 houve uma ocorrência com perfurocortante e em 2015, os registros apontam outro acidente semelhante e um extravasamento.

O Hospital de Clínicas do Paraná é um hospital sentinela. Atualmente, o setor funciona com 70% de sua capacidade para antibióticos manipulados em uma cabine específica. Há, ainda, outras três câmaras de fluxo e duas cabines de segurança.

SOBRE O HC UFPR

Desde 1979, o tratamento de excelência do Hospital de Clínicas do Paraná deriva de muito trabalho. Por exemplo, o pioneirismo dos médicos Ricardo Pasquini e Eurípedes Ferreira que criaram o serviço de transplante de medula óssea pediátrica. Em 1993, houve o primeiro transplante de sangue de cordão umbilical. Dois anos mais tarde, o serviço conseguiu realizar o primeiro transplante de medula entre doadores não aparentados da América Latina.

Atualmente, o índice de cura de pacientes com Anemia de Fanconi chega a 90%, utilizando a técnica desenvolvida pela instituição ao longo das últimas décadas.



Gisele Manasses Lucas
Gerente da unidade de farmácia hospitalar do Hospital de Clínicas do Paraná



Na busca por **+** SEGURANÇA

Para o farmacêutico Fred Soares, gerente de farmácia e suprimentos da Clínica Cettro, de Brasília, a realidade brasileira ainda não permite a adesão de um sistema totalmente fechado e livre de agulhas. “Nós chegamos a utilizar conectores para sistema fechado após um trabalho de classificação de drogas para aumentarmos a segurança, porém, não conseguimos justificar o custo no longo prazo”. Segundo ele, uma normativa poderia especificar aos planos de saúde que o dispositivo de sistema fechado não é apenas para proteger o profissional, mas sim uma fonte de redução da contaminação para toda a cadeia, inclusive para o paciente.

Soares conta que na rotina de manipulação, cerca de 70% das drogas são diluídas com o auxílio das agulhas.

Na época em que utilizou o sistema sem agulhas, o setor alcançou maior agilidade no processo de manipulação. Para ele, o aumento da performance poderia estar relacionada ao fato do profissional trabalhar sem medo de se expor, despreocupado com a agulha, em lesar a borracha, entre outros perigos abolidos com a tecnologia *needle free*. “Precisamos tentar uma fórmula para transformar a tecnologia em algo acessível. Quem sabe se houvesse um acordo em que pudéssemos repassar aos planos de saúde apenas o custo, sem buscar a lucratividade nestes conectores que prezam pela a segurança de todos”, sugere Soares.



Fred Soares
Gerente de farmácia e suprimentos da Clínica Cettro

ONCOSAFE®

Sistema fechado para manuseio de drogas

A MODERNIZAÇÃO DO SERVIÇO ONCOLÓGICO
CONEXÕES SEGURAS E ZERO AGULHA!

ONCOSAFE®
VIAL 13MM



ONCOSAFE®
VIAL 28MM



ONCOSAFE®
BAG ACCESS



ONCOSAFE®
TEXIUM®



ONCOSAFE®
SMARTSITE®



ONCOSAFE®
VENTED VIAL -
UNIVERSAL



Assistência de enfermagem em oncologia ambulatorial: prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter vascular e custo-efetividade

Janyce Cassiolato Marti Sguassabia Oliveira*
Julia Yaeko Kawagoe**
Lelia Gonçalves Rocha Martin***

*Enfermeira, Especialista em Oncologia, MBA Gestão em Saúde e Coordenadora de Projetos CLION Salvador/BA
**Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade Israelita Ciências da Saúde Albert Einstein
*** Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Ciências

Grande parte da infusão de antineoplásicos é realizada por meio do Cateter Venoso Central (CVC). Essa escolha deve-se ao risco de complicações relacionadas à administração de drogas por acesso venoso periférico. O CVC configura-se como um acesso seguro para o tratamento oncológico. O enfermeiro, na admissão do paciente, avalia a rede venosa e discute com a equipe médica a indicação de CVC, levando em consideração o diagnóstico, tempo de tratamento, característica das drogas, fragilidade capilar do paciente, possíveis complicações com o uso do CVC, entre outros pontos.

Considerando a imunossupressão, a necessidade de acesso central prolongado e o estado nutricional prejudicado dos pacientes, pode parecer uma missão impossível a ausência de infecção de corrente sanguínea (ICS) relacionada à CVC, entretanto, é altamente prevenível.

Prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em especial as ICS relacionadas à CVC, em pacientes com doença neoplásica, é uma das contribuições mais importantes para o tratamento. Já que as infecções aumentam a morbidade e a mortalidade, a carga financeira adicional para os sistemas de saúde, e podem, sobretudo, comprometer o sucesso do tratamento.

Anteriormente denominadas de infecções hospitalares, as IRAS podem acometer pacientes em atendimento ambulatorial ou domiciliar, eventos adversos que mais ocorrem em serviços de saúde, constituindo um problema de saúde pública e de risco para o paciente.

Neste ponto um questionamento surge. Qual a proporção de IRAS preveníveis?

Em busca da resposta, encontramos uma revisão sistemática com as evidências publicadas sobre a proporção evitável de infecção resultante de intervenções multimodais. Os autores encontraram variação de 10% a 70% no percentual de redução.

Segundo Pronovost et al. (2006), as intervenções que resultaram na redução de 66% das infecções, após intervenção multimodal para todas as unidades da UTI, incluíram práticas de inserção orientadas e baseadas em

evidências e um programa de educação sobre as estratégias de prevenção. O estudo foi conduzido em hospitais localizados em Michigan, semelhante aos resultados em UTI no sudoeste da Pensilvânia (Muto, 2005).

Resumindo, várias medidas podem ser adotadas com intuito de prevenir a infecção, como por exemplo, a utilização dos chamados “pacotes” ou “bundles” ou estratégias multimodais ou multifacetadas, onde medidas de prevenção são direcionadas para os mecanismos de infecção na inserção e manutenção de dispositivos vasculares.

Um case de sucesso sobre a implantação de bundles é o *Institute for Health Improvement* (IHI) que em 2004 lançou a campanha “Salve 100.000 Vidas”, com o intuito de introduzir pacotes de medidas baseados em evidências científicas. Um dos bundles era direcionado para Prevenção de Infecção na Inserção de CVC, chamado de *Central Line Bundle*. O resultado foi tão positivo que, em poucos anos, a campanha foi estendida com um novo apelo “Salve 5 Milhões de Vidas”.

Diante do exposto, podemos afirmar que a principal razão para prevenir as IRAS é “Salvar Vidas” e não reduzir custos (Katz MH, 2013).

Nos cuidados posteriores à inserção, existem medidas essenciais de prevenção de infecção. Para a segurança deste paciente é fundamental o procedimento de higienização das mãos antes de cuidados com o acesso vascular e/ou sistema de infusão. Também é preciso atenção quanto à desinfecção das conexões e conectores por até 15 segundos, com álcool a 70%, a cada vez que acessar o cateter vascular. A avaliação diária do local de inserção do cateter e uso de coberturas (adesivos) impermeáveis e transparentes estão dentre outras medidas recomendadas, com maior ou menor nível de evidência.

Quanto a viabilidade econômica para se prevenir a infecção, os serviços de saúde podem ter como espelho os estudos da década de 1980. Em um, por exemplo, é observado que, com programas de prevenção de infecção efetivos, existe a redução de custos, segundo ele, cerca de 30% (Haley RW, 1985).

Buscando estudos mais atuais, denota-se que um programa regional de prevenção e controle de infecção resultou na redução de IRAS específicas e com impacto econômico em 6 hospitais, durante 4 anos (Raschka S, 2013).

Com o intuito de tentar mensurar o custo decorrente das IRAS, trazemos, a título de curiosidade, o seguinte mapeamento: Infecção de Sítio Cirúrgico, US\$ 42.640; Infecção por Corrente Sanguínea por Cateter Central, US\$ 19.431; Infecção do Trato Urinário (ITU), US\$ 1.007; *Staphylococcus Aureus* resistente à Metilina (MRSA), US\$ 18.240; Enterococos resistentes à Vancomicina (VRE), US\$ 17.709; e Infecção por *Clostridium difficile* (CDI) - US\$ 2.789.

Ao todo, o programa regional (Raschka S, 2013) contabilizou a redução de 4.739 eventos de IRAS, nos 4 anos de vigência, com economia de US\$ 9,1 milhões, no total.

Esta análise de custo-benefício global confirmou o sucesso econômico que se tem ao reduzir as taxas de infecção. Também é possível ilustrar que o programa de prevenção e controle de infecção foi “auto-sustentável”, já a partir do segundo ano.

Todos estes números nos mostram que seguir as recomendações de prevenção das IRAS, em especial das ICS relacionadas à CVC, nas unidades ambulatoriais para pacientes oncológicos, pode ser um grande desafio.

Quanto a estratégia para vencer este combate às IRAS, é importante que o desenvolvimento de programas de melhoria seja contínuo, com apoio da direção, e envolvendo todos os serviços da saúde, na assistência direta e indireta dos pacientes, sem esquecer dos familiares. Ressalta-se também que é imprescindível a interrelação com outros serviços (hospitais, *home care*, serviços diagnósticos, entre outros).

E são estas políticas, estes procedimentos e rotinas institucionais com base em evidências científicas e educação continuada (com validação das competências, monitoramento das práticas e indicadores de resultados), que gerarão indicadores de boas práticas, com assistência mais segura aos pacientes e lucrativa para a instituição.

Você sabia: A incidência de infecção associada à dispositivos invasivos, por exemplo o cateter vascular, é 13 vezes maior nos países em desenvolvimento do que nos Estados Unidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

Allegranzi B, et al. of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. Lancet 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: ANVISA; 2013.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº. 63. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC Nº 36. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC 42. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.

Conley SB. Central line-associated bloodstream Infection prevention: standardizing practice focused on evidence-based guidelines. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2016.

Dal Forno CB, et al. Bloodstream Infection in the Intensive Care Unit: Preventable Adverse Events and Cost Savings. Value in Health Regional Issues, 2012.

Dick A, et al. A decade of investment in infection prevention: A cost effectiveness analysis. Am J Infect Control, 2015.

Friese CR. Practice Environments of Nurses Employed in Ambulatory Oncology Settings: Measure Refinement. Oncol Nurs Forum. 2012.

Haley RW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol. 1985.

Harris BD, et al. Strict hand hygiene and other practices shortened stays and cut costs and mortality in a pediatric intensive care unit. Health Aff. 2011.

Institute for Healthcare Improvement - IHI. Overview Protecting 5 million lives from harm. 2004.

Katz MH. Editor’s Note. Pay for Preventing (Not Causing) Health Care–Associated Infections. JAMA Internal Medicine, 2013.

Kawagoe JY, Correa L. Mecanismos da infecção. In: Martin LGR, Segre CAM. Manual Básico de Acessos Vasculares. São Paulo: Editora Atheneu; 2010. P.79-83.

Martin LGR. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013.

Muto C, et al. Reduction in central line-associated bloodstream infections among intensive care units- Pennsylvania, 2001.

O’Brien-Pallas L, et al. Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance. Ottawa (Ontário): Canadian Health Services Research Foundation; 2004.

ONS Connect. The official news magazine of the Oncology Nursing Society. Addressing the challenge of CLABSI prevention. 2016.

Pronovost P, et. al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. N Engl J Med 2006.

Raschka S, Dempster L, Bryce E. Health economic evaluation of an infection prevention and control program: Are quality and patient safety programs worth the investment? Am J Infect Control. 2013.

Rinke ML; et al. Central line maintenance bundles and CLABSI in ambulatory oncology patients. Pediatrics, 2013.

Silva AG e Oliveira AC. Prevenção da infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central: Uma revisão integrativa. Revista Visa em debate sociedade, ciência tecnologia. 2016.

Sousa B, Furlanetto J et al. Central venous access in oncology: ESMO clinical practice guidelines. Annals of Oncology, 2015.

Salina desbancou heparina

Pesquisadora belga, CDC e INS falam sobre as recentes pesquisas indicando a solução salina no bloqueio do cateter totalmente implantado

No que se refere à nova literatura sobre as técnicas para manuseio de cateter, a heparina, quando utilizada na manutenção do acesso vascular, passou a ser descrita como vilã que pode contribuir com a colonização e o crescimento de biofilme. Por este e outros motivos, estudiosos vislumbram que, num futuro próximo, a heparina poderá ser escassa no manuseio do cateter.

Especificando, trazemos o artigo publicado em 2013, “*Comparing normal saline versus diluted heparin to lock non-valved totally implantable venous access devices in cancer patients: a randomised, non-inferiority, open trial*”, fundamentado por Goossens G. A. et al., publicado pela Oxford University Press em nome da European Society for Medical Oncology.

Nele, há um retrospecto de que as indicações da heparina no bloqueio do cateter surgiram na década de 80 trazidas pela indústria na tentativa de se evitar coágulos.

“Ao contrário do esperado, não há nenhuma evidência comprovando que a heparina deve ser utilizada no bloqueio dos ports. Como nunca foi realizado estudo a respeito, acredito que os fabricantes recomendaram o uso de heparina para evitar a formação de coágulos e, desta forma, a oclusão”, conta a pesquisadora Goodelieve

Goossens, da University Hospitals Leuven, na Bélgica, em entrevista exclusiva para a revista Oncolnforma.

Quanto à razão da investigação para nortear a mudança da heparina para a salina, a pesquisadora Belga relata: “Nos últimos anos vários estudos surgiram para demonstrar que a solução de cloreto de sódio a 0,9% é tão eficaz quanto a heparina na manutenção da permeabilidade do cateter venoso”.

“Ao contrário do esperado, não há nenhuma evidência comprovando que a heparina deve ser utilizada no bloqueio dos ports.”

Especificando os benefícios da salina no manuseio do cateter, aspecto que tornou a heparina rara na Europa, desde 2008, Goossens nomeia alguns pontos:

SEGURANÇA PARA O PACIENTE: “a heparina pode aumentar a colonização do cateter e o crescimento do biofilme, aumentando o risco de infecção relacionada ao cateter.

O uso de heparina apresenta riscos potenciais, como trombocitopenia induzida pela heparina, sobredosagem iatrogênica, incompatibilidade de medicamentos, erros de medicação, além do risco de contaminação microbiana quando são utilizados frascos de dose múltipla”.

MELHORIA NO CUIDADO DA ENFERMAGEM: “o uso de solução salina no bloqueio do cateter simplifica o processo e reduz custos ao diminuir o tempo e os gastos com suprimentos e garante que o cuidado da enfermagem seja baseado em evidência científica”.

Redução da infecção

No estudo “*Flushing and Locking of Venous Catheter: Available Evidence and Evidence Deficit*”, a enfermeira e pesquisadora Goodelieve Goossens, da University Hospitals Leuven, ressalta que adotar um procedimento rigoroso e manter rotina constante de treinamentos junto da equipe de acesso vascular são as principais medidas para contribuir com a redução de infecção de corrente sanguínea relacionada à cateter.

Quanto aos métodos, segundo ela, é mandatório possuir dispositivos de qualidade. “Dependendo do produto utilizado, a prevenção de infecção também ocorre”. Pensando no procedimento de manutenção do cateter, Goossens exemplifica que na técnica pulsátil, que contempla o flushing por turbilhonamento para prevenção de oclusão, tudo o que não se quer é criar o refluxo no cateter. “Se não houver a padronização do fechamento do clamp enquanto se injeta o último mililitro de soro, a eficácia da ação será comprometida. Neste sentido, o uso de um conector neutro ajudaria muito na segurança da técnica”, completa Goossens.

Quanto às recomendações sobre a qualidade dos dispositivos, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention) guia os serviços de oncologia com a seguinte

recomendação: Categoria IA [189, 192, 194-196] “Minimize o risco de contaminação ... acessando o sistema vascular apenas com dispositivos estéreis”, conforme Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related, 2011.

Em entrevista, a divisão de Healthcare Quality Promotion do CDC diz que, a rigor, o acesso ao cateter deve ser realizado por técnica asséptica. Quanto ao flushing, é imprescindível que o caminho do fluido seja estéril.

Assim como já ocorre na Europa e nos Estados Unidos com outros fabricantes, foi introduzido no Brasil o OncoKit Acesso Venoso, produto que disponibiliza ao serviço de oncologia um método mais seguro e padronizado junto ao manuseio do port.

Segundo a empresa detentora do kit exclusivo no Brasil, BMR Medical, foram necessários quatro anos para que o projeto fosse concluído com total satisfação. “Nossa intenção foi reunir os melhores e mais seguros dispositivos em uma única embalagem, contribuindo com mais segurança, economia, padronização e comodidade para os hospitais, clínicas e pacientes”, diz Rafael Martinelli de Oliveira, CEO.



OncoKit Acesso Venoso, segue recomendação do CDC, INS e ONS.



“Nosso serviço incorporou o OncoKit no final de janeiro, mas desde o lançamento (em 2015) já o desejávamos por ser seguro para o paciente, ágil para o procedimento e cômodo para a clínica. Nosso serviço observou que os pacientes notaram a diferença. Eles destacaram que a película do OncoDerm não apresenta cheiro e possui a mesma aderência de antes”.

Barbara de Freitas
Enfermeira Oncológica e Responsável Técnica da Enfermagem
na Onkologia Clínica Médica, Criciúma - SC

”

“

Com o OncoKit nosso procedimento ficou mais seguro, com menos risco para o paciente. Desde a implantação do OncoKit, em meados de 2015, os pacientes apoiaram a implantação, principalmente, do aplicador de antisséptico. Para a enfermagem, o trabalho ficou mais rápido. Antes, hora ou outra, ocorria de faltar algum material. Agora tudo está à mão.”

Ariane de Andrade Machado
Enfermeira Oncológica e Responsável Técnica da Enfermagem no COP
(Centro de Oncologia do Paraná), de Curitiba - PR



DEPOI- MEN- TOS



Adriana Crespo
Enfermeira Oncológica e Gerente
Assistencial do Grupo CON (Centro
Oncológico de Niterói), de Niterói - RJ

“

Acabamos de incluir o campo fenestrado (OncoDrape) em nosso OncoKit por notarmos que o produto é mais uma barreira contra a infecção, permitindo também o apoio para a mão na punção. Com a padronização do OncoKit, passamos a economizar 50% do tempo que antes era necessário para preparar e punccionar o paciente.”

“

O OncoKit foi implantado pela praticidade. Com ele, temos todos os produtos já estéreis, sem estresse tanto para a enfermagem quanto para a clínica, que antes precisava se preocupar em comprar, esterilizar e montar os kits.”

Gisele Sakamoto
Farmacêutica Oncológica
Gerente de Suprimentos do Grupo CON (Centro Oncológico
de Niterói), de Niterói - RJ



“

A praticidade que o OncoKit traz para o serviço é essencial. O tempo da enfermagem foi agilizado, manuseamos menos os materiais estéreis e há menos riscos para o paciente. Quanto aos produtos, apreciamos o OncoDerm, curativo transparente e a Praxiject, seringa pré-preenchida com solução salina.”

Janaina Skronski Nogueira
Enfermeira Oncológica
Coordenadora de Enfermagem do CIONC (Centro
Integrado de Oncologia de Curitiba), de Curitiba - PR



ONCOSAFE® NeutraClear®

TRANSPARENTE E REALMENTE NEUTRO

Quando conectado ao acesso vascular do paciente, o **ONCOSAFE® Neutraclear®** permite a construção de um sistema fechado, eliminando agulhas e reduzindo a exposição ocupacional.



Importado e distribuído por:
BMR Medical Ltda.
+55 (41) 3093-3900
www.bmrmedical.com.br

ONCOSAFE® NeutraClear®
Cadastro ANVISA nº 80299880110
ONCOSAFE® é marca registrada da BMR Medical.
NeutraClear® é marca registrada da CairLGL

PRAXIJECT SALINE

SERINGA PREENCHIDA COM SOLUÇÃO SALINA

COMPLETAMENTE ESTÉRIL TANTO POR DENTRO QUANTO POR FORA

COMPROVADO: REDUÇÃO NA TAXA DE INFECÇÃO



NOVA APRESENTAÇÃO 20ML
**MAIOR DIÂMETRO COM MAIS
SEGURANÇA, COMODIDADE
E MENOR CUSTO**

+ AUMENTA

Segurança
Economia de tempo
Eficiência na administração

- DIMINUI

Riscos de danos ao cateter
Desperdícios e custos
Riscos de erros na administração

NaCl 0,9% USP	3 mL	5 mL	10 mL	20 mL
Seringa	10 mL	10 mL	10 mL	20 mL
Código	4.05.00000	4.05.00025	4.05.00026*	4.05.00034
Quantidade	100	100 seringas	100 seringas	60 seringas

*Disponível no Oncokit

Importado e distribuído por:
BMR Medical Ltda.
+55 (41) 3093-3900
www.bmrmedical.com.br

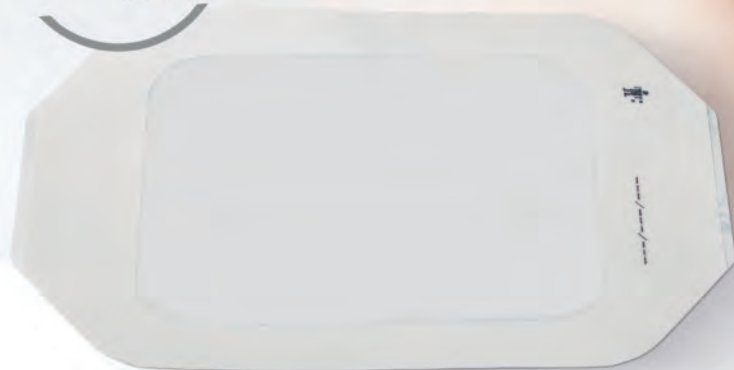
PraxijectTM é marca registrada da MedXL Inc.
Fabricado no Canadá
Registro ANVISA 80299880095

ONCoderm®

CURATIVO TRANSPARENTE

MONITORAMENTO CONTÍNUO
DO LOCAL DE PUNÇÃO

DISPONÍVEL NO
ONCOKIT®
ACESSO VENOSO



Maior **cuidado** com a **pele**
Mais **conforto** ao **paciente**

- **Reduz** o risco de **infecção**
- Monitoramento **contínuo**
- Fácil de **aplicar** e **remover**
- Promove cumprimento de **protocolos** e **boas práticas**
- **Eficaz barreira** para prevenção de **infecção**