

Um *checklist* pré-operatório em cirurgia plástica estética

The preoperative checklist in aesthetic plastic surgery

JAIME ANGER¹
 NELSON LETIZIO²
 MAURÍCIO OREL²
 JOSÉ LEÃO DE SOUZA JUNIOR³
 MÁRCIO MARTINES DOS
 SANTOS⁴

Trabalho realizado no
 Hospital Israelita Albert Einstein,
 São Paulo, SP, Brasil.

Artigo submetido pelo SGP
 (Sistema de Gestão de
 Publicações) da RBCP.

Artigo recebido: 13/1/2011
 Artigo aceito: 21/2/2011

RESUMO

Os autores apresentam um *checklist* para ser utilizado na última etapa da consulta pré-operatória de cirurgias plásticas estéticas, composto de 29 perguntas, com respostas do tipo sim e não, quatro espaços para inserção de dados e uma questão para classificação do nível de risco em trombose venosa profunda. Os quesitos são divididos em três tabelas relativas a três áreas: anestesia, aspectos psicológicos e riscos clínicos. As respostas são enquadradas em quatro cores, que identificam o nível de risco e sugerem o grau de atenção. Uma quarta tabela agregada contém fontes de referência de fácil acesso durante a consulta médica, pela Internet ou por aparelhos portáteis que contenham programas de dados que forneçam informações sobre medicações ou afecções. A finalidade do *checklist* é diminuir a possibilidade de ocorrências indesejáveis que envolvam o processo cirúrgico, pela identificação do nível de risco de cada item revisto.

Descritores: Lista de checagem. Cirurgia plástica. Cuidados pré-operatórios. Complicações intra-operatórias/prevenção & controle. Complicações pós-operatórias/prevenção & controle.

ABSTRACT

The authors suggest a checklist intended to be used as a final step during the preoperative consultation. It includes 29 yes/no questions, 1 question to classify the level of deep vein thrombosis (DVT) risk and 4 blank fields to be completed included in 3 tables. Each table comprehends a different area: anesthesia, psychological aspects and clinical risk factors. The yes/no answers are underlined by colors, each one of them representing the risk level and suggesting the level of attention. The fourth table presents resources based on Web or portable electronic devices for fast research during the consultation. The checklist was proposed in order to review all necessary items included in the decision process, through the identification of the risk level of each one of these items.

Keywords: Checklist. Plastic surgery. Preoperative care. Intraoperative complications/prevention & control. Postoperative complications/prevention & control.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, acumulou-se uma quantidade imensa de conhecimento na área médica, o que foi facilitado pelos avanços tecnológicos e científicos e, sobretudo, pelos meios de comunicação. O treinamento dos médicos tem sido cada vez mais longo e intenso. Na cirurgia plástica estética, a proliferação de eventos científicos e o consequente intercâmbio de

conhecimento levaram à maior especialização dos médicos e ao avanço das técnicas operatórias. A popularização dos procedimentos cirúrgicos estéticos e o maior acesso dos pacientes à cirurgia plástica resultaram no aumento do número de operações realizadas. Embora tenham sido criados profissionais de extraordinária capacidade, ocorrências não desejáveis continuam ocorrendo de forma persistente, algumas delas frustrantes e desmoralizantes.

1. Cirurgião plástico do Hospital Israelita Albert Einstein e do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil.
2. Cirurgião plástico do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
3. Cardiologista do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.
4. Anestesiologista do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Há, portanto, a necessidade de serem criadas estratégias para identificar as falhas que poderiam levar a complicações consideradas evitáveis. Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um estudo com a aplicação de um *checklist* cirúrgico no período intraoperatório, baseado numa lista simples de checagem nas diferentes etapas de uma cirurgia, que diminuiu significativamente o índice de complicações¹.

Neste artigo é relatada a criação de um *checklist* pré-operatório para aplicação em cirurgias plásticas de finalidade estética.

MÉTODOS

Este *checklist* é composto de 29 perguntas, com respostas do tipo sim e não, uma pergunta sobre a classificação do risco de trombose venosa profunda, e quatro espaços para serem preenchidos com informações específicas. O *checklist* está dividido em três áreas: anestesia, aspectos psicológicos e

riscos clínicos (Quadros 1 a 3). Há também uma lista de fontes de informação de consulta rápida e facilmente acessíveis ao médico pela Internet ou por aparelhos eletrônicos portáteis, como Iphone® e Ipad® (Quadro 4).

As respostas são enquadradas por cores, que identificam níveis de atenção correspondentes aos níveis de risco cirúrgico, com a seguinte definição: verde, risco irrelevante; azul, baixo risco; amarelo, médio risco; e vermelho, alto risco (Quadro 5). Esses parâmetros foram baseados em relatos científicos publicados, que compreendem a identificação de riscos e de complicações. Esse *checklist* deve ser aplicado como última etapa da consulta final pré-operatória.

DISCUSSÃO

A utilização de um *checklist* tem se tornado cada vez mais frequente nas diferentes áreas de atuação, como construção civil, gastronomia, aviação e até mesmo na área financeira.

Quadro 1 – Procedimento anestésico.

Anestesia local sem a presença de um médico anestesista		Não	Sim
Qual é a classificação do paciente (ASA)?			
Foi necessário pedir ao paciente para passar por consulta com o médico anestesista?		Não	Sim
Foi necessário entrar em contato com o médico anestesista para discutir o caso?		Não	Sim
ASA Categoria ^A	Condição pré-operatória	Comentários ^{B-D}	
P 1	Paciente saudável, sem anormalidades	Sem distúrbios orgânicos, fisiológicos ou psiquiátricos, excluindo os extremos de idade. Saudável, com boa tolerância a exercícios	
P 2	Paciente com doença sistêmica controlada, não grave	Sem limitações funcionais. Apresenta doença bem controlada, em um único sistema do organismo; hipertensão arterial controlada ou diabetes sem comprometimento sistêmico; fumante sem DPOC; obesidade leve; gravidez; alteração psiquiátrica utilizando medicação psicofarmacológica	
P 3	Paciente com doença sistêmica grave	Alguma limitação funcional. Apresenta doença controlada em mais de um sistema do organismo ou em um sistema principal. Sem risco imediato de morte. ICC; angina do peito estável; histórico antigo de infarto do miocárdio; hipertensão arterial não bem controlada; obesidade mórbida; insuficiência renal crônica; doença broncoespástica com sintomas intermitentes; desordem psiquiátrica aguda	
P 4	Paciente com doença sistêmica grave e com risco constante de morte	Apresenta pelo menos uma doença grave mal controlada ou em estágio final. Possível risco de morte. Angina do peito instável. DPOC sintomática, ICC sintomática. Falência hepatorenal	
P 5	Paciente moribundo. Não é esperada sua sobrevivência se não for realizada a cirurgia	Não é esperada sua sobrevivência por mais de 24 horas se não for realizada a cirurgia. Risco iminente de morte. Falência de múltiplos órgãos; septicemia com instabilidade hemodinâmica; hipotermia; coagulopatia mal controlada	
P 6	Paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos serão removidos com a finalidade de transplante		

DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC = insuficiência cardíaca congestiva.

Quadro 2 – Aspectos psicológicos.

Paciente já fez alguma consulta com psiquiatra ou psicólogo?	Não	Sim
Paciente está em tratamento psiquiátrico atualmente?	Não	Sim
Paciente já fez tratamento psiquiátrico?	Não	Sim
Paciente já se submeteu a psicoterapia?	Não	Sim
Paciente faz psicoterapia atualmente?	Não	Sim
Paciente faz uso de medicação psicofarmacológica?	Não	Sim
Se utiliza atualmente, qual é a medicação?		
A medicação utilizada interfere na cirurgia/anestesia ^E ?	Não	Sim
Foi necessário discutir o caso com o psiquiatra?	Não	Sim
Foi necessária a solicitação de relatório do psiquiatra?	Não	Sim
O paciente compareceu desacompanhado à consulta?	Não	Sim
Foi necessário pedir ao paciente para retornar a nova consulta com acompanhante?	Não	Sim
É a primeira cirurgia estética do paciente?	Não	Sim
Paciente já fez quatro (ou mais) consultas com diferentes cirurgiões plásticos para a mesma pretendida cirurgia?	Não	Sim
Paciente já foi submetido a outras cirurgias estéticas com outros médicos?	Não	Sim
Paciente faz uso de bebidas alcoólicas (mais de dois copos por dia para homens; um copo por dia para mulheres)?	Não	Sim
Paciente faz uso de drogas psicoativas?	Não	Sim

Quadro 3 – Fatores de risco clínico^F.

Idade > 70 anos	Não	Sim	
Baixa capacidade funcional (≤ 4 METS: andar < 2 quarteirões sem parar ou com dificuldade de subir um lance de escadas)	Não	Sim	
Hipertensão arterial sistêmica sem hipertrofia ventricular	Não	Sim	
Diabetes melito dependente de insulina	Não	Sim	
DPOC ou $PO_2 < 60$ mmHg ou $PCO_2 > 50$ mmHg	Não	Sim	
Insuficiência renal (creatinina $\geq 2,3$ mg/dl)	Não	Sim	
Doença hepática com escore MELD > 14 ^G	Não	Sim	
Doença cardíaca ativa: doença valvular (estenose mitral ou aórtica); arritmia; infarto agudo do miocárdio < 6 meses; insuficiência cardíaca; edema agudo de pulmão < 1 mês	Não	Sim	
Fumante	Não	Sim	
Risco de trombose venosa profunda	Baixo	Médio	Alto
Paciente faz uso de medicação que interfere na cirurgia/anestesia?	Não	Sim	
Se fizer uso, qual é a medicação?			
Alergia à medicação ou a material (suturas ou curativos)	Não	Sim	
Se a resposta for sim, qual?			

DPOC = doença pulmonar obstrutiva crônica; escore MELD = *Model for End-Stage Liver Disease*; PCO_2 = pressão de gás carbônico; PO_2 = pressão de oxigênio.

Em especial na aviação, demonstrou ser de extrema importância e tornou-se parte fundamental e obrigatória para início de qualquer voo². A experiência com o emprego de listas de checagem na Medicina é recente, e tem como único exemplo de grande repercussão o *checklist* cirúrgico em fase

pré-operatória. Essa simples lista de perguntas, como identificar o lado do corpo em que será efetuada a intervenção cirúrgica, provocou significativa queda do índice de erros^{1,2}.

Este artigo tem por finalidade apresentar um *checklist* como um processo de reavaliação final de todas as etapas

Quadro 4 – Fontes de informação.

A	Internet	http://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx
B	Internet	http://my.clevelandclinic.org/services/anesthesia/hic_asa_physical_classification_system.aspx
C	Iphone	Eponymus
D	Iphone	http://www.whonamedit.com/azlist.cfm/x.html
E	Iphone	Epocrates
F	Internet	Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, Calkins H, Chaikof EL, Fleischmann KE, et al. ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) developed in collaboration with the American Society of Echocardiography, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Rhythm Society, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, and Society for Vascular Surgery. <i>J Am Coll Cardiol.</i> 2007;50(17):e159-241.
G	Internet	www.unos.org/resources/meldPeldCalculator.asp
H	Internet	Anger J, Baruzzi ACA, Knobel E. Um protocolo de prevenção de trombose venosa profunda em cirurgia plástica. <i>Rev Soc Bras Cir Plást.</i> 2003;18(1):47-54. Disponível em: http://www.rbc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=351
I	Internet	Young VL, Watson ME. The need for venous thromboembolism (VTE) prophylaxis in plastic surgery. <i>Aesthet Surg J.</i> 2006;26(2):157-75.

Quadro 5 – Critérios de atenção.

Critérios de atenção: cor	
Risco irrelevante	verde
Baixo risco	azul
Médio risco	amarelo
Alto risco	vermelho

consideradas de rotina no atendimento de um paciente cirúrgico, em que o médico responde às questões e preenche os dados ao fim da última consulta. O objetivo é identificar possíveis omissões e reforçar a necessidade de serem executadas medidas previamente consideradas. Os itens foram criados com base nos relatos de eventos adversos e nas experiências clínicas e anestésicas acumuladas.

Em relação ao procedimento anestésico, é mais seguro que o cirurgião avalie e classifique o risco segundo o critério da *American Society for Anesthesiology (ASA)*, já durante o processo de consulta. Essa é apenas uma forma de triagem, já que a avaliação final do risco anestésico será realizada pelo anestesista. Podem surgir situações em que a classificação não seja ASA 1 ou de dúvidas sobre medicações ou alergias, em que essa avaliação prévia pode assegurar maior interação com o anestesista, por meio de consulta verbal ou presencial do paciente no período disponível antes da cirurgia.

A classificação ASA limita-se apenas ao conteúdo da coluna “Condição pré-operatória”, no Quadro 1. Para ilustrar e facilitar a classificação, foi inserida a coluna “Comentários” para cada nível, com base no relato da Cleveland Clinic (Cleveland, OH, Estados Unidos), com o acréscimo de um item na categoria ASA 2, que é o tratamento ativo psiquiátrico

com drogas psicofarmacológicas. A alteração psiquiátrica é considerada uma doença ativa^{3,4}.

As perguntas contidas na seção relativa aos aspectos psicológicos baseiam-se em artigos publicados. Em 1998, Sarwer et al.⁵, analisando de modo prospectivo 100 pacientes submetidos a cirurgia estética, detectaram dismorfofobia corporal em 7% desses indivíduos, índice significativamente maior que o de 2% detectado por Andreasen e Bardach⁶ em população similar. Hodgkinson⁷, em 2005, afirmou que pacientes com cirurgias plásticas prévias e especialmente descontentes com o resultado podem ser portadores de dismorfofobia corporal. A presença de acompanhante em consulta foi considerada necessária, já que o paciente frequentemente não retém as informações e explicações fornecidas pelo médico⁸.

O estágio atual de técnicas anestésicas e de avaliação clínica permite a realização de cirurgias com relativa segurança, e a tendência é de que pacientes classificados como ASA 2 possam ser submetidos a cirurgias consideradas de finalidade estética. Portanto, o Quadro 3, que inclui fatores de risco clínico, pode ser de utilidade para a revisão final desses pacientes. A classificação de risco de trombose venosa profunda foi baseada no trabalho de Anger et al.⁹, publicado em 2003.

O grande volume de conhecimento científico sempre auxiliou o médico, mas também pode colocá-lo em situações difíceis, pois é impossível conhecer tudo e estar atualizado em tudo na prática médica. Novas medicações e novos tratamentos surgem diariamente. A lista de fontes de informação, apresentada no Quadro 4, tem como finalidade permitir uma consulta rápida no período de atendimento do paciente. Essa lista contém portais de Internet e programas como o Epocrates®, de consulta livre, que permitem rápida busca de

informações durante a consulta médica. Isso permite identificar e controlar eventuais riscos decorrentes de medicação utilizada pelo paciente, como psicofármacos. Com o uso cada vez mais frequente de drogas psicofarmacológicas que podem alterar o ato anestésico ou até aumentar o risco de trombose venosa profunda, é importante que o médico tenha informações atualizadas sobre esses medicamentos.

A classificação das respostas por cores, relacionando-as com níveis de risco, tem como objetivo chamar a atenção do cirurgião na avaliação final individual de cada paciente. A classificação do risco foi baseada em dados da literatura. Não foi proposta a quantificação das cores resultantes para mensurar um risco para cada paciente.

Como foi bem demonstrado na aviação, a disciplina e a organização no seguimento rígido de um *checklist* aumentaram os níveis de segurança em voo². Obviamente, acidentes que venham a ocorrer, a introdução de novas tecnologias e a evolução das que já estão sendo utilizadas tornam necessária a reformulação constante do *checklist* da aviação. Essa mesma flexibilidade deve ser seguida no *checklist* pré-operatório. Sua utilização em séries extensas de pacientes deve possibilitar a quantificação e a qualificação das falhas evitáveis.

REFERÊNCIAS

1. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al.; Safe Surgery Saves Lives Study Group. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9.
2. Gawande A. *The checklist manifesto: how to get things right*. New York: Metropolitan Books; 2009.
3. American Society of Anesthesiologists. ASA Physical Status Classification System. Disponível em: <http://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx>. Acesso em: 11/1/2011.
4. Cleveland Clinic. ASA Physical Classification System. Disponível em: http://my.clevelandclinic.org/services/anesthesia/hic_asa_physical_classification_system.aspx. Acesso em: 11/1/2011.
5. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998;101(6):1644-9.
6. Andreasen NC, Bardach J. Dysmorphophobia: symptom or disease? *Am J Psychiatry*. 1977;134(6):673-6.
7. Hodgkinson DJ. Identifying the body-dysmorphic patient in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 2005;29(6):503-9.
8. Godwin Y. Do they listen? A review of information retained by patients following consent for reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg*. 2000;53(2):121-5.
9. Anger J, Baruzzi ACA, Knobel E. Um protocolo de prevenção de trombose venosa profunda em cirurgia plástica. *Rev Soc Bras Cir Plást*. 2003;18(1):47-54.

Correspondência para:

Jaime Anger
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 3.889 – Jardim Paulista – São Paulo, SP, Brasil – CEP 01401-001
E-mail: anger@uol.com.br