

SEGURANÇA DO DOENTE NA CIRURGIA DO MELANOMA

João Borges-Costa¹, MD, PhD; Luís Soares de Almeida², MD, PhD; Isabel Fernandes³, MD; Elias Fortes⁴, Manuel Sacramento Marques⁵, MD

¹Assistente Hospitalar de Dermatovenerologia, Serviço de Dermatologia, CHLN / Consultant of Dermatology, Dermatology Department, CHLN, Lisboa; Professor Auxiliar Convidado de Dermatologia da FML / Professor of Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar Graduado de Dermatovenerologia, Serviço de Dermatologia, CHLN / Graduated Consultant of Dermatology, Dermatology Department, CHLN, Lisboa; Professor Auxiliar Convidado de Dermatologia da FML / Professor of Dermatology and Venereology

³Assistente Hospitalar de Oncologia do CHLN / Consultant of Oncology, CHLN, Lisboa

⁴Engenheiro Informático do Serviço de Sistemas de Informação do CHLN / Informatic Engineer of the Information Systems Department, CHLN, Lisboa

⁵Chefe de Serviço de Dermatologia e Venereologia e Diretor do Serviço de Dermatologia e Venereologia do CHLN / Consultant Chief of Dermatology and Venereology and Head of Dermatology Department, CHLN, Lisboa
Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Serviço de Oncologia e Serviço de Sistemas de Informação, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

RESUMO – Introdução: A promoção da segurança do doente é cada vez mais essencial na organização dos procedimentos na área da saúde. Os objetivos deste trabalho foram a deteção de potenciais falhas que podem ocorrer desde a marcação da excisão de um melanoma até às consultas de seguimento e propor/aplicar soluções. **Material e métodos:** Na análise das potenciais falhas na cirurgia do melanoma, recorremos a uma FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*). **Resultados:** As falhas encontradas que podem acarretar maior severidade para o doente foram a não comparência à cirurgia, excisão da lesão errada e não comparência à consulta pós cirurgia. Para prevenir a não entrega de resultados aos doentes e a perda assim da possibilidade de um tratamento eficaz ou de seguimento, recorreu-se a uma aplicação informática que alerta os clínicos quando há um resultado positivo para melanoma. **Conclusões:** É responsabilidade do dermatologista, em conjunto com outros profissionais, identificar as oportunidades e áreas onde a intervenção pode prevenir falhas no tratamento e seguimento dos doentes com melanoma.

PALAVRAS-CHAVE – Segurança do doente; Melanoma; Aplicações da informática.

PATIENT SAFETY IN MELANOMA SURGERY

ABSTRACT – Introduction: patient safety is a growing concern in healthcare management. The main objectives of our work were the detection of potentially avoidable errors in the treatment of patients with melanoma and search for solutions to improve patient safety. **Material and methods:** FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) was used for analysis of the potentially avoidable errors in melanoma surgery. **Results:** Failure to attend surgery or post treatment follow up and wrong site surgery were the most potentially dangerous procedural errors found in melanoma treatment. An informatic application was used to improve communication between the laboratory and the clinician and to avoid both failures to deliver a positive result to the patient and loss of follow up. **Conclusions:** dermatologists, working together with other healthcare workers, must actively search for opportunities to improve patient safety during melanoma treatment.

KEY-WORDS – Patient safety; Melanoma; Role of informatics.

Artigo Original

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Recebido/Received – Novembro/November 2012; Aceite/Accepted – Dezembro/December 2012

Por decisão dos autores, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.

Correspondência:

Prof. Dr. João Borges da Costa

Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa

Hospital de Santa Maria

Av. Prof. Egas Moniz

1649-028 Lisboa

Tel.: +351 217805196

Fax: +351 217954447

E-mail: joaobc77@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O melanoma é o cancro cutâneo com maior mortalidade e, nos países ocidentais, é ainda a neoplasia com maior aumento de incidência nas últimas décadas. Não existe terapêutica eficaz nos estadios avançados e a sobrevivência nestes, nomeadamente no estadio IV, é de apenas 5% aos 5 anos¹.

A dermatologia, à semelhança de especialidades como a radiologia e a anatomia patológica, é uma especialidade em que o diagnóstico é baseado no reconhecimento de padrões. O ratio de erro nestas especialidades é de 2-5%, o que é inferior à média de 10 a 15% para as outras especialidades^{2,3}. A percentagem de complicações para os procedimentos dermatológicos é inferior a 0,5%, aumentando para 1%, quando se usa anestesia local^{2,3}.

No sistema judicial dos Estados Unidos, o melanoma é o erro de diagnóstico mais frequente pelo qual os dermatologistas são acusados e também a condenação com valor de indemnização médio mais elevado⁴. Em Portugal, estas complicações não são notificadas, mas os prémios de seguros profissionais exigidos aos dermatologistas são inferiores aos das outras especialidades cirúrgicas e médico-cirúrgicas. Esta diferença

é, provavelmente, consequência do menor número de complicações da anestesia local em comparação com a anestesia geral (3-22% de complicações)⁵.

A percepção da justiça pelos doentes e profissionais de saúde como morosa e de difícil acesso é, provavelmente, uma das causas da baixa litigância na saúde no nosso país. Existem assim poucos estímulos ou pressões nas instituições de saúde para que se estude ou invista na segurança e na melhoria da prestação de cuidados aos doentes.

As queixas dos doentes, no entanto, têm aumentado e os profissionais de saúde estão também mais sensibilizados para estas questões. Leis, como a de 2007, sobre a responsabilidade extracontratual do estado, ajudam também a sensibilizar as instituições de saúde.

A direcção geral de saúde publicou já as orientações da Organização Mundial de Saúde de 2009⁵ para cirurgia segura, mas estas *check-lists* não são aplicáveis aos procedimentos dermatológicos, por serem com anestesia local, não haver administração de fármacos sistémicos ou perdas de sangue relevantes/retenção inadvertida de compressas.

Existem, no entanto, problemas comuns, como a infecção da ferida operatória e o risco de cirurgia do local errado.

A academia americana de dermatologia² identificou os problemas mais relevantes na segurança dos pacientes em dermatologia (Tabela 1), sendo pioneira na área da segurança do doente nesta especialidade.

Os objetivos deste trabalho foi detetar de forma sistemática potenciais falhas e minimizar os riscos decorrentes destas na trajetória do doente com melanoma, desde a referenciação para excisão do melanoma até às consultas de seguimento.

Tabela 1 - Problemas na segurança do doente na especialidade de dermatologia (adaptado de Elston DM et al, 2009)

ERROS E ATRASOS NO DIAGNÓSTICO	ERROS NA MEDICAÇÃO
Cirurgia no local errado	Falhas de supervisão
Identificação incorreta do paciente e das biopsias cutâneas	Problemas na comunicação entre os clínicos, laboratório e doentes

MATERIAL E MÉTODOS

Na análise das potenciais falhas na cirurgia do melanoma, recorremos a uma FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*). Esta é um instrumento⁶ cujo objetivo é, através da pesquisa de potenciais falhas em cada etapa da trajetória da doença e de propostas de ações para melhorar, aumentar a segurança e fiabilidade de um produto ou procedimento.

Não encontramos, até onde foi possível pesquisar na literatura, FMEA desenhadas para a trajetória do melanoma, pelo que adaptamos as existentes para cuidados de saúde⁶.

O índice de severidade varia entre 1 (mínima) e 10 (muito alta) e o índice de deteção entre 1 (certamente será detetado) e 10 (certamente não será detetado). Não temos, no entanto, dados na literatura sobre a ocorrência das falhas, o que impede o cálculo de índices de risco.

RESULTADOS

As potenciais falhas encontradas, ações recomendadas e identificação dos responsáveis pelas correções estão identificadas na Tabela 2. As falhas encontradas que podem acarretar maior severidade para o doente foram a não comparência à cirurgia, excisão da lesão errada e não comparência à consulta pós cirurgia. A informatização das marcações de cirurgia

dermatológica já está planeada no hospital, mas não foi ainda implementada.

Atuamos, com o objetivo de prevenir falhas na entrega de resultados positivos ao doente, na comunicação entre o laboratório de histopatologia e o clínico. Foi assim desenvolvida pela informática, com o apoio dos autores, uma aplicação que permite ao responsável pelo laboratório enviar uma mensagem com a informação relativa a um diagnóstico de melanoma ou de outra patologia com risco potencial para o doente para o ambiente de trabalho do software utilizado para pedir análises clínicas. Esta mensagem surge de forma que não permite que seja ignorada e está implementada desde Novembro de 2012. O seu principal objetivo é alertar o clínico, evitando assim que a não comparência do doente leve a não deteção de excisões incompletas, ausência de estadiamento ou de seguimento.

DISCUSSÃO

O melanoma foi escolhido para esta aplicação da FMEA por ser uma patologia onde o dermatologista pode ter maior impacto, quer no doente, quer na instituição de saúde.

O dermatologista tem papel central nesta neoplasia e vários estudos de análise económica já demonstraram um bom ratio de custo efectividade associado aos rastreios^{1,7} e às campanhas de educação⁸.

Esta aplicação da FMEA para identificar falhas tem várias limitações. Uma limitação importante é a falta de dados epidemiológicos em Portugal. Existem dados de efeitos adversos nas admissões hospitalares, 11,1%⁹, mas não para o ambulatório de dermatologia, existindo apenas os disponibilizados pela Academia Americana de Dermatologia. Estes podem, naturalmente, não refletir a nossa realidade e não permitem avançar para cálculo de índices de risco.

Este método de análise das falhas, no entanto, tem adquirido uma importância cada vez maior na área da saúde¹⁰ e tem ainda a vantagem de poder ser atualizado, de forma a incluir novas falhas potenciais.

É importante que as administrações das instituições de saúde e gabinetes de risco, para além de incentivar estes estudos, promovam também a segurança do doente. Esta será mais eficaz se tiver enfoque na abordagem do sistema e no envolvimento dos profissionais de saúde. É essencial também promover uma cultura de segurança que incentive a notificação dos efeitos adversos e que dê *feedback* sobre os resultados obtidos quer aos doentes, quer aos profissionais de saúde.

Artigo Original

Tabela 2 - Análise modal de falhas para a cirurgia do melanoma

ETAPA	FALHAS	EFEITO	SEV	CAUSA	POSSÍVEIS DETETORES	DET	ACÇÃO RECOMENDADA	RESPONSÁVEL PELA CORRECÇÃO
Marcação da cirurgia	Perda ou não entrega do papel de marcação	Atraso ou não realização de cirurgia	8	Má comunicação, esquecimento do médico ou do doente	Médico, doente, administrativo	5	Informatização dos pedidos de marcação	Médico, Informática
Preparação pré cirúrgica	Não paragem de anti-coagulantes ou agregantes	Protelamento da cirurgia	3	Má comunicação, esquecimento do doente	Médico, enfermeiro	3	Entrega de folheto com informação antes da cirurgia	Médico
Cirurgia	Excisão da lesão errada	Não tratamento	9	Falha de verificação dos registos clínicos, má comunicação	Médico, doente	6	Confirmar sempre com o doente e registos. Inclusão da localização da lesão no consentimento	Médico
Processamento das peças operatórias	Erro na identificação das biopsias	Entrega de resultado falso negativo para melanoma	7	Sobrecarga de trabalho, falta de verificação	Enfermeiro, técnicos do laboratório	5	Preencher sempre requisição após cada cirurgia, verificação sistemática das etiquetas clínicas	Enfermeiro
Infeção pós operatória	Má desinfecção na cirurgia ou pensos posteriores	Celulite/linfagite, má cicatrização	5	Idiopática ou má prática profissional	Doente e Enfermeiro	3	Cumprir guidelines e o primeiro penso ser feito pelo enfermeiro presente na cirurgia ou da mesma equipa de enfermagem	Médico, Enfermeiro
Consulta pós cirurgia	Não comparência do doente	Não detecção de excisão incompleta. Atraso na referenciação à oncologia e/ou para cirurgia do gânglio sentinela. Perda de seguimento	9	Má comunicação, esquecimento do doente	Médico, administrativo	8	Doente sair sempre da cirurgia com consulta marcada. Verificação sistemática de resultados não entregues aos doentes. Comunicação entre laboratório e clínico	Médico, Informática
Consultas de seguimento	Não comparência do doente	Perda de oportunidade de alterar hábitos de exposição solar. Não detecção de novas lesões	6	Má comunicação, esquecimento do doente	Médico, administrativo	7	Convocar doentes. Algoritmo informático que detete faltas às consultas de seguimento	Médico, Informática

Nota: sev= severidade e det= deteção

A não realização da cirurgia, excisão de lesão errada e não comparência à consulta pós cirurgia são as que têm maior consequência para o doente, nomeadamente mortalidade. A identificação incorrecta da lesão a excisar pelo dermatologista, em conjunto, com o doente ocorreu em 12% dos casos num estudo prospectivo¹¹. Esta percentagem subiu para 17%, quando a identificação era realizada apenas pelo doente. A excisão de lesão errada e a falha na identificação da

biopsia são as falhas com consequências médico-legais e de prestígio para os profissionais de saúde e para as instituições.

A infecção da ferida operatória representa 15% da infecção associada aos cuidados de saúde⁵. Na dermatologia, em contraste com outras especialidades cirúrgicas, não está, normalmente, associada a mortalidade, mas tem morbilidade e custos económicos. O penso é muitas vezes feito pelo próprio doente ou

por enfermeiros com pouca prática em enfermagem dermatológica. Após a cirurgia, é explicada e dada ao doente, preferencialmente escrita, informação sobre o penso, mas o *stress* associado a estas intervenções levam, naturalmente, a que o doente não perceba as indicações ou que fique posteriormente com dúvidas.

Se o primeiro penso for efectuado por enfermeiro da equipa, familiarizado com as cirurgias efectuadas na unidade, o doente beneficiará de mais uma oportunidade para esclarecer dúvidas, assim como de um tratamento mais adequado e possibilidade de detectar precocemente a infecção.

Os doentes, quer no sistema de saúde público, quer no sistema privado têm frequentemente a expectativa de que se houver um diagnóstico de cancro, os médicos/instituição de saúde não se esquecerá de os chamar. Existe também uma confiança injustificada quer do doente, quer do médico na capacidade da memória humana em não se esquecer da consulta ou de convocar os doentes com resultados positivos. É importante assim comunicar aos doentes a importância de não faltar às consultas e criar formas de verificação sistemática de resultados não entregues. Os administrativos e sobretudo a informática, com aplicações que permitam detectar faltas a consultas programadas podem aumentar as barreiras de segurança contra a ocorrência destas falhas.

O desenho das organizações tem assim impacto na segurança dos doentes e quanto maior for o número de defesas colocadas, mais segura será a atividade médica¹².

É necessário também atualizar periodicamente esta análise, para incorporar novas falhas que se detectem no futuro e incentivar a colaboração de todos os profissionais envolvidos para reportar falhas e identificar áreas a melhorar.

No contexto da situação económica actual, estas acções recomendadas têm a vantagem de não acarretarem mais custos, uma vez que consistem em melhorar os procedimentos já efectuados, utilizando os recursos existentes. Podem também ajudar a prevenir falhas, que tenham consequências judiciais.

Os doentes com neoplasias cutâneas devem ser seguidos de forma periódica, de acordo com as recomendações internacionais, para a detecção de recidivas ou novas lesões. Os doentes após algum tempo faltam a estas consultas por esquecimento ou por má comunicação da importância destas pelo médico. O desenho de um algoritmo informático que permitisse avisar os doentes, com o consentimento destes, das consultas programadas, permitiria um melhor seguimento e

prestação de cuidados de saúde ao doente. A instituição de saúde seria também beneficiada, por uma redução no número de faltas.

Estas falhas e acções recomendadas poderão ser utilizadas por outras especialidades, nomeadamente cirurgia plástica e cirurgia de ambulatório da cirurgia geral. Poderão ser ainda adaptadas, corrigindo-se os graus de gravidade/detecção a outras neoplasias cutâneas com maior prevalência na população, como o basalioma e o carcinoma espinocelular.

CONCLUSÕES

É responsabilidade do dermatologista, em conjunto com outros profissionais, identificar as oportunidades e áreas onde a intervenção pode prevenir falhas no tratamento e seguimento nos doentes com melanoma.

BIBLIOGRAFIA

1. Freedberg KA, Geller AC, Miller DR, Lew RA, Koh HK. Screening for malignant melanoma: a cost-effectiveness analysis. *J Am Acad Dermatol*, 1999; 41:738-45.
2. Elston DM, Taylor JS, Coldiron B, Hood AF, Read SI, Resneck JS, et al. Patient safety and the dermatologists. Part I. *J Am Acad Dermatol*, 2009; 61:179-90.
3. Elston DM, Stratman E, Johnson-Jahangir H, Watson A, Swiggum S, Hanke W. Patient safety. Part II. Opportunities for improvement in patient safety. *J Am Acad Dermatol*, 2009; 61:193-205.
4. Moshell NA, Parikh PD, Oetgen WJ. Characteristics of medical professional liability claims against dermatologists: data from 2704 closed claims in a voluntary registry. *J Am Acad Dermatol*, 2012; 66:78-85.
5. Organização Mundial de Saúde. Nova York: OMS; 2009. Orientações da OMS para cirurgia segura 2009. [consultado 2012 Setembro 15]. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
6. Healthcare Failure Mode and Effects Analysis. (Veterans health administration national center for patient safety. Healthcare failure mode and effect analysis course materials. Santa Monica: HFMEA; 2012[consultado 2012 Agosto 27]. Disponível em www.patientsafety.gov.
7. Souza R, Mattedi A, Rezende M, Corrêa M, Duarte E. Estimativa do custo do tratamento do câncer de

Artigo Original

- pele tipo melanoma no Estado de São Paulo - Brasil. *An Bras Dermatol.* 2009; 84(3):237-43.
8. Cristofolini M, Bianchi R, Bio S, Decarli A, Hanau C, Micciolo R, et al. Analysis of the cost-effectiveness ratio of the health campaign for the early diagnosis of cutaneous melanoma in Trentino, Italy. *Cancer*, 1993; 71:370-74.
 9. Sousa P, Sousa Uva A, Serranheira F, Leite E, Nunes C. Segurança do doente – eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacto e evitabilidade. Lisboa: ENSP;2011. [consultado 2012 Agosto 27] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt>.
 10. Crespo de Carvalho J, Ramos T. *Logística na Saúde*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2009.
 11. Ke M, Moul D, Camouse M, Avram M, Carranza D, Soriano T, et al. Where is it? The utility of biopsy-site surgery. *Dermatol Surg.* 2010; 36:198-202.
 12. Fragata J. *Segurança dos doentes. Uma abordagem prática*. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2011.