



Práctica anestésica segura en cirugía plástica

Dra. Nora Lorena López-León,* Dr. Miguel Ángel García-Lara**

* Anestesióloga Adscrita. Hospital Manuel Gea González.

** Anestesiólogo Adscrito. Hospital Médica Sur.

Si bien ningún procedimiento quirúrgico-anestésico está libre de complicaciones, la cirugía plástica estética ocupa un apartado especial en cuanto a las reclamaciones legales debido a varios factores: a) la mayoría de los pacientes son «sanos», b) se busca una satisfacción más subjetiva que objetiva, c) a diferencia de una cirugía terapéutica, se valoran los resultados, más que los medios, d) pocos seguros cubren este tipo de procedimientos y algunos pacientes consideran la demanda como una forma de «obtener dinero»⁽¹⁾. Frecuentemente las cirugías son programadas en clínicas pequeñas, con personal con poca experiencia. Los medios de comunicación por su parte, difunden estándares de belleza y abundante información acerca de resultados mágicos así como accidentes y presunta «mala praxis» de los médicos, lo que favorece la generación de reclamos, nos coloca en una situación más vulnerable ante alguna complicación y expone al profesional a ser frecuentemente demandado⁽¹⁾.

Tipo de pacientes. Muchas personas que desean una cirugía estética padecen trastornos de personalidad tipo narcisistas, neurosis, hipersensibilidad a los fracasos y frustración, trastorno dismórfico corporal con una incidencia de entre 0.5 y 0.7%, o inclusive compulsión a realizarse procedimientos estéticos hasta el 40% como en la aplicación de bótox. Si se presenta un juicio médico-legal y el cirujano plástico pretende defender la «necesidad de la cirugía» como parte de la «terapéutica» de afecciones psíquicas del paciente, el diagnóstico debe estar establecido por un profesional en el ámbito de la salud mental ya que un cirujano plástico no puede establecer un diagnóstico psiquiátrico⁽¹⁾. La mayoría de los procedimientos estéticos no son cubiertos por seguridad social o seguros médicos particulares, por lo que ante la aparición de problemas, es frecuente que traten de recuperar lo invertido mediante reclamaciones por responsabilidad profesional, muchas veces sin fundamento. He aquí la importancia de la adecuada selección de pacientes; un buen

candidato es inteligente, educado, sabe escuchar y entiende los pros y los contras de las cirugías. Son malos candidatos los que presentan defectos imaginarios o menores pero que les causa angustia y altera su vida social, o los que ya han tenido varias cirugías, con diferentes médicos o que ya han demandado previamente, así como los pacientes agresivos, muy demandantes con expectativas poco realistas.

Los **errores humanos** en la práctica de la medicina constituyen una amenaza para la seguridad de los pacientes, desde errores leves que pueden pasar inadvertidos tanto por el personal como por los propios pacientes, hasta errores graves que pueden terminar en lesiones, discapacidad o muerte del paciente⁽²⁾ que se estima de 100,000 a 400,000 muertes en Estados Unidos al año⁽³⁾. Los errores con el personal de enfermería pueden conducir a «efectos adversos prevenibles»⁽²⁾. Los errores en la medicación ocurren en 5.3% de los medicamentos administrados durante cirugía y también pueden ser cometidos por el anestesiólogo, ya que se ha reportado que hasta el 94% ha tenido al menos un error de este tipo⁽³⁾. Como medidas preventivas se sugiere tener a la mano etiquetadores de colores con los nombres de los fármacos. Para prevenir futuros errores se sugiere hacer un reporte de incidentes, sin buscar culpables y brindar apoyo para ayudar a cambiar actitudes y hábitos de quien administra medicamentos⁽³⁾. Para los protocolos de seguridad para administración de fármacos se están desarrollando adelantos tecnológicos, electrónicos y digitales, como el sistema SAFERsleep, el dispositivo Duo Check⁽⁴⁾ o VEINROM⁽⁵⁾. Frecuentemente estos errores no pueden ser reversibles, por eso la mejor forma de «tratarlos» es prevenirlos. Algunos jefes de unidad consideran que si un médico comete un error de administración, se debe descansar de su servicio por un tiempo⁽⁵⁾.

Como causa de eventos adversos relevantes por su gravedad y frecuencia, se encuentran las **infecciones intrahospitalarias**⁽⁶⁾, por lo que es importante hacer hincapié en el

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

lavado correcto y frecuente de manos, instrumental y material quirúrgico.

Un punto muy importante para poder prevenir complicaciones es verificar **el establecimiento** donde trabajamos, que debe regirse bajo las Normas Oficiales Mexicanas «Para la práctica de la anestesiología», «Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria», «Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada», etc. La mayoría de las veces los problemas surgen por falta de previsión, realizando cirugías con nivel de atención inadecuado o consultorios sin normas de seguridad, pudiendo clasificarse como homicidio culposo «el realizar cirugías en un ámbito físico precario, no habilitado como quirófano, bajo deplorables condiciones de asepsia»⁽¹⁾. Es importante tener acuerdos de transferencia interhospitalaria en caso necesario⁽⁷⁾.

Documentación médica. Muchas patologías previas de los pacientes pueden alterar los resultados, por lo que éstas deben constar en el expediente (tabaquismo, obesidad, enfermedades previas, alergias a medicamentos, etc.). El consentimiento informado adquiere relevancia en estos procedimientos, pues al ser totalmente electivos, la necesidad de información es mayor que en otras especialidades, no hay manera de justificar una limitación en la información ante la premura del procedimiento, explicando incluso las complicaciones improbables pero posibles, como por ejemplo, riesgo de quemosis, edema o ceguera por el decúbito ventral, riesgo de lesión arterial en caso de monitoreo invasivo, riesgo de lesiones nerviosas o de tejidos blandos por la posición quirúrgica, riesgo de anafilaxia, hipotermia y sus consecuencias, etc. La falta del consentimiento, torna antijurídico el acto médico y obliga a imputar al médico la totalidad de los daños. Una historia clínica bien elaborada constituye una presunción de buena praxis, lo que unido a otras circunstancias, puede demostrar la falta de culpabilidad del especialista⁽¹⁾.

Respecto al **cirujano plástico** con el que se trabaje, es importante asegurarse de que tenga los documentos que acrediten su preparación, con el fin de avalar su experiencia y conocimientos⁽¹⁾. En cuanto a la **duración**, se sugiere que los

procedimientos duren menos de seis horas y se realicen por la mañana, ya que así disminuye el riesgo de complicaciones⁽⁸⁾.

Para evitar complicaciones anestésicas y quirúrgicas como formación de hematomas en cirugía facial, es importante una emersión anestésica suave, evitar la tos y la náusea y vómito postoperatorios, así como un rápido tiempo de recuperación con rápido retorno de estado de conciencia y protección de la vía aérea con reflejos de protección adecuados⁽⁷⁾. Debe existir comunicación y cooperación entre el cirujano y anestesiólogo ya que quizás se requiera disminuir la concentración de epinefrina en pacientes hipertensos. Los pacientes fumadores crónicos y que consumen alcohol, pueden presentar interacción con el sistema enzimático p450 e incrementar los requerimientos de opioides, bloqueadores neuromusculares y generación de metabolitos potencialmente tóxicos de los agentes halogenados, pudiendo complicar la recuperación del paciente. Mantener normotermia, principalmente en ancianos. Los pacientes con SAOS (síndrome de apnea obstructiva del sueño) no deben someterse a procedimientos ambulatorios a menos que sus comorbilidades estén optimizadas, ya que hay una fuerte correlación con la presencia de obesidad, síndrome metabólico, hipertensión sistémica y pulmonar, arritmias, falla cardíaca e infartos⁽⁷⁾.

Si bien no se puede evitar una demanda por parte de un paciente, hay que tratar de minimizar la posibilidad de éstas, manteniendo la ética y el cumplimiento de las normas de seguridad. El expediente clínico completo con historia clínica, valoración anestésica, consentimiento informado, registro transanestésico, atención en recuperación así como descripción y tratamiento de las complicaciones en caso de presentarse, nos ayudarán en caso de una demanda al poder demostrar que se hizo todo lo correcto en tiempo y forma y que quizás los resultados adversos fueron debidos a situaciones particulares de cada paciente y no a nuestra falta de integración de todos los elementos necesarios para un procedimiento quirúrgico⁽¹⁾. Debemos realizar dichos procedimientos bajo el mayor cuidado y atención en nuestro actuar y el entorno en el que lo realizamos; tanto por la vida y seguridad del paciente, como por la salud mental, física y laboral del anestesiólogo.

REFERENCIAS

- Vítolo F. Aspectos médico-legales y manejo de riesgos en cirugía estética. Biblioteca Virtual NOBLE. Enero 2009.
- Zarza-Arizmendi MD, Alba-Leonel A, Salcedo-Alvarez RA. El currículum de enfermería y la seguridad del paciente. Revista CONAMED. 2008;13:33-37.
- Wahr JA, Abernathy JH 3rd, Lazarra EH, Keebler JR, Wall MH, Lynch I, et al. Medication safety in the operating room: literature and expert-based recommendations. Br J Anaesth. 2017;118:32-43.
- Orser BA, Hyland S, U D, Sheppard I, Wilson CR. Review article: improving drug safety for patients undergoing anesthesia and surgery. Can J Anaesth. 2013;60:127-135.
- Dhawan I, Tewari A, Sehgal S, Sinha AC. Medication errors in anesthesia: unacceptable or unavoidable? Rev Bras Anestesiol. 2017;67:184-192.
- Fajardo-Dolci GE, Rodríguez-Suárez J, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A, Zavala-Suárez E, Aguirre-Gas E. Lineamientos generales para el cuidado de la seguridad del paciente. Revista CONAMED. 2008;13:38-56.
- Nekhendzy V, Ramaiah VK. Prevention of perioperative and anesthesia-related complications in facial cosmetic surgery. Facial Plast Surg Clin North Am. 2013;21:559-577.
- Phillips BT, Wang ED, Rodman AJ, Watterson PA, Smith KL, Finical SJ, et al. Anesthesia duration as a marker for surgical complications in office-based plastic surgery. Ann Plast Surg. 2012;69:408-411.