

La seguridad en Cirugía Plástica, un bien supremo que no podemos dejar escapar

Jorge Enrique BAYTER-MARÍN

Especialista en Anestesiología y Reanimación, Especialista en Medicina Crítica y Cuidados Intensivos.

Profesor Asociado de Postgrado, Universidad Sanitas, Bogotá, Colombia.

Director Médico de la Clínica "El Pilar", Bucaramanga, Colombia

Coordinador del Comité de Seguridad en Cirugía Plástica, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE)



Bayter Marín, J.E.

Hablar de seguridad en Cirugía Plástica es un tema complejo que no solo depende de nosotros, los cirujanos plásticos y anestesiólogos que trabajamos en la especialidad, sino que incluye a todos los que forman parte del equipo, como son los pacientes, las instituciones de salud, los hospitales, los estamentos de salud, y en muchos casos la clase política; esto quiere decir que hablamos de una responsabilidad compartida.

En muchos países de Iberoamérica la especialidad no ha sido reglamentada por la clase política, y esto permite a médicos generales, cirujanos, ginecólogos, enfermeras e incluso a personal no médico, realizar procedimientos como la liposucción y confundir a los pacientes ante la vista ciega en muchas ocasiones de los estamentos sanitarios, que permiten conductas que ponen en riesgo la vida de los pacientes y el prestigio de la Cirugía Plástica, y que llegan incluso a provocar un problema de salud pública.

Es nuestro deber alzar la voz contra todo esto y revestir de seguridad nuestro acto médico. Para ello debemos recalcar a las nuevas generaciones de cirujanos plásticos que nuestra razón de ser es el paciente y que todo lo que hagamos debe estar revestido de un aura de seguridad.

Hoy en día, la mortalidad en Cirugía Plástica parecería ser alta. Las series publicadas en distintas partes del mundo, ya sea en Norteamérica o en Europa, muestran mortalidad en liposucción de 1 entre cada 5.000 procedimientos⁽¹⁾ y de 1 entre cada 3.500 en abdominoplastia o en cirugía combinada, en comparación con una mortalidad de 1 entre cada 100.000 procedimientos en pacientes ASA 1.

Es por esto que en la última década se ha iniciado en todo el mundo un nuevo y revolucionario camino hacia la Cirugía Plástica segura, muy parecido al que inició la aviación hace 60 años. La base de esta nueva CULTURA es reconocer nuestras complicaciones, aprender de ellas y establecer protocolos para prevenirlas; y es por esto que hoy en muchos de los más importantes congresos de la especialidad están incluidos módulos de seguridad en los que cirujanos plásticos, anestesiólogos, y personal de enfermería, comparten experiencias destinadas a que nuestro paciente sea el eje fundamental de esta nueva cultura. Y cuando hablamos de CULTURA hablamos de lo que "hacemos cuando nadie nos ve", es decir, aquellas acciones que están incrustadas en nuestra mente y en nuestro

actuar y que simplemente fluyen para el bienestar de nuestros pacientes y de nosotros mismos. Este proceso hizo que la aviación virara de una mortalidad de 1 entre cada 10.000 pasajeros hace 60 años a 1 entre cada 10.000.000 hoy en día. Ese es el compromiso que adquirimos como miembros de un equipo quirúrgico de Cirugía Plástica, y que dejaremos como legado a las nuevas generaciones de especialistas y a nuestros pacientes, porque a pesar de que somos seguros, podemos serlo aún mucho más.

Para iniciar este proceso debemos reconocer quiénes son los responsables de la mortalidad en Cirugía Plástica.

Toda la literatura mundial reconoce que la primera causa de fallecimiento en Cirugía Plástica es la enfermedad tromboembólica (ETV), es decir, la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Pero la ETV no es la primera causa de mortalidad solo en Cirugía Plástica; es también la primera en Cirugía General, Cirugía Bariátrica, Cirugía Oncológica, Cirugía Ortopédica, Cirugía Ginecológica; la segunda en cualquier paciente hospitalizado; y la tercera en mujeres embarazadas. El problema es global y generalizado, por eso nuestro compromiso es aprender a estratificar el riesgo para poder iniciar la profilaxis en los pacientes que lo ameriten.

El CHEST (*American College of Chest Physicians*), máxima autoridad mundial en profilaxis, nos dice que estamos perdiendo la batalla contra el TEP y que estamos perdiendo la oportunidad de salvar vidas al no hacer profilaxis. La profilaxis no protege a todos los pacientes, pero protege al 86% de ellos y es la única vía que tenemos para iniciar esta nueva cultura de seguridad.

Un estudio realizado por el Dr. Aguirre entre 1997 y 2007 en Bogotá, Colombia, y publicado en la Revista Colombiana de Cirugía Plástica,⁽²⁾ nos muestra que el embolismo graso secundario a lipoinyección glútea es, hoy en día, la segunda causa de fallecimiento en Cirugía Plástica. En un artículo publicado en la revista *Plastic and Reconstructive Surgery* en 2015 sobre muertes secundarias a lipoinyección glútea,⁽³⁾ el Dr. Cárdenas y quien escribe, mostramos las autopsias de estos pacientes en Colombia y México al tiempo que reconocemos la magnitud del problema y dibujamos estrategias de prevención, entre ellas, evitar la inyección de grasa intramuscular. Estos hallazgos fueron corroborados por

Modif y col.⁽⁴⁾ quienes aseguran que la mortalidad por embolismo graso fatal se produce en 1 de cada 6.214 casos de inyección glútea y que además 1 de cada 1.931 pacientes a quienes se les realiza lipoinyección glútea presentan embolismo pulmonar no fatal.

Otro estudio reciente presentado por el Dr. Paredes, Jefe del Departamento de Medicina Legal de Cali, Colombia, en el 2016,⁽⁵⁾ recoge 67 fallecimientos en esta ciudad entre 1997 y 2015, y muestra que el TEP y el embolismo graso comparten el primer lugar como causa de mortalidad. Pero lo que no sabíamos es que la tercera causa es la anemia secundaria a sangrado; y lo que llama la atención es que el 55% de esos fallecimientos se produjeron en las primeras 24 horas después de la cirugía. Esto nos hace reflexionar en varios aspectos. El primero de ellos es que si la mitad de los pacientes fallecen en la primera noche ¿cuándo se debe hospitalizar a los pacientes que se someten a una intervención de Cirugía Plástica? Hoy en día hay un movimiento mundial en cualquier tipo de cirugía para llevar a cabo intervenciones de forma ambulatoria. El desarrollo es tan acelerado, que se considera que el 70-80% de todas las cirugías en EE.UU. se realizan de esta forma. Esto abre un nuevo debate para revisar qué intervenciones de Cirugía Plástica no deben ser ambulatorias.

Pero, ¿por qué el sangrado es en la actualidad un enemigo en nuestras cirugías? Lo es por la suma de varios factores, entre ellos, el consumo exagerado de drogas que afectan a la cascada de la coagulación, como los antiinflamatorios, el ácido acetilsalicílico a bajas dosis, las vitaminas E y C, el ginkgo biloba, las sojas, o los omega 3, etc., que deben ser suspendidas 8 a 15 días antes de la cirugía. A este hecho se suma un enemigo oculto que rara vez monitorizamos, como es la hipotermia, que puede aumentar el sangrado en capa o no quirúrgico un 30 a un 50% si la temperatura disminuye más de 1.5 °C durante la cirugía,⁽⁶⁾ y que nos obliga a establecer medidas de fácil cumplimiento como el calentamiento de los líquidos de infiltración y el precalentamiento del paciente con aire a presión antes de la cirugía, para evitar la pérdida de temperatura en el intraoperatorio.

Pero nunca debemos olvidar que la elección del paciente es la columna vertebral para evitar riesgos y complicaciones. Debemos saber que un paciente con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 tiene 7 veces más riesgo de presentar un TEP fatal, que la liposucción en mayores de 60 años tiene 3 veces más riesgo de eventos cardíacos mórbidos, que los pacientes con comorbilidades como diabetes, trombofilias, TVP previa, lupus eritematoso sistémico, trasplantes, etc, en muchas ocasiones podrían no ser candidatos a una intervención de Cirugía Plástica por su alto riesgo de complicaciones; y que los pacientes que realizan un viaje en avión previo a la intervención pueden necesitar estar en la ciudad 2 y hasta 8 días antes de su cirugía.⁽⁷⁾

Es urgente inculcar a nuestras nuevas generaciones de cirujanos plásticos que en cualquier acto quirúrgico menos en más, y que el ser cautos y conservadores redunde en menos complicaciones y menos riesgos innecesarios, y en muchas ocasiones en mejores resultados.

Estoy convencido de que este nueva CULTURA de

respirar seguridad no tiene vuelta atrás, pero necesita del compromiso de todos los actores que integran el equipo. Primero necesitamos educar al paciente y explicarle que hablamos de procedimientos quirúrgicos que tienen riesgos, y que por eso es importante operarse con especialistas titulados. Educar también al anestesiólogo para que en consulta preanestésica sea consciente de la importancia de seleccionar al paciente indicado para someterse a una intervención de Cirugía Plástica y estratifique el riesgo para saber cuáles de ellos necesitarán profilaxis frente a la ETV en el postoperatorio. Finalmente, concienciar al cirujano plástico para realizar procedimientos seguros en pacientes sanos y en instituciones sanitarias de calidad, con procesos y protocolos estrictos que permitan tratar y mitigar la mayoría de las complicaciones que pueden surgir en la especialidad.

Es un trabajo arduo, en el que las sociedades de Cirugía Plástica y Anestesia están completamente comprometidas; pero es nuestro deber informar también de que esta responsabilidad en seguridad no es solo nuestra, requiere un compromiso firme de la clase dirigente para lograr reglamentar la especialidad y establecer políticas claras que definan que el cirujano plástico es el especialista idóneo para realizar un procedimiento estético quirúrgico porque posee la formación y la titulación requeridas. Es preciso también una lucha frontal de los estamentos sanitarios para erradicar la práctica de este tipo de intervenciones en centros que no cumplen con las normas de habilitación, y por personal que sin tener la formación necesaria busca solo lucrarse sin importar las consecuencias que luego sufren los pacientes.

Como vemos, se requiere un compromiso férreo de muchos estamentos, compromiso que cirujanos plásticos y anestesiólogos estamos dispuestos a liderar porque estamos convencidos de que es el único camino que tenemos para llevar a esta especialidad que tanto queremos y a nuestros pacientes que son nuestra razón de ser, a un puerto seguro.

Bibliografía

1. **Grazer F, Jong RH.** Fatal outcomes from liposuction: Census survey of cosmetic surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105 (1): 436-446.
2. **Aguirre-Serrano H, Navarro A, Téllez N.** Resultado de las investigaciones judiciales de muertes por procedimientos lipoplásticos sometidas a necropsia médico-legal en Bogotá entre 1993 y 2007. *Rev Colomb Cir Plast Reconstr.* 2011;17:36-42.
3. **Cárdenas-Camarena L, Bayter JE, Aguirre-Serrano H, Cuenca-Pardo J.** Reply: Deaths Caused by Gluteal Lipoinjection: What Are We Doing Wrong? *Plast Reconstr Surg.* 2016; 137(3):642e-643e.
4. **Mofid MM, Teitelbaum S, Suissa D et al.** Report on mortality from gluteal fat grafting: Recommendations from de ASERF Task Force. *Aesth Surg J.* 2017: 1-11.
5. **Paredes J, Solano O, Sandoval CJ et al.** Epidemiología de eventos fatales relacionados con procedimientos estéticos en Cali Colombia 1998-2015. Trabajo de investigación presentado en el XVIII Congreso nacional Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
6. **Bayter JE, Rubio J, Valedon A et al.** Hypothermia in elective surgery. The hidden enemy. *Rev Colomb Anestesiol.* 2017; 45: 48-53.
7. **Bayter JE.** Catástrofes en Cirugía Plástica. Editorial SCARE, Bogotá, 2015.