

# BUENAS PRÁCTICAS EN CIRUGÍA ESTÉTICA: ALGUNAS CONSIDERACIONES DESDE LA BIOÉTICA

*GOOD PRACTICES IN PLASTIC SURGERY: SOME CONSIDERATIONS FROM THE BIOETHICS*

DR. JAIME ARRIAGADA S. (1) (2)

(1) Dirección Académica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

(2) Ex Presidente Comité de Ética Sociedad Chilena de Cirugía Plástica.

Email: jarriagada@clinicalascondes.cl

## RESUMEN

La cirugía plástica comprende dos ramas de cirugía, diferentes entre sí por sus objetivos, pero complementarias por sus procedimientos. Una es la **cirugía reparadora**, que actúa en sujetos enfermos, que pretende corregir defectos producto de traumatismos, malformaciones congénitas, secuelas de quemaduras, y corrección de defectos producto de extirpación de tejidos como ocurre en la cirugía oncológica. La otra es la **cirugía estética** que, actuando en sujetos sanos, pretende corregir imperfecciones que pueden ser más o menos visibles, o bien que le causen al paciente un compromiso psicológico. Por lo tanto, la primera actúa sobre pacientes enfermos, por lo que está sujeta a menos conflictos de orden ético, en comparación con la segunda, que es sobre sanos y es la que concentra la mayoría de los conflictos éticos de la especialidad. Lo similar entre ambas es que las competencias y destrezas del cirujano son similares entre ellas, y para un cirujano experto en obtener belleza le es más posible obtener mejores resultados en la reparación de defectos. Para un cirujano, ejercer ambas ramas de la especialidad es complementario y lo pone en mejores condiciones de resolver múltiples problemas. El solo hecho de ejercer una sola de las ramas, lo que es frecuente en médicos no especialistas, lo deja en condiciones limitadas para obtener buenos resultados y dejar satisfecho a sus pacientes. En esta rama de la cirugía estética, que no está exenta de

complicaciones y malos resultados o resultados no esperados, es donde se concentran la mayoría de los conflictos entre cirujano y paciente y donde mayor influencia tiene la conducta ética del cirujano.

El objetivo de este trabajo es analizar el rol que tienen las actitudes y las decisiones que toma el cirujano, en los riesgos, evolución y en los resultados del procedimiento o la cirugía.

Palabras clave: Ética, cirugía estética, decisiones.

## SUMMARY

Plastic surgery includes reconstructive and aesthetic surgery. They are different in their objectives, but similar in the procedures they use. Reconstructive surgery works with normal body structures that suffer alterations like defects from traumatismos, congenital malformations, burns sequels, tumor or other diseases. Aesthetic surgery aims to restore the shape or correct imperfections, it acts in normal patients. Reconstructive surgery acts in ill patients, so it has less ethical conflicts; aesthetic acts in normal patients so it has more ethical conflicts. What is similar between them, is that they use the same competences and skills, and for a competent aesthetic surgeon is easier to obtain a better result in a reconstruction of a defect. For a plastic surgeon practice

*both, aesthetic and reconstructive, are complementary, and he can obtain better and more definitive results. The fact of practice, only one of these disciplines, what is usual in non-specialists, leaves him in poor conditions to obtain good results, and satisfy his patients.*

*Is in this aesthetic branch of the plastic surgery, which is not free of complications and bad or unexpected results, that occurs the majority of conflicts between surgeon and patient, and where is most relevant the ethical behavior of the surgeon.*

*The aim of this paper is to analyze the roll of the surgeons attitudes, and decisions, in the risks, evolution, and the results of the surgery.*

*Key words: Ethics, aesthetic surgery, decisions.*

## INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones de la sociedad occidental, del siglo XXI, es la preocupación por el cuerpo. Se manifiesta en el culto al cuerpo: gimnasios, consejos dietéticos, dietas para mantener el cuerpo perfecto, los tatuajes tan corrientes en artistas, deportistas que quieren destacar su cuerpo, centros de belleza con ofertas variadas de todo tipo de tratamientos para obtener la figura perfecta. El uso de rellenos y de toxina botulínica constituyen los procedimientos de orden estético más solicitados y más realizados en todo el mundo. La cirugía estética, en todas sus formas, promueve obtener un cuerpo perfecto. Por otra parte, toda esta preocupación se ha convertido en un negocio que mueve miles de millones de pesos, lo que lo ha hecho muy atractivo, tanto para los especialistas en el tema, bien formados, que no son muchos, como para una cantidad mucho mayor de profesionales de la salud, no siempre bien formados, que han hecho de esta práctica un negocio y muy lucrativo. Lo peligroso de este hecho es anteponer el negocio y el afán económico al bienestar de las personas que solicitan estos servicios, ofreciendo una serie de procedimientos quirúrgicos y otros no invasivos que no tienen ninguna evidencia científica de su efectividad. Por algo la propaganda de gran parte de estos "negocios de la estética" se hace en revistas de moda, o de actualidad (como inserciones pagadas además), y no en publicaciones científicas de prestigio. Han cundido una serie de sociedades de cirugía cosmética, medicina cosmética o de procedimientos estéticos, para agrupar a estos prestadores, por no poder insertarse en las sociedades científicas tradicionales, que no dan cabida a estas actividades.

La palabra plástica es originaria del griego "plastikos", que significa moldear o transformar (1).

Se puede moldear o transformar un defecto, actuando por

lo tanto en un sujeto enfermo, que necesita ese acto quirúrgico, similar a otras cirugías necesarias (cáncer de tiroides p ej.) y esta vertiente tiene sus propias implicancias éticas, ya que se pretende el mejor bien para el paciente (beneficencia), se respeta su autonomía, y porque se brinda en el contexto que el paciente solicita o está de acuerdo con esta corrección. Bien ejecutada por un cirujano entrenado, no presenta gran dificultad en la toma de decisiones, y suele tener buenos resultados. Es una cirugía necesaria para la salud del paciente.

También se puede moldear o transformar una imperfección en relación a la subjetiva apreciación y conceptualización de la belleza, que es el objetivo de la cirugía estética. Se actúa en un sujeto biológicamente sano, por lo que no siempre es necesaria bajo el concepto de la cirugía restauradora de la salud orgánica. En estas circunstancias puede existir un conflicto en la toma de decisiones, que a su vez puede estar influenciado ya sea por el paciente con expectativas desmedidas, apremios para su realización por trabajo, viajes, u otras obligaciones, y necesidad de resultados palpables y rápidos. Para el cirujano está el problema de decidir: ¿qué hacer?, ¿cuánto hacer?, ¿en qué momento?

El juicio ético aquí es imprescindible y dependerá de su formación médica y experiencia para tomar decisiones. Dentro de este campo se pueden incluir todos los procedimientos no invasivos, rellenos, uso de toxina botulínica, hilos tensores, láseres de diverso tipo, entre otros, que caen en la misma disyuntiva de la toma de decisiones. Habitualmente estas decisiones se toman en la intimidad de una consulta por el médico y su paciente (a veces con un acompañante), en una sola conversación, que no siempre le permite al médico dar toda la información necesaria y al paciente asimilarla, para tomar una decisión o aceptar lo que le propone el médico. No es infrecuente además que esta conversación se centre más en los aspectos económicos, que en los beneficios, riesgos de los procedimientos o intervenciones a realizar.

El otro aspecto sustancial en este tema, en especial en la cirugía y los procedimientos de orden estético, es el de las complicaciones derivadas de ellos. Como es un tema sensible de tocar y puede ahuyentar al paciente o más bien al "cliente", suele soslayarse o darle poca importancia. No hay ninguno de ellos que esté exento de complicaciones, que son conocidas, que tienen cifras estadísticas serias, algunos derivados del paciente, con toda su historia médica y otros derivados de los procedimientos, en especial de su duración, ya que está de sobra demostrado, que la gran complicación de la mayoría de ellos, es el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son las liposucciones y procedimientos o

cirugías combinadas, muy de moda, con el objeto de aprovechar de hacer todo de una vez, lo que aumenta el riesgo con la extensión del tiempo quirúrgico. Este TEP, derivado de trombosis venosas profundas de las extremidades inferiores, relacionadas a condiciones propias del paciente: sobrepeso, uso de gestágenos, viajes largos previos o posteriores a la cirugía, y la longitud de la o las cirugías. Existe un interesante libro publicado por un médico anesthesiologo colombiano (2) en que se trata extensamente el tema de las complicaciones en cirugía plástica. Colombia, junto con Brasil y Argentina en Sud América, son los países donde se hace la mayor cantidad de cirugías estéticas. Estados Unidos de Norte América, es el líder mundial en este rubro. El autor define que en la cirugía existe un equipo, conformado por el cirujano y el anesthesiologo, el paciente y el lugar donde se realiza la cirugía (3). Los riesgos y las complicaciones derivan de cada uno de ellos: el cirujano, con las decisiones que toma sobre lo que le hará a cada paciente y el lugar escogido para realizarlo. El paciente, responsable de dar al médico toda la información de su salud y no ocultarle nada para hacer la cirugía a toda costa y ser adecuado en lo que solicita y en sus expectativas de resultados. El lugar, donde se efectuará la cirugía tiene que estar certificado por las autoridades de salud y tener todo el equipamiento adecuado. El autor desarrolla ampliamente el tema del TEP y propone que la prevención de éste, es clave en disminuir la mortalidad y morbilidad en cirugía estética.

Todas las complicaciones en cirugía están relacionadas con la magnitud de la respuesta inflamatoria del paciente. Esta respuesta es mayor mientras más tiempo dure la cirugía, más áreas del cuerpo se agredan quirúrgicamente, y más grasa se aspire en el caso de las liposucciones. Las causas de muerte de estos procedimientos son en primer lugar el TEP, luego el edema pulmonar por el uso exagerado de líquidos inyectados al paciente (vía endovenosa y/o subcutánea) y la intoxicación por lidocaína, usada en la solución de infiltración para la lipoaspiración, o bien como anestésico local, cuando la cirugía se hace en una consulta o en forma ambulatoria, sin el control de un anesthesiologo para ahorrar costos.

De acuerdo a estos criterios, la *American Society of Plastic Surgeons* (ASPS) (4) ha definido los riesgos de acuerdo a la duración de la cirugía e inmovilidad intra y post operatoria:

<b>Cirugía segura:</b>	- de 4 hrs de cirugía
<b>Riesgo relativo:</b>	4-5 hrs de cirugía
<b>Riesgo alto:</b>	+ de 5hrs de cirugía.

Con respecto a la grasa extraída en el caso de las liposucciones:

<b>Cirugía segura:</b>	- de 4 litros
<b>Riesgo relativo:</b>	4 -5 lts
<b>Riego alto:</b>	+ de 5 lts.

Sin embargo, al final del día, es el cirujano en la intimidad de su consultorio y en presencia de su paciente el que toma la decisión: qué hacer, cuánto hacer (duración de la cirugía), cómo informar al paciente de los riesgos asociados y los tiempos involucrados en la cirugía y su recuperación, cómo evaluar los riesgos propios del paciente, dónde lo va a realizar y cuánto le va a cobrar. El dilema es privilegiar el bienestar del paciente, su seguridad, sobre los propios intereses como cirujano (prestigio, económicos, entre otros). Creo que este es un tema crucial y del cual no existen muchos reportes en la literatura y a él me voy a referir en el capítulo de los vacíos en la práctica clínica. Pere Serret Estalella, toca algunos aspectos de ellos (5): "En el campo de la cirugía estética se dan muchas situaciones que son contrarias a la ética, es decir, hay un problema de incumplimiento sistemático de las normas éticas".

#### VACÍOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA: EL ANÁLISIS DE LA TOMA DE DECISIONES

La toma de decisiones provoca un dilema ético en la cirugía en general y en la cirugía plástica en particular.

En qué consiste el tema "Toma de decisiones": es un término importado del mundo de los negocios. Simón, pionero de la investigación sobre el juicio y la toma de decisiones, propuso la teoría de la elección racional (6), que postula que los individuos orientan sus acciones hacia fines determinados, eligen entre todas las opciones posibles la mejor, generalmente la de mayor utilidad. Esta práctica es la que describe más adecuadamente la decisión racional quirúrgica que considera la experiencia, la capacidad de juicio y los códigos éticos (7). En la cirugía estética, cuando ésta representa un modelo de negocio, es cuando pueden confundirse estos códigos. Si esta decisión está condicionada por respetar todo lo pedido por el paciente, en los tiempos y condiciones por él impuestas y sin toda la información disponible, dada por su cirujano, es cuando se pueden comenzar a cometer errores. Si sobre el bienestar y la seguridad del paciente se antepone el interés económico del cirujano, para obtener el mejor rédito económico, haciendo muchos procedimientos a la vez (para aprovechar al máximo el acto quirúrgico) alargando

el tiempo prudente de seguridad (4 horas), es cuando pueden aparecer las complicaciones y resultados no esperados por el paciente. La cirugía es una clara sucesión de causas (patología quirúrgica) y efectos (actos quirúrgicos). La relación "médico paciente" adquiere gran impacto si se obtiene un éxito, y por demás perturbadora si se presentan complicaciones dada la definitiva agresión física del cirujano sobre el cuerpo del paciente. En la cirugía estética, si además se agrega el tema del costo de la cirugía, que en general no es asumido por los seguros de salud; cuando se presenta la necesidad de una reintervención, viene de inmediato la duda de quién asumirá este costo no esperado. Suele ser el comienzo del deterioro de la relación médico-paciente y el comienzo de los problemas que suelen derivar en acciones judiciales.

En este aspecto, el proceso de toma de decisiones ha evolucionado con mayor fuerza en las últimas décadas hacia lo que se ha denominado la *Lex Artis*. Es decir aquel conjunto de recomendaciones, guías y normas que conforman un cuerpo de conocimientos, construido sistemáticamente de acuerdo a metodología científica y que han sido validados por la comunidad de especialistas. Esta *Lex Artis* o Estado del Arte busca como único fin, señalar lo mejor para cada paciente de acuerdo a su singular circunstancia.

Desde el punto de vista de la Ética Principialista, lo mejor para el paciente está representado en primer término por el beneficio previsto y en definitiva alcanzado (Principio de Beneficencia), para el mejor interés del paciente, para su propia salud y estado de bienestar, desde un punto de vista integral de su vida bio-psico-social. Este espíritu es el que debe ser siempre la brújula orientadora del cirujano en el momento de la toma de decisiones: lo mejor para el mejor interés del paciente.

Existen siempre otros intereses que se hacen presentes en el accionar del cirujano: la figuración y el reconocimiento de los pares, el avance en la carrera académica, concretar proyectos de investigación y el interés económico. Todos ellos no representan en sí mismos, aspectos negativos o cuestionables, pues cada uno de ellos tiene lógicas y fundamentaciones que pueden ser justas.

Lo que no debe ocurrir es que estos intereses secundarios prevalezcan por sobre el mejor interés por el beneficio del paciente. Siempre estarán supeditados al logro de este primer interés.

Es también pertinente mencionar los aspectos de seguridad en el análisis ético de la práctica quirúrgica. El principio ético de la No Maleficencia nos orienta a evitar prácticas

que causen daño al paciente. Este principio es considerado un mínimo ético, es decir, al que todos debemos adherir antes de sopesar otras eventuales consecuencias beneficiosas para el paciente: Primero y ante todo, NO DAÑAR (*PRIMUM NON NOCERE*). La seguridad en la gestión clínica moderna supone estrategias, sistemas y métodos organizacionales sumados a prácticas individuales que buscan proteger al paciente del daño y brindar las máximas oportunidades de beneficio en lo sanitario. Esta cultura de la seguridad obliga a una práctica de procedimientos intervencionales de acuerdo a los mejores estándares. De ellos, el primer estándar de calidad es la competencia profesional para realizar una intervención quirúrgica. En la mayoría de los países, este estándar se protege mediante la certificación universitaria de programas acreditados, de formación avanzada de una especialidad médica, que asegura procesos efectivos de formación, entrenamiento y competencias medibles de calidad en el desempeño, en la capacidad de juicio autónomo del especialista y bajo estándares éticos consensuados.

Otros estándares imprescindibles en el cuidado de la seguridad del paciente incluyen estándares de pabellón quirúrgico, de esterilización, de vigilancia y monitorización de funciones vitales cuando sea pertinente, seguridad en la asepsia y antisepsia y procesos que garanticen una recuperación segura en el caso de sedación o anestesia general. Igualmente, en el caso de la inyección o infiltración de sustancias, debe garantizarse su efectividad y seguridad, en palabras simples, que sirva para lo que se explicita y que no cause daño.

La reciente proliferación de centros que hacen propaganda a terapias estéticas o reparadoras en base a células madres, es otro aspecto digno de análisis desde un punto de vista ético. El avance del conocimiento en células con capacidad reparadora o de diferenciación celular, está aún en etapas muy iniciales y es poca la literatura científica que avale su aplicación clínica con criterios de efectividad y de seguridad. Es posible que en el caso de células de origen autólogo mesenquimal, esté más avanzado el conocimiento en cuanto a su inocuidad, pero aún hay mucho por conocer respecto a su real efectividad para inducir reparación, regeneración y funcionamiento de tejidos especializados. Aún más, la realidad indica que la mayoría de las "clínicas estéticas" que ofrecen terapias con células madres, ni siquiera pueden asegurar el tipo celular que están usando, al no estar acreditadas y supervigiladas por entes nacionales *ad-hoc*. La mayoría utiliza fracciones centrifugadas de plasma que pueden tener concentrados plaquetarios, pero que no cumplen con las propiedades regenerativas prometidas en la propaganda.

## RIESGOS DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA

Si representamos los riesgos de la cirugía en una balanza, con su fiel central y sus dos platos laterales, podemos colocar en un plato de la balanza (Figura 1) **los riesgos propios del paciente:** edad, patologías previas, medicamentos que toma, y en el **otro los riesgos derivados de la intervención a realizar:** duración de la cirugía, áreas a operar, tipo de anestesia, lugar donde se hace la cirugía, cambios de posición durante la cirugía, para abarcar diferentes áreas corporales, podremos tratar de llegar en cada paciente en particular a medir sus riesgos.

Los derivados del paciente **no son modificables** y deben estar bien controlados; en cambio, los riesgos derivados de las decisiones del cirujano sí son modificables, y es a través de ellos que se puede hacer cirugías más seguras. Existen evidencias científicas que el uso de tratamiento anticoagulante preventivo es el factor más importante para disminuir el TEP (4), que se debe evitar la sobredosis de lidocaína, para lo cual se requiere un buen control por el anestesiólogo, y

que la elección de la facilidad donde efectuar la cirugía, debe estar basada en criterios de seguridad y no en aspectos de ahorro económico para el paciente. Es aquí donde las decisiones del cirujano son fundamentales.

Si no hacemos este análisis y cargamos la balanza en el plato de la cirugía a realizar, por apuro, por presión del paciente, o por anteponer el beneficio económico del cirujano, aumentaremos los riesgos en forma importante (Figura 2).

Al contrario, si se analizan calmadamente **los riesgos derivados de la intervención a realizar, en presencia del paciente,** en más de una consulta preoperatoria, siendo muy claros y no soslayando ningún tema, creo que la toma de decisiones entre ambos -paciente y cirujano- permitirá disminuir los riesgos, hacer una cirugía más segura, siempre en beneficio del paciente, objeto de nuestro quehacer quirúrgico. La balanza se estabilizara y disminuiríamos los riesgos, a favor del paciente (Figura 3).

FIGURA 1. RIESGOS SEGÚN LA DECISIÓN DEL CIRUJANO

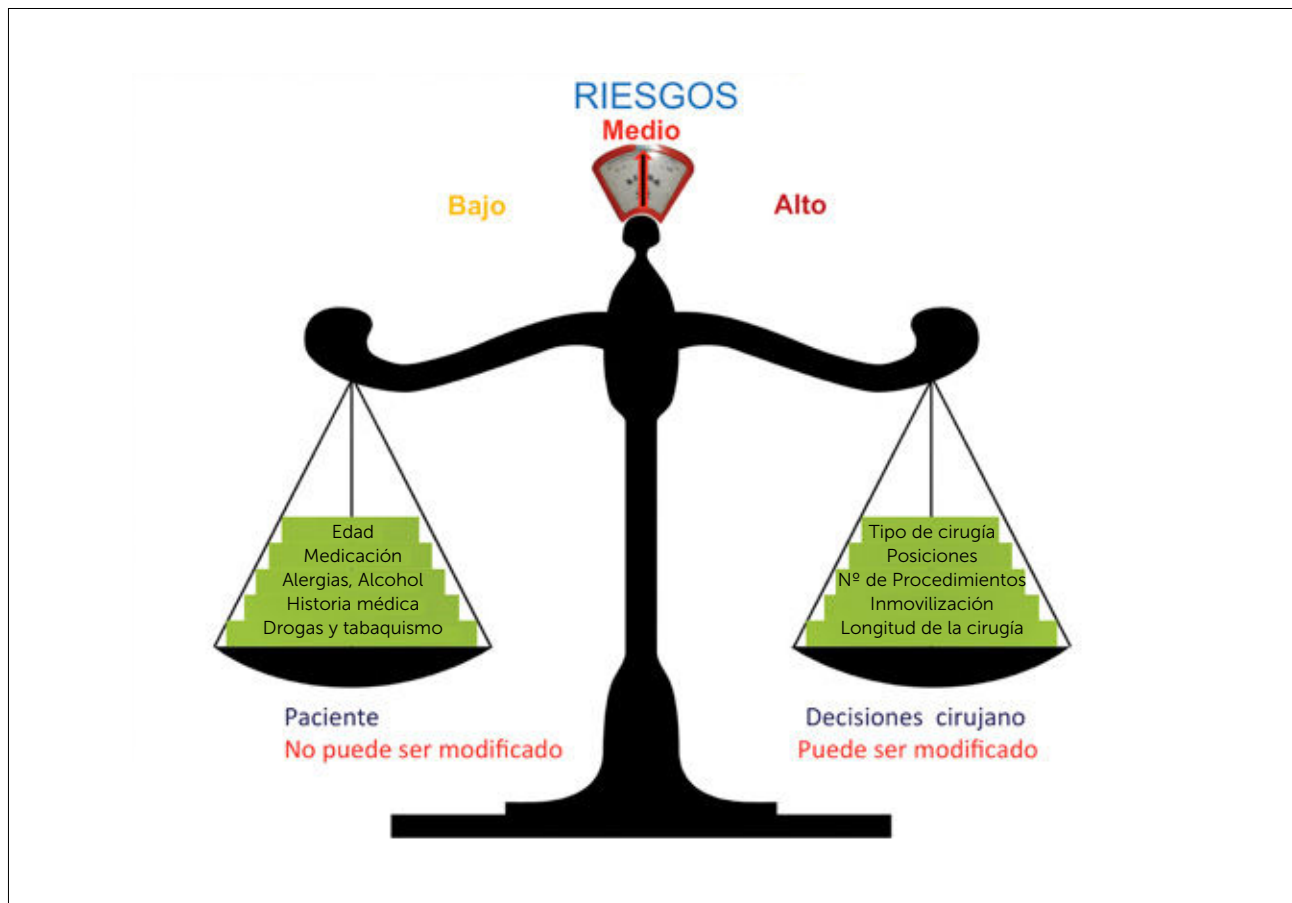
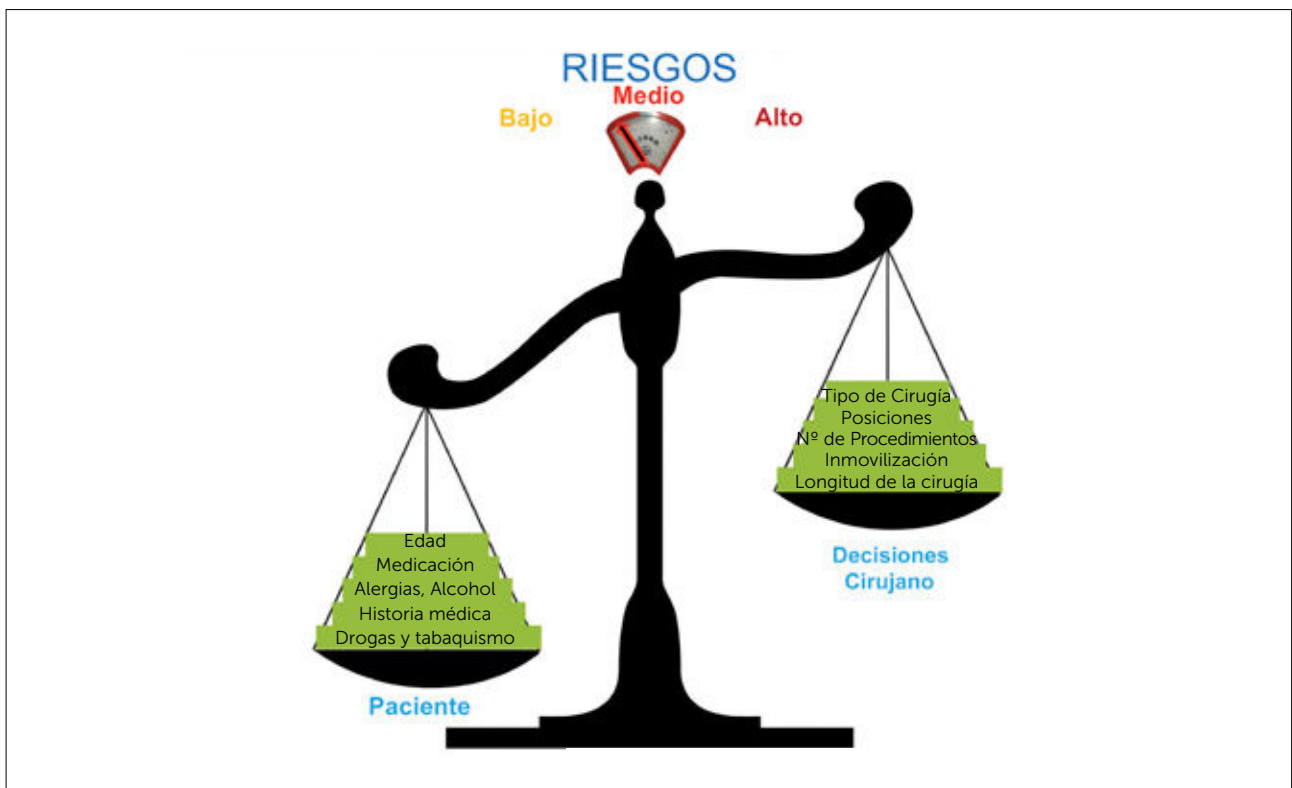


FIGURA 2. RIESGO ALTO POR DECISIÓN DEL CIRUJANO



FIGURA 3. RIESGO BAJO POR DECISIÓN DEL CIRUJANO



## OTRAS CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA PRÁCTICA DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA

Otro aspecto ético que se hace presente en la cirugía estética es el de la indicación o la denegación de tratamiento ante circunstancias consideradas límite (indicación correcta de tratar). Ocurre en la práctica de la cirugía estética, que hay personas que buscan un cambio radical en su aspecto físico, que no puede ser alcanzado por razones de su propia constitución física, herencia y fenotipo. Son personas que anhelan un estereotipo muy lejano a sus propias características. Es obligación del profesional ser honesto y franco en plantear las posibilidades reales de cambio. Este es uno de los momentos de mayor encrucijada moral para un verdadero profesional:

¿Hacer lo que el paciente pide a sabiendas que no es ni medianamente alcanzable, más aún cuando el paciente explicita su disposición a retribuir generosamente el acto médico?

¿O denegar el tratamiento, explicando las razones por las que no será alcanzable el resultado anhelado por esa persona? O exponer una alternativa honesta informando detalladamente los alcances y limitaciones de lo propuesto.

Nuevamente surge como guía orientadora priorizar el mejor interés del paciente. En este sentido, cobra esencial importancia la calidad de la información que se entrega durante el proceso de conocer al paciente y de lograr los diagnósticos más certeros posibles. En esta etapa, la corrección y transparencia del acto médico brindan elementos sólidos para generar confianza en la relación.

Un interesante ejercicio de conciencia profesional y justificación del acto médico, es el que se realiza cuando, ante una disyuntiva de decisión límite, como en el caso expuesto, el profesional puede fundamentar la decisión bajo estas interrogantes:

**1. Criterios de equidad:** si el paciente es tratado en un hospital público, en cuyo caso no percibiré honorarios por servicio, ¿estaría dispuesto a defender la misma indicación quirúrgica y a ejecutarla yo mismo?

**2. Criterio de universalidad:** en un nuevo caso similar, ¿estaré dispuesto a defender ante mis colegas la misma decisión de operar?

**3. Criterio derivativo:** Si mi paciente decide cambiar de médico por otro cirujano muy prestigiado ¿de igual modo le aconsejaré que se realice la misma cirugía que yo le había propuesto?

**4. Criterio de imparcialidad:** si yo fuese el paciente bajo las mismas circunstancias ¿estaría dispuesto a someterme a la misma cirugía? O si un familiar cercano a mi solicita la misma

operación, ¿le aconsejaré someterse confiadamente, convencido que logrará un beneficio?

**5. Criterio de Fundamentación:** ¿Estoy en condiciones de sostener mis argumentos que fundamentan la decisión quirúrgica, ante otros colegas o en una reunión clínica?

Cualquier duda que surja en cualquiera de estas interrogantes, debe hacer al cirujano abstenerse de indicar la cirugía y someter el caso al juicio de sus pares, en una reunión clínica de la especialidad. Pues resulta complejo y peligroso para el cirujano fundamentar decisiones que estén amparadas en otros criterios que no sean los estrictamente médicos.

Un complejo tema en cirugía estética es la actuación bajo los deseos del paciente. Una vez más, debemos recordar que el ámbito de las alteraciones a tratar en la dimensión estética, son alteraciones que no significan riesgo para la salud biológica y cuyo marco es la salud psico-social con sus variables de subjetividad conocidas y entendibles. Bajo estas consideraciones, no existe situación de emergencia ni de urgencia, no existe premura en el concepto médico. Por lo mismo que el elemento eje de la relación médico paciente debe ser una comunicación fluida, veraz, detallada y sincera, en que los tiempos serán los necesarios para lograr toda la comprensión del problema que el paciente necesita y tiene derecho a recibir. Bajo estas premisas, no es aceptable ni correcto que el cirujano descuide estos aspectos comunicacionales imprescindibles.

Una franca discordancia entre los deseos del paciente y el juicio médico amparado en la *Lex Artis*, obliga al médico a actuar con extrema cautela. En este punto es relevante aclarar el respeto a la autonomía del paciente y los principios de beneficencia y no maleficencia. La autonomía del paciente para tomar decisiones, se refiere a la indicación médica, es decir, a la consecuencia de un proceso de diagnóstico y pronóstico que conduce en el profesional a plantear alternativas o posibles cursos de acción. Estas alternativas suelen estar entre dos extremos: por un lado estará la abstención de terapia y en el otro extremo estará hacer "todo lo posible", que también se expresa como "todo lo que esté a nuestro alcance". Estas últimas expresiones, usadas y abusadas en la medicina hospitalaria, sobre todo en el ámbito quirúrgico y en unidades de cuidados intensivos, suelen ser reflejo, de la pasión más que de la razón para actuar. El cirujano plástico habitualmente está en un punto intermedio entre estos dos extremos, en que balancea muy bien los riesgos y beneficios del actuar. La autonomía del paciente en este caso no debe entenderse como su libertad de elegir lo que él o ella desea, sino como tener y ejercer la libertad de elegir entre las distintas propuestas planteadas por el o los especialistas, que son quienes poseen el conocimiento técnico para plantear las mejores alternativas. El cirujano poseedor del conocimiento y con la experiencia que

lo hace ser un experto, debe tener la claridad de distinguir entre lo que el paciente desea, lo que la *Lex Artis* recomienda y lo que es mejor para el caso particular. Por lo mismo está obligado siempre a actuar por el mejor bien del paciente, que no necesariamente coincide siempre con lo que el paciente desea.

Vinculado al punto anterior es oportuno recordar un aspecto muy particular de la cirugía estética desde el punto de vista jurídico. En general, en todo acto médico con el paciente, se entiende que se ejerce en un escenario de cierta incertidumbre en que concurren muchas variables (no todas controlables) que pueden influenciar el resultado. Por lo mismo, se acuerda un contrato que establece una obligación de medios, en la cual el médico no puede prometer ni garantizar la curación de una enfermedad, sino se debe comprometer a prestar diligentemente, los cuidados necesarios y oportunos para intentar lograr los resultados conforme a la *Lex Artis*. Se obliga a emplear todo su saber y los medios que estén a su alcance, para intentar alcanzar un resultado, pero no es el resultado en sí mismo el objeto de la obligación. A diferencia de lo anterior, los avances científicos y tecnológicos han permitido dar extraordinaria certeza y constancia al producto o resultado de un acto médico como en el caso de la cirugía estética. Se considera dicho resultado, como la consecuencia inherente y siempre esperable, cuando el acto médico fue ejecutado correctamente. El cirujano actúa sobre un sujeto esencialmente sano en el concepto universal, pero disconforme con un aspecto particular de su apariencia y anatomía. El cirujano se compromete a obtener un resultado final que satisfaga al paciente y éste, consiente a ser sometido a dicha operación, bajo la convicción y compromiso que el resultado será alcanzado y sus expectativas serán plenamente satisfechas. El médico recurrirá a medios de anticipación de los resultados como son dibujos, fotos retocadas y otros artificios de simulación computacional para predecir el resultado esperado y comprometido. En estas circunstancias, se establece un contrato de resultados y por lo mismo, el objeto de la obligación ya no es solo brindar los cuidados de un modo diligente y oportuno, sino además está obligado a brindar los resultados que confiere la *Lex Artis* y que había anticipado al paciente. De este importante aspecto se deduce la relevancia de la cautela en el buen criterio médico en la cirugía estética.

Finalmente, queremos concluir esta somera revisión sobre algunos aspectos éticos de la práctica de la cirugía estética, retomando un esbozo efectuado al principio de este artículo en su introducción, la idea de cirugía necesaria entendida como aquél acto que se ajusta a indicaciones, estándares y criterios, meridianamente consensuados en lo que terminamos agrupando como *lex artis*, en esta área de especificidad de un acto médico. Es por ello que la cirugía como tal acto médico tera-

péutico, ha exigido desde siempre que se ejecuten continuas reflexiones, acerca de lo que los cirujanos han realizado en las diversas épocas y circunstancias históricas, donde profesionalismo, entrenamiento y conductas éticas han permanecido indisolubles; razón que nos permite comprender y aceptar que en su contexto histórico y circunstancias particulares, se ejecutaban unos y otros actos médicos quirúrgicos diferentes, muchos hoy abandonados y otros reciclados; sin embargo en todos ellos la intención suprema era la búsqueda del mayor bien para el paciente y evitar daños innecesarios.

## CIRUGÍA INNECESARIA

Está más que claro que, hoy más que nunca, aparejado al magnífico desarrollo técnico y científico, con niveles de seguridad máximos y minimización de riesgos, el incremento de actos quirúrgicos que han contribuido a acuñar el término "cirugía innecesaria", ha visto un aumento en su tendencia y es probablemente el área de la estética, aunque no la única, que ha permitido ser responsable de ese incremento.

La proliferación de procedimientos quirúrgicos con resultados discutibles, el aumento desmedido de procedimientos e intervenciones sin la satisfacción adecuada de los pacientes, junto con el aumento de reclamos por presunta malapraxis sustentados en una débil indicación quirúrgica y el de los costos de la atención de la salud, han puesto sobre el tapete el concepto de la cirugía innecesaria.

Si bien el tema parece ser de desarrollo reciente, sus antecedentes históricos son numerosos. En 1908, Ernest Grooves planteó el monitoreo de las actividades quirúrgicas, debiendo resultar en un informe autorizado e imparcial de los resultados de las intervenciones quirúrgicas medianas y mayores realizadas en el Reino Unido. En la misma época, del otro lado del Atlántico, Wetherill proclamaba la eficiencia y estandarización hospitalaria, la elevación de la moral y la exclusión de los ineptos e incompetentes de la práctica hospitalaria. Todos estos conceptos fueron resumidos por el gran bostoniano Ernest Codman en 1921, resaltando la importancia en fijar estándares, cuyo resultado y difusión debería permitir al gran público la libre elección con adecuada información y permitiendo la comparación de resultados. Haggard, antes de ser presidente del *American College of Surgeons*, publicó en 1922 un editorial titulado "La operación innecesaria".

En 1974, en el Congreso de EE.UU., McCarthy presentó datos concluyentes acerca de la difusión de la cirugía innecesaria al presentar los resultados del Primer Programa de Segunda Opinión, existiendo un 17,6% de indicaciones quirúrgicas no confirmadas y estimando unos 2,4 millones de operaciones innecesarias realizadas anualmente.



Al abordar la cuestión, se impone elaborar una definición del término “cirugía innecesaria”, tarea difícil de por sí, ya que las indicaciones para distintos procedimientos se modifican constantemente.

La cirugía innecesaria debe ser considerada como un ejemplo de error médico y en respuesta a por qué se produce debemos descartar, en primer lugar, la realización deliberada de un procedimiento innecesario, por motivos ajenos al ámbito científico, lo que plantea conflictos éticos y morales frente a los pacientes y los colegas. Descartada esta posibilidad, otro motivo puede ser: la ignorancia del cirujano, por falta de desarrollo o difusión o actualización del conocimiento (8).

### COMENTARIO FINAL

Derivadas de todas las consideraciones expuestas anteriormente es que proponemos una nueva forma de afrontar los riesgos de una cirugía estética, lo que puede también ser aplicable a otras cirugías o procedimientos, que se realizan en sujetos sanos, y no siempre necesarias.

Se discuten otras consideraciones éticas sobre la indicación o la denegación del tratamiento solicitado.

Se introduce y discute el concepto de cirugía innecesaria, aplicable no solo a la cirugía estética, sino también a otras cirugías. Una actitud honesta y ética mejorará la relación médico - paciente, permitiendo afrontar mucho mejor cualquier

ventualidad que surja en la evolución del paciente. No nos olvidemos de los principios básicos de la bioética, que siempre deben estar presentes en cualquier acto médico.

### Principios básicos de la bioética

1. Beneficencia
2. No maleficencia: “*Primum non nocere*”
3. Autonomía
4. Justicia

Que es una actitud difícil de tomar para el cirujano, lo es, ya que significa dedicarle mucho más tiempo al paciente, más conversación y eventualmente no hacer la cirugía, por no lograr un acuerdo con el paciente. En esto consiste un buen proceso de consentimiento médico informado y no solo en hacer firmar al paciente un documento.

Para hacerlo, el cirujano debe tener presente y muy claros los principios éticos, tener una sólida formación en la especialidad y no olvidar nunca que la medicina, en cualquiera de sus formas, incluso en la cirugía estética, es una profesión de servicio. Está muy bien y es lícito vivir de ella, pero no lucrar de ella. Cuando se antepone a todas estas consideraciones aquellas de orden económico y pretendemos convertir la profesión en un negocio, es donde comienza el camino de las malas decisiones, errores, complicaciones y eventuales muertes de pacientes. Suele ser un camino sin retorno, con mucha exposición mediática y que no contribuye en nada a prestigiar esta noble especialidad de la cirugía plástica.

### Agradecimientos

Se agradece la colaboración del Dr. Armando Ortiz y del Dr. Patricio Burdiles, expertos en Bioética, por sus aportes al artículo.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arriagada J. *Rev Med Clin Condes*. 2010; 21(1) 135-138
2. Bayter J.E. *Cap. 1 Realidad de la cirugía plástica en el mundo. Catástrofes en Cirugía Plástica*. Editorial S.C.A.R.E. 2015 Bogotá, Colombia.
3. Bayter J.E. *Cap. 2 Factores del paciente, del cirujano, del anestesiólogo, de la cirugía y de la institución. Catástrofes en Cirugía Plástica*. Editorial S.C.A.R.E. 2015 Bogotá, Colombia.
4. Murphy RX, Alderman A, Gutowsky K, Kerrigan C, Rosolowsky K, Scechter L, et al. *Evidence- Based Practices for Thromboembolism Prevention: Summary of the ASPS Venous Thromboembolism Task Force Report*. *Plast Reconstr Surg*. 2012; 130 (1) 168-75.
5. Serret P. *Aspectos médicos y éticos en cirugía plástica, reparadora y estética*. *Bioetica & Debat*, 2008;14(52)6-8.
6. Simon H.A. *Theories of decision-making in economics and behavioral science*. *The American economic review* 1959; XLIX: 235-258.
7. Rodríguez G. *Toma de decisiones y dilemas éticos en cirugía*. *Cirujano General*, Vol 33 Supl 2, 2011.
8. Ferreres A. *La cirugía innecesaria*. Disponible en [www.errorenmedicina.anm.edu.ar](http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar), Abril 2005. CIE. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires.(accedido el 30/11/2015)