

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y MANEJO DE RIESGOS EN CIRUGÍA ESTÉTICA

Dr. Fabián Vítole
NOBLE S. A. ®

Una de las especialidades médicas más expuestas y vulnerables a los juicios por mala praxis es la cirugía plástica estética realizada con el fin de embellecer, o rejuvenecer la cara o el cuerpo de sujetos sanos. Las personas que se acercan a los cirujanos buscan un resultado estético que los gratifique y que se adecue a los parámetros de belleza vigentes en la sociedad donde viven. Quien decide realizarse una cirugía estética se somete entonces a un riesgo innecesario desde el punto de vista de su salud física, buscando una satisfacción subjetiva. Este hecho marca una clara distinción con las otras ramas de la cirugía plástica (oncológica, quemados, infantil, de los miembros, maxilofacial, etc), en donde se busca reparar un defecto objetivo, con pocas diferencias en su tratamiento médico-legal respecto del resto de las especialidades quirúrgicas.

Sin duda, la obligación de resultados, la subjetividad en la valoración de los daños y las características especiales del ejercicio de esta especialidad exponen al profesional a ser frecuentemente demandado.

CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA

1. Gran frecuencia de pacientes conflictivos

Si bien no se puede generalizar, la literatura abunda acerca de pacientes con un perfil de personalidad que condiciona su capacidad de adaptación a una intervención estética y la aceptación de su resultado. Muchas personas que desean o creen desear una cirugía estética, padecen neurosis con trastornos narcisistas de la personalidad y son hipersensibles a la frustración y los fracasos (1). Otros pueden presentarse con trastornos de personalidad más severos como el trastorno dismórfico corporal, el cual suele ser poco estudiado y diagnosticado (2). Muchas veces el deseo estético está excesivamente influenciado por el deseo de otra persona o está motivado por deseos que van

más allá del aspecto corporal (reconquistar una pareja, ascender en el trabajo, ser envidiado, etc). Si el medio elegido para resolver un conflicto es la cirugía estética y no se asumen los alcances de la especialidad, pueden aparecer frustraciones severas que induzcan a demandar judicialmente. La cirugía plástica no resuelve conflictos; ayuda a mejorar formas, en una mente estabilizada abierta al cambio (1).

2. Gran influencia de los medios de comunicación

Tanto en los medios gráficos como en los televisivos abunda la información acerca de resultados mágicos de procedimientos estéticos de todo tipo, destinados a generar la demanda de este servicio. En nuestro país, puede verse de todo, desde profesionales serios y reconocidos explicando las mejores técnicas quirúrgicas a médicos de dudosa trayectoria prometiendo lo imposible. La promoción de productos, técnicas y profesionales ha llevado a una innegable mercantilización de la cirugía estética, que termina transformando a los pacientes en clientes cada vez más exigentes y poco tolerantes cuando el resultado final no es el publicitado.

A su vez, los mismos medios son muy rápidos en la difusión de accidentes y presunta mala praxis, aún antes de que se expida la justicia, generando un clima que favorece la desconfianza y la generación de reclamos (3).

3. Frecuente utilización de prótesis y soluciones inyectables

El cirujano estético se vale frecuentemente de prótesis y soluciones inyectables, lo que genera un riesgo adicional, puesto que jurídicamente puede verse involucrado por las deficiencias de estos productos, dependiendo para ello de un tercero. Si el profesional no verifica el estado y procedencia de los mismos, podría implicar responsabilidad de este, aunque no esté vinculado con su fabricación.

Las nuevas tecnologías, muy frecuentes en esta especialidad, exigen del cirujano plástico una gran capacidad de discernimiento e independencia frente a la presión comercial de los productores de prótesis y soluciones novedosas y sin mayor respaldo científico, las cuales pueden inducir daños en los pacientes. El profesional debería obtener o verificar que el material de implante provenga de proveedores o fabricantes reconocidos y que su utilización se encuentre avalada por evidencias científicas nacionales e internacionales. Siempre es bueno verificar si cuenta con la aprobación del órgano de contralor (ANMAT), si bien algunos juzgados han admitido la utilización de algunos productos que, aún no estando autorizados expresamente por ANMAT, se encuentran avalados por la suficiente literatura científica (4). De todos, si se quieren evitar complicaciones en un juicio, se recomienda que el especialista recete siempre personalmente los implantes que él mismo decide y, al hacerlo, utilice exclusivamente los materiales aprobados por la autoridad sanitaria correspondiente.

4. Intervenciones estéticas realizadas por médicos no calificados

La experiencia demuestra que todavía existen muchos médicos en nuestro país que, sin ser especialistas y sin tener la idoneidad y experiencia suficientes, efectúan intervenciones de cirugía estética (1).

La formación del especialista en cirugía plástica es ardua, y exige dedicación y esfuerzo permanentes. Ante un conflicto médico-legal, el profesional deberá acreditar que es realmente un especialista, lo que exige demostrar que ha cumplimentado alguno de los diferentes programas de entrenamiento existentes en la Argentina que, en síntesis, tienen una duración mínima de tres años y que otorgan certificados una vez aprobada la correspondiente evaluación (residencias, carrera de especialista, cursos superiores etc). Los organismos con autoridad para otorgar la condición de especialista en nuestro país son las Universidades argentinas (estatales y privadas), la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, la Secretaría de Estado de Salud Pública y los Colegios Médicos Provinciales. Las universidades otorgan "título" y los demás organismos "certificados". Ambos documentos tienen diferentes requisitos para su otorgamiento, pero su validez es similar.

5. Minimización de los procedimientos

La mayoría de las cirugías estéticas se realizan

sobre bases ambulatorias con excelentes resultados y satisfacción de los pacientes.

Este hecho determina que muchos pacientes crean que intervenciones de cierta envergadura son "procedimientos menores". La baja frecuencia de eventos graves suele generar cierta relajación en los estándares de seguridad. En algunos países, por ejemplo, la principal causa de demandas a cirujanos plásticos son las complicaciones graves de la lipoaspiración (5) y la mayoría de las veces los problemas surgen por la falta de previsión, operando en clínicas con un nivel de atención inadecuado o consultorios sin las mínimas normas de seguridad. No cualquier ambiente es útil para este tipo de tratamientos. La jurisprudencia argentina es clara al respecto:

"Es responsable del delito de homicidio culposo el médico que realizó dos operaciones quirúrgicas en un ámbito físico precario, no habilitado como quirófano, bajo deplorables condiciones de asepsia y sin un equipo mínimo de colaboradores, ya que dichas condiciones fueron causa evidente de las infecciones y posterior muerte de la víctima..."

Fallo de la Cámara Nacional Criminal. Sala I (Correc.). 30/4/1993 "R.D.T. (Correc 3, sec. 62) c. 42.214 S., J.H."

"Incurren en una omisión al deber de cuidado legalmente impuesto, los médicos que no extremaron el deber de prudencia al evaluar los riesgos que pudieran pesar sobre la paciente a la que sometieron a una cirugía de mediana complejidad en un consultorio y, al producirse una reacción alérgica, no contaron con la tecnología y recursos terapéuticos para auxiliarla debidamente, causando su muerte."

Fallo de Cámara Nacional Criminal y Correccional. Sala VII. 11/2/1991, "S.C y otro.". LL. 1992-B, 82.

Lamentablemente, muchos casos de operaciones con anestesia general o neuroleptoanalgesia, efectuadas en un simple consultorio sin la complejidad necesaria, con mala seguridad ambiental y personal paramédico inadecuado, demuestran que existe escaso control por parte de las autoridades sanitarias (6). Sin dudas, el establecimiento asistencial en donde se realiza el procedimiento tiene tanta importancia como "las manos" del cirujano. Si se quieren minimizar los riesgos, el profesional deberá elegir y por ende proponer el hospital, sanatorio o consultorio que le permita las condiciones de bioseguridad acordes con la complejidad que la práctica en cuestión requiere y con la habilitación correspondiente. No se debe operar cualquier afección en cualquier lugar.

6. Mayoría de pacientes privados

A diferencia de lo que ocurre con otras especialidades, la mayoría de los procedimientos y cirugías estéticas no se encuentran cubiertas por las obras sociales y prepagas. El paciente tiene entonces que afrontar de su bolsillo los costos de las intervenciones, a lo que se suma muchas veces el costo de los implantes. Este hecho no es menor, ya que ante la aparición de problemas, es frecuente que los pacientes traten de recuperar lo invertido en forma rápida (muchas veces para ser intervenidos por otro profesional). Lamentablemente, la vía elegida para recuperar el dinero suele ser un reclamo por responsabilidad profesional, muchas veces sin fundamento.

ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LA CIRUGÍA ESTÉTICA: LA OBLIGACIÓN DE RESULTADO

La medicina en general tiene un fin curativo o paliativo. Cuando hay una necesidad terapéutica, el médico asume una obligación de medios, en la que no se compromete a un resultado, sino que se obliga a actuar diligentemente, con prudencia y con pericia para lograr la evolución esperada. La necesidad terapéutica puede determinar que no sea responsable ante un daño si se demuestra que actuó de acuerdo a los estándares aceptados de su especialidad.

En la cirugía estética, en cambio, las personas acuden al médico con un fin de embellecimiento y de satisfacción personal sin que exista una patología previa. En estos casos, la falta de necesidad terapéutica agrava la responsabilidad del médico, obligándolo a resultados., ya que si no se prometiera un resultado estéticamente agradable, nadie solicitaría este tipo de intervención (7). La gran mayoría de la jurisprudencia argentina considera que la naturaleza de la obligación del cirujano plástico, cuando actúa exclusivamente con fines estéticos, es de resultado:

“En los casos de cirugía estética o reparadora, la obligación asumida por el médico es de resultado y por lo tanto aquél será responsable de los daños ocasionados si no demuestra caso fortuito o fuerza mayor. Es que la intervención del médico sólo está justificada por la finalidad perseguida de lograr un efecto favorable desde el punto de vista estético. Ello supone que el médico ha pronosticado al paciente un resultado, pues no otro es el objeto del consentimiento que éste ha prestado...”

Fallo de la Cámara Nacional Civil. Sala I. R.D.A de R., sentencia definitiva, c 083433, “C.R. c/F.A. s/daños y perjuicios”. 8/7/1992

“Así, esta cirugía (la estética), encuentra su justificativo en el propio resultado, por lo que no sólo no se puede admitir que se produzca al paciente un perjuicio mayor al que se pretende corregir, si no que se cumple con la prestación a cargo del cirujano si no logra el mejoramiento buscado “

Fallo de la Cámara Nacional Civil. Sala L, noviembre 19, 1997. Z.M c/PG, E y otro. La Ley, 1998-E, 830, J. Agrup., caso 13.240

Muchos jueces son más severos con los cirujanos estéticos que con otros cirujanos:

“Aún cuando se estime que la responsabilidad del especialista en cirugía estética es de igual naturaleza que la de cualquier otro cirujano, aunque difiere en su extensión, dado que debe apreciarse con mayor severidad, lo cierto es que al haberse prometido un resultado, existe un desplazamiento de la carga de la prueba, ya que ante el incumplimiento del “opus” propuesto y las secuelas en la cara de la paciente, corresponde al cirujano acreditar su falta de culpa. Y, por tanto, el acaecimiento de un caso fortuito, que no estaba en las manos del cirujano superar, pese a la diligencia en su labor”

Fallo de La Cámara Nacional Civil., Sala E, Setiembre 20, 985-P de TP Ana M. c./OA,J. La Ley 1986-A, 469-DJ, 986-II-12-ED, 117-244

“Tratándose de cirugía meramente embellecedora, que si bien es una ciencia también es una técnica con un componente artístico, no resulta excesivo exigir del profesional interviniente refinados conocimientos y destrezas que, indudablemente, se traduzcan en los resultados concretos que es dable esperar, conforme a expectativas razonables. La aludida actividad del cirujano, no parece parangonable con la del médico en general, ni con la del cirujano no plástico, salvo excepciones concretas. Ello es así por las características del paciente (no enfermo, en realidad), por la finalidad de la intervención (embellecimiento de aquél) y por las modalidades técnicas empleadas.

Fallo de la Cámara Nacional Civil. Sala L, 19/11/1997, “Z.c/P.G.E 7 otro

En todas las citas referidas, los jueces han considerado al acto médico como una obligación de resultados. Si bien éste es el criterio habitual, algunos autores como Vázquez Ferreira opinan que, en algunos casos, las obligaciones de cirugía estética pueden ser consideradas como obligaciones de medios, ya que el especialista arbitra todos los medios disponibles para lograr un resultado y en contadas ocasiones por diversas causas no incluidas en los conceptos de impericia, imprudencia o negligencia, no se logra lo deseado (8). Así lo entienden también algunos jueces de la Sala A de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil:

“Cualquier intervención sobre el cuerpo humano presenta riesgos imprevisibles y siempre está presente, aún en las cirugías plásticas, el alea que caracteriza a las obligaciones de medios, por cuanto la más inocente operación siempre puede aparejar consecuencias inesperadas. Las reacciones del organismo, si bien suelen responder a un patrón de conducta, son pasibles de algún imponderable que torne insegura toda conclusión, razón por la cual no puede exigirse al cirujano plástico que asegure un resultado”

Fallo de la Cámara Nacional Civil, Sala A. 1994/12/07. M.A.T c. C., E., JA, 1995-IV-396

“Estimar que en la especialidad plástica de la medicina, la obligación asumida por el facultativo es de resultado, implica aceptar que su promesa fue violatoria de la regla del art. 20 de la Ley 17.132, que prohíbe anunciar o prometer la curación o la conservación de la salud, como también olvidarse de que la paciente no puede ignorar la incidencia de factores imponderables, que impidan el logro del resultado esperado y en cuya dirección el médico únicamente promete poner su empeño y su ciencia.”

Fallo de la Cámara Nacional Civil, Sala A. 1994/12/07. M.A.T c. C., E., JA, 1995-IV-396

“Resulta en extremo simplista sostener que en los casos de cirugía la obligación del cirujano es de medios y en los de cirugía plástica es de resultado, de modo tal que si en una de estas intervenciones el profesional no logra el éxito esperado, dicha falta de consecución del fin compromete su responsabilidad, con el agravante de que se trataría de una responsabilidad objetiva”

Fallo de la Cámara Nacional Civil., Sala A, diciembre 7-994. -M., A.T. c./C., E) JA, 1995-IV-396

Como vemos, el tema de las obligaciones de los cirujanos plásticos es tema de continuo debate. Si bien la tendencia mayoritaria opina que en casos de estética hay obligación de resultados, en los últimos años algunos jueces han flexibilizado su postura y empiezan a considerar que las intervenciones estéticas se encuentran sujetas a los criterios comunes de juzgamiento de otras especialidades, aunque sugiriendo siempre una mayor severidad en la apreciación.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS EN CIRUGÍA ESTÉTICA

Para minimizar la posibilidad de demandas por responsabilidad profesional y estar en mejor posición de defensa ante un reclamo, el cirujano estético deberá ser especialmente meticuloso en los siguientes aspectos:

1. Selección de pacientes y manejo de expectativas
2. Consentimiento informado
3. Historia Clínica
4. Infraestructura y equipo
5. Lipoaspiración

1. Selección de pacientes y manejo de expectativas

La adecuada selección de los pacientes es uno de los factores determinantes del éxito de una cirugía o procedimiento estético y es uno de los aspectos de la atención que suele discutirse extensamente en las demandas por mala praxis.

La elección correcta suele resultar de la combinación del buen criterio quirúrgico, el sentido común, el instinto y las interacciones interpersonales (9). La satisfacción del paciente requiere que el cirujano preste una especial atención a las necesidades psicológicas del mismo tanto en el pre como en el postoperatorio, siendo esta parte de la atención tan importante como el procedimiento quirúrgico en sí (10).

Sin duda muchos pacientes tienen pretensiones exageradas o poco realistas que suelen ser la consecuencia de la falta de información adecuada. Los cirujanos plásticos deben estar atentos a la posibilidad de que algunos pacientes puedan tener algún desorden psicológico subyacente, ya que desde un simple desequilibrio pasajero y circunstancial hasta una verdadera psicosis pueden ser la causa del interés por el procedimiento estético (2).

El profesional debe estar particularmente atento a un trastorno mental definido por el DSM- IV (Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales) como "Trastorno Dismórfico Corporal" o dismorfofobia caracterizado por: (11)

a)Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva

b)La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

c)La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej: insatisfacción con el tamaño y la silueta corporal en la anorexia nerviosa)

Se ve generalmente en jóvenes de buena posición económica con pocos o ningún defecto físico que, influenciados por los medios de comunicación y los altos estándares de belleza actual, empiezan a tener una percepción errónea o exagerada de defectos físicos imperceptibles o imaginarios. Este trastorno afecta a hombres y mujeres por igual. Según el libro "Obsesiones Corporales", en el año 2003 la cantidad de personas afectadas por dismorfofobia alcanzaba más de 5 millones en los Estados Unidos (12). En general, se estima que en la comunidad su incidencia se encuentra entre el 0,5% y el 0,7%.

Los pacientes con trastorno dismórfico corporal suelen visitar a varios especialistas y realizarse una gran cantidad de intervenciones pero nunca están conformes con los cambios y suelen decepcionarse con los resultados. Esta disconformidad suele ser el germen de muchos juicios. Por eso el profesional debe ser prudente y saber cuándo es necesario aconsejar al paciente que acuda a la consulta de un psiquiatra. En casos de cirugías repetidas con otros profesionales, también resulta aconsejable que el paciente permita comunicarse con ellos para tener un panorama más claro de los antecedentes y del perfil de la persona a tratar

Otro aspecto a tener en cuenta es la compulsión de algunas personas hacia los procedimientos estéticos. Un estudio demostró que el 40% de quienes que se realizan inyecciones de Botox expresan una compulsión a su utilización en forma repetida (13)

La cuestión de la evaluación psicológica plantea

algunos interrogantes para debatir:(14):

¿Deben tener todos los pacientes una evaluación psicológica?

¿Cuándo debe derivarse a un especialista en salud mental?

Si un paciente está siendo tratado por un profesional en salud mental, ¿se requiere la opinión y autorización del mismo para la realización del procedimiento?

No hay una respuesta única y la decisión debe realizarse sobre bases individuales. Desde el punto de vista médico-legal, lo concreto es que si un cirujano plástico pretende establecer como defensa en un juicio por mal resultado estético la necesidad de la cirugía como parte de la terapéutica de afecciones psíquicas determinantes de complejos en el paciente, deberá poder demostrar que dicho diagnóstico y sugerencia terapéutica fue realizada por un profesional en salud mental. De no actuar así, es conveniente que se abstenga de invocar el fin curativo de su intervención ya que no corresponde al cirujano plástico establecer un diagnóstico psiquiátrico (15).

Más allá de la interconsulta con profesionales en salud mental, es recomendable establecer criterios claros para la selección de los pacientes que acuden a solicitar los servicios de un cirujano estético. Según Rohrich el cirujano estético, en su proceso de selección, debe responderse las siguientes preguntas (14):

¿**Quién** es nuestro paciente, y cuáles son los principales rasgos de su personalidad, gustos y disconformidades?

¿**Cuáles** son los objetivos estéticos que persigue con la cirugía? ¿Es posible cumplir con dichos objetivos en forma segura?

¿**Cuándo** es el mejor momento para realizar la cirugía? ¿Se encuentra el paciente atravesando una crisis o problemas que puedan hacer de la cirugía una mala opción en este momento?

¿**Por qué** quiere ser intervenido? ¿Tiene expectativas realistas y comprende las limitaciones de la cirugía?

La detección de los "pacientes problema" no siempre es fácil. El cirujano experimentado debe confiar en sus instintos y en su juicio, adquiridos muchas veces a partir de malas experiencias propias (16) o ajenas. La literatura científica en general es coincidente acerca de quiénes son buenos y malos candidatos para procedimientos estéticos.

Son buenos candidatos (15):

- Las personas inteligentes, educadas, que saben escuchar y que entienden con claridad los pro y los contra de las cirugías o procedimientos propuestos

- Los individuos que presentan un problema físico objetivo, acerca del cual tienen un interés razonable, pero no neurótico.

- Las personas cuyo trabajo les exige un aspecto de bienestar y dinamismo y que deben competir con personas más jóvenes.

Son malos candidatos (17):

- Las personas excesivamente preocupadas por un defecto imaginario o menor, el cual les causa una angustia significativa y altera su vida social o laboral (pensar en dismorfofobia).

- Los pacientes que han realizado numerosas consultas o tratamientos con el mismo o con distintos profesionales y que se quejan de la atención o de los resultados obtenidos. Aquellos que han iniciado acciones legales.

- Los pacientes que insisten en la realización de múltiples cirugías o procedimientos en contra del consejo médico.

- Los pacientes agresivos o extremadamente demandantes.

- Los pacientes que no saben escuchar y los que no realizan preguntas.

- Los pacientes con expectativas poco realistas acerca del resultado de la cirugía estética (ej: los que quieren parecerse a una estrella del cine en particular).

- Los pacientes poco claros o específicos acerca de lo que pretenden lograr con la intervención.

- Los pacientes que se encuentran demasiado apurados o ansiosos para realizar la intervención o que están pasando por un momento de crisis (divorcios, pérdida del trabajo, etc)

- Los pacientes sin el apoyo de su pareja o familia. También aquellos que se

encuentran muy presionados por sus allegados para realizar la intervención. Este último caso se verifica cuando en la consulta el paciente casi no habla y todas las preguntas la realiza la pareja o el familiar.

- Los pacientes con antecedentes de problemas psicológicos (desorden bipolar, depresión, anorexia). En estos casos se debe solicitar permiso al paciente para la interconsulta con el psiquiatra o psicólogo o como mínimo solicitar al paciente un informe de dichos profesionales.

Cuando un paciente con alguna de las características expuestas se presenta en el consultorio, el cirujano estético debe tomarse el suficiente tiempo para pensar concienzudamente acerca de la indicación quirúrgica y estar muy atento a la comunicación no verbal, que muchas veces dice más que las palabras. Finalmente, ante algunos casos deberá poder decir ¡No!. Como dijo alguna vez un reputado cirujano estético: "Yo me gano la vida operando, pero me gano el prestigio sabiendo decir que no" (18).

Si bien hemos querido en este punto resaltar los aspectos relevantes de la evaluación psicológica de los pacientes, no podemos concluir sin dedicar unas líneas acerca de la importancia de una adecuada valoración clínica de quienes van a ser intervenidos quirúrgicamente. Muchas condiciones (tabaquismo, hipertensión, obesidad, diabetes, desórdenes metabólicos, alergias, medicación etc) pueden alterar el resultado final, por lo que resulta indispensable que el cirujano estético tenga en cuenta estos aspectos y evalúe si dichas condiciones requieren de la asistencia de un médico clínico para ser corregidas y poder afrontar el procedimiento electivo en condiciones óptimas.

2. Consentimiento informado

El proceso de consentimiento informado y su instrumentación adquieren una particular relevancia en las cirugías y procedimientos estéticos, ya que al ser actos totalmente electivos, la necesidad de información al paciente es mayor que en otras especialidades. Las intervenciones voluntarias, con fines de embellecimiento personal y no de curación, no admiten situaciones en las que pueda justificarse una limitación de la información en función de la necesidad del procedimiento.

Como la finalidad no es el mejoramiento de la salud, no se justifican omisiones o informaciones graduadas que hagan que el paciente ("cliente") acceda a la intervención sin un completo conocimiento de todas sus consecuencias y de sus posibles resultados (19). El médico deberá en estos casos informarle en forma completa, veraz y exhaustiva no sólo las complicaciones más frecuentes y probables sino también aquellas improbables pero posibles. En esto, muchos de nuestros tribunales siguen un criterio similar al de la Corte de Casación Francesa, que dijo en un fallo que en materia de actos médicos y quirúrgicos de objetivo estético, la obligación de información debe referirse no sólo a los riesgos graves de la intervención, sino también a todos los inconvenientes que pueden resultar de ella (20). Algunos ejemplos de fallos argentinos:

"El deber de información impuesto a los facultativos adquiere particular relevancia tratándose de cirugías estéticas con fines de embellecimiento, en las que debe satisfacerse de una manera prolija y pormenorizada, atendiendo a los fines cosméticos y no curativos del cometido..."

"Cuanto más peligrosa sea la intervención profesional, tanto más necesaria es la advertencia por parte del médico, quien puede llegar a ser responsable en la medida en que callare o atenuare los riesgos de aquella."

Fallo de la Cámara Nacional Civil. Sala E, setiembre 20-985. P de TP, A.M.c./O.A., J. La Ley, 1986-A, 469-DJ, 986-II-12-ED, 117-244

Si bien para algunos juristas en materia de cirugía estética rigen los mismos principios que gobiernan a la cirugía general en cuanto al deber de información y de advertencia, otros son mucho más rigurosos: Llamas Pombo sostiene que "la exigencia de consentimiento será tanto más rígida cuanto más nos alejemos de la finalidad puramente curativa, llegando a ser inexcusable cuando dicho objetivo desaparece" (21). López Mesa (19), por su parte sostiene que en los casos de medicina voluntaria, donde no existe necesidad terapéutica ni urgencia de realizar la práctica, la falta de consentimiento del cliente, torna antijurídico el acto médico, sin posibilidad de que el médico encuentre otras causales de justificación y obliga a imputar al médico la totalidad de los daños, aún cuando el acto médico haya sido ejecutado conforme a las reglas del arte y de la profesión. Así lo

entienden también algunos jueces en nuestro país:

"En la hipótesis que el cumplimiento de la obligación del médico conllevara un riesgo de daño como consecuencia previsible por más que se ejecute conforme a las reglas del arte y de la profesión, tiene el paciente derecho a ser informado de que exista la posibilidad de que esto ocurra, pues no estando obligado a someterse al tratamiento por un problema puntual de salud o por una relevante anomalía antiestética, no puede presumirse que alguien lo asumiría teniendo como uno de sus resultados el quedar peor que antes, consecuentemente si esto ocurre el médico debe responder"

Fallo de la Cámara Civil y Comercial de San Martín, Sala II, junio 24, 1997. G.P de G., R.M.B.R. c./D.B., G y otros), LLBA, 1998-668

Dicho en lenguaje más llano, si el paciente se infectara o desarrollara una cicatriz antiestética a partir de un procedimiento innecesario, aún sin incurrir en mala praxis, el médico muy probablemente deberá responder por los daños si no puede probar que esta probabilidad había sido advertida al paciente.

Lo expuesto obliga a replantearse la forma en la que muchas veces se instrumenta y documenta este proceso, con formularios entregados minutos antes del procedimiento por un administrativo, con muy poca información y espacios en blanco sin completar, sin la firma del cirujano que brindó la información, etc. Evidentemente estos documentos tienen poco valor probatorio en un juicio por responsabilidad profesional y complican la defensa. Idealmente el consentimiento informado es un proceso de consultorio y es una responsabilidad indelegable del médico tratante. La información debe ser brindada con la suficiente antelación y no debe restringirse a la naturaleza del procedimiento propuesto y a sus riesgos, sino que debería incluir también los beneficios estéticos que se pretenden y las alternativas disponibles, siendo lo más específico posible. Este último punto (alternativas) es de especial relevancia en el caso de intervenciones estéticas, ya que cada vez hay más opciones menos invasivas que la cirugía para poner a consideración de los pacientes.

Con respecto a los modelos de formulario, existen varios, generales y específicos por procedimiento diseñados por las distintas sociedades de cirugía plástica de nuestro país.

Las mismas han desarrollado textos especiales referidos a tratamientos muy específicos, como por ejemplo implantes de prótesis mamarias o tratamientos con láser, entre otros. También contemplan estos formularios aspectos vinculados a las cicatrices, a los riesgos especiales que en esta especialidad tiene el hábito de fumar etc. No resulta recomendable utilizar formularios genéricos de cirugía general. No dude en consultar a NOBLE por formularios para intervenciones estéticas, tanto generales como específicos, adaptados a los distintos tipos de procedimiento.

3. Historia Clínica

En muchas pericias realizadas se observan historias clínicas deficientes e incompletas, tanto en el ámbito hospitalario como en el privado. Una historia clínica bien confeccionada es el primer recaudo que debe tomar un especialista en su práctica diaria no sólo con un objetivo de protección médico-legal si no como la principal forma de planificación y de comunicación del equipo de salud. Una buena historia clínica va más allá de la simple descripción cronológica de los hechos. Se trata de un documento que debe contener una síntesis razonada, coherente y secuencial en el que se justifican los procedimientos puestos en práctica. Una historia clínica bien confeccionada mantiene la carga de la prueba a favor del demandado, ya que obliga al demandante a probar que el médico actuó mal. Se le atribuye a la misma verdad probatoria por sí misma, aunque haya sido confeccionada por el propio médico demandado y constituye una presunción favorable a su buena praxis, lo que unido a otras circunstancias, demuestra la falta de culpabilidad del especialista (1).

Por otra parte, una historia clínica inexistente, insuficiente o con omisiones puede hacer presumir culpa del galeno:

*"...en autos se probó fehacientemente que la **historia clínica estaba plagada de deficiencias y omisiones.** Este hecho es imputable a todos los médicos que intervinieron directamente en la atención.... **Estas razones que suponen graves irregularidades, son suficientes para generar una presunción judicial de culpa...***

Fallo de Cámara Civil de la Capital Federal. 24/5/90 "

Una historia clínica con estas características permite suponer la verdad de los hechos afirmados por el demandante, representa un

indicio de falta de colaboración del médico en el proceso judicial y puede motivar la inversión de la carga de la prueba, obligando al médico a probar que actuó bien:

"En ausencia de historia clínica, la carga de la prueba ha de considerarse invertida"

Fallo de la Cámara Nacional Esp. Civil y Comercial., Sala II. M.F c/A.E de S.M. de B.A. (JA, 1986-268, n°135).

Excede el objetivo de este trabajo describir pormenorizadamente todos los requisitos que deben constar en una historia clínica y que son comunes a todas las especialidades, pero sí se desean puntualizar algunos aspectos relevantes de la documentación en cirugía estética específicamente:

a) Fotografías: La cirugía plástica encuentra en las imágenes uno de los elementos más importantes de la historia clínica. De la comparación entre las tomas pre y postoperatorias, surge la constancia fehaciente del cambio, así como también un elemento de prueba del estado previo al tratamiento (1).

b) Constancia de materiales de implante: En el caso de materiales de implante, como por ejemplo prótesis mamarias y sustancias inyectables, es conveniente consignar la marca comercial y modelo, el número de lote y procedencia de los citados productos, así como también, si corresponde, adjuntar la etiqueta provista por el fabricante con los datos inherentes, de manera de contar con una prueba.

c) Documentación del hábito de fumar: Numerosa evidencia científica resalta que el hábito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados de las operaciones de cirugía estética. Las propiedades vasoconstrictoras de la nicotina pueden alterar la cicatrización normal y la vitalidad de los tejidos movilizados pudiendo favorecer las infecciones e incluso la necrosis. También tienen este riesgo aquellos que utilizan parches de nicotina. El tabaquismo aumenta además los riesgos de la anestesia, por lo que en un procedimiento voluntario e innecesario este hecho también debería ser discutido. Resulta importante entonces documentar en forma detallada este hábito como así también el compromiso del paciente de no fumar durante los treinta días anteriores y treinta posteriores a la fecha de la operación (suele destinarse un párrafo del consentimiento informado para el registro de este compromiso) (22)

d) Documentación de las indicaciones y de la falta de cumplimiento de las mismas. Numerosos conflictos legales se originan cuando los pacientes no siguen las instrucciones del cirujano, en cuanto a reposo, cuidado de la herida, exposición al sol, no fumar etc. La falta de cooperación de algunos pacientes determina malas evoluciones que luego pretenden ser atribuidas a una mala praxis del profesional. El compromiso del paciente debe quedar registrado en el consentimiento informado y el profesional debe ser especialmente puntilloso dejando constancia en la historia de las instrucciones dadas y de su eventual falta de cumplimiento.

4. Infraestructura y equipo

Si bien este tema ya fue abordado al referirnos a las características del ejercicio de la cirugía estética en nuestro país, no puede dejar de enfatizarse la importancia de asegurarse de que la institución donde se realizará el procedimiento cumpla con el nivel tecnológico adecuado a la intervención y con los requisitos legales y de calidad que ofrezcan seguridad al paciente. Debe tenerse también en cuenta que generalmente el cirujano estético funciona como jefe de equipo y selecciona a su anestesista, por lo que puede ser hallado responsable por negligencias de este. Si bien la jurisprudencia concuerda en que el anestesista tiene autonomía científica y técnica con respecto al cirujano, la misma no es absoluta, principalmente en los temas que el cirujano puede y debe controlar. Este hecho no es menor, ya que las complicaciones anestésicas en cirugías estéticas suelen ser catastróficas y desembocar en un número considerable de demandas contra cirujanos plásticos. Muchas de estas complicaciones pueden verse luego de procedimientos que insumieron varias horas (principalmente en procedimientos múltiples) con un mal manejo del postoperatorio inmediato. El cirujano jefe no puede desentenderse totalmente del paciente durante este período, siendo tan responsable como el anestesista de verificar una recuperación total, sin retirarse de la institución hasta que esto suceda. También debe verificar que su anestesista realice una adecuada valoración preanestésica.

5. Lipoaspiración

La lipoaspiración tiene todos los elementos para originar una pesadilla para el cirujano plástico en caso de que ocurran las poco frecuentes

complicaciones serias que pueden presentarse. Se conjugan en este procedimiento gran parte de las situaciones expuestas: expectativas desmedidas, percepción por parte del paciente de que se trata de un procedimiento menor, baja tolerancia a las complicaciones, instalaciones inadecuadas y riesgos potenciales serios que no siempre son advertidos al paciente ni documentados adecuadamente en el consentimiento informado.

La lipoaspiración es el procedimiento más frecuentemente involucrado en las demandas a cirujanos plásticos en Colombia (5) y, en los Estados Unidos, la tasa de demandas por esta intervención es de 3 por cada 100 cirujanos plásticos asegurados. En casi el 70% de estos casos el proceso de consentimiento informado jugó un rol central (23).

Cientos de miles de personas en todo el mundo se han sometido a esta intervención sin ningún tipo de problemas y con excelentes resultados. Sin embargo, también hay publicados numerosos trabajos con complicaciones, siendo algunas de ellas fatales: (5) (24)

- Tromboembolismo graso masivo
- Perforaciones viscerales
- Infecciones
- Desequilibrio hemodinámico por el manejo de líquidos y pérdidas sanguíneas, especialmente con técnicas tumescentes, que exigen un equipo bien coordinado y entrenado.
- Arritmias cardíacas refractarias relacionadas principalmente con la técnica tumescente.
- Toxicidad a la lidocaína
- Complicaciones anestésicas por picos en los niveles plasmáticos de drogas anestésicas en recuperación o posquirúrgico inmediato
- Seromas, necrosis de piel, alteraciones de la sensibilidad, etc.

Hay numerosos reportes de muertes relacionadas a la lipoaspiración, si bien es difícil estar seguros de la frecuencia con que esto ocurre. Como ninguno de los estudios es perfecto, los resultados son sólo estimaciones. Algunos de estos trabajos indican que el riesgo de muerte por lipoaspiración es tan bajo como de 3 muertes cada 100.000 procedimientos realizados.

Sin embargo, otros estudios indican que este riesgo se encuentra entre 20 y 30 muertes cada 100.000 lipoaspiraciones. Un estudio sugiere que la mortalidad es mayor cuando la lipoaspiración se realiza en forma simultánea a otras cirugías estéticas. Para ayudar a la comprensión de la magnitud del riesgo, un trabajo sostiene que las muertes por lipoaspiración son comparables a las muertes producidas por accidentes de autos (16 muertes cada 100.000 accidentes). (24)

Sin duda estos números plantean un dilema ético. Dada la baja frecuencia, ¿hasta dónde debe informar el cirujano plástico? Es en esta situación en donde se deben contrapesar los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y veracidad. En la mayoría de los procedimientos estéticos, el principio de autonomía del paciente, por el cual es el paciente el que decide sobre lo que quiere para su cuerpo, y el de beneficencia, que busca promover el bienestar y la salud del mismo, se encuentran condicionados por el de la veracidad (fundamental para que el paciente pueda tomar una decisión informada) y el de la no maleficencia (no producirle al paciente un daño innecesario). Dado lo innecesario del procedimiento y la magnitud de las posibles complicaciones, aún siendo muy infrecuentes, sería éticamente cuestionable ocultar estas probabilidades durante el proceso de consentimiento informado.

Desde el punto de vista médico-legal, la jurisprudencia es coincidente en que en los procedimientos voluntarios de embellecimiento la información brindada al paciente debe ser detallada y exhaustiva –mucho más que en la medicina curativa-. En estos casos el consentimiento del paciente debe ser irreprochable, pues el menor reproche que pueda hacerse al respecto, compromete la responsabilidad del médico. Ante un reclamo por daños originados en este procedimiento, la posición del cirujano se verá muy debilitada si no puede demostrar la discusión de estos riesgos con su paciente, el consentimiento del mismo y las previsiones que tomó, dentro de las cuales la principal consistirá en la realización de la intervención en un centro y con un equipo preparado para responder rápidamente ante estas situaciones.

BIBIOGRAFÍA

1. Jacovella, P; Kennedy, R. Buena/mala praxis en cirugía estética. 1ra ed.- Buenos Aires. Ed Ad Hoc, 2004
2. Abreu TC y cols. Perfil de personalidad en pacientes que solicitan cirugía estética. *Cir Plast* 2000; 10(3): 97-101
3. Hurtado Hoyo, E: El síndrome judicial. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, vol.108, n°3, 1995. p. 6
4. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil. "R.,KJ. c/C., JE y otro s/daños y perjuicios." 10 de octubre de 2003
5. Manrique JI. Demandas por complicaciones anestésicas en procedimientos de cirugía plástica. . *Rev. Médico-Legal (Colombia)*.Nº 2 2006 p. 42-45
6. Hurtado Hoyo, E.: Responsabilidad Legal del equipo quirúrgico. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, vol. 107. n° 4, 1994. p 25
7. García Sánchez MC. "Responsabilidad del cirujano estético" en Ghersi CA: *Responsabilidad Profesional*. Ed. Astrea, Buenos Aires, 1998
8. Vázquez Ferreira, R.: Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Ed. Hammurabi, Buenos Aires, 1993
9. Sagrillo D; Kunz S. Medico-legal issues in plastic surgery: patient selection criteria. *Plast Surgical Nursing*. January-arch 2007. Vol 27 n°1
10. Sykes JM Patient selection in facial plastic surgery. *Facial Plast Surg Clin North Am*, 2008 May; 16(2): 173-6, v.
11. Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales. DSM IV 4ta ed.
12. Yaryura Tobías JA. Obsesiones Corporales. Ed. Polemos. Buenos Aires, 2004
13. The British Association of Aesthetic Surgeons. Psychological aspects of aesthetic surgery. BAAPS Annual Meeting, 22 Sep 2006. Acc: www.baaps.org.uk/content/view/106/62/
14. Rohrich RJ. The who,what,when and why of cosmetic surgery: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation?. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 106 (7). 1605-1607, 2000
15. Sánchez Rodríguez, K; Alessandrini González R. Reflexiones éticas necesarias en pacientes de cirugía plástica. *Bioética*. Enero-Abril 2008. p 22-26
16. Rohrich RJ. Streamlining cosmetic surgery selection. Just say no!. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 104 (1). 220-221., 1999
17. The British Association of Aesthetic Plastic Surgeons. Top ten psychological warning signs. Guidelines for aesthetic surgeons to consider during patient selection. BAAPS Annual Meeting, 22 Sep 2006. Acc: www.baaps.org.uk/content/view/139/62/
18. Diario Clarín. ¿Adictos al bisturí? María Farber. 28 de septiembre de 2005'
19. López Mesa MJ. La naturaleza de las obligaciones del médico: Su correcto encuadramiento en una célebre clasificación. *Argentina Praxis Médica*. Año II N° 10. Marzo-Abril 2008. P. 8-9
20. Corte de Casación Francesa, 1ra. Sala Civ., 17/2/98, sent N° 95-21.715; *Recueil Dalloz*, t.1998, sec. Information rapides, p 8.1
21. Llamas Pombo E. Doctrina General de la llamada culpa médica, en "Estudios acerca de la responsabilidad civil y su seguro".
22. Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Modelo de consentimiento para intervenciones quirúrgicas de cirugía estética.
23. Bruner J. et al. Lipoplasty claims experience of U.S Insurance Companies. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 107 (5): 1285-1291, April 15, 2001.
24. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Center for devices and radiological health. Liposuction Information. What are the risks or complications associated with liposuction? August 1, 2002. www.fda.gov/cdrh/liposuction/risks.html.