

## A segurança nas cirurgias estéticas combinadas

Várias são as diferenças entre a cirurgia plástica estética e os demais tipos de cirurgia, não somente reparadora, mas de quaisquer outros tipos de atos operatórios com finalidade de eliminar ou corrigir anomalias do corpo por necessidade, ou qualquer que seja a natureza e magnitude. Neste particular, não tem sentido chegar ao nível das exérese cutâneas de pequeno porte ou número. Importante é estabelecer, que, na cirurgia estética, são operados pacientes e não doentes. Pela lógica e princípio, candidatos a este tipo de cirurgia, não hígidos, devem adiar o seu procedimento até retornarem às condições ideais, salvo em circunstâncias especiais em que se organiza algum aparato de segurança que possa reverter alguma emergência no trans ou pós-operatório. Devem, portanto, ser pessoas hígidas que queiram melhorar sua imagem e obter os efeitos emocionais e autoestima que este tipo de cirurgia oferece. A cirurgia estética ao longo das décadas foi integrada à cultura humana em graus mais variados, nos diversos países. A evolução das técnicas e a segurança da anestesia foram os fatores básicos para sua grande receptividade em todas as classes sociais, porém em graus diversos em cada país, face aos seus aspectos culturais.

Paralelamente, as publicações e a divulgação nos eventos científicos estimularam de maneira contínua a realização de cirurgias combinadas nos seus mais variados aspectos, com o aumento também crescente do tempo de ato operatório. A praticidade por parte dos pacientes e o estímulo dos cirurgiões em resolver dois ou mais problemas estéticos num único ato operatório entrou na rotina diária. A lógica recomenda uma única anestesia, uma recuperação e uma internação só, para resolver dois ou mais problemas estéticos pendentes. Seguimos esta conduta nas últimas quatro décadas. Importante, entretanto, é que condutas e regras sejam rigorosamente seguidas. Porém, lamentavelmente nem sempre são levadas em conta. O número de incidentes e acidentes reversíveis ou não que chegam ao domínio público têm chamado a atenção de todas as entidades oficiais e hospitalares, para desenvolver protocolos de prevenção, sem, entretanto, chegar ainda a um consenso aplicável. Cremos ser um problema de tempo para se transformar em realidade, porém, até lá, aconselhamentos práticos e objetivos devem sensibilizar àqueles que usam destes procedimentos sem o necessário rigor exigido.

Basicamente, seis fatores devem ser rigorosamente considerados: o tempo do ato operatório, a qualidade do monitoramento, o local onde é realizada a cirurgia, a experiência do cirurgião e de sua equipe, a idade do paciente, a qualidade física e psicológica dos mesmos. Há duas décadas que transmitimos, dentro da frequência necessária, o tempo do ato operatório a partir do momento do bisturi na mão. Até 4 horas de ato operatório o sinal é verde; nas cinco horas, passa para amarelo e das seis horas em diante, fica vermelho. Fazer uma cirurgia cardíaca, torácica ou abdominal com mais de 10 horas tem um sentido diverso comparado ao da cirurgia estética com mais de seis ou até 14 horas de duração. Nas combinações cirúrgicas, existe a lógica do não espóliar e nem agredir além dos limites próprios da cirurgia já conhecidos por todos. Após a sexta hora, a continuação do ato operatório é determinada pelo anestesista, que é arguido pelo cirurgião à cada hora ou cada meia hora, para continuar ou não, em função das condições gerais dos pacientes. A suspensão do ato operatório se fará sempre o mais urgente possível. Não tem sentido uma cirurgia estética ser seguida de UTI, com todos os envolvimento e riscos por um ato operatório espóliativo, com horas além dos limites de segurança.

O monitoramento e o local da cirurgia formam um binômio inseparável. Importante, no mínimo, ser a cirurgia realizada numa sala equivalente a uma similar de terapia intensiva onde possa reverter na maioria absoluta uma emergência trans ou pós-operatória para a transferência ulterior a um hospital de base, sempre que possível, próximo e conveniado para estas circunstâncias.

A experiência do cirurgião passa por etapas até chegar ao nível em que seus índices estejam no patamar de qualidade ideal, com o mínimo de problemas colaterais negativos. A sua equipe deve ser a mesma continuamente, similar a uma “orquestra”, afinada com o fator tempo e com qualidade dos resultados, com dois assistentes e duas instrumentadoras e, se possível, ainda a mesma circulante de sala acostumada à rotina da equipe. Importante é ser o ato operatório realizado pelo cirurgião chefe e não as duas equipes operando simultaneamente em regiões diversas. Pode sim, o cirurgião delegar os refinamentos das suturas aos seus

assistentes, para baixar o tempo cirúrgico. Finalmente, a idade e as condições físicas e psicológicas dos pacientes devem direcionar o programa cirúrgico no sentido de suspender o mais rápido possível se diante de eventuais necessidades, independente do que foi prometido. Deve prevalecer a integridade do paciente.

A análise telegráfica que registramos dispensa maiores detalhes com base na formação técnica dos cirurgiões plásticos, recebida pelos seus professores e preceptores. Pergunta-se por que ainda esses incidentes ocorrem? Na verdade, além dos seis itens técnicos há ainda outros seis, nos quais a educação de base, o caráter, a ambição, a forma de “vender” a profissão, o ego e a relação médico-pacientes formam um complexo conjunto comportamental, onde nem sempre, se aplicados convenientemente, podem determinar problemas nem sempre reversíveis.

Comprovar onde ocorreu a imperícia, a negligência e a imprudência torna-se uma tarefa complexa e longa, com exaustivas idas e vindas e desgastes irrecuperáveis, principalmente na consciência. Tudo isso é evitável, desde que os seis preceitos previamente descritos sejam realmente obedecidos.

Vendemos a nossa profissão, porém dentro da dignidade, da moral, da ética e do respeito aos que batem na nossa porta e confiam no nosso trabalho.

**Ricardo Baroudi**

Editor