

CIRUJANOS QUE ENVEJECEN

Tenemos que hablar

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE Compañía de Seguros

Ferdinand Sauerbruch (1875-1951) fue en su época uno de los más grandes cirujanos del mundo. Su refinado juicio clínico y exquisita técnica quirúrgica atrajeron durante años a estudiantes y pacientes de toda Europa al Charité Hospital de Berlín, donde ejercía. En los años 60' sin embargo, Sauerbruch comenzó a cambiar. Sus colegas de la época señalan que tenía "cambios repentinos de humor y períodos de olvido" y que "golpeaba a sus ayudantes con instrumentos durante las operaciones". Sus cirugías comenzaron a realizarse con creciente torpeza, lesionando tejidos y desgarrando vasos sanguíneos. Los administradores de su hospital, cegados por su fama internacional y poco dispuestos a renunciar a los beneficios económicos de contar a Sauerbruch entre sus filas, tardaron en actuar. Los esfuerzos individuales de sus amigos que le aconsejaban el retiro fueron a su vez rechazados de plano. La situación fue haciéndose cada vez más insostenible: un actor famoso murió desangrado luego de una simple cirugía de hernia; un joven también corrió la misma suerte cuando no pudo realizar una anastomosis luego de una gastrectomía. Finalmente tuvo que ceder y renunciar en 1949, cuando fue amenazado con un humillante despido público. Aun así, Sauerbruch continuó operando en su casa, con resultados desastrosos. Eso no impidió que en 1953 se publicara su auto-biografía titulada "Master Surgeon" (Katlic and Coleman, 2014)

Como médico que ejerció como neurocirujano durante más de 15 años, he sido testigo de situaciones no tan dramáticas, pero sí preocupantes. He visto tolerar que continuaran operando cirujanos muy mayores que claramente habían perdido gran parte de su motricidad fina y agudeza visual. Desafortunadamente, ni los médicos ni las instituciones parecen haber abordado estos problemas de decadencia en el desempeño de manera adecuada. A pesar de ser conscientes de que un colega tiene déficits en el terreno de la conducta o de sus competencias, la mayoría de las veces preferimos mirar para otro lado en lugar de confrontar el problema directamente. La independencia y la autonomía profesional son tan valoradas que somos reacios a confrontar con un colega cuando percibimos sus problemas. Expresar estas preocupaciones directamente puede

ser muy incómodo, y puede dañar la reputación de quien saca a la luz el tema. A nadie le gusta hacer juicios sobre los problemas de un colega que muchas veces es además un amigo, o alguien que nos enseñó a operar y admiramos. La misma dinámica de poder también complica la situación, ya que a veces el médico con problemas tiene un nivel jerárquico superior. Por otra parte, son muy pocas las organizaciones de salud que monitorean sistemáticamente el desempeño de sus profesionales o que cuentan con programas formales para identificar a médicos con problemas.

Envejecimiento de la población de cirujanos: qué dicen los datos

Con el aumento de expectativa de vida, la población de cirujanos está envejeciendo. Según un último censo realizado en 2017, el 44% de los 103.032 cirujanos activos de los Estados Unidos tienen 55 años o más. Este porcentaje varía entre especialidades quirúrgicas, desde un 40,9% en cirugía vascular hasta un 58,1% en cirugía torácica (Katlic et al, 2019). El American College of Surgery (ACS), por su parte, cuenta con más de 5000 asociados mayores a 70 años, una categoría definida como "miembros que practican activamente, pero que no están obligados a pagar cuotas". Dado que sólo entre el 25% y el 30% de los cirujanos de ese país pertenecen al ACS, se estima que el número de cirujanos septuagenarios que todavía operan se acerca a los 20.000 (Katlic and Coleman, 2014).

Lo mismo ocurre en otros países; cerca de 1 de cada 5 miembros activos de las dos asociaciones de cirujanos de Australia y Nueva Zelanda, por ejemplo, tienen más de 65 años. Lo mismo ocurre con el 16% de los cirujanos canadienses y el 9% de los cirujanos británicos. (Sherwood and Bismarck, 2020)

Son varios los trabajos publicados que comienzan a llamar la atención sobre este problema. Hartz et al (1999), encontraron que la tasa de mortalidad de los cirujanos que realizan bypass coronario aumenta con la edad. Otro estudio mostró que lo mismo ocurriría con aquellos que realizan endarterectomías carotídeas (O'Neill et al, 2000). Las tasas de recurrencia luego de herniorrafias inguinales laparoscópicas también es mayor cuando quienes operan son cirujanos de edad avanzada (Neumayer et al, 2005). Waljee et al examinaron las historias clínicas de 461.000 pacientes de Medicare y observaron que los cirujanos más viejos tenían tasas de mortalidad operatoria mayores que los más jóvenes en pancreatomectomías, byapass coronario y endarterectomías carotídeas, si bien la diferencia era pequeña y limitada a cirujanos con bajos volúmenes quirúrgicos. Concluyeron entonces que "la edad del cirujano es un predictor relativamente débil de la

mortalidad operatoria, no sólo en el agregado, sino también para discriminar entre el desempeño de cirujanos a nivel individual (Waljee et al, 2006)

Aun sin generalizar, el deterioro en el desempeño de unos pocos no deja de ser un problema de seguridad. En su revisión de este tema, Katlic refiere anécdotas de presidentes de sociedades de cirugía como la de un “médico que se quedó dormido mientras disecaba la arteria mamaria interna” o de instrumentadoras que entraban llorando a sus despachos implorando que como jefes “frenaran” a tal o cual cirujano (Katlic and Coleman, 2014). Agravando el problema, la falta de conciencia acerca de las propias limitaciones no se restringe a ese pequeño grupo de cirujanos mayores, sino que es relativamente común. Una encuesta realizada a 995 cirujanos no reportó cambios en la auto-percepción de sus habilidades cognitivas (Lee et al, 2009). Otra revisión de este tema en 2006 concluyó que “la mayoría de la evidencia sugiere que los médicos tienen una capacidad muy limitada para auto-evaluar sus competencias (Davis et al, 2006).

Sí, los cirujanos también son humanos

Aunque un cirujano puede quedar incapacitado a partir de un evento agudo catastrófico, el patrón más típico es el de un lento e insidioso deterioro, producto del inexorable declive en sus habilidades cognitivas y físicas a medida que envejece. Esta pérdida de habilidades impacta directamente sobre su desempeño y, en última instancia, sobre el cuidado de los pacientes. Complicando el cuadro, son varios los trabajos que documentan que los médicos son muy poco cuidadosos con su propia salud (Kay et al, 2004). Por ejemplo, a pesar de que la hepatitis B es uno de los principales riesgos laborales de los cirujanos, las tasas de vacunación reportadas pueden ser tan bajas como del 49%, mientras que los odontólogos, en cambio, ostentan tasas de vacunación cercanas al 100% (Department of Health and Ageing Australia, 2003).

Si tuviéramos que definir los atributos de un buen cirujano, destacaríamos la habilidad para pensar claramente en situaciones complejas y dinámicas, la utilización de la información sensorial (lo que ve, toca, escucha, palpa o huele) para impactar sobre el bienestar del paciente, la destreza y el buen juicio clínico. Desafortunadamente, todas estas funciones declinan como parte del proceso natural de envejecimiento (Schenarts and Cemaj, 2016).

Deterioro cognitivo y psicomotriz

El envejecimiento normal trae aparejado un declive predecible de la función neurocognitiva en múltiples dominios diferentes. Aunque existen variaciones individuales, lo que más afecta a los cirujanos es la disminución de la capacidad para centrar la atención y la de procesar/correlacionar la información (Greenfeld and Proctor, 1999). Con la edad, se deteriora también la inteligencia fluida (capacidad de pensar y

razonar de manera abstracta y de resolver nuevos problemas), la velocidad de procesamiento, la memoria episódica (que incorpora los acontecimientos experimentados personalmente) y la destreza manual (Peisah and Willhelm, 2002). El proceso de envejecimiento también afecta la velocidad cognitiva, la memoria corto plazo y la capacidad de arribar a soluciones para nuevos tipos de problemas (Catte, 1963). La velocidad de reacción (el tiempo necesario para moverse en respuesta en estímulo) es un requisito vital para cualquier cirujano. Lamentablemente, esta capacidad también disminuye con la edad, aunque lentamente (Blasier, 2009). Si bien se piensa que muchos de estos cambios ocurren a edades muy avanzadas, los mismos pueden verse en personas ya grandes, pero no ancianas. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo sobre psiquiatras mayores de 55 años, encontró que el 10% tenía mala memoria (Draper et al, 1997).

Este deterioro cognitivo normal puede verse aún más complicado por el desarrollo de distintas las enfermedades físicas y mentales crónicas que sobrevienen con los años. Las enfermedades cardiovasculares, la depresión, la demencia y el consumo excesivo de alcohol deterioran aún más la función neurocognitiva (Skowronski and Peisah, 2012).

Aunque estas áreas de declive son importantes, hay algunas funciones neurocognitivas que se conservan a pesar del envejecimiento. Las habilidades verbales y la memoria semántica (conocimiento de hechos y significados) permanecen intactas (Peisah and Willhelm, 2002; Turnbull et al, 2006). También se conserva la inteligencia cristalizada (la utilización de habilidades intelectuales ya aprendidas), por lo cual se mantiene la sabiduría clínica (Catte, 1963). Adicionalmente, alguna evidencia sugiere que los médicos más añosos pueden ser superiores en la utilización de estrategias diagnósticas no analíticas, como el reconocimiento de patrones (Peisah and Willhelm, 2007).

El deterioro de los sentidos

La disminución de la audición, agudeza visual, percepción de profundidad y discriminación de colores relacionadas con la edad puede afectar negativamente el rendimiento del cirujano (Peisah and Willhelm 2002). Por otra parte, los cambios en el cristalino y la contracción pupilar que sobrevienen con la edad determinan que los cirujanos mayores de 55 años requieran un 100% de iluminación para tener un rendimiento óptimo (Rovit, 2004).

Impacto del estrés prolongado

La práctica de la medicina en general y de la cirugía en particular es muy demandante a nivel físico y mental. La exposición prolongada a situaciones de estrés tiene consecuencias. En un estudio realizado sobre médicos (no cirujanos) mayores de 55 años, el 27% reportó que la fatiga interfería con su trabajo (Draper et al, 1997). La naturaleza física del trabajo de los cirujanos también tiene un precio. El 87% de los cirujanos laparoscópicos, por ejemplo, reportaron en una investigación molestias

físicas, siendo el alto volumen de casos el principal predictor. Incluso cirujanos con un bajo volumen de casos reportaron molestias oculares y dolor lumbar (Park et al, 2010).

A este desgaste físico se le suma el mental y emocional. A medida que pasan los años, pueden aparecer síntomas de burnout (cansancio, pérdida de realización personal y despersonalización. Con la edad suele aparecer otro conjunto de problemas que complican el desempeño profesional: ansiedad, depresión, abuso de sustancias, trastornos del sueño, menor inmunidad y posible enfermedad isquémica del corazón, entre otros (Jarral et al, 2015).

La incidencia de burnout en cirujanos de todas las edades puede ser tan alta como del 40%, de acuerdo a una encuesta realizada a 8.000 miembros del American College of Surgeons en 2008. En este estudio, el burnout se asoció con ideaciones suicidas en el 6,4% de los casos -entre 1,5 y 3 veces más que en la población general- (Shanafelt et al, 2009)

Uno de los principales factores contribuyentes al burnout es la privación crónica de sueño (Jarral et al, 2015). Si bien la preocupación de seguridad generada a partir de errores cometidos por médicos en formación exhaustos llevó a que se regularan las horas semanales de trabajo de los residentes, dicha regulación no aplica para los cirujanos que envejecen, de quienes se esperaría una menor reserva física y que, a diferencia de quienes se están formando, no cuentan con ninguna supervisión.

Sin embargo, la afirmación de que los cirujanos mayores tienen mayor riesgo de burnout es controvertida (Shanafelt et al, 2009). Peisah et al. encontraron en su estudio que los profesionales más viejos experimentaban menos burnout, y esto era atribuido a las lecciones aprendidas en el transcurso de sus carreras. También encontraron que las mujeres serían más vulnerables al burnout. (Peisah et al, 2014)

Trastornos mentales

Los cirujanos más grandes tampoco son inmunes a los trastornos mentales que suelen aparecer con la edad. En un estudio sobre la salud mental de médicos añosos, el 54% presentó deterioro cognitivo o demencia, incluyendo un 12% con franca demencia; 22% tuvo depresión, 17% enfermedades neurodegenerativas, y 29% alguna forma de abuso de sustancias -de los cuales 20% eran de abuso de alcohol y 17% de opiáceos- (Peisah and Wilhelm, 2007). Otro estudio australiano realizado sobre 11.379 médicos encontró que cerca del 10% de los cirujanos encuestados habían tenido ideaciones suicidas el año previo. El 2,5% de los cirujanos del mismo estudio tuvieron desórdenes psicológicos serios, y el 20,5% tuvo una alta probabilidad de algún desorden psiquiátrico menor. El mismo estudio arrojó que los médicos tienen un mayor nivel de negación con respecto al impacto de estos trastornos en su desempeño profesional (Beyond Blue, 2013)

Evaluaciones neurocognitivas

Se han desarrollado varias pruebas para evaluar la función cognitiva de los cirujanos que envejecen. Una de ellas, la prueba MicroCog ha sido sugerida especialmente en un trabajo destinado a detectar un deterioro en sus competencias (Trunkey and Botney, 2001). La prueba mide: atención, reactividad, memoria numérica y verbal, razonamiento visual-espacial y capacidad de cálculos mentales. Sin embargo, no existen estudios que correlacionen los buenos o malos resultados en este test con resultados clínicos reales (Blasier, 2009). Otra prueba útil podría ser jugar al ajedrez, que para algunos autores tiene varias similitudes con la cirugía: la complejidad, la presión de tiempo y las recompensas o penalizaciones por las decisiones tomadas. Estos resultados pueden ser objetivados fácilmente en base a las victorias o derrotas ajustadas a la habilidad del oponente. Desafortunadamente, de manera similar a lo que ocurre con el MicroCog, tampoco existen evidencias que prueben que un mejor desempeño en el juego de ajedrez se correlacione con mejores resultados clínicos (Blasier, 2009). También se ha explorado la posibilidad de realizar el examen Mini Mental, pero el mismo tiene un "efecto techo" que no lo hace útil para detectar el deterioro de los médicos (Peisah and Willhelm, 2007; Ihl et al, 1992)

De "perros viejos y trucos nuevos"

Un viejo refrán popular refiere que *"no le puedes enseñar trucos nuevos a un perro viejo"*. La cita hace referencia a la disminución de la capacidad de aprendizaje con la edad. Ya vimos en el apartado anterior los efectos del paso del tiempo sobre procesos cognitivos como la memoria y el razonamiento en los seres humanos.

La práctica quirúrgica actual es muy diferente a la que adquirieron durante su formación los cirujanos mayores de 65 años. La lejanía entre el momento en que el cirujano mayor culminó su capacitación formal (residencia/especialización) y su práctica actual es cada vez más significativa. Si se asume que el promedio de cirujanos ha completado su formación a la edad de 31 años, el cálculo de esta "lejanía" se suele calcular restando 31 años a la edad del cirujano (es decir que un cirujano de 70 años terminó su formación formal hace 39 años) (Blasier, 2009). Consideremos como ejemplo los cambios en la especialidad de ortopedia y traumatología. Durante los últimos 25 años, esencialmente todos los procedimientos quirúrgicos han cambiado sustancialmente: las fracturas del eje femoral, que hace 30 años eran tratadas con 6 semanas de tracción seguidas por seis semanas de yeso fueron luego abordadas por la fijación con placa y tornillos y esa técnica ha sido a su vez abandonada por el enclavado intramedular (Blasier, 2009). Otros ejemplos incluyen la aparición de la cirugía laparoscópica, la cirugía bariátrica, el tratamiento no quirúrgico de traumatismos cerrados de órganos sólidos, y la cirugía robótica. La evolución permanente de cada una de estas nuevas técnicas obliga a los cirujanos más antiguos a aprenderlas, adoptarlas e incorporarlas a su práctica diaria.

Desafortunadamente, los típicos cambios neuropsicológicos de la edad avanzada hacen que este nuevo aprendizaje sea particularmente difícil. Los siguientes hallazgos de las pruebas de aptitud psicofísica perjudican significativamente el aprendizaje en este grupo etario: disminución de la memoria auditiva, disminución de la capacidad de aprendizaje, lentitud motora y mental, dificultad para retener los hechos, dificultad para leer y tendencia a ser más concretos en el pensamiento (Peisah and Willhelm, 2007). Estos factores contribuyen a que los cirujanos mayores adopten una mentalidad del tipo *"Mi mente ya está formateada, no me confundas con nuevas cosas..."* (Schenarts and Cernaj, 2016)

Estos problemas de aprendizaje pueden tener consecuencias clínicas. Un estudio investigó el papel de la edad en los patrones del tratamiento de melanomas de 395 cirujanos plásticos. Los cirujanos ya mayores ordenaron más pruebas químicas como 5-cistenil-dopa, la cual en la actualidad se considera poco útil, mientras que los cirujanos más jóvenes utilizaban estudios diagnósticos más modernos con mejor evidencia de efectividad clínica (Margenthaler et al, 2002). En un estudio que involucró a 498 cirujanos de mama, los más viejos eran significativamente menos propensos que los más jóvenes a realizar reconstrucciones inmediatas y tendían a pensar que las mismas tenían fuertes desventajas (Callahan et al, 2002). A pesar de las múltiples ventajas de la laparoscopia, dos estudios encontraron una relación inversa entre la edad de los cirujanos y el desempeño (Ahmad et al, 1998; Wang and Winfield 2004) Neumayer et al. (2005), por su parte, observaron que los pacientes de cirujanos mayores de 45 años tenían mayores tasas de recurrencia luego de reparaciones laparoscópicas de hernias. Si bien los resultados de estos estudios pueden llegar a preocupar, cabe señalar que fueron realizados hace más de quince años. Sin embargo, estas investigaciones demuestran las dificultades de cirujanos muy veteranos para aprender nuevas técnicas quirúrgicas.

De "peines y pelados": la gran paradoja

Uno de los síntomas de que uno ya está un poco viejo es recordar a Oscar "Ringo Bonavena", nuestro mítico boxeador peso pesado que el 7 de diciembre de 1970 tuvo sentido al mismísimo Muhammad Alí (CassiusClay), en su pelea por el título mundial en el Madison Square Garden de Nueva York. "Ringo", que perdió finalmente por K.O en el último round, era un personaje lleno de anécdotas y frases que pasaron a la historia. Una de las más famosas es la cita *"La experiencia es un peine que te da la vida cuando te quedaste pelado"*. Posiblemente no exista frase mejor para expresar la gran paradoja de los cirujanos que envejecen: gran experiencia, pero peores resultados.

Las métricas para evaluar la calidad del desempeño están adquiriendo en los últimos años un rol protagónico en casi todos los aspectos de la práctica asistencial. Parece razonable asumir que los médicos más antiguos, al tener más experiencia, brindan una atención de mejor calidad y obtienen mejores resultados, Paradójicamente, sin embargo,

los datos parecen afirmar todo lo contrario. Choudhry et al, en una revisión sistemática rigurosa, encontraron que los médicos con muchos años de práctica corren el riesgo de brindar una atención de menor calidad. Doce de los estudios de su revisión sistemática observaron una relación inversa entre los años de experiencia y la base de conocimientos. En uno de los trabajos más interesantes de esta revisión, se evaluó cuánto sabía un grupo de cirujanos y anestesiólogos acerca de los riesgos asociados a la transfusión de sangre: los autores encontraron una asociación altamente significativa entre los años de práctica y el déficit de conocimientos (Choudhry et al, 2005)

Teniendo en cuenta esto, no debería llamarnos la atención que los cirujanos mayores tengan un rendimiento inferior en los exámenes de recertificación (Cruft et al, 1981). Choudhry y sus colegas también descubrieron que la mayoría (63%) de los estudios que investigan el cumplimiento de las guías de práctica para la prevención, diagnóstico y tratamiento, demuestran que cuantos más años de práctica tiene el médico, más bajo es su nivel de adherencia (Choudhry et al, 2005). Un importante estudio que evaluó la adherencia a las guías establecidas científicamente para la detección de cáncer encontró que la adherencia de los médicos graduados con más de 20 años de ejercicio era menor que la de los médicos más jóvenes (Czaja et al, 1994). Una tendencia similar se observó también en los trabajos que estudian la adherencia a las guías de tratamiento. Un 74% de los estudios encontraron una asociación negativa entre la edad de los médicos y la adherencia a estándares terapéuticos (Choudhry et al, 2005). No sólo es menos probable que los médicos de mayor edad adopten nuevas estrategias de tratamiento, sino que también sería más probable que prescribieran medicamentos inapropiados para la condición del paciente (Stolley et al, 1972; Rhee, 1976).

Desafortunadamente, un cuerpo creciente de evidencia sugiere que los clínicos y cirujanos con una dilatada trayectoria y experiencia tienen, paradójicamente, peores resultados (Neumayer et al, 2005; Choudhry et al, 2005; Wajlee et al, 2006; Duclos et al, 2012). Si bien Burns y Wholey no pudieron encontrar en su estudio una correlación entre la edad del médico y la mortalidad, sí descubrieron que luego de ajustar los datos para comorbilidades, los pacientes de médicos más viejos permanecían internados más días (Burns and Wholey, 1991). En contraposición, otra revisión sistemática más reciente encontró que en ciertos procedimientos específicos, el mayor volumen y la mayor experiencia de los cirujanos deriva en mejores resultados (Maruthappu et al, 2015). En otras palabras... ¡todavía quedaría alguna cana para peinar!

¿Cómo abordan este problema otras industrias con conciencia de seguridad?

Muchas ocupaciones donde las habilidades del operador pueden afectar a otros, como la aviación, reconocen el efecto de la edad sobre el desempeño del personal. Los pilotos de líneas aéreas comerciales están regulados por ley: deben jubilarse obligatoriamente a los 65 años. Los controladores aéreos a los 56 (con excepciones hasta los 61). Los pilotos no comerciales (apartado 121 de la Federal Aviation Administration (FAA) pueden tener más de 65 años de edad pero, como cualquier piloto mayor de 40 años deben tener un "certificado médico de primera clase" renovado cada 6 meses, que es la mitad del tiempo de renovación que está dispuesto para los pilotos más jóvenes (Federal Aviation Administration, 2008; Dellinger, 2017)

Además, todos los pilotos deben pasar una prueba de revisión de vuelo con un examinador, cada 24 meses (Electronic Code of Federal Regulation). Los pilotos con mayor entrenamiento y experiencia pueden entrar en el Advanced Qualification Program y tener vuelos de revisión a intervalos más prolongados, de hasta 39 meses (FAA, 2016). Los pilotos mayores de 65 años de edad pueden operar algunos tipos de aeronaves (apartado 135 de la FAA), pero su eficiencia y estado de salud es monitoreada mucho más estrechamente (por ej., cada 6 meses).

En los Estados Unidos, por ejemplo, treinta y tres Estados y el Distrito de Columbia tienen edades obligatorias de retiro para los jueces (Dellinger, 2017). La Ley de Discriminación Laboral por Motivos de Edad de 1967 (Age Discrimination Employment Act) de ese país proscribió la jubilación forzosa basada en la edad; El órgano de contralor de esta regulación es la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity Commission), una agencia del Departamento de Justicia. Sin embargo, el Congreso ha aprobado edades fijas de jubilación para varias profesiones que afectan la seguridad pública (Dellinger et al, 2017): a los pilotos de líneas aéreas comerciales mencionados se suman, entre otras profesiones, los agentes del FBI (57 años), controladores de tráfico aéreo (56 años), guardaparques nacionales (57 años), operadores de faros (55 años) y bomberos (65 años). La jubilación obligatoria para los cirujanos existe en muchos países, pero no en los Estados Unidos; tampoco en la Argentina.

Las licencias de conducir están reguladas por los Estados, veinte de los cuales no tienen ninguna política en relación con la edad. Pero muchos otros Estados tienen requerimientos para la conducción relacionados con la edad, tales como la renovación en persona y no por correo, pruebas de visión, y renovaciones más frecuentes; unos pocos Estados exigen certificación médica de que la persona está apta para conducir cuando tiene más de 70 años (Dellinger et al, 2017).

¿Es el retiro obligatorio la solución?

Si bien el establecimiento de una edad de jubilación obligatoria para los cirujanos aparece como una solución sencilla, algunos autores sostienen que dicha medida sería inapropiada e injusta dada a la gran variabilidad en la capacidad funcional de los individuos con edades avanzadas (Katlic and Coleman, 2014). Existe una impresionante variabilidad en el grado de deterioro físico y cognitivo, y esta variabilidad aumenta con la edad. Una revisión de los cambios en los procesos cognitivos de los médicos que envejecen concluyó que "uno de los hallazgos más sólidos cuando se investiga el envejecimiento de los médicos es que la variabilidad de las puntuaciones que reciben los individuos tiende a aumentar con la edad" (Eva, 2002). En otro estudio, sólo 7 de los 108 cirujanos mayores se desempeñaron en las pruebas realizadas significativamente por debajo de los cirujanos más jóvenes. Los autores concluyeron que "la edad por sí sola no es suficiente para predecir el rendimiento cognitivo" (Drag et al, 2010). Por otra parte, varios presidentes de Sociedades de Cirugía han elogiado a los cirujanos que "*siguen siendo excelentes a los 73 años*", o que "*continuó operando hasta los 80 y era magnífico...*" (Katlic and Coleman, 2014)

Otros argumentos en contra de la edad de jubilación obligatoria son el hecho de que el mal desempeño puede deberse a causas tratables (ej: efectos adversos de medicamentos, depresión grave, enfermedad neurológica, apnea del sueño, problemas de visión), y cierta tendencia en la sociedad hacia el egoísmo, prejuicio basado puramente en la edad cronológica

¿Por qué no se retiran? El problema de la auto-regulación

Existen varias razones potenciales para que los cirujanos se resistan a la jubilación. Muchos de ellos han dedicado su vida a la profesión, despreciando otras actividades ("*operar es lo único que sé hacer*"). La percepción de su propio valor como individuos reside en su capacidad de realizar un procedimiento quirúrgico, ya que la cirugía los define como personas. En un estudio realizado sobre traumatólogos, un tercio de los encuestados sostuvo que el aspecto más difícil del retiro era la pérdida de su rol de cirujanos (Ritter et al, 1999). La naturaleza extremadamente demandante de la profesión (que ocupa casi todo) y la sensación de ser indispensables, sobre todo en comunidades rurales, también puede ser un factor contribuyente (Adler and Constaninou, 2008). Otras razones reportadas para resistirse a la jubilación son la falta de autoestima, miedo a la muerte, resistencia al cambio, pérdida de seguridad económica, y miedo al aburrimiento (Blasier, 2015; Rovit, 2004). Por otra parte, algunos médicos están convencidos de que su avanzada edad les confiere mayor credibilidad, más respeto y mejor perspectiva; casi la mitad siente que sus años y experiencia les otorgan mayor confianza y competencia

clínica (Draper et al, 1997). Otro factor contribuyente pocas veces reconocido para no retirarse cuando ha llegado la hora es la propia incapacidad de los cirujanos de percibir el deterioro en su desempeño.

A pesar de estas preocupaciones potenciales, varios trabajos han documentado que la mayoría de los médicos disfrutaban de su retiro (Miscall et al, 1996; Virshup and Coombs, 1993). En un estudio realizado sobre 2132 cirujanos retirados, aquellos que emprendieron nuevas actividades fuera de la medicina se manifestaron más satisfechos que aquellos que continuaron realizando actividades médicas pero sin operar (Miscall et al, 1996).

La mayoría de las personas cree que la profesión médica vigila de cerca el tema de las competencias individuales y se auto-regula, pero esto no deja de ser una ilusión. Obtener la certificación inicial para ser cirujano es difícil, pero la recertificación es relativamente fácil y relajada. Las evaluaciones de la práctica profesional en curso (que son obligatorias en todos los hospitales de los EE.UU cada seis meses), son específicas para cada hospital y altamente variables (Katlic and Coleman, 2014). En la Argentina, la recertificación es voluntaria. El sistema de responsabilidad civil y penal, por otra parte tampoco está construido para "depurar" el sistema de los malos médicos. Lo único que les quedaría entonces a los médicos para ayudarlos a tomar la decisión es el escrutinio y el sabio consejo de sus colegas. Pero en el caso de cirujanos ancianos... ¿quién le pone el cascabel al gato?

Los cirujanos ya mayores suelen ser los miembros más respetados de su comunidad. Muchos han sido los maestros y mentores de sus jóvenes colegas, algunos de los cuales pueden incluso ser sus actuales jefes de servicio. Muchas veces sus mismos discípulos con responsabilidades de gestión buscan facilitarles la vida asignándoles para ayudarlos a los residentes de último año, a las mejores instrumentadoras y a los anestesiólogos más experimentados. Después de todo, son esos cirujanos mayores los que han hecho crecer la fama de su hospital y quienes durante muchos años garantizaron a la administración un alto volumen quirúrgico. Son muy pocos los departamentos de recursos humanos de los hospitales que han desarrollado normas específicas que aborden la problemática de cirujanos de planta o contratados que envejecen. Algunos cambios en el desempeño pueden ser muy difíciles de probar, y muchas veces se cae en un área gris: *"ya no opera como antes, pero todavía no ha violado ningún estándar"*. A menudo es necesario que muera un paciente o que se produzca un evento centinela para forzar la acción. Como bien dice Katlic *"tenemos que hacerlo mejor, si no queremos que otros impongan leyes arbitrarias como la del retiro obligatorio"* (Katlic and Coleman, 2014)

Un ejemplo: La posición del American College of Surgery (ACS)

En noviembre de 2015, el comité de educación médica continua de la American Medical Association de los Estados Unidos (AMA-CME) emitió un informe sobre "Competencia y el médico que está envejeciendo", en el cual abogó por guías/estándares para el monitoreo y evaluación de la competencia, tanto propia como de los colegas. En 2016, el American College of Surgeons (ACS) publicó una declaración similar sobre "el cirujano que envejece" (American College of Surgery, 2016). Tanto la propuesta de la AMA como la del ACS descansan sobre la acción voluntaria de los médicos, en marcado contraste con otras industrias mucho más proscriptivas.

A continuación, la transcripción literal de la declaración del American College of Surgeons, publicada online el 1 de enero de 2016:

La edad promedio del cirujano en ejercicio está aumentando junto con la de la población estadounidense. Aproximadamente un tercio de todos los cirujanos en ejercicio son mayores de 55 años. Desde su fundación, hace más de 100 años, el ACS ha enfatizado la importancia de una atención quirúrgica segura y de alta calidad. Para abordar las preocupaciones de que la edad avanzada pueda influir en la competencia y el desempeño ocupacional, el ACS ha desarrollado las siguientes pautas:

- El ACS sostiene que lo mejor para el cirujano es adherir a un estilo de vida que promueva el bienestar. Como tal, el ACS enfatiza la importancia de un enfoque de por vida al bienestar físico, mental y emocional para el bienestar personal y profesional.
- Los cirujanos no son inmunes al deterioro relacionado con la edad de las habilidades físicas y cognitivas. Aun así, el ACS no promueve una edad de jubilación obligatoria porque el inicio y la tasa de disminución del rendimiento clínico relacionado con la edad varían entre los individuos. Además, una edad de jubilación obligatoria puede tener un impacto perjudicial en el acceso a una atención quirúrgica experimentada, especialmente en las zonas rurales y desatendidas. La consideración de una edad de jubilación obligatoria debería ser reemplazada por una evaluación objetiva de la aptitud.
- Es posible que los cirujanos, por sí mismos, no reconozcan el deterioro de su función física y cognitiva y de sus habilidades clínicas relacionadas con la edad. Los colegas y compañeros de trabajo son un recurso importante para identificar al cirujano que muestra signos iniciales de deterioro profesional. Las posibles señales de advertencia pueden incluir olvidos, tardanzas inusuales, evidencias de un juicio clínico deficiente, cambios importantes en los patrones de

derivación, ausencias inexplicables, confusión, cambio de personalidad, alteración, cambio drástico en la apariencia y documentación inusualmente tardía e incoherente.

- Aunque el deterioro relacionado con la edad varía de un individuo a otro, el deterioro gradual de la salud general, la destreza física y la cognición generalmente ocurre después de los 65 años. Por esta razón, se recomienda que, a partir de los 65 a los 70 años, los cirujanos se sometan a exámenes voluntarios y exámenes físicos de referencia confidenciales y pruebas visuales realizadas por su médico personal para una evaluación general de su salud. Posteriormente, la reevaluación periódica a intervalos es prudente para quienes no hayan tenido problemas identificables en el examen. Se anima a los cirujanos a evaluar también voluntariamente su función neurocognitiva utilizando herramientas confidenciales en línea. Como parte de la obligación profesional individual, se alienta la auto-divulgación voluntaria de cualquier hallazgo validado y preocupante, en cuyo caso la limitación de actividades puede ser apropiada.
- Los colegas y el personal deben poder presentar y expresar libremente preocupaciones legítimas sobre el desempeño de un cirujano y el aparente declive relacionado con la edad al personal médico, a los jefes de servicios/departamento o a las autoridades del hospital sin temor a represalias. Además, el resultado de la atención de sus pacientes es la medida máxima de calidad, competencia y seguridad para cirujanos de todas las edades. Como tal, los métodos de revisión entre pares, incluida la evaluación continua de la práctica profesional, deben realizarse comúnmente como parte de la re-acreditación. Si se identifica un problema potencial, los métodos adicionales de evaluación pueden incluir revisiones de historias clínicas, revisión por pares de la toma de decisiones clínicas, revisiones de 360 grados, comentarios de los pacientes, observación o revisión de videos de casos de quirófano y supervisión. En estos casos, una vez que se ha abordado el problema potencial inicial, puede estar indicado revisiones más detalladas y frecuentes de la práctica profesional.
- Ocasionalmente, será necesario derivar al cirujano a un programa de evaluación integral. Actualmente, estos exámenes se realizan en varios centros especializados donde se puede realizar una batería de pruebas para la función neurocognitiva en forma de evaluación neuropsicológica. Los costos de tales pruebas deben ser asumidos por el hospital o el personal médico, no por el cirujano. Estos resultados no se pueden utilizar de forma aislada para determinar la continuación o la suspensión del privilegio hospitalario y quirúrgico, pero deben incorporarse como una pieza de información adicional como parte de una evaluación general como se describe anteriormente en esta declaración. Se requieren más investigaciones para desarrollar pruebas de

detección precisas y confiables que ayuden a identificar a los cirujanos que potencialmente están experimentando un deterioro de las habilidades cognitivas y quirúrgicas relacionado con la edad.

- Las decisiones con respecto a los privilegios hospitalarios y quirúrgicos del cirujano deben tomarse a nivel del Dto de personal y / o del hospital solo después de una evaluación cuidadosa de toda la evidencia disponible. Se deben seguir los estatutos del personal médico y el debido proceso. La estricta confidencialidad es esencial. Como siempre, el mejor interés del paciente sigue siendo la primera prioridad, mientras que al mismo tiempo se deben respetar la confidencialidad, dignidad y contribuciones del cirujano.
- Los cirujanos experimentados juegan un papel vital en sus hospitales y comunidades; sus conocimientos y años de experiencia pueden ser recursos valiosos. Los cirujanos que renuncian a sus funciones clínicas pueden contribuir significativamente a la enseñanza, la asistencia quirúrgica, la investigación o la administración. Si sus habilidades lo permiten, y si están dispuestos, se les debe brindar oportunidades para contribuir en estas áreas.
- Se anima a todos los hospitales e instalaciones que brindan atención quirúrgica a desarrollar políticas según corresponda para su institución de conformidad con las regulaciones estatales y federales. También se espera que haya variaciones locales que no se pueden cubrir o predecir con esta declaración.

Políticas y programas innovadores

Los cirujanos se encuentran frente a un dilema. La promulgación de una edad de retiro obligatoria no parece ser una solución justa, ya que, como vimos, hay demasiada variabilidad individual en la forma de envejecer. Una decisión drástica de este tipo podría retirar a profesionales que se encuentran en condiciones de seguir brindando servicios con buenos resultados, sobre todo en áreas rurales donde se los necesita. Se caería además en una suerte de discriminación por la edad (ageísmo), algo cada vez más frecuente en nuestra sociedad occidental. Los abordajes voluntarios, por otra parte, tienen la ventaja de la viabilidad política, pero cargan con el defecto fatal de descansar sobre la auto-regulación de los médicos, o de que otro profesional reporte a un colega envejecido. A pesar del compromiso de los médicos con el profesionalismo, los datos sugieren que cualquiera de estas dos últimas situaciones es altamente improbable (Campbell et al, 2007; DesRoches et al, 2010).

Tal vez el paso más prometedor y factible sea pasar de los programas voluntarios a los obligatorios para evaluar el estado físico y la competencia de los médicos a una determinada edad.

La mayoría de las recomendaciones para evaluar a los médicos que envejecen se enfocan en dos componentes primarios: el estado físico (incluyendo la función cognitiva), y la competencia. Este último componente podría ser abordado mediante programas de recertificación. Con respecto a la edad a la cual deberían comenzar estas evaluaciones, no existe un consenso absoluto. Un estudio publicado recientemente recabó la opinión de 52 expertos en gobernanza quirúrgica de cuatro países (Sherwood and Bismarck, 2020). Los participantes de este estudio expresaron distintos puntos de vista acerca del momento ideal para comenzar con evaluaciones de déficits relacionados con el envejecimiento, sugiriendo un rango de edad que fue de los 55 a los 75 años. Algunos de estos expertos se mostraron más favorables al abordaje de competencias a lo largo de toda la carrera del cirujano, con triage, pruebas y respuestas similares para todos, independientemente de sus años. Argumentaron que esto evitaría la discriminación por edad, reforzaría los estándares en todas las especialidades quirúrgicas y brindaría oportunidades para una rápida identificación de los médicos con problemas, permitiendo así un pronto remedio. Otros abogaron por un enfoque más específico en el caso de cirujanos de edad más avanzada. Ambos grupos, tanto aquellos a favor del abordaje a lo largo de toda la carrera como los que se inclinaban por evaluaciones a partir de una determinada edad, destacaron la importancia de un enfoque graduado y por etapas, donde una primera evaluación inicial fuera seguida por una evaluación más detallada, dando solución a los problemas reversibles (ej: agudeza visual, problemas de adicciones) o restricciones a la práctica según corresponda.

Los expertos de estos cuatro países también pusieron de manifiesto la falta de herramientas validadas para evaluar el desempeño quirúrgico. Los enfoques más comúnmente mencionados fueron la retroalimentación de distintas fuentes, la observación directa de las habilidades, al análisis de datos de la evolución de los pacientes para identificar valores atípicos o cambios a lo largo del tiempo, la auto-evaluación y la evaluación cognitiva. Señalaron a su vez que cada uno de estos enfoques tiene fortalezas y limitaciones. Todos coincidieron en que resulta muy difícil medir objetivamente los primeros signos de deterioro.

Trunkey y Botney (2001) han esbozado un esquema para estas evaluaciones. En resumen, sugieren obtener una historia clínica completa, un examen físico y un electrocardiograma a la edad de 50 años. También se debería realizar alguna evaluación de la función neurocognitiva, como la prueba MicroCog. Este proceso se repetiría cada 2 años hasta los 60 años y anualmente a partir de entonces. Sugieren además que la recertificación se realice cada 3 años después de la edad de 55 años poniendo mucho énfasis en los conceptos recientes y en los nuevos conocimientos. Otros han añadido la importancia de la evaluación de la salud mental a este paradigma.

Si bien no existe en la actualidad un consenso absoluto respecto a la batería de pruebas neurocognitivas o físicas para evaluar la competencia de los cirujanos mayores, sí existen varios programas innovadores.

El programa *California Public Protection and Physician Health* recomienda que las instituciones adopten una política que se aplique a todo el equipo médico a una cierta edad, e incluya antecedentes y selección clínica para salud mental, cuestiones emocionales, abuso de sustancias tóxicas, audición y visión.

También recomendó evaluación por pares mediante colegas aprobados por el Comité de Bienestar (Well-being Committee) y observaciones de otras personas que comparten el escenario clínico, tales como los supervisores de quirófano, enfermeras circulantes, gerentes de guardia y médicos de manejo de riesgo. Además, recomiendan evaluación de la función cognitiva, tal como el MicroCog (Korinek et al, 2009) el *St Louis Mental Status Examination* o el *Montreal Cognitive Assessment* (California Public Protection 2026).

Dellinger et al, en su revisión del tema publicada en JAMA en 2017, afirma desconocer la existencia en los Estados Unidos de instituciones que hayan adoptado edades obligatorias de retiro para los médicos. Sin embargo, destacan que habría al menos tres hospitales que hoy obligan a una evaluación de salud del médico y/o un examen de competencia a una cierta edad: el *University of Virginia Health System*, Charlottesville; el *Driscoll Children's Hospital*, Corpus Christi, Texas; y *Stanford Hospitals and Clinics*, Stanford, California. El plan de práctica médica de la *Duke University* (Clínica Privada de Diagnóstico) tenía previamente una edad de retiro obligatorio a los 70 años, pero fue removida en 2016.

La *University of Virginia* requiere que los médicos se sometan a un examen a los 70 años que evalúe su capacidad física y mental si quieren mantener sus privilegios como cirujanos (el privilegio es la autorización para realizar determinados procedimientos). El examen se realiza bajo el auspicio del *Clinician's Wellness Program* y sus resultados son remitidos al jefe de departamento o de división del profesional. Basado en los resultados del examen, el director del *Clinician's Wellness Program* puede recomendar que se repita el examen en un plazo de tiempo determinado, y define a su vez la duración de la renovación de privilegios. Al alcanzar los 75 años, los médicos deben someterse a ese examen cada 2 años (*Medical Center Policy, N° 0294*). (Dellinger et al, 2017)

Stanford comenzó una política similar en 2012, al requerir que todo médico en ejercicio de 74,5 o más años, complete una evaluación por pares de sus habilidades clínicas y salud física/ cognitiva, para decidir el mantenimiento de los privilegios clínicos solicitados (Stanford, 2012). El requerimiento de un cribado cognitivo se eliminó después de una significativa oposición de los médicos (Paige, 2015) A partir de marzo de 2014, la política de Stanford requiere una evaluación por pares con participación de miembros del equipo médico, médicos en entrenamiento, profesionales de prácticas avanzadas, personal de enfermería y cualquier otro miembro del equipo hospitalario que estén en posición de evaluar el desempeño clínico del médico examinado. El jefe del

servicio define quiénes serán a los individuos que llevarán a cabo la evaluación. También se realiza una cuidadosa anamnesis y examen físico, cuyos elementos son modificados para evaluar la edad, condición clínica, problemas médicos, y privilegios clínicos solicitados por el médico (Dellinger et al, 2017).

En la provincia de Ontario, Canadá, el *College of Physicians and Surgeons* realiza evaluaciones por pares de las prácticas de los médicos, incluyendo a todos aquellos que alcanzan los 70 años de edad, y a médicos que fueron derivados porque las investigaciones revelaron deficiencias clínicas y oportunidades para mejora (Norton et al, 2004)

Katlic propone un programa general de dos días de evaluación multidisciplinaria, objetiva y confidencial de las funciones físicas y cognitivas de los cirujanos: "The Aging Surgeon Program" (Katlic and Coleman). Desarrollado en el Sinai Hospital de Baltimore luego de 12 meses de revisión de la literatura y de un riguroso debate de expertos, el programa se inició en febrero de 2014. Sus objetivos son los siguientes: proteger a los cirujanos de métodos de evaluación de competencias o de capacidad cognitiva arbitrarios o poco confiables; identificar potenciales desórdenes tratables o reversibles que pudieran ser abordados para restaurar la capacidad funcional; ayudar a los cirujanos a decidir cuándo retirarse; proteger a los pacientes de cirujanos poco seguros; proteger a los cirujanos y hospitales de los juicios por responsabilidad profesional; apoyarse en las estructuras existentes para que a partir de los resultados tomen decisiones de acreditación y privilegios; y brindar una evaluación exhaustiva, objetiva y sin sesgos. Los resultados son reportados de manera electrónica confidencial y encriptada a la persona que contrató y pagó por el programa, generalmente el jefe de cirugía, el director del hospital o el propio cirujano. El informe sólo incluye hallazgos objetivos; las decisiones acerca privilegios, retiro o cambios de estilo de vida deben ser tomadas por quienes reciben el reporte. Según los creadores del programa, el mismo estaría indicado en las siguientes situaciones: cirujanos mayores de 70 años según los ciclos de reacreditación de cada hospital (habitualmente cada 2-3 años), cuando no hay programas de evaluación periódica en los hospitales, luego de un evento adverso centinela (grave), historia de muchos juicios por mala praxis o bien a discreción del jefe de cirugía o del director del hospital. A partir de este reporte, los hospitales podrían por ejemplo tomar la decisión de renovar o no los privilegios de manera total o parcial, obligarlos a estar asistidos por otro cirujano, desempeñarse exclusivamente como ayudantes, no hacer más guardias, trabajar menos horas, etc.

¿Es conveniente restringir la práctica?

Los expertos identifican tres opciones para abordar las preocupaciones que generan los cirujanos mayores: remediar (ej nuevos anteojos, reajustar medicación, cambio de hábitos) restringir o retirar. Habiendo ya discutido a lo largo de este artículo la decisión de retirar al cirujano, la opción de restringir su práctica requiere una mirada especial (Sherwood and Bismark, 2020).

La restricción del cirujano de avanzada edad implica, por ejemplo, reducir la cantidad y complejidad de los casos que opera, actuar sólo como ayudante, no operar nunca solo, o limitarlo sólo a la clínica quirúrgica. Esta disminución del rango de actividades que un cirujano puede desarrollar aparece como una solución pragmática y no punitiva. Sin embargo, algunos de los expertos consultados en el trabajo de Sherwood and Bismark han identificado al menos cuatro barreras para este abordaje. Primero, porque el impacto de esta “degradación” entre colegas y compañeros de servicio puede ser significativa; segundo, porque hay fuertes des-incentivos económicos para dejar de ser cirujano principal y transformarse en un ayudante o un clínico (sobre todo en la práctica privada); tercero, porque la disminución de la exposición del cirujano a procedimientos complejos podría atrofiar aún más sus habilidades (la más sencilla de las cirugías puede complicarse y transformarse rápidamente en un caso complejo que requiera una ágil resolución del problema). Por último, el rol de docente o de consultor no debería ser visto como un refugio seguro para médicos con declinación de sus capacidades, ya que estas actividades, aunque se desarrollen fuera de un quirófano, también requieren un juicio bien fundado y actualización permanente.

Roles y responsabilidades

Algunos expertos han expresado su preocupación por tener múltiples entidades involucradas en la gobernanza quirúrgica, lo que podría conducir a respuestas mal coordinadas al momento de abordar el deterioro del desempeño de un cirujano mayor. Esto tiene dos consecuencias adversas: algunos cirujanos envejecidos no se auto-regulan, comienzan a tener malos resultados, y nadie se anima a abordarlos, poniendo en riesgo a los pacientes. Otros se enfrentan a acciones disciplinarias en distintos frentes, lo que les provoca una gran angustia y agrava sus condiciones de salud. Por eso, los mismos expertos proponen una política más coordinada y colaborativa que garantice el desempeño y apoye a los cirujanos mayores en su transición hacia el retiro.

Según el grupo de expertos consultados por Sherwood y Bismark en su estudio cualitativo (2017), las responsabilidades de los distintos actores serían las siguientes:

Cirujanos a título individual: Los expertos coincidieron en que idealmente deberían ser los propios cirujanos quienes tomen las decisiones sobre el retiro, adquiriendo

conciencia de sus propias limitaciones y poniendo la seguridad del paciente en primer lugar. Quienes participaron en esta encuesta, todas personas con responsabilidad de gestión quirúrgica, sostuvieron que en la mayoría de los casos los cirujanos manejan bien estas transiciones. Sin embargo, también reconocieron que, debido a rasgos de personalidad o problemas de salud, no todos los cirujanos que envejecen reconocen que ya deben dejar de operar.

Empleadores: Los expertos identificaron dos roles claves de los empleadores en relación a los cirujanos de edad avanzada: 1. evaluar su desempeño mediante revisiones anuales y actividades de acreditación, y 2. Gestionar proactivamente el desempeño con un plan de carrera y de manera reactiva respondiendo a inquietudes del cirujano y del resto del personal. Esta capacidad para evaluar y gestionar eficazmente el desempeño es una habilidad que debe enseñarse, en lugar de darla por sentada. Según la percepción de algunos de los participantes del estudio, los hospitales privados suelen tener marcos de gobernanza menos maduros y mayores intereses económicos para permitir que ciertos cirujanos mu mayores continúen trabajando; además, tendrían menos influencia que los hospitales públicos sobre la conducta de los cirujanos. Unos pocos de estos expertos que habían trabajado para reguladores expresaron su preocupación acerca de empleadores que no abordan a tiempo el problema de los cirujanos más viejos, permitiendo que el problema escale y obligando al regulador a intervenir.

Reguladores: Los participantes reconocieron que la función principal de los reguladores es la protección de la seguridad de los pacientes. Este papel resulta vital cuando los empleadores "se quedan sin soluciones" para lidiar con cirujanos recalcitrantes o poco conscientes de sus limitaciones. Las críticas más comunes de los expertos a los organismos reguladores fueron que: 1. "su rapidez y capacidad de respuesta distan de ser excelentes", 2. Que el proceso de revisión del regulador podría tener un impacto negativo en la salud del cirujano mayor que ya acarrea otros problemas, y 3. que las juntas parecen prestar más atención a conductas poco éticas que al deterioro de la competencia, siendo que los déficits en el desempeño representan un riesgo mayor para la seguridad del paciente.

Aseguradoras: Los participantes reconocieron ampliamente el papel cada vez más proactivo que están asumiendo las aseguradoras especializadas y grupos de defensa médica (MDO's) para reducir reclamos a través de la identificación de riesgos y programas de capacitación específicos (además de su rol de asesoramiento y defensa médico-legal). Los expertos no respaldaron el establecimiento de primas diferenciales para cirujanos mayores en base a su historial de reclamos, aduciendo que ya existen primas diferenciadas según la especialidad. Sin embargo, consideraron que una posible respuesta podría ser limitar o retirar su cobertura para ciertos procedimientos.

Colegios profesionales: Todos los expertos consultados destacaron el papel importante que les cabe a los colegios profesionales en el desarrollo de políticas específicas para

cada especialidad, promoviendo herramientas de evaluación validadas y ofreciendo orientación a cirujanos de edad avanzada. Algunas asociaciones, como el Royal Australasian College of Surgeons ya ofrecen recursos sobre transiciones profesionales y cuentan con un comité asesor en es este tema.

Palabras finales

Los cirujanos comprensiblemente se enorgullecen del conocimiento y habilidades que han adquirido a lo largo de su carrera, y ven su papel profesional como un elemento atesorado de su identidad. Sin embargo, las capacidades humanas se deterioran con la edad, si bien existe una gran variabilidad en este declive. Las decisiones acerca de la competencia para seguir trabajando deberían por lo tanto basarse en la edad funcional y no en la cronológica. Esta realidad es uno de los principales argumentos en contra de una edad de retiro obligatoria y a favor de evaluaciones independientes y objetivas de la edad funcional. Este abordaje al problema permitiría balancear la dignidad de un médico comprometido que agrega valor a la sociedad con el riesgo para los pacientes y las organizaciones en donde trabajan.

Con la evidencia creciente sobre cambios en el desempeño relacionados con la edad, los cirujanos se enfrentan cada vez más al escrutinio de sus empleadores y reguladores. Si se quieren evitar medidas draconianas, la profesión debería asumir la iniciativa y demostrarle a la sociedad que es realmente digna de la confianza que subyace a la práctica de la cirugía. La mayoría de los expertos coinciden en la necesidad de que el retiro tenga un enfoque más colaborativo y escalonado, garantizando el adecuado desempeño de los cirujanos mayores. Sin embargo, las soluciones a este problema deben comenzar mucho antes de la edad jubilatoria. La profesión quirúrgica necesita formas más sólidas de prepararse para las transiciones de la vida, evaluando y remediando los problemas de desempeño y adaptando los roles a lo largo de toda la carrera. Si esto se hace bien, los umbrales basados en la edad serían redundantes. Lamentablemente, los últimos estudios sugieren que la gobernanza quirúrgica actual se encuentra muy por debajo de este ideal.

Norberto Bobbio, el gran jurista, filósofo y politólogo turinés, nos regaló antes de morir en 2004, a la edad de 94 años, una reflexión sobre su propio envejecimiento; escribe en su ensayo "De Senectute"

"Dicen que la sabiduría consiste, para un viejo, en aceptar resignadamente sus límites. Más para aceptarlos es preciso conocerlos. Para conocerlos, es preciso tratar de explicárselos. No me he vuelto sabio. Los límites los conozco bien, pero no los acepto. Los admito únicamente porque no tengo otro remedio."

Referencias

Adler RG, Constantinou C. Knowing - or not knowing - when to stop: cognitive decline in ageing doctors. *Med J Aust*. 2008 Dec 1-15;189(11-12):622-4..

Ahmad S, Lettsome L, Schurit A. The role of laparoscopy in the management of groin hernia. *JLS* 1998;2:169–73

American College of Surgery. Statement on the Aging Surgeon, 2016. Disponible en Internet: <https://www.facs.org/about-ac/s/statements/80-aging-surgeon>

Beyond blue. National mental health survey of doctors and medical students. (2013) https://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/research-project-files/bl1132-report---nmhdmss-full-report_web

Blasier RB. The problem of the aging surgeon: when surgeon age becomes a surgical risk factor. *Clin Orthop Relat Res*. 2009 Feb;467(2):402-11.

Bobbio N. “De Senectute” 1996. Edición en español: Tauurus, 1997

California Public Protection and Physician Health Inc. Assessing LCP: policies and procedures for age-based screening. <https://cppphdotorg.files.wordpress.com/2011/02/assessing-late-career-practitioners-adopted-by-cppph-changes-6-10-151.pdf> Published 2011

Callaghan CJ, Couto E, Kerin MJ, et al. Breast reconstruction in the United Kingdom and Ireland. *Br J Surg* 2002;89:335–40

Campbell EG, Regan S, Gruen RL, et al. Professionalism in medicine: results of a national survey of physicians. *Ann Intern Med*. 2007;147(11): 795-802.

Catte RB. Theory of fluid and crystalized intelligence: a critical experiment. *J Educ Psychol* 1963; 54:1-22

Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142: 260–73.

Cruft GE, Humphreys JW Jr, Hermann RE, et al. Recertification in surgery, 1980. *Arch Surg* 1981;116:1093–6.

Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*. 2006 Sep 6;296(9):1094-102. doi: 10.1001/jama.296.9.1094. PMID: 16954489

Dellinger EP, Pellegrini CA, Gallagher TH. The Aging Physician and the Medical Profession: A Review. *JAMA Surg*. 2017;152(10):967–971

Department of Health and Ageing. Australian immunization handbook. 8th edition. Canberra (Australia); National Health and Medical Research Council; 2003.

DesRoches CM, Rao SR, Fromson JA, et al. Physicians' perceptions, preparedness for reporting, and experiences related to impaired and incompetent colleagues. *JAMA*. 2010;304(2):187-193.

Drag LL, Bieliauskas LA, Langenecker SA, Greenfield LJ. Cognitive functioning, retirement status, and age: results from the Cognitive Changes and Retirement among Senior Surgeons study. *J Am Coll Surg*. 2010;211(3):303-307.

Draper B, Winfield S, Luscombe G. The older psychiatrist and retirement. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997 Feb;12(2):233-9. doi: 10.1002/(sici)1099-1166(199702)12:2<233::aid-gps589>3.0.co;2-6. PMID: 9097217.

Electronic Code of Federal Regulations. Title 14, Chapter I, Subchapter D, Part 61 - <https://www.ecfr.gov/cgi-bin/text-idx?node=pt14.2.61&rgn=div5>

Eva KW. The aging physician: changes in cognitive processing and their impact on medical practice. *Acad Med*. 2002 Oct;77(10 Suppl):S1-6..

Federal Aviation Administration (FAA), DOT. Modification of certain medical standards and procedures and duration of certain medical certificates. Final rule. *Fed Regist*. 2008 Jul 24;73(143):43059-66. PMID: 18949868.

Federal Aviation Administration. Advanced Qualifications Program. FAA, 2016. https://www.faa.gov/training_testing/training/aqp/

Greenfield LJ, Proctor MC. When should a surgeon retire? *Adv Surg*. 1999;32:385-93. PMID: 9891754.

Hartz AJ, Kuhn EM, Pulido J. Prestige of training programs and experience of bypass surgeons as factors in adjusted patient mortality rates. *Med Care*. 1999 Jan;37(1):93-103.

Ihl, R., Frölich, L., Dierks, T., Martin, E.-M., & Maurer, K. (1992). Differential validity of psychometric tests in dementia of the Alzheimer type. *Psychiatry Research*, 44(2), 93–10

Jarral OA, Baig K, Shetty K, Athanasiou T. Sleep deprivation leads to burnout and cardiothoracic surgeons have to deal with its consequences. *Int J Cardiol*. 2015 Jan 20;179:70-

Katlic MR, Coleman J. The aging surgeon. *Ann Surg*. 2014 Aug;260(2):199-201.

Katlic MR, Coleman J, Russell MM. Assessing the Performance of Aging Surgeons. *JAMA*. 2019;321(5):449–450.

Kay, MP, Mitchell, GK & Del Mar, CB 2004, 'Doctors do not adequately look after their own physical health', *Medical Journal of Australia*, vol. 181, no. 7, pp. 368-370.

- Korinek LL, Thompson LL, McRae C, Korinek E. Do physicians referred for competency evaluations have underlying cognitive problems? *Acad Med.* 2009;84(8):1015-1021.
- Lee HJ, Drag LL, Bieliauskas LA, Langenecker SA, Graver C, O'Neill J, Greenfield L. Results from the cognitive changes and retirement among senior surgeons self-report survey. *J Am Coll Surg.* 2009 Nov;209(5):668-671.e2.
- Margenthaler JA, Johnson DY, Virgo KS, et al. Evaluation of patients with clinically suspected melanoma recurrence: current practice patterns of plastic surgeons. *Int J Oncol* 2002;21:591–6.
- Maruthappu M, Gilbert BJ, El-Haarasis MA, et al. The influence of volume and experience on individual performance: a systematic review. *Ann Surg* 2015; 261:642–7.
- Miscall BG, Tompkins RK, Greenfield LJ. ACS survey explores retirement and the surgeon. *Bull Am Coll Surg.* 1996 Dec;81(12):18-25..
- Neumayer LA, Gawande AA, Wang J, Giobbie-Hurder A, Itani KM, Fitzgibbons RJ Jr, Reda D, Jonasson O; CSP #456 Investigators. Proficiency of surgeons in inguinal hernia repair: effect of experience and age. *Ann Surg.* 2005 Sep;242(3):344-8; discussion 348-52.
- Norton PG, Ginsburg LS, Dunn E, Beckett R, Faulkner D. Educational interventions to improve practice of nonspecialty physicians who are identified in need by peer review. *J Contin Educ Health Prof.* 2004;24(4):244-252.
- O'Neill L, Lanska DJ, Hartz A. Surgeon characteristics associated with mortality and morbidity following carotid endarterectomy. *Neurology* Sep 2000, 55 (6) 773-781
- Paige L Should Doctors Be Tested for Competence at Age 65? Medscape online, 28 octubre 2015. <https://www.medscape.com/viewarticle/848937>
- Park A, Lee G, Seagull FJ, Meenaghan N, Dexter D. Patients benefit while surgeons suffer: an impending epidemic. *J Am Coll Surg.* 2010 Mar;210(3):306-13..
- Peisah C, Wilhelm K. The impaired ageing doctor. *Intern Med J.* 2002 Sep-Oct;32(9-10):457-9.
- Peisah C, Wilhelm K. Physician don't heal thyself: a descriptive study of impaired older doctors. *Int Psychogeriatr.* 2007 Oct;19(5):974-84.
- Peisah C, Wijeratne C, Waxman B, Vonau M. Adaptive ageing surgeons. *ANZ Journal of Surgery.* 2014 May;84(5):311-31
- Rhee SO. Factors determining the quality of physician performance in patient care. *Med Care* 1976;14:733–50.
- Ritter MA, Austrom MG, Zhou H, Hendrie HC. Retirement from orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Am.* 1999 Mar;81(3):414-8.

- Rovit RL. To everything there is a season and a time to every purpose: retirement and the neurosurgeon. *J Neurosurg*. 2004 Jun;100(6):1123-9.
- Schenarts PJ, Cemaj S. The Aging Surgeon: Implications for the Workforce, the Surgeon, and the Patient. *Surg Clin North Am*. 2016 Feb;96(1):129-38.
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny PJ, Sloan J, Freischlag JA. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann Surg*. 2009 Sep;250(3):463-71.
- Sherwood R, Bismark M The ageing surgeon: a qualitative study of expert opinions on assuring performance and supporting safe career transitions among older surgeons *BMJ Quality & Safety* 2020;29:113-121.
- Skowronski GA, Peisah C. The greying intensivist: ageing and medical practice - everyone's problem. *Med J Aust*. 2012 May 7;196(8):505-7.
- Stanford Hospital and Clinics. SHC/LPCH Stanford late career practitioner policy, 2012 <file:///C:/Users/Fabian/Downloads/late-career-practitioner-policy-8-17.pdf>
- Stolley PD, Becker MH, Lasagna L, et al. The relationship between physician characteristics and prescribing appropriateness. *Med Care* 1972;10:17-8.
- Trunkey DD, Botney R. Assessing competency: a tale of two professions. *J Am Coll Surg*. 2001 Mar;192(3):385-95.
- Turnbull J, Cunnington J, Unsal A, Norman G, Ferguson B. Competence and cognitive difficulty in physicians: a follow-up study. *Acad Med*. 2006 Oct;81(10):915-8.
- Virshup B, Coombs RH. Physicians' adjustment to retirement. *West J Med*. 1993 Feb;158(2):142-4. PMID: 8434464; PMCID: PMC1021966.
- Waljee JF, Greenfield LJ, Dimick JB, Birkmeyer JD. Surgeon age and operative mortality in the United States. *Ann Surg*. 2006 Sep;244(3):353-62.
- Wang DS, Winfield HN. Survey of urological laproscopic practice patterns in the midwest. *J Urol* 2004;172:2282-6.