

El retiro del cirujano de su actividad quirúrgica y profesional: algunas consideraciones

Italo Braghetto M.^{1,a}, Juan Hepp K.^{2,b}

The retirement of the surgeon from his surgical and professional activity: some considerations

Aging is associated with decreases in cognitive function and psychomotor performance, from which the surgeon is not exempt and suffers in this situation, an important factor in deciding when to retire. Currently, both in countries in the northern hemisphere and in Chile there are no established and standardized requirements, nor universal consensus, on when or at what time a surgeon should stop performing surgical procedures or retire. This article highlights the importance of the surgeon of retirement age for the medical community and gives an overview based on evidence and discusses each of the factors involved in the decision of how to face retirement. The reviewed background does not favor a mandatory retirement age because the onset of age-related decline in clinical performance varies among individuals. The objective assessment of fitness should replace the consideration of a mandatory retirement age. Institutional strategies must be established for strict re-certification and re-accreditation and timely retirement. A surgeon should not be forced into retirement at a predetermined age but should be able to practice as long as his or her surgical skills are objectively maintained at the appropriate level of competence.

Key words: surgeon; age; retirement.

Resumen

El envejecimiento está asociado con disminuciones en la función cognitiva y el desempeño psicomotor, del cual el cirujano no está exento y sufre ante esta situación, factor importante para decidir el momento de su retiro. Actualmente, tanto en países del hemisferio norte como tampoco en Chile no existen requisitos establecidos y estandarizados, como tampoco consenso universal, sobre cuándo o en qué momento un cirujano debe dejar de hacer procedimientos quirúrgicos y retirarse. En este artículo se resalta la importancia del cirujano en edad de retiro para la comunidad médica y se da una visión general basada en evidencia y se discuten cada uno de los factores involucrados en la decisión de cómo enfrentar el retiro. En los antecedentes revisados no se favorece una edad de jubilación obligatoria porque el inicio de la disminución del desempeño clínico relacionada con la edad varía entre los individuos. La evaluación objetiva de la aptitud debería sustituir la consideración de una edad de jubilación obligatoria. Deben establecerse estrategias institucionales para una re-certificación y reacreditación estricta y una jubilación oportuna. Un cirujano no debe verse obligado a su retiro a una edad predeterminada, debe poder ejercer mientras sus habilidades quirúrgicas se mantengan objetivamente en el nivel apropiado de competencia.

Palabras clave: cirujano; edad; retiro.

¹Universidad de Chile Hospital Clínico.

²Clínica Alemana de Santiago Universidad del Desarrollo

^a<https://orcid.org/0000-0003-2024-3029>

^b<https://orcid.org/0000-0002-5741-3442>

Recibido el 2024-01-12 y aceptado para publicación el 2024-03-26

Correspondencia a:

Dr. Italo Braghetto M.
italobraghetto@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

Se sabe que el envejecimiento está asociado con la disminución en la función cognitiva y el desempeño psicomotor, del cual el cirujano (de sexos masculino o femenino) no está exento y sufre ante esta situación. Por su propio temperamento y característica de personalidad, el cirujano muchas veces se resiste a claudicar en sus diferentes actividades, tanto quirúrgicas, asistenciales, académicas o de gestión. Por otra parte, las instituciones prestadoras de servicios quirúrgicos están expuestas a perder un recurso humano de valor. A pesar de que existen numerosas publicaciones en Norteamérica y declaraciones de principios respecto al tema, persiste mucha discusión y no hay tampoco consenso universal, sobre cuándo o en qué momento un cirujano debe retirarse o jubilarse. Las restricciones relacionadas con la edad y el deterioro cognitivo y físico deben contrarrestarse con la sabiduría adquirida a lo largo de décadas de experiencia quirúrgica. Las sociedades profesionales médicas o las agencias reguladoras dan orientación limitada de cómo asumir esta situación¹⁻¹²

Este es un documento enfocado al análisis del cómo enfrentar el momento del retiro que todo cirujano deberá decidir y por lo tanto reviste interés para todos los que ya están finalizando su actividad quirúrgica. También incluye a los cirujanos de edad media y los más jóvenes, ya que deben tomar conciencia que el término de sus actividades va a ocurrir y deben programarse con suficiente tiempo para hacer un proceso adecuado y no traumático.

El objetivo de este artículo fue resaltar la importancia del cirujano en edad de retiro para la comunidad médica y proporcionar una visión general basada en evidencia de los problemas físicos y cognitivos que ocurren durante las últimas etapas de su carrera y como enfrentar el retiro. Nuestra revisión pone de manifiesto algunos conceptos vigentes sobre el cirujano de edad avanzada.

Antecedentes

Para dar respuesta a la importante pregunta en la etapa final de un cirujano, se han recogido las conclusiones emanadas del panel desarrollado durante el Simposio titulado *“Senior Surgeon Practice Transition: Is it Voluntary?”* en el congreso anual del *American College of Surgeons (ACS)* Boston, Panel sesión 111, October 23, 2023⁴. Además, dado que existen innumerables artículos respecto del tema se efectuó a una revisión de la literatura más reciente

te cogiendo los artículos más relevantes y citados repetidamente en la literatura eligiendo aquellos enfocados a la práctica quirúrgica.

La planificación del retiro y la jubilación sigue siendo un desafío para muchos cirujanos, un número significativo de ellos expresan interés en continuar con sus actividades profesionales como docentes en departamentos académicos o consultores en gestión. El tránsito hacia el retiro completo de la actividad asistencial es un fenómeno que reviste cierta complejidad¹⁻⁵.

En estudios en EE. UU. con 2.904 cirujanos encuestados, casi un 40% decidieron continuar su práctica quirúrgica de igual forma, el 51% expresó interés en asesorar a residentes y estudiantes, el 35% en enseñar habilidades técnicas en centros de simulación y el 34% en entrenar a cirujanos en ejercicio, quienes podrían ser invitados como educadores quirúrgicos en departamentos académicos^{2,3}.

Se ha reportado una amplia variación entre los cirujanos de edad avanzada y el impacto sobre los resultados del acto quirúrgico en cuanto a mortalidad y complicaciones posoperatorias. Hay mucha variabilidad en los resultados derivados de las deficiencias en la evaluación de la performance de los cirujanos, como por ejemplo falta de estudios que exploren específicamente el envejecimiento del cerebro de los cirujanos y la falta de marcadores reales disponibles para medir el desempeño quirúrgico que obstaculizan una adecuada decisión. En la mayoría de los países del mundo faltan políticas de jubilación estándar acordes con la capacidad quirúrgica relacionada con la edad y Chile no es la excepción.

El estilo de vida del cirujano es un valioso antecedente

Lo mejor para el cirujano es adherirse a un estilo de vida que promueva el bienestar durante su trayectoria y que se mantenga en el tiempo. Se enfatiza la importancia de un permanente del bienestar físico, mental, emocional, personal y profesional que permita su actividad quirúrgica con plenitud y éxito, manteniendo la capacidad de pensar con claridad en situaciones complejas y dinámicas, de la destreza y el criterio quirúrgico. Desafortunadamente, todo esto disminuye como parte del proceso normal de envejecimiento.

Edad avanzada y posible deterioro de las funciones para desarrollar actividad quirúrgica ¿existe evidencia?

Los cirujanos no son inmunes a la disminución de las habilidades físicas y cognitivas relacionada con la edad. Hay muchos estudios al respecto. Sería

razonable suponer que los médicos de mayor edad y con mayor experiencia brindarían una atención de mejor calidad y obtendrían mejores resultados. Sin embargo, algunos datos demuestran, paradójicamente, lo contrario y los médicos que llevan más tiempo ejerciendo su profesión corren el riesgo de prestar servicios de menor calidad^{1,2}. Sin embargo, Jung et al, en un metaanálisis incluyendo más de 1 millón de pacientes operados por cirujanos de edad avanzada demostró que no hubo diferencias en las complicaciones posoperatorias, pero si, encontró mayor mortalidad⁵. Otro estudio de Tugawa evaluando 900.000 cirugías efectuadas por cirujanos de edad media comparado con cirujanos de más de 60 años no corrobora estos hallazgos, es más, se demostró que la morbilidad era incluso menor en pacientes operados por cirujanos de mayor edad⁶. Otra experiencia muy decidora con 1.159.676 pacientes demostró que un aumento de 10 años en la edad del cirujano se asoció con una disminución relativa del 5% en las probabilidades de malos resultados. Los pacientes que recibieron tratamiento de cirujanos mayores de 65 años tuvieron un 7% menos de probabilidades de resultados adversos. Por lo tanto, el aumento de la edad del cirujano no se asoció con mayores tasas morbilidad posoperatoria y reingresos^{7,11,12}.

Como se desprende de estas publicaciones, No existe consenso si la edad de un cirujano es atentaoria con los resultados posoperatorios y la satisfacción por parte de los pacientes^{1-7,11}.

Así, el ACS no favorece una edad de jubilación obligatoria porque el inicio y la disminución del desempeño clínico relacionada con la edad varían entre los individuos. La edad por sí sola no es indicativa de retiro mandatorio de un cirujano de sus acciones en pabellón^{4,11}.

El deterioro relacionado con la edad varía de un individuo a otro, la disminución gradual de la salud general, la destreza física y la cognición generalmente empieza a ocurrir después de los 70 años. La fuerza, visión, destreza, cognición son algunos de los atributos que se van perdiendo en forma gradual. Se puede detectar signos iniciales como olvidos frecuentes, incoherencias, tardanzas inusuales, evidencias de juicio clínico deficiente, cambios importantes en los patrones de referencia, ausencias inexplicables, confusión, cambios en la personalidad, perturbaciones, cambios drásticos en la apariencia que denotan un deterioro. lo que no se debe permitir en un cirujano en plena actividad, lo cual motiva una evaluación objetiva^{12,13}.

La capacidad de un cirujano debe estar en perfecto equilibrio con el riesgo de una mala práctica

sea en cualquiera de los ámbitos del desarrollo de la actividad quirúrgica (Figura 1).

Evaluación de competencias

Evaluaciones de competencia clínica deben establecerse para detectar cualquier deterioro inaceptable de las habilidades y capacidades para la atención clínica. Es posible que los cirujanos, por sí solos, no reconozcan el deterioro de su función física y cognitiva y de sus habilidades clínicas. Por esta razón, se recomienda que, a partir de los 70 años, los cirujanos se sometan a pruebas voluntarias y examen físico completo, pruebas visuales, neurológicas, mentales etc, realizadas por su médico personal para una evaluación de salud general. A partir de entonces, es prudente realizar una reevaluación a intervalos regulares para aquellos sin problemas identificables, utilizando herramientas pertinentes. Los colegas y el personal deben poder presentar y expresar libremente inquietudes legítimas sobre el desempeño de un cirujano y su aparente deterioro sin temor a represalias. Además, la calidad y los resultados de la atención al paciente por parte del cirujano son la medida definitiva de competencia y seguridad continuada para los cirujanos de todas las edades.

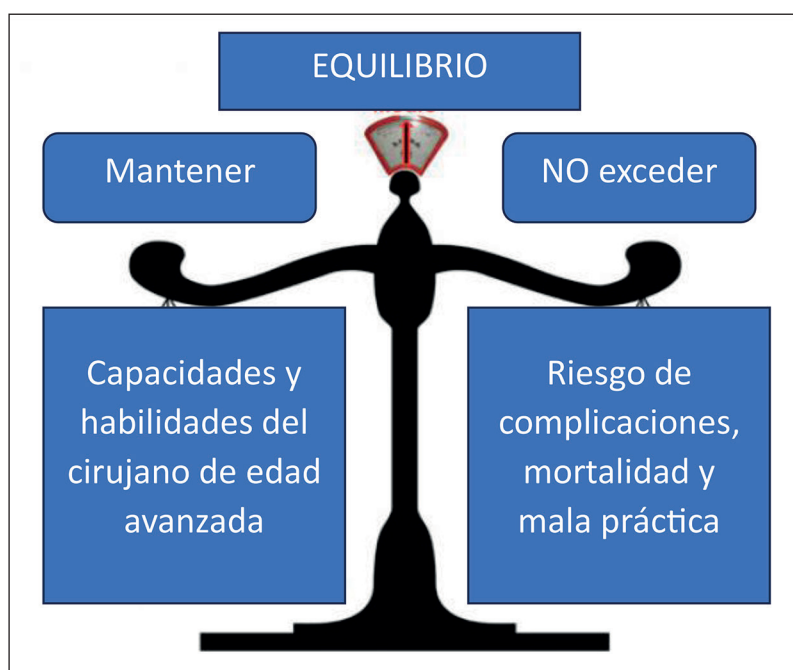


Figura 1. Mantenimiento de las capacidades y habilidades de un cirujano mayor debe mantenerse para no aumentar los malos resultados en la práctica profesional.

Los métodos adicionales de evaluación pueden incluir revisiones de historias clínicas, de la toma de decisiones clínicas, comentarios de los pacientes, observación o revisión de videos de casos de quirófano con supervisión por parte de los pares. En estos casos, una vez que se ha abordado el problema potencial inicial, pueden estar indicadas intervenciones más detalladas y frecuentes, como una evaluación de la práctica profesional rutinaria, como parte de la re-credencialización^{2,3}.

Actualmente, estos exámenes se llevan a cabo en varios hospitales y clínicas en EE. UU. donde se puede realizar una batería de pruebas de la función neurocognitiva y neuropsicológica. Estos resultados no pueden usarse de forma aislada para determinar la continuación o suspensión del privilegio hospitalario y quirúrgico, sino que deben incorporarse como parte de una evaluación general. Se requiere desarrollar pruebas precisas y confiables que ayuden a identificar a los cirujanos que potencialmente están experimentando una disminución en la cognición y las habilidades quirúrgicas relacionada con la edad. En muchas instituciones se han implementado estas políticas con programas de evaluación continua de las competencias de los cirujanos de mayor edad^{3,12,14} (Tabla 1).

Privilegios clínicos

Las decisiones relativas a los privilegios hospitalarios y de quirófano deben tomarse sólo

después de una evaluación cuidadosa de toda la evidencia disponible. Es esencial una estricta confidencialidad. Como siempre, el interés superior del paciente sigue siendo la primera prioridad, mientras que al mismo tiempo se debe respetar la confidencialidad, la dignidad y las contribuciones del cirujano.

Los cirujanos experimentados desempeñan un papel vital en sus hospitales y comunidades, su conocimiento y años de experiencia pueden ser recursos valiosos, pueden contribuir significativamente a la enseñanza, la asistencia quirúrgica, la investigación o la administración si sus capacidades lo permiten. El momento del retiro es estrictamente individual y privado¹⁵.

La evidencia sugiere que existe una relación inversa entre el número de años que un médico ha estado en la práctica y la calidad de la atención que brinda. Esta aseveración no es de todo cierta. Malas prácticas y evitar riesgos a los pacientes para determinar la performance de un cirujano y determinar el momento de su retiro son las herramientas objetivas de los programas de evaluación. Un cirujano no debe verse obligado a colgar su gorro quirúrgico a una edad predeterminada, pero debe poder ejercer mientras sus habilidades quirúrgicas se mantengan objetivamente en el nivel apropiado de competencia. Para ello la evaluación detallada de sus competencias es fundamental tal como ha sido planteado incluyendo facetas quirúrgicas propiamente tales, académicas y relaciones humanas con sus pacientes.

Tabla 1. Evaluación de competencias para cirujanos de mayor edad

Habilidades técnicas	Habilidades cognitivas	Habilidad académica
Destreza	Capacidad de aprendizaje	Características de personalidad
Percepción visuoespacial	Inteligencia	Trabajo en equipo
Coordinación	Integración	Dedicación
Estabilidad brazo-mano	Aplicación de conocimientos.	Integridad
Orientación tecnológica	Concentración	Habilidades de comunicación
Temblor	Resistencia física y mental	Toma de decisiones
	Liderazgo	Tolerancia al estrés
	Minuciosidad	Autocrítica
	Organización y planificación	Pasión por la cirugía
	Creatividad	
	Flexibilidad cognitiva.	
	Capacidad de análisis	
	Manejo del stress	

Acreditación y recertificación

El desafío de la recertificación y acreditación continua del desempeño médico probablemente se vuelva cada vez más importante a medida que aumenta la edad media de los médicos para garantizar la seguridad del paciente, ya que los médicos normalmente funcionan en niveles más altos de exigencias. Variadas son estrategias para la evaluación de la competencia quirúrgica de los cirujanos de edad avanzada^{16,17}.

Estas consideraciones reflejan la casi ausencia de edades de jubilación obligatoria para los médicos y no se puede excluir innecesariamente la práctica de cirujanos senior que se desempeñan adecuadamente. En EE. UU., tanto el ACS como la Sociedad de Cátedras Quirúrgicas (SSC), han sido enfáticos en señalarlo^{10-12,18}.

Las recomendaciones incluyen pruebas cognitivas y psicomotoras obligatorias a los cirujanos al menos a los 70 años, potencialmente como un componente de la evaluación continua de la práctica profesional.

Idealmente, estas iniciativas catalizarán una nueva perspectiva reflexiva e integral para apoyar a una fuerza laboral que envejece, garantizando al mismo tiempo la seguridad de los pacientes, la gestión eficiente de las organizaciones de atención médica evitando el agotamiento innecesario de un cuadro de médicos con competencias específicas¹⁶⁻¹⁸.

¿Cuándo debería dejar de realizar procedimientos quirúrgicos un cirujano mayor?

Esto se convierte en una cuestión importante si consideramos que la profesión quirúrgica depende en gran medida de la memoria, la agudeza sensorial, la decisión clínica, las habilidades técnicas y la resistencia física; habilidades y habilidades que pueden disminuir con la edad. La estrategia es implementar políticas para una recertificación estricta y una jubilación oportuna.

Actualmente, conservar la certificación en un campo quirúrgico no es un proceso tan riguroso y el retiro de los cirujanos sigue estando en gran medida a su discreción, basándose en el supuesto de que son totalmente capaces de identificar su propia regresión cognitiva y física. Tanto el Cole-

gio Americano de Cirujanos (ACS), la Asociación Médica Americana (AMA) y otras sociedades médicas reconocen las implicaciones de seguridad del médico y cirujano que envejecen y han recomendado que los profesionales de edad avanzada se sometan a exámenes físicos y pruebas visuales voluntarios, además de una evaluación de desempeño revisada por pares para la renovación de credenciales^{10-12,18}.

Los programas para evaluar la competencia de los cirujanos de edad avanzada y orientarlos en función de sus incapacidades o capacidades, deben ser realizadas por las instituciones de salud para determinar específicamente las competencias para realizar cirugía¹⁹⁻³¹. ¿Creemos que esta estrategia es justa y objetiva, por lo tanto, ¿Es la edad de jubilación obligatoria la respuesta? Establecer una edad de jubilación obligatoria para los cirujanos sería una solución sencilla, pero sería inapropiada e injusta debido a la gran variabilidad funcional entre las personas mayores de una edad determinada, las decisiones sobre competencia deben basarse en la edad funcional más que en la edad cronológica. Esto va en contra de una edad de jubilación obligatoria y aboga por una evaluación objetiva de la edad funcional. Tal evaluación equilibraría la dignidad de un profesional comprometido y su valor para la sociedad con la seguridad del paciente y el riesgo de responsabilidad^{2,31,32}.

Conclusión

De los documento revisados se concluye que más allá de la edad cronológica del cirujanos es la mantención de las competencias requeridas para los cirujanos del siglo XXI, incluyendo las destrezas quirúrgicas, las capacidades cognitivas y las características de personalidad las que deben primar para decidir el momento del retiro de un cirujano de edad avanzada.

Rol

Italo Braghetto: Elaboración y revisión.

Juan Hepp: Elaboración y revisión.

Bibliografía

1. Schenarts PJ, Cemaj S. The Aging Surgeon: Implications for the Workforce, the Surgeon, and the Patient. *Surg Clin North Am.* 2016;96:129-38. doi: 10.1016/j.suc.2015.09.009
2. Katlic MR, Coleman J. The Aging Surgeon. *Adv Surg.* 2016;50:93-103. doi: 10.1016/j.yasu.2016.03.008.
3. Asserson DB, Janis JE. The Aging Surgeon: Evidence and Experience. *Aesthet Surg J.* 2022; 42:121-7. doi: 10.1093/asj/sjab145.
4. "Senior Surgeon Practice Transition: Is It Voluntary?" Congreso anual del American College of Surgeons (ACS) Boston, Panel session 111, October 23, 2023
5. Jung Y, Kim K, Choi ST, Kang JM, Cho NR, Ko DS, et al. Association between surgeon age and postoperative complications/mortality: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Sci Rep.* 2022;12:11251. doi: 10.1038/s41598-022-15275-7
6. Tsugawa Y, Jena AB, Orav EJ, Jha AK, Tsa TH C, Mehtsun TS. Age and sex of surgeons and mortality of older surgical patients: observational study. *BMJ* 2018; 361: k1343
7. Satkunasivam R, Klaassen Z, Ravi B, Fok HK, Menser M, Kash B, et al. Relation between surgeon age and postoperative outcomes: a population-based cohort study. *CMAJ* 2020; 14;192: E385-92.
8. Bieliauskas LA, Langenecker S, Graver C, Lee HJ, O'Neill J, Greenfield LJ. Cognitive changes and retirement among senior surgeons (CCRASS): results from the CCRASS Study. *J Am Coll Surg.* 2008;207:69-78; discussion 78-9. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.01.022.
9. 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; 211:303-7. doi: 10.1016/
10. American Medical Association Council on Medical Education. Assuring safe and effective care for patients by senior/late career physicians; CME Report 01-N-21. AMA
11. American College of Surgeons. Statement on the aging surgeon. *Bull Am Coll Surg.* 2016;101:42-3.
12. California Public Protection & Physician Health. Assessing Late-Career Practitioners: Policies and Procedures for Age-Based Screening; 2014.
13. Canadian Medical Protective Association. The aging physician: maintaining competence and practicing safely. *Perspective* 2016; 8:10-2.
14. Gazit N, Ben-Gal G, Eliashar R.J Using Job Analysis for Identifying the Desired Competencies of 21st-Century Surgeons for Improving Trainees Selection. *Surg Educ.* 2023;80:81-92. doi: 10.1016/j.jsurg.2022.08.015
15. Garrett KD, Perry W, Williams B, Korinek L, Bazzo DEJ. Cognitive Screening Tools for Late Career Physicians: A Critical Review. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2021 May;34(3):171-80. doi: 10.1177/0891988720924712.
16. 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.
17. Bhatt N. R, Morris M, A. O'Neil A, Gillis A, Ridgway PF. When should surgeons retire? *BJS* 2016; 103: 35-43.
18. 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
19. Tanzer M. Hanging up the surgical cap: Assessing the competence of aging surgeons systematic reviews *World J Orthop* 2021; 12: 234-45.
20. Poushay HM, Kagedan DJ, Hallet J, Gotlib Conn L, Beyfuss K, Nadler A, et al. Why Do General Surgeons Decide to Retire? A Population-level Survey *Ann Surg* 2018;267:e4-e5)
21. Rosengart TK, Doherty G, Higgins R, Kibbe MR, Mosenthal AC. Transition Planning for the Senior Surgeon Guidance and Recommendations from the Society of Surgical Chairs. *JAMA Surg.* 2019;154:676. doi: 10.1001/jamasurg.2019.2036.
22. 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; 29:113-21.
23. Kurek N, Darzi A. The aging surgeon. *BMJ Qual Saf.* 2020; 29:95-7
24. 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. doi: 10.1097/01.sla.0000234803.11991.6d.
25. Sataloff RT, Hawkshaw M, Kutinsky J, Maitz EA The Aging Physician and Surgeon. *Ear Nose Throat J.* 2020 Sep 29;145561320944297. doi: 10.1177/0145561320944297.
26. Sayek I. Surgery, surgeon, and measurement of value and quality of surgeons' work. *Scand J Surg.* 2013;102:141-4. doi: 10.1177/1457496913489498. PMID: 23963026 Review.
27. Wolfe SA, Wolfe EM. Commentary on: The Aging Surgeon: Evidence and Experience. *Aesthet Surg J.* 2022 Jan 1;42(1):128-9. doi: 10.1093/asj/sjab128
28. Onyura B, Bohnen J, Wasylenki Jarvis A, Giblon B, Hyland R, Silver I, Leslie K. Reimagining the self at late-career transitions: how identity threat influences academic physicians' retirement considerations. *Acad Med* 2015; 90:794-801
29. Peisah C, Wijeratne C, Waxman B, Vonau M. Adaptive ageing surgeons. *ANZ J Surg* 2014;84:311-5.
30. Richards R, McLeod R, Latter D, Richards R, McLeod R, Latter D, et al. Toward late career transitioning: a proposal for academic surgeons. *Can J Surg* 2017;60:355-8
31. Ishtiaq Ahmed When A Surgeon Should Retire? *J Coll Physicians Surg Pak.* 2016;26:424-9.
32. Anteby R, Sinyard III RD, Healy MG, Warshaw AL, Hodin R, E. Ellison Ch, et al. Passing the Scalpel: Lessons on retirement planning from retired academic surgeons *The American Journal of Surgery* 2022;224:166-71.