



Los cirujanos y la vejez

Surgeons and old age

10.20960/angiologia.00123

Editorial

Los cirujanos y la vejez

Surgeons and old age

Ignacio Rivera Chavarría

Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica.
San José, Costa Rica.

Según el Banco Mundial, la esperanza de vida en España al nacer para el 2017 era de 83 años, y se proyectaba que aumentase en los años siguientes (1). Este proceso de envejecimiento no solo involucra a la población enferma a cargo de la clase médica, sino también a sus cirujanos. El envejecimiento de la población no es solo un problema que afecte a las sociedades occidentales, sino también, por ende, a los médicos. Los galenos no son inmunes al deterioro neurocognitivo, sensorial y de sus funciones motoras propio de la edad. Las enfermedades médicas y psiquiátricas más prevalentes con los años también tendrán impacto en el cirujano en su vejez.

Los cirujanos activos están envejeciendo. En Estados Unidos, por ejemplo, el 18% de los médicos activos son mayores de 65 años y cerca de un tercio de los cirujanos son mayores de 55 años. Y esto no es solo un problema de reposición en el sistema sanitario de salud, sino también de deterioro físico y de pérdidas de habilidades consustanciales a la edad. Desde un cénit que se alcanza entre los 35-50 años, el deterioro lento de capacidades de aprendizaje y neurocognitivas avanza con los años (Fig. 1). Ya no se tiene la capacidad de estudio de la universidad, de concentración y de

maleabilidad al medio (compañeros y jefes), y llega un momento en que los quirófanos cansan y dejan de hacerse guardias. Se aumenta en sabiduría, pero también ciertas habilidades técnicas se van perdiendo con el tiempo (2). Por supuesto que hay una variabilidad individual y no todos somos iguales.

Uno de los atributos que tiene el cirujano es la habilidad de pensar de forma clara en situaciones complejas y dinámicas mientras utiliza la información sensorial a través de su juicio y destreza. Lamentablemente, todas estas funciones se deterioran con la edad, proceso que es lento e inexorable para todos.

Aunque hay diferencias particulares entre los individuos y no puede generalizarse, con el envejecimiento hay una disminución de la atención, del tiempo de reacción, de la capacidad de procesar y de correlacionar la información. Hay disminución del pensamiento adaptativo, del razonamiento, de la velocidad de procesamiento y de la destreza manual (Fig. 2). El proceso de envejecimiento también trae consigo un deterioro en la velocidad cognitiva, en la memoria a corto plazo y en la capacidad de llegar a una solución a un nuevo problema, de la misma manera que aumenta el tiempo de reacción a un problema (Fig. 3). Además, existe un deterioro de la agudeza visual (casi todos llevan lentes), de la escucha, de la percepción de profundidad y de la discriminación de colores.

También ocurren cambios neuroanatómicos asociados a la edad, como la reducción del volumen cerebral total, un aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales, atrofas neuronales y reducción de las sinapsis (3). Asimismo, el envejecimiento conlleva, como todos, un incremento de las enfermedades cardiovasculares, cuadros depresivos, deterioro... Pero no todo se menoscaba con la edad: la capacidad verbal, la memoria semántica y la inteligencia (relacionada con el juicio clínico) no solo se mantienen, sino que aumentan.

Con los años se da una disminución en la capacidad de aprender; siempre se ha dicho que “loro viejo no aprende a hablar”. Esto adquiere importancia en los tiempos actuales en los que la medicina, y en específico la cirugía, ha visto el nacimiento de nuevas tecnologías y técnicas, revolucionando el quehacer diario. Ejemplo de ello son los aparatos de osteosíntesis en ortopedia, la laparoscopia, la cirugía robótica y, en nuestro campo de angiología y cirugía vascular, la terapia endovascular con guías, catéteres y nuevos dispositivos. Todas estas técnicas no existían en el entrenamiento original de los cirujanos más añosos, pero que en tiempos actuales deben de usarse. Hay una descompensación entre lo que se aprendió y lo que hoy se realiza.

Desafortunadamente, todo este deterioro neurocognitivo de la edad que hemos descrito hace que este aprendizaje de nuevas técnicas sea especialmente difícil (4), lo que ocasiona que se produzca la “paradoja del cirujano envejecido”, pues aunque podría asumirse que los cirujanos mayores y con más experiencia proveen de un mejor cuidado a sus pacientes, más bien el aumento en la edad se ha relacionado con más accidentes (Fig. 4) y problemas quirúrgicos (5-7). De hecho, el promedio de ellos invierte los papeles cuando hay este tipo de nuevos procedimientos y suelen dejarlos en el ayudante más joven y ellos asumen el rol de auxiliar, o se oponen visceralmente a la aplicación de estas nuevas técnicas justificando sus resultados y aplicando el dogma de “siempre se ha hecho así y ha ido bien”.

La edad promedio de jubilación en los cirujanos ha aumentado con los años y hay una resistencia al retiro. Esto queda explicado quizás por la reticencia a la pérdida de importancia fuera del trabajo, al compañerismo que pierden y al pensamiento de sentirse indispensables. Otras causas esgrimidas son la falta de autoestima, la soledad, la resistencia al cambio, la pérdida de estabilidad financiera, el miedo al aburrimiento y a la incapacidad del cirujano de percibir

cuándo tiene un pobre desempeño y deja de ser importante en las reuniones científicas. El miedo a ser ignorados (4).

El problema de cuándo retirarse no es únicamente un problema personal, sino que la alta demanda física y cognitiva presente en el acto quirúrgico y en el resultado en la vida de sus pacientes a cargo hacen que el tiempo de retiro sea a veces un problema de salud pública. Las legislaciones varían de unos países a otros respecto a la edad de jubilación, con diferencias obvias entre la sanidad pública y la medicina privada. Por ejemplo, en Estados Unidos, Alemania, Italia o Australia no es obligatorio, pero al igual que en el Reino Unido, Francia, Canadá, Irlanda o España suele ser a los 65 años, y en Rusia y China, con discriminación sexual, a los 60 años los hombres y a los 55 años las mujeres (8). Sin embargo, existen profesiones en las que la edad constituye la causa de retiro obligatorio, como es el caso de los pilotos en las aerolíneas comerciales, los controladores aéreos, en el Ejército, etc. (9).

Esta reflexión no pretende afirmar que el cirujano envejecido deba de ser enviado a su hogar, ignorado y perder de golpe todo el conocimiento adquirido con los años, sino que es una llamada a la reflexión de quienes ya están en esa etapa y quienes nos dirigimos a ella (no hay escape), donde lo mejor sea adaptar el trabajo a los cambios fisiológicos de la edad y de cada individuo: procurar menores situaciones de estrés, menores procedimientos con nuevas tecnologías, canalizar la sabiduría a la actividad de la enseñanza, de estudiantes y de jóvenes residentes y ser “mentor” de nuevas generaciones de cirujanos (4,10). Ayudar a que otros aprendan lo que uno ya sabe. A no ser un estorbo, que quede un buen recuerdo de quien se fue e hizo posible grandes cirugías y abrió nuevos caminos cuando fue joven. Porque no deben de olvidar aquellos que fueron nuestros maestros que primero está su salud, pero también la calidad

de vida del paciente, reflejada en el principio médico elemental *primum non nocere*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banco Mundial Esperanza de vida al nacer, total (años) [accessed February 4, 2020]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
2. Ahmed I. When A Surgeon Should Retire? JCPSP-J COLL PHYSICI 2016;26:6.
3. Bhatt NR, Morris M, O'Neil A, et al. When should surgeons retire? Br J Surg 2016;103(1):35-42. DOI: 10.1002/bjs.9925
4. Luce EA. The Ageing Surgeon. Plast Reconstr Surg 2011;127(3):1376-83. DOI: 10.1097/PRS.0b013e318206328d
5. Schenarts PJ, Cemaj S. The Aging Surgeon. Surg Clin North Am 2016;96(1):129-38. DOI: 10.1016/j.suc.2015.09.009
6. Powers K, Rehrig ST, Schwaitzberg SD, et al. Seasoned Surgeons Assessed in a Laparoscopic Surgical Crisis. J Gastrointest Surg 2009;13(5):994-1003. DOI: 10.1007/s11605-009-0802-1
7. 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;37(1):93-103. DOI: 10.1097/00005650-199901000-00013
8. O'Neill L, Lanska DJ, Hartz A. Surgeon characteristics associated with mortality and morbidity following carotid endarterectomy. Neurology 2000;55(6):773. DOI: 10.1212/WNL.55.6.773
9. Katlic MR, Coleman J. The Aging Surgeon. Adv Surg 2016;50(1):93-103. DOI: 10.1016/j.yasu.2016.03.008
10. Greenfield LJ. Farewell to surgery. J Vasc Surg 1994;19(1):6-14. DOI: 10.1016/S0741-5214(94)70115-6

—●— 1002 MDs
 —+— 383 Normals

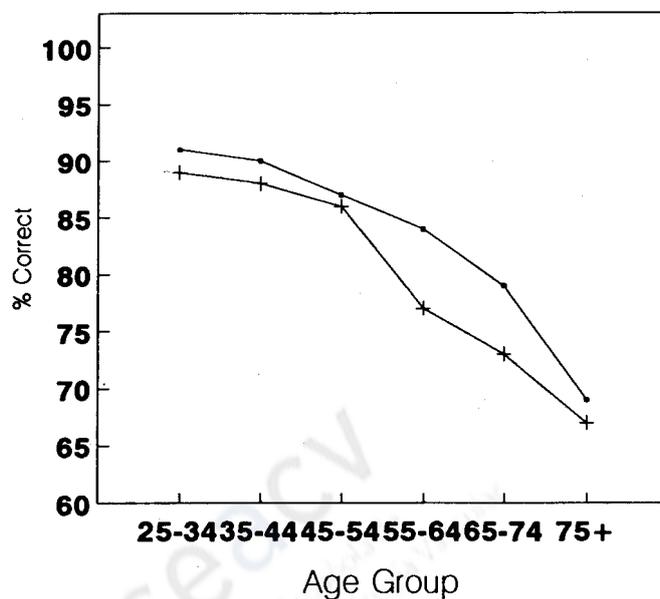


Fig. 1. Comparison of total scores for surgeons and normal control subjects by age group on
Figura 1. Comparación de la puntuación total en test neuropsicológicos entre cirujanos y grupo control por grupos de edad. El declive más rápido comienza a partir de los 50 años (Powell DH, Whitla DK. Cognitive changes across the lifespan. Cambridge: Harvard Medical Press. 1994).

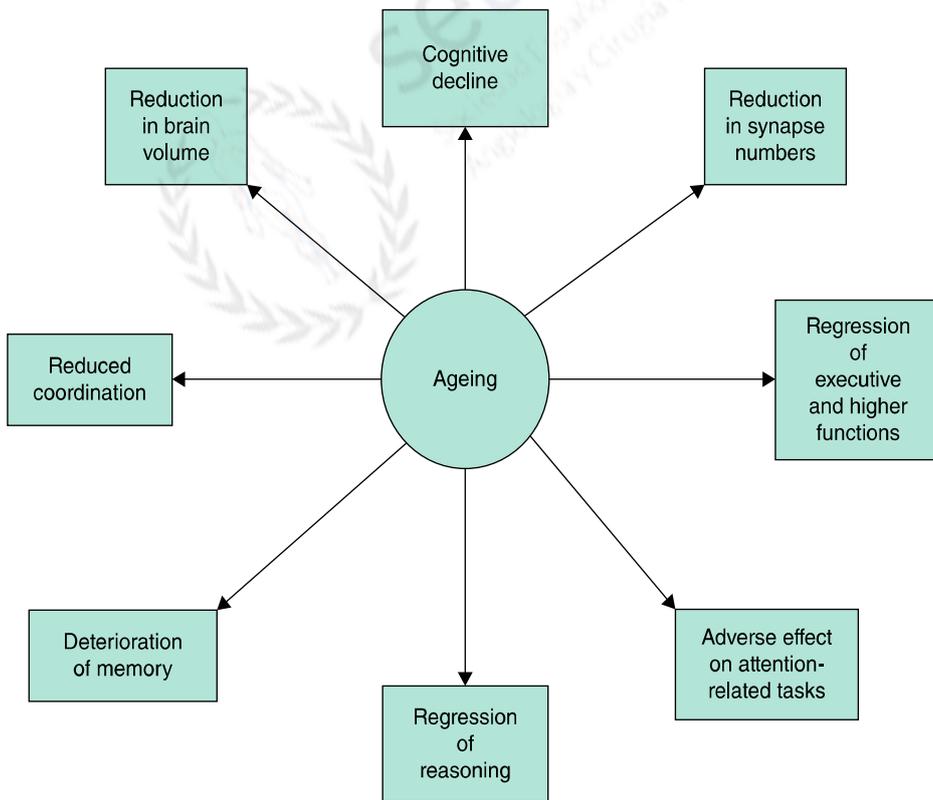


Figura 2. Efecto de la edad en la biología del cerebro (Br J Surg 2016;103:35-43).

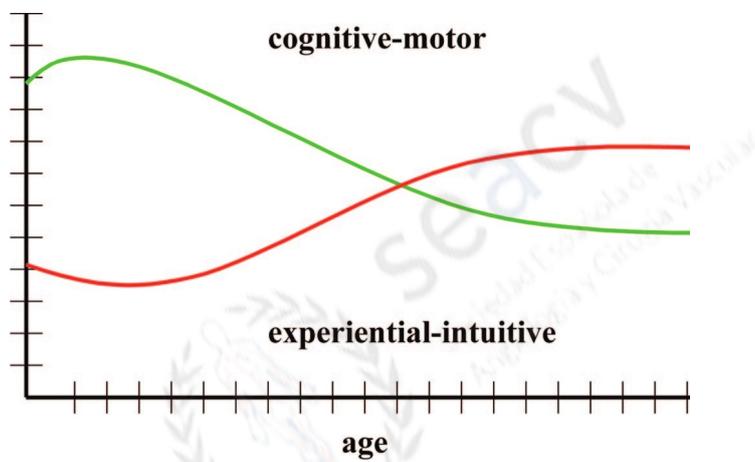


Figura 3. Capacidades cognitivas motoras y experiencial intuitiva en relación con la edad en cirujanos plásticos (Plast Reconstr Surg 2011;127:1376-83).

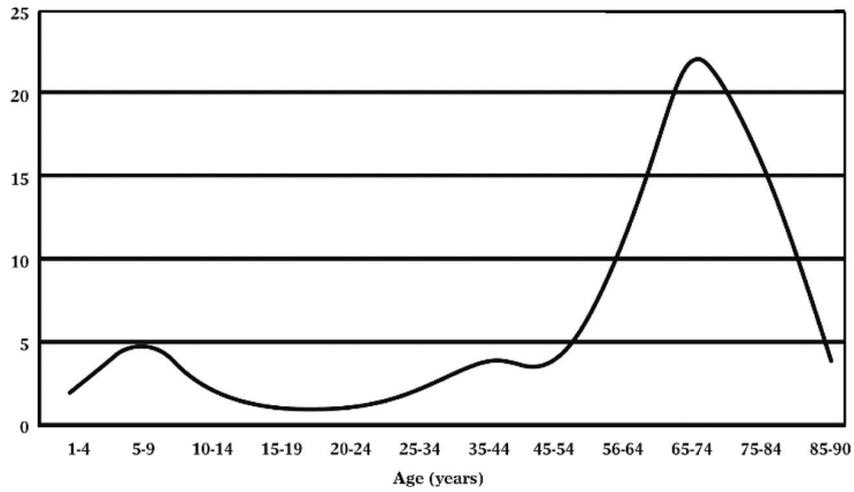


Figura 4. Incidencia de accidente con maquinaria agrícola en relación con la edad (American College of Surgeons, 2005).



seacv
Sociedad Española de
Angiología y Cirugía Vascular