

La Dra. Isabel Rubio Rodríguez es una de las mayores especialistas en España en la cirugía oncológica de la mama. Ha investigado en la utilización del ganglio centinela, la ecografía de mama intraoperatoria, la prevención del linfedema y la cirugía en quimioterapia neoadyuvante.

Licenciada por la Universidad de Salamanca en 1989, realizó la especialización en cirugía general en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Con el objetivo de mejorar la cirugía de la mama, buscó especializarse en Estados Unidos en esta subespecialidad, inexistente en España, y se formó durante dos años en el Arkansas Cancer Research Center y la University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, como 'fellow' de cirugía oncológica de la mama. Así mismo, trabajó como 'fellow' durante 8 meses en el Breast Cancer Center en el MDAnderson en Houston, USA.

En la actualidad es coordinadora de la Unidad de Cirugía de Mama del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

PERFILES DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Dra. Isabel Rubio Rodríguez

“El concepto de lo que es un cirujano ha cambiado. Ahora un cirujano que se dedica al cáncer tiene que tener una formación adicional”



La Dra. Rubio (izquierda) en su consulta de Barcelona.



En el quirófano, con el Dr. Díaz ('fellow') y el Dr. Rodríguez.

–Doctora Rubio, ¿cómo surgió su vocación médica? ¿Hay tradición en su familia?
–La verdad es que mis padres son los dos médicos. Han ejercido en la medicina privada y en la pública, y yo he vivido la medicina desde siempre. Hace muchos años la medicina privada se hacía en consultorios cerca de las casas y de siempre he estado en ese mundo, desde que era pequeña. De hecho, mi hermano mayor también es médico, otorrinolaringólogo (ORL).

–¿Eran especialistas su padres?

–Sí. Mi padre es ORL y mi madre es pediatra.

–Entra usted a estudiar en la Universidad de Salamanca, su ciudad natal.

–La carrera de Medicina la hice en Salamanca y una vez la terminé, me examiné del MIR para hacer la especialidad, que yo quería que fuera quirúrgica. Cuando estudiaba medicina iba con mi padre a operar, con lo cual, digamos, preferí una especialidad quirúrgica que la médica. Aunque, dentro de las especialidades quirúrgicas, realmente la otorrino no era algo que a mí me llamara la atención. Estuve dudando entre oftalmología, que es muy diferente a la cirugía general, pero luego pensé que en la cirugía general tenía un campo más amplio para desarrollar.

–¿En qué sentido lo dice? Entiendo que en aquel momento no había aún pensado usted en dedicarse a la cirugía de la mama.

–No, solo quería hacer algo quirúrgico. Al menos en mi caso, escogí la especialidad por las asignaturas que más me gustaban en la carrera. Como digo, sabía que quería hacer algo quirúrgico: yo entraba como estudiante en los quirófanos, ya sabía que me gustaba. La oftalmología me gustó y le dediqué más estudio, pero también la cirugía general. Me terminé de decidir por la cirugía general porque pensé que a largo plazo podría subespecializarme más, aunque realmente no tenía conciencia de la diferencia entre operar cáncer o patología



La Dra. Rubio (centro de la imagen) en su etapa como 'fellow' del Arkansas Cancer Research Center.

benigna.

–¿Recuerda la primera vez que entró en un quirófano?

–Sí, lo recuerdo: en primero de Medicina, con mi padre.

–¿Le interesó inmediatamente?

–Sí, era algo que me gustaba. Me gustaba los trabajos metódicos (y en la cirugía ser metódico es fundamental para hacer un buen trabajo), y resolver los problemas médicos con la cirugía.

–No sé si en la Universidad de Salamanca tuvo contacto con los destacados oncólogos médicos de allí.

–No, porque cuando yo hacía la carrera, la oncología médica no estaba tan desarrollada en España. En Salamanca había oncólogos médicos, pero la verdad es que me di cuenta de la importancia del cáncer en la clase de Medicina Interna cuando hablaron del cáncer de pulmón y el tabaco. Entonces el cáncer no era algo de lo que la gente hablara en la calle y parecía una enfermedad como otras. No era algo que tuviera el desarrollo que tiene ahora.

–El caso es que usted finaliza su licenciatura y realiza su especialidad en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz. ¿Cómo recuerda ese periodo de formación, ya con pacientes, digamos que más “sobre el terreno”?

–La especialización la recuerdo como una buena etapa, aunque los cirujanos no disponían de formaciones potentes desde el punto de vista científico, sino más de la experiencia. Se daba más una medicina basada en la experiencia más que en la evidencia.

–Casi como si fuera un oficio...

–Exacto. Aun así, la recuerdo bien. Cuando era R4 se hacían muchas mastectomías a las pacientes. En el Infanta Cristina, a pesar del tamaño del centro y del territorio que cubría, el servicio de Cirugía General –no había

“Creo que me dediqué a la mama porque pensé que yo tendría que hacer algo para que no se hicieran tantas mastectomías o para que la calidad de vida fuera mejor”

unidades como tal, porque todavía no estaban tan especializadas— hacía también la cirugía torácica. Hacíamos de todo, oncológico y no oncológico. Y muchas mastectomías. Al igual que en muchos hospitales, las unidades multidisciplinarias como las entendemos hoy no existían.

La verdad es que creo que me empezó a gustar la mama porque empecé a pensar que en que las pacientes que tenían un cáncer de mama acababan con mastectomías. Pensé: “bueno, a esto hay que darle un giro”. Una frase que era frecuente escuchar era: “bueno, vale, pero le he salvado la vida”. Pero, con el paso del tiempo, hemos ido viendo que además de salvarla teníamos que pensar que su vida fuera mejor. Y creo que me dediqué a la mama porque pensé que yo tendría que hacer algo para que no se hicieran tantas mastectomías o para que la calidad de vida fuera mejor.

—¿Y fue eso lo que le llevó a solicitar la estancia en Estados Unidos?

—Exacto. Entonces en España no había, y sigue sin haber, subespecializaciones. Durante los veranos, siendo residente, me iba a Santa Bárbara (California) a un hospital con cuyo director de cirugía hablé y me permitía ir allí en el mes de vacaciones. Y en Estados Unidos las posibilidades entonces, como lavarte en los quirófanos, eran más que ahora, que hay más restricciones. Como residente, con una carta de mi jefe de servicio, el director allí me dejaba pasar consulta, lavarme en los quirófanos... Esto lo hice de R2, R3, R4 y R5.

Como ves, desde siempre he sido muy viajera... ya de pequeña iba a Inglaterra en el verano a aprender inglés. En eso debo decir que mis padres siempre han colaborado en esto y mi marido fue un apoyo fundamental desde el principio en el paso de ir a Estados Unidos.

Allí vi que había subespecializaciones y que una vez acababas la cirugía general podías subespecializarte. En Santa Bárbara había un 'fellowship' de cirugía oncológica de colon y recto. Pregunté si había algo parecido para la mama, investigué en qué centros había 'fellowships' de cáncer de mama. Ya de R5 me



En compañía del Dr. Henry Kuerer, MD Anderson, Houston.

puse a buscar todos los que había en EE.UU. y me dispuse a enviar cartas. Lo bueno es que mientras era residente me preparé los 'steps' del USMLE (United States Medical Licensing Examination) para convalidar los títulos de medicina y así poder acceder al 'fellow' clínico, tener la acreditación. En cuanto terminé mandé las cartas a quince o veinte 'fellows', instituciones que ofrecían subespecialización en cirugía del cáncer de mama, que eran muchas de investigación y clínicos, y al final me quedé con dos: uno en UCLA (Universidad de California en Los Ángeles), donde no me admitían hasta dos años después de la residencia, y otro en Little Rock (Arkansas), donde ofrecían un fellow de dos años de mama. Un año dedicado a investigación básica y otro a clínica, pero yo pedí poder hacer los dos de clínica. Me fui a hacer una entrevista allí y al final me aceptaron. Estuve de 1996 a 1998 y fui la primera 'fellow' del programa Virginia Clinton Breast Surgical Oncology Fellowship que existe en el Arkansas Cancer Research Center en Little Rock (existe en conmemoración de la madre del presidente Clinton).

–Aunque ya tenía la experiencia previa de Santa Bárbara, ¿recuerda alguna otra grata sorpresa en Arkansas?

–Sí, me sorprendió gratamente la manera que tienen de trabajar los americanos. Me sorprendió lo metódicos que son, la medicina basada en la evidencia, el afán de superación y la competitividad y me sorprendió el trato que se da a los pacientes.

–¿En qué sentido?

–Tus pacientes eran tus pacientes y se les tenía un respeto enorme. Los pacientes americanos, comparados a los de España... es que aquello era otro mundo. Allí los pacientes tenían unos conocimientos de la enfermedad que parecía que no tenía nada que ver con los españoles. Ellos tomaban su decisión sobre los tratamientos con su médico, a diferencia de la medicina paternalista, en la que se decía: “usted necesita una mastectomía y ya no se discute más”. No, allí los pacientes sabían que tenían opciones, querían discutir las todas, querían saberlo todo acerca de su enfermedad: pronóstico, plan de tratamiento, opciones... y eran unas consultas

“MD Anderson de Houston es el centro por excelencia de cáncer. La multidisciplinariedad era algo innato al trabajo”



La Dra. Rubio con su mentora, la Dra. Suzanne Klimberg.

que suponían una especie de examen continuo al médico y en las que los pacientes tomaban sus propias decisiones. Yo a eso no estaba en absoluto acostumbrada.

–Esa estancia, con un breve periodo en España, se continúa luego en MD Anderson. ¿Cómo fue su llegada a este centro?

–Fui a MD Anderson porque iba a abrir en España y me llamaron si estaba interesada y allí fui como unos ocho meses, como “visiting professor”, pero estaba como “fellow”, porque podía trabajar en EEUU gracias a las acreditaciones. Y debo decir que el MD Anderson de Houston es el centro por excelencia de cáncer. La multidisciplinariedad era algo innato al trabajo. Estuve allí viendo el funcionamiento para luego trabajar en el que iba a abrirse en Madrid.

–¿Llegó a incorporarse aquí?

–Sí, estuve en el de Madrid durante algo más de un año, aunque los inicios fueron complicados y decidí trasladarme. Hablamos del año 2000.

–En ese año se doctora en Medicina, ¿por qué universidad?

–Por la de Extremadura.

–Y usted se doctora por un tema aún muy reciente en esa época: el ganglio centinela.

–Cuando yo llegué a Estados Unidos, mi mentora y entonces mi jefa en Little Rock, Suzanne Klimberg, formaba parte del estudio multicéntrico que estaban haciendo varios hospitales americanos que luego se publicó en el *New England Journal of Medicine* y que fue el primero de este tipo para validar el uso de ganglio centinela utilizando radioisótopo. Entonces el centro de Little Rock participaba en ese estudio, con lo que cuando yo llegué en 1996 empezamos con ganglio centinela. Fue un estudio pionero, de modo que pude realizar mi tesis a partir de los pacientes que hice estando allí y los datos que obtuve (al ser un estudio prospectivo).

“En Vall d’Hebron hay un centro de cáncer de mama, cosa que no hay en ningún otro hospital público de España”

–¿Quién la dirigió?

–El Dr. Vinagre, el catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura en Badajoz.

–¿Y después?

–Estuve en un hospital privado en Salamanca un año.

–Y luego se traslada a Barcelona.

–Sí, ya tenía experiencia en cosas que en España se empezaban a hacer. Por ejemplo, con las unidades de mama que aún no había en prácticamente ningún hospital, entendiendo como unidades de mama los criterios europeos de EUSOMA.

Mi primera publicación sobre ganglio centinela es del 99, que en España es cuando se más o menos se empezaba hacer. Pero, curiosamente, en España era difícil encontrar trabajo. Yo había coincidido con el Dr. José Baselga a través de una fundación americana y supe que estaba buscando un cirujano de mama. Contacté con él, entonces en la Clínica Teknon de Barcelona, y me incorporé a la Teknon, durante un año. Luego, me contrataron en el Hospital Vall d’Hebron.

–¿Estamos hablando del año...?

–2003.

–Cuando se incorpora ¿ya existe la unidad de mama?

–Sí, ya la había, era de mediados o finales de los noventa.

–¿Podemos decir que esta unidad fue la pionera en España?

–A día de hoy, en Vall d’Hebron hay un centro de cáncer de mama, cosa que no hay en ningún otro hospital público de España, que se inauguró en 2008. Es una zona del hospital materno-infantil en la que estamos todos los que abordamos el manejo multidisciplinar del cáncer de mama: oncólogos médicos, los quirúrgicos, los radiólogos... tenemos un centro de cáncer de mama cuya característica más

“En el cáncer de mama, con los métodos de ‘screening’ y al diagnosticar cánceres en estadio I, la cirugía es clave porque muchas pacientes se curan sin necesidad de quimioterapia”

llamativa y más productiva es que está formada por ginecólogos y cirujanos. En España la mama la operan cirujanos y ginecólogos dependiendo de la comunidad, y aquí llegaron a un acuerdo para operar los dos, algo bastante poco frecuente. Se consiguió que la unidad de mama dependa del servicio de ginecología, pero se seguía manteniendo que los cirujanos generales especializados en mama pudieran estar en esta unidad, formada en la actualidad por cuatro ginecólogos y dos cirujanos.

–Por lo que sabemos, el tratamiento del cáncer de mama es por definición multidisciplinario y que ninguna especialidad es más importante que otra. A pesar de eso, ¿cuesta trabajo hacer valer la importancia de la oncología quirúrgica en un mundo que –entiendo– está dominado por los oncólogos médicos? ¿O quizá en el cáncer de mama es tan esencial la intervención quirúrgica que el protagonismo del cirujano va de suyo?

–Yo no creo que sea que la oncología quirúrgica sea menos importante, la cuestión es que en el cáncer de mama, con los métodos de “screening” y al diagnosticar cánceres en estadio I, la cirugía es clave porque muchas pacientes se curan sin necesidad de quimioterapia. En el cáncer de mama la cirugía es una parte importantísima, a diferencia quizá de otros cánceres donde probablemente se encuentran estadios más avanzados y en los que a lo mejor el cirujano no empieza a formar parte del tratamiento desde el mismo comienzo.

Pienso, sin embargo, que cualquier cirugía oncológica es fundamental dentro del tratamiento. No creo que el prestigio o la importancia de la cirugía sea menor que el de la oncología médica. El problema es que en España los cirujanos no tienen una formación oncológica, y al no tenerla –sobre todo en hospitales no grandes–, los cirujanos operan cáncer y no cáncer, de todo. Al no haber una subespecialización tan importante como con los oncólogos médicos, puede parecer que no es importante. Francamente, creo sin temor a equivocarme, que los oncólogos médicos que también están especializados en aparatos (tenemos oncólogos que hacen solo mama, o solo digestivo...) verdaderamente valoran un buen cirujano oncológico porque los resultados de los pacientes son mucho

“El problema que hay en España es que los residentes no se forman en investigación”



Portada de la revista *Journal of Surgical Oncology*, de cuya sección de mama es editora asociada la Dra. Rubio.

mejores. En el centro de cáncer de mama de nuestro hospital el manejo multidisciplinar es completo desde todos los puntos de vista.

–Menciona la formación, pero hablemos también de la investigación. Usted es editora asociada en la sección de mama de las revistas médicas *European Journal of Surgical Oncology* y *The Breast*. ¿Cómo es la situación de la investigación en este ámbito en España?

–El problema que hay en España es que los residentes no se forman en investigación.

–Precisamente por eso, ¿cómo valora la especialización científica de los residentes y en particular de los cirujanos?

–Primero, la formación en investigación de los residentes es prácticamente cero, porque dentro de sus programas no existe ningún tiempo determinado que se dedique a investigación. Otra cosa es que el residente esté rotando en un sitio donde sí hay investigación y que estén interesados y aprendan, pero los residentes no tienen en su periodo de rotación ningún tiempo dedicado a la investigación, en el que pueda aprender un ensayo clínico, a publicar, a la medicina basada en la evidencia. Eso es un gran problema en España. En Estados Unidos sí lo hay, los residentes tienen un período de tiempo en el que hacen investigación.

Segundo, la formación de los residentes finaliza y no tienen un examen, que es algo que resulta tan llamativo como preocupante. Uno acaba la residencia y le dan el título sin pasar ningún tipo de examen para evaluar los conocimientos. Verdaderamente estoy interesada en intentar cambiar eso, porque no es un sistema objetivo de valoración del conocimiento de un especialista. Está muy bien lo que pone en el BOE, lo de los libros que hay que rellenar, que cumplan determinadas operaciones, que se les evalúe directamente... pero la única manera objetiva de valorar el conocimiento de una persona es a través de un examen y eso no se hace.

“El concepto de la indicación de una cirugía oncológica es básico y fundamental. Una mala indicación de una cirugía nunca tiene buen resultado”

–Si el punto de partida es este, la productividad científica dejará mucho que desear.

–Bueno, claro, y además ¿cómo evalúas los conocimientos de una persona si no la examinas?

–¿Y cómo ve la comunidad médica española en cuanto a su productividad científica? Si se desconsidera hasta tal punto la investigación de partida...

–En España y otros países europeos (salvo Reino Unido y Holanda, que son los más parecidos a Estados Unidos en cuanto a formación), es que los cirujanos “antiguos” solo operaban, no investigaban. El concepto de lo que es un cirujano ha cambiado, porque ahora un cirujano que se dedica al cáncer tiene que tener una formación adicional. Operar el cáncer no tiene nada que ver con operar la patología benigna, porque los cirujanos eran los que operaban y ahora mismo los cirujanos no son simplemente los que operan, en los tratamientos los cirujanos tiene que saber cuándo hay que operar y cuándo no hay que operar porque es mejor dar tratamiento neoadyuvante. Antes era excepcional que algún cirujano investigase. Ahora, los ensayos clínicos están a la orden del día. Los cirujanos oncológicos hemos ido por detrás de los oncólogos médicos: los ensayos clínicos siempre los hacían los oncólogos médicos porque eran quienes tenían los tratamientos. Pero es que nosotros tenemos muchos temas para hacer ensayos clínicos y tenemos que acostumbrarnos a estudiar una técnica quirúrgica comparada con otra en ensayos randomizados. Todo esto está evolucionando ahora. El concepto de la indicación de una cirugía oncológica es básico y fundamental. Una mala indicación de una cirugía nunca tiene buen resultado.

–¿...Puede ser fatal?

–No tanto, pero revierte negativamente en la evolución del paciente. Ese es el concepto que ha cambiado. Tenemos que determinar cuál es el mejor tratamiento para el paciente oncológico y muchas veces las decisiones son complicadas porque son pacientes a quienes necesitamos dar la mayor supervivencia posible y además una buena calidad de vida, y esto además en el cáncer de mama se hace todavía más patente.



En compañía de los doctores A. Giuliano y B. Ortegón en el I Congreso de la Asociación Española de Cirujanos de la Mama (AECIMA), en 2012.

El problema es que individualmente (y solo en determinados hospitales y servicios) hemos ido evolucionando, pero nos falta evolucionar como colectivo. La gente se busca la vida, se forma fuera de España en cirugía oncológica, pero como colectivo no avanzamos porque no avanzamos en establecer una serie de subespecializaciones acreditadas por los organismos oficiales que en oncología quirúrgica son necesarias desde el punto de vista colectivo. Esto es algo que nos tendríamos que empezar a plantear seriamente en España.

–Su unidad es un ejemplo, en sentido positivo, de lo que estamos hablando: la investigación es connatural al trabajo del servicio.

–Exactamente, tanto básica y como clínica. Ahora hemos diseñado tres protocolos que han pasado la comisión ética y son de técnicas quirúrgicas; creo que eso es fundamental, porque el ser cirujano y operar bien no está reñido con publicar. Cuanto más sabes, más tienes que formarte en los dos aspectos: en el asistencial –operar a tus pacientes, indicar las cirugías y tratar el manejo de los pacientes– y en el científico. Eso es parte fundamental del progreso. Como decía Churchill, “para mejorar hay que cambiar; para ser perfecto hay que cambiar muchas veces”. Tienes que ir evolucionando y tienes que saber lo que hacen en otros sitios, organizar tus propios estudios, y es la manera de que le puedas dar a tus pacientes la máxima calidad.

–Desde esta perspectiva suya, como editora y autora de trabajos científicos, trabajando en un centro puntero, y de manera muy sencilla para gente no entendida, ¿cuáles son los campos más prometedores en cáncer de mama en los próximos años?

–La batalla que tenemos abierta, sobre todo en el cáncer de mama por ser el más frecuente en las mujeres y por tener varios componentes (el propio del cáncer, pero también estéticos, emocionales) es poder determinar las vías que hacen que el cáncer se desarrolle y poder atacar esas vías eficazmente e individualmente. Además mejorar en los aspectos preventivos, en los cánceres de mama hereditarios. Mejorar las técnicas quirúrgicas para que consigan los mejores

resultados oncológicos sin tantos efectos secundarios. Hemos descubierto en los últimos años que el cáncer de mama es un grupo heterogéneo de enfermedades y cada paciente tiene su propio cáncer de mama que es diferente al del resto.

–Hay una gran demanda.

–Exactamente. El primer punto es que, de hecho, en los últimos años la Carrera de la Mujer que se organiza para obtener fondos para la lucha contra el cáncer de mama, tiene cada vez más participantes. La gente se implica y se interesa por los nuevos tratamientos. Las mujeres quieren saber si hay algo más disponible cuando le diagnostican un cáncer de mama. Digamos que el apoyo de las pacientes y su entorno para que las cosas mejoren es fundamental. Este aspecto no lo tienen tanto otros cánceres: este deseo de las mujeres en que se progrese en encontrar una cura al cáncer de mama.

El segundo punto es que hay que entender que esto lleva tiempo: el cáncer es una enfermedad compleja porque hay muchas vías por las que las células tumorales crecen y cuando uno intenta actuar sobre una vía, de repente aparece otra. Es un problema complicado de entender. El avance está en que verdaderamente estamos llegando a lo que llamamos la medicina personalizada. En los últimos 10 o 15 años se ha visto que hay diferentes tipos de cáncer de mama y que hay determinados tratamientos específicos.

–¿Se refiere a los perfiles génicos?

–No, me refiero al estudio inmunohistoquímico del tumor o lo que llamamos los subtipos moleculares del cáncer de mama, que lo han dividido en unas categorías, con unos diferentes pronósticos. Además, sobre cada diferente tipo de tumor hay diferentes tratamientos. Todavía hay ciertos tipos, como los triples negativos, que son muy agresivos, sobre los que no tenemos aún una terapia-diana, que es la que actuaría específicamente contra ese tipo de tumor. Y este es un avance necesario, algo en lo que tenemos que mejorar, aunque otro aspecto importante, como dices, será los perfiles génicos del tumor. Es decir, poder ya determinar a partir de ellos si un tumor tiene alto o bajo riesgo de metástasis y

“En cáncer de mama tan nocivo es sobretratar como infratrar”



(Arriba) En la Carrera de la Mujer para la lucha contra el cáncer de mama. Barcelona, 2013. (Abajo) Charla en el Día del Cáncer de Mama.

saber su comportamiento. Esto está ayudando a que seleccionemos mejor las pacientes a los que darles la terapia sistémica, la quimioterápica y no dársela a aquellas pacientes que no les beneficiará.

–¿Y estos perfiles también tienen influencia en el tipo de cirugía?

–Todavía no. No hemos llegado al punto en que los perfiles genéticos y los subtipos moleculares haga que nosotros cambiemos el tipo de cirugía, pero bien es verdad que en cirugía con los tratamientos neoadyuvantes hemos conseguido cambiar las cirugías para que sean cada vez más conservadoras.

–...Porque entiendo que ese es otro aspecto también de la exigencia que comentábamos antes: que la cirugía sea menos dramática.

–Claro, y que tenga menos efectos sobre la calidad de vida. Las supervivencia en cáncer de mama cada vez es más alta y las pacientes cada vez viven más años. Los tratamientos hay que darlos poniendo en una balanza el beneficio y el riesgo. Es necesario pensar en su calidad de vida. En cáncer de mama tan nocivo es sobretratar como infratrar.

Creo que estos son los avances que hay de cara al futuro. En la cirugía hemos avanzado a pasos de gigante. Ahora mismo un cirujano general que no se dedique a la mama no le podría ofrecer a una paciente el tipo de cirugía que le puede ofrecer por los cirujanos oncológicos de la mama.

–Estamos hablando de una patología femenina y en los últimos años asistimos a una incorporación mayoritaria de las mujeres a la medicina, además con mejores notas de acceso. Cuando usted comenzó en la cirugía ¿todavía era una excepción?

–No tanto, cuando yo era residente en mi servicio, había cuatro residentes varones y cuatro mujeres.

–Era muy paritario.

–(Ríe) Sí, al cincuenta por ciento, pero sí que es verdad que empezaban a

“Las mujeres con cáncer de mama son valientes, son muy valientes, muy agradecidas y no hay más satisfacción para mí que cuando puedo ofrecerle a una paciente tipos de cirugía o ensayos que le podrían ofrecer en Estados Unidos, por ejemplo, o en los mejores sitios del mundo”

incorporarse más cirujanas, pero aún con todo... sí, en los congresos se veía una mayoría de hombres.

–Es una cuestión generacional, claro. Para terminar, para cualquier futuro médico, ¿cuáles son las ventajas profesionales de orientarse hacia el terreno de la cirugía especializada, aunque sea solo de facto, en cáncer?

–Yo creo que a la gente que ahora está especializándose en cirugía general, a los que rotan por nuestra unidad, a todos les digo que a día de hoy, en el siglo XXI, uno tiene que decidir si quiere hacer cirugía oncológica o general, porque son dos campos totalmente diferentes. Siempre he dicho y lo mantengo que todos los residentes una vez que terminan la especialidad deberían tener una formación fuera de España. En la especialidad que decidieran o al menos, si no es una formación adicional, una rotación en otros hospitales para ver otra manera de hacer la medicina, porque eso le cambia a una la perspectiva. Yo no creo que ahora estuviese haciendo lo que hago si no hubiera ido a Estados Unidos y soy consciente de que todo lo que aprendí de cáncer de mama lo aprendí allí: el manejo de los pacientes y la manera de trabajar es diferente. Uno, si quiere volver a su ciudad, adonde quiera... estupendo, pero no creo que sea una buena idea que una vez que uno haga la residencia se quede en el hospital y no tenga una formación adicional. Hablo de la cirugía oncológica.

A mí me resulta gratificante trabajar en el cáncer de mama. A día de hoy estoy muy satisfecha con la elección que hice. Creo que es una parte de la medicina que bonita, que tiene mucha interrelación con los especialistas, que nunca acabas de aprender porque todos los días hay temas nuevos y estás en continua evolución. Las mujeres con cáncer de mama son valientes, son muy valientes, muy agradecidas y no hay más satisfacción para mí que cuando puedo ofrecerle a una paciente tipos de cirugía o ensayos que le podrían ofrecer en Estados Unidos, por ejemplo, o en los mejores sitios del mundo. Que te puedas levantar todas las mañanas pensando en nuevas formas de mejorar tu trabajo e intentar conseguir que lo que le puedes ofrecer a tus pacientes con cáncer de mama es lo que le podían ofrecer en cualquier centro puntero de cáncer del mundo es algo que espero no perder nunca.