

El Dr. Luis Cabañas (Madrid, 1949) es en la actualidad Jefe de Servicio de Cirugía General en el hospital MD Anderson de Madrid.

Cirujano del Hospital Ramón y Cajal desde 1977 (en 1986 ascendió a jefe de sección de Cirugía General y Aparato Digestivo de ese centro), ha sido profesor y tutor en centros docentes como la Universidad Autónoma de Madrid y la de Alcalá de Henares.

Presidió SEOQ desde 2009 hasta 2013.

PERFILES DE ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA

Dr. Luis Cabañas



“Los pacientes son los mejores maestros que hay. ¿Por qué? Porque la mayor parte de los pacientes y sus enfermedades te ponen en tu sitio”

“Creo que quien es docente o a quien le gusta la docencia tiene un compromiso abierto con el discente”

[Comienza la conversación hablando informalmente sobre los orígenes de SEOQ]

—Eso fue en el 1970, y ahí es donde se crea una sociedad que se llamaba SEO, que es la Sociedad Española de Oncología, en la que se inscribían todas las especialidades. Luego, se fue desgranando y se fueron creando las sociedades específicas. La primera que se creó fue la nuestra, en el año 81 me parece que fue, que se llamaba SECO; luego se creó SEOM, que era la de Oncología médica, y luego SEOR, que era la de radioterapia. Después surgió ASEICA, la de investigación, y luego SEOP, la pediátrica. La primera específica es la nuestra, aunque estaba dirigida por una serie de ‘románticos’.

—¿En qué sentido lo dice?

—En el de que ellos habían sido formados en Estados Unidos, donde existía la cirugía oncológica como tal como especialidad al igual que existía la cirugía de cabeza y cuello, son cirugías que en España no existen y que encima se intentaba aquí no había manera.

—De hecho, usted ha sido tutor durante muchos años.

—Sí, muchos. Puedo haber estado unos 16 años. Además, muchos me han invitado a cursos de doctorado, me gusta la docencia.

Creo que quien es docente o a quien le gusta la docencia tiene un compromiso abierto con el discente, ¿no? Lo primero que hay que ser en la vida es honrado. Si un señor viene a que tú le enseñes algo, lo primero es que se le has de enseñar, incluso con los últimos avances e incluso con las últimas críticas. Lo segundo nunca interpretar como una posible lección magistral. No, aquí no hay lecciones magistrales. Cualquier opinión está sujeta a posibles interpretaciones e incluso a posibles contestaciones. Eso de que “es mi opinión y no tiene interpretación”, no, de eso nada.

—Porque hablamos de ciencia, no de dogma.

—Claro, por eso le digo: la famosa clase magistral, eso, fuera, mira. Hay una

palabra que para mí es una palabra que tiene un valor tremendo: la de “maestro”. Por eso me gusta tanto, la palabra “maestro” tiene un contenido tremendo.

—¿Quiénes fueron los suyos? ¿Su aprecio a la docencia viene de que usted tuvo la fortuna de contar con una fuente de inspiración o no? ¿Fue un alumno crítico?

—Muy crítico. Tuve muchas clases magistrales, escuchadas. Yo con tercero de carrera, de interno, cuando comencé cuarto en la cátedra de don José Casas, en patología general, ahí me entusiasmó la medicina de tal manera, que yo deje ahí la clase.

—¿Y eso?

—Iba a las prácticas porque eran obligatorias. En la cátedra de don José Casas [en el Clínico] tenía mis enfermos a mí cargo y pasaba a verlos, explorarlos... Cada interno tenía la obligación de hacer las glucosurias para diabéticos (entonces no se hacía con las tiras reactivas). Además, la cátedra tenía su propio laboratorio, era el encargado de estudiar los esputos y la orina a la hora de descartar bacilo de Koch. En casa en algún sitio guardo mis preparaciones histológicas de mis primeros diagnósticos. Don José Casas fue un gran docente, tenía unas sesiones a las que iba incluso medio Madrid, algunas incluso en sábado, e iba medio Madrid. Pero llega el año 72 y hay una huelga en toda la universidad por los *numerus clausus*. Hubo un movimiento tal, que cuando llegamos al mes de junio no había clases, no había exámenes, todo para septiembre. Pero en septiembre tampoco hubo convocatoria. Año lectivo perdido.

—¿Entero?

—Entero. Entonces nos dieron la oportunidad de que al año siguiente pudiéramos hacer juntos quinto y sexto de medicina. Era terrible porque quinto en Madrid, en la Complutense, era el más difícil, hablado por todos, el más difícil tras primero. Pero yo conseguí entre febrero, junio y septiembre hacer quinto y sexto entero. Es decir, recuperé el año, pero acabé en septiembre, entonces ya no me pude presentar a la convocatoria del rotatorio del Clínico y tuve que

“[La medicina] me gustó desde pequeño, a edad muy temprana leía novelas sobre medicina. Pero ser médico era una utopía, yo no sabía de la medicina nada, yo lo único que conocía era el médico de cabecera que venía a mi casa”

presentarme a la de la Seguridad Social. Me presenté a esa, me tocó el 12 de Octubre recién abierto. Pero fui allí y fue para mí la gran decepción.

—¿Por qué fue una decepción?

—Yo iba con la intención de hacer medicina interna, que era lo que me gustaba, pero el concepto de la Seguridad Social era completamente distinto.

—Un inciso, ¿lo de estudiar medicina fue por una influencia familiar o desde siempre le gustó?

—Ninguna. Me gustó desde pequeño, a edad muy temprana leía novelas sobre medicina y me gustó mucho. Pero ser médico era una utopía, yo no sabía de la medicina nada, yo lo único que conocía era el médico de cabecera que venía a mi casa, que cobraba por pinchar a la gente.

[Seguimos hablando sobre el 12 de Octubre]

—Bueno, en el Clínico, en una sala tenía ocho enfermos, cuatro en cada lado en una habitación común y donde podías tener allí diabético, un ascítico, podrías tener una tuberculosis pulmonar, un linfoma, un hipertiroidismo, o sea, una patología enormemente variada. Estabas haciendo medicina continuamente. Cuando llegué al 12 de Octubre quería hacer medicina interna y me di cuenta de que allí eso cambiaba completamente, medicina interna era un cementerio de elefantes. Había Digestivo, Cardiología, Endocrino, lo de más allá... pues medicina interna era lo que no quería nadie: el crónico que ingresa cada dos por tres —que no lo quiere nadie—, el diabético descompensado... En cardiología: el que entra y sale de fibrilación auricular... Medicina interna era el desecho de tintera y me dije: eso no es lo mío.

—¿Qué surge para orientarse hacia la cirugía?

—Mira por dónde me cambió la vida en marzo del 74, me incorporo al 12 de Octubre, como médico interno residente (porque antes hacíamos un año de internos y luego pasábamos a la residencia) y a mí me tocó el servicio de Medicina Interna, el de Amador Schüller, con buenos médicos, aunque a mí no

me gustaba el ambiente. Yo me decía: “esto es el final, no tengo nada que hacer”, pero surge algo que hacer en ese momento. Resulta que tenía pendientes de hacer las prácticas de milicias universitarias. Había estado en La Granja dos veranos y había salido con el grado de alférez de sanidad. Me dirigí al jefe de Estudios del 12 de Octubre y le dije: “mire usted, tengo que hacer dos meses de prácticas”. “No importa”, me dijo. “Le estoy diciendo que durante dos meses voy a estar en el Gómez Ulla, el hospital militar” (porque a mí me seguía gustando la medicina hospitalaria, no quería estar en ningún destacamento, ningún cuartel, que ibas a la buena vida, quería el Gómez Ulla). “Sí, sí, no hay problema —me contestó—, tú vas a faltar ¿cuánto?, ¿dos meses?, ¿60 días?, ¡pues eso lo tienes que recuperar en guardias!”

—Qué barbaridad, dos meses de guardias.

—Quiere decirse que en ese año me hice noventa y tantas guardias, yo salía de mi casa, aún estaba soltero, me iba al Gómez Ulla, cuando salía por allí por la tarde me iba al 12 de Octubre hasta la mañana siguiente. Pasaba por mi casa a por las mudas nada más (ríe). Y así estuve un año. Pero en esas guardias tuve un contacto con la urgencia tremendo y entre los contactos que tuve, con los servicios de urgencia quirúrgicos y los cirujanos de guardia, hice muy buenas migas, de tal manera que, como yo era “el chico para todo”, me llamaban a quirófano, me llamaban con ellos e incluso al final hice alguna intervención, ayudado. Ahí, dos cosas: me había decepcionado la estructura de la medicina interna en la Seguridad Social y yo, si hubiera tenido que hacer otra especialidad, habría sido la de digestivo y cardiología, de modo que dije “urgencia de digestivo con cirugía. Se me hace la luz, me voy a hacer cirujano”. Fue cuando al acabar tuve la opción de cirugía y aunque entré en competencia con un familiar de un jefe de servicio.

—Mal asunto.

—Mal asunto. Me tuve que ir del hospital, a La Paz y empecé mi residencia. Fui allí y también con mi mala suerte: porque le quité la plaza al sobrino del jefe, por méritos, ¡de otra manera no se la quitas! Aquel año habían funcionado muy bien

los comités de los hospitales y había objetividad y seriedad en la adjudicación de las plazas.

—¿La plaza era de...?

—...De mero residente. Acabé allí mi residencia, muy mal con el jefe, por supuesto, porque lógicamente mis tres años de estancia le recordaban lo que había pasado con su sobrino, pero yo ya me había endurecido. El caso es que llegué a operar siete apendicitis agudas sin deslavarme. “Oye, ¿Cómo vas? — Estoy cerrando, voy durmiéndolo”. Te sales de allí y te vas al otro. La Paz tenía un volumen de urgencias... te volvías loco. Y entonces ahí volvió otra vez a sonar la campana, por eso le digo que nunca se sabe... Estaba dándole vueltas al hecho de que estaba terminando mi residencia y tenía que pensar en conseguir una plaza de adjunto. En ese momento abría el Ramón y Cajal. Sabía que podía tener plaza, porque había dos adjuntos que se iban, e iba a haber vacantes. No por amor del jefe de servicio, pero seguramente sí por méritos, iba a conseguir alguna plaza de adjunto. Uno acababa su residencia y te ibas por todas las ciudades haciendo una “tournee” para ver dónde podías conseguir plaza. Y me presenté a la del Ramón y Cajal, entre otras cosas porque mi jefe me había dicho que él se iba a presentar a jefe de servicio del Ramón y Cajal, pero había dicho que pidiéramos una plaza igual o superior a la suya, aunque él anunció que no la pedía dos meses antes. La mayor parte del servicio renunció a la convocatoria, pero yo me quedé. Fui a la prueba práctica. Íbamos a coger experiencia: uno sabía que las plazas tenían dueño. Me pareció muy sencilla la prueba: la primera era un cáncer de mama y la segunda una vesícula llena de cálculos y con un cáncer. Yo las desarrollé. Estuvimos esperando a que dieran las puntuaciones y me habían dado la plaza.

—Hablamos del año 77.

—Sí, me faltó gasolina en la cabeza para coger las escaleras a toda velocidad hasta donde estaba el despacho del jefe de servicio y despedirme de él en ese momento. “Yo tenía para usted un futuro pensado...”, me dijo. “Habérmelo dicho, yo me voy el mes que viene” (risas). Y ahí empezó la andadura en el Ramón y Cajal, y es donde empiezo a tener contactos con Alfredo Die Goyanes, porque yo

“El Dr. Alfredo Die Goyanes y el Dr. Luis Tuca Barceló fueron los dos ‘padres’ de la gran oncología quirúrgica en España. Estos dos grandes cirujanos eran además amigos”

además entro en una plaza de su servicio.

—El Dr. Die Goyanes era el jefe de servicio de Cirugía General en ese momento.

—Sí. Había dos jefes de servicio. También estaba el Dr. Fresneda, de Digestivo, aunque con un jefe de departamento, el Dr. Núñez Puertas. Aunque le digo que esta división era hipotética porque hacíamos indistintamente las cirugías de ambos tipos. Y ahí empecé mi contacto serio con la cirugía oncológica. Alfredo Die Goyanes era hijo de cirujano, que había sido uno de los pioneros de esa cirugía en nuestro país: había trabajado en la Clínica de la Concepción y luego en el Instituto Oncológico, que era un edificio anexo al Hospital Clínico de Madrid, que por problemas políticos desapareció.

—¿Qué impresión le causó el campo de la oncología quirúrgica?

—Me pareció totalmente desconocido en un primer momento. Estamos hablando de la cirugía oncológica al más alto nivel. Había dos cirujanos oncológicos de ese tipo, era gente que se metía a quitarte el hueso temporal, a hacer una hemipelvectomía, que hacían cirugías de recidivas... Se metían con pacientes que estaban desestimados. Lógicamente, en muchas ocasiones operaban no con el planteamiento de una curación de la enfermedad, sino con el de una buena paliación con supervivencia. Y estos dos grandes cirujanos eran además amigos: el mencionado Alfredo Die Goyanes y el Dr. Luis Tuca Barceló, que trabajaba en el Hospital de San Pablo de Barcelona. Fueron los dos ‘padres’, por llamarlos así, de la gran oncología quirúrgica en España. Alfredo Die Goyanes se formó, tras terminar en España, en el Memorial de Nueva York y vino con una gran preparación en cirugía de cabeza y cuello y demás.

Bueno, eso fue, estar allí, mucha era cirugía ‘de todos los días’ (vesícula, vejiga, úlcera gastroduodenal, que prácticamente ha desaparecido), pero también la tumoral, de las grandes recidivas tumorales. Yo, con Alfredo Die Goyanes he llegado a hacer con él las dos únicas hemicorporectomías que se han hecho en este país. Una manera mucho más fina de decir amputación traslumbar: es decir, amputar la pelvis y las extremidades inferiores.

“De muchos pacientes me acordaré toda la vida”

—Con el prestigio de ese servicio, recibirían ustedes pacientes de toda España...

—De toda España. Die Goyanes era un preboste, y muy buena persona además: no se vanagloriaba de nada, era “conocido por”, y al ser “conocido por”, le remitían los enfermos de otros colegas tuyos.

—¿Recuerda algún caso que le impactara especialmente en esa época?

—Muchísimos.

—¿Uno se acuerda de los pacientes?

—De muchos me acordaré toda la vida. Por ejemplo de los casos de hemicorporectomías. Una chica joven, con espina bífida, con una cantidad de úlceras en la zona presacra que habían evolucionado a carcinomas epidermoides. Y el otro era un señor con sesenta años, con un sarcoma pélvico, que no podía dormir por el dolor, que no había manera de paliar. Esos enfermos luego murieron de sus tumores aunque, es curioso, cuando se les operó no tenían metástasis a distancia.

—Cuando entrevisto a personas de trayectoria tan larga, siempre me pregunto si ustedes habrán pensado de manera retroactiva: “si este caso lo hubiera recibido hoy, habría podido hacer esto otro.”

—Sí, desde luego. Y también planteo: de lo que estamos haciendo ahora, ¿qué pasará dentro de cincuenta años? Además, hay incluso aforismos o refranes que caen en desuso. Había una frase: “grandes cirujanos, grandes incisiones”.

—Ahora es justo al revés.

—¡Claro, con la cirugía laparoscópica! Por pequeños orificios como se pueden hacer hoy día.

—Me comentaba que otros casos también le impactaron.

—Sí. También me chocó la extirpación de un hueso temporal en una época en la que no había sierras inteligentes, se hacía con escoplo y martillo.

“Hay una parte de tu vida como profesional en la que lo primero es curar, si no puedes, no dañes, y cuando no hay ninguna otra posibilidad, palía o ayuda a bien morir”

—A ese respecto, el aumento de la técnica, aunque obviamente sea positivo, ¿no ha supuesto de alguna manera que a los cirujanos se les exija algo menos de pericia?

—No, lo que le interesa a cualquier persona, sea cirujano o no, es tener éxitos en su campo, llegamos a una situación en la que había montones de pacientes que estaban desechados. Ahí nace la cirugía oncológica, a veces de higiene, porque hay pacientes con grandes tumores ulcerados, necrosados, que ni su propia familia puede vivir con ellos... y gracias a esto están vivos. No voy a hacer comentarios sobre la eutanasia, yo no estoy de acuerdo con ella, pero ahí está. Son enfermos rechazados por su propia familia.

—Son como apestados.

—Y nunca mejor dicho. Por el olor. Es ser putrefacto en una situación en la que tú no has fallecido.

—Es atroz.

—Lógicamente eso no le gusta a nadie, como ocurría con los leprosos, aunque no haya riesgo. Operar eso, para muchos, no daba ningún tipo de satisfacción.

—¿No ‘luce’, por decirlo así?

—Eso es. Hay una parte de tu vida como profesional en la que lo primero es curar, si no puedes, no dañes, y cuando no hay ninguna otra posibilidad, palía o ayuda a bien morir. Pero nosotros hemos pasado de los últimos pacientes que han llegado a recibir hasta 40 o 45 ampollas de morfina diarias, desestimados. Y no, lo hemos operado. En 2002 aquí (en MD Anderson) recibimos a una persona con metástasis por todos lados, de un melanoma, los oncólogos médicos lo habían intentado por todos lados, sin éxito. Llegó a mí, y les ofrecimos una amputación para quitarle el brazo entero y el hombro, la clavícula y parte lateral del tórax. Con eso se puede vivir. Yo no podía curarle al paciente, que tenía metástasis pulmonares, pero si este paciente tiene dos meses o tres meses de esperanza de vida, ¿podemos hacer que sean más llevaderos? Imagínese lo que

“La experiencia es que cuando hayas eliminado todas las posibilidades de ver si un paciente no tiene razón, entonces etiquétalo, pero no antes. ¿Por qué? Porque la mayor parte de las veces, los pacientes tienen razón”

es: lleno de metástasis, doliendo, oliendo y sangrando. Me acordaré siempre de él: era un inglés casado con una española. Vivía en Cádiz y tenía un niño y una niña pequeños, que no pasaban a la habitación a verlo. Me dirigí a él y le dije: “esta es la única posibilidad que tenemos porque ha fallado todo y yo no puedo curarte de esto. La medicina no te puede curar, pero puedo intentar es una paliación, no sé por cuánto tiempo te queda de vida, pero que ese tiempo de vida te sea útil y sea por lo menos satisfactorio”. Y el hombre me dijo: “adelante, operamos”. Se le hizo una interescapulotorácica y el enfermo en dos semanas y media se marchó por su propio pie a su casa. El hombre más feliz del mundo. Me decía: “mire doctor, usted sabe que aunque solo tenga un brazo es útil y además puedo estar con mis hijos y que me voy a mi casa”. El hombre apareció muerto dos meses y medio después en su cama, pero habían sido el mejor tiempo de su vida.

—¿Qué ha aprendido de sus pacientes? Porque aquí hay una lección.

—Todo. Los pacientes son los mejores maestros que hay. ¿Por qué? Porque la mayor parte de los pacientes y sus enfermedades te ponen en tu sitio. Tú llevas una trayectoria muchas veces te lleva a ensalzar el ego, eres el rey del mundo y de vez en cuando un paciente te pone en tu sitio: “hasta ahí”. El paciente enseña un montón. Sobre todo en la oncología y en las complicaciones conocidas hay mucho paciente pusilánime que no acepta la enfermedad, e incluso teniendo grandes posibilidades de curarlo es muy dependiente. Y muchas veces infravaloras lo que te cuenta —me está vendiendo la burra— pues al final la experiencia es que cuando hayas eliminado todas las posibilidades de ver si un paciente no tiene razón, entonces etiquétalo, pero no antes. ¿Por qué? Porque la mayor parte de las veces, los pacientes tienen razón.

—¿Porque los pacientes se conocen bien a sí mismos?

—No, porque tienen razón. “Mire usted, he hecho esto y no encuentro nada”. “Pues mire usted doctor, yo tengo esto...” Tú estás preparado gracias a la tecnología, los equipos de imagen..., pero hay una parte que es totalmente desconocida, que es donde entran muchas enfermedades y problemas de las que

no sabemos qué pasa. Poco a poco vamos descubriendo cosas...

—Desde que comenzó, supongo, habrá asistido a innovaciones técnicas —como la mencionada la cirugía de precisión—. ¿Cuál ha sido el avance que le ha supuesto una mayor mejora en su trabajo?

—La principal satisfacción no ha sido técnica, sino la educación de la población, la concienciación. La tecnología existe, pero hay que utilizarla. Todavía existe una sensación con el cáncer de que es una enfermedad de apestado. Solo hay que leer en la prensa: “fulanito de tal ha muerto después de una larga enfermedad”. Eso es tremendo. Dígalo así: “después de padecer un cáncer de páncreas que no consiguió superar”. No pasa nada, si no es culpable, si no lo ha cogido por coger dinero público... Por eso digo que una de las cosas que más me convence es poder llegar a la población, que la población sea consciente. Antes era “el que nadie se entere”.

—Este cambio en la percepción está muy relacionado con el aumento de esperanza de vida tras el diagnóstico.

—Sí, porque hemos empezado a escuchar y luego a creer. No hay que remontarse diez años atrás, para encontrarnos el caso de a una mujer con una mastectomía cuya familia no lo sabía, incluso los más allegados: hermanos y madre. La paciente lo disfrazaba un poco con una pseudomentira, para que no sufran. Yo digo no: sufrirán si te van más las cosas, si no, no. Ay, ese ocultamiento, como si la enfermedad fuera un castigo divino... La gente ha ido aceptando hablar del cáncer y ha empezado a aprender que hay muy diferentes cánceres, los diagnósticos precoces, en qué zonas y edades son más frecuentes... Eso ha ayudado a hacer diagnósticos precoces en muchas patologías. Al diagnóstico precoz, que se hace con el desarrollo tecnológico (imagen, molecular...), se añade la precocidad en el diagnóstico. Esa es una promesa de éxito en la enfermedad.

—Hace poco, en el Congreso Nacional de Cirujanos, oíamos en la mesa patrocinada por SEOQ la siguiente afirmación: “a los cirujanos más nos vale que “el primer tiro” sea muy certero”. ¿Hay muchos cánceres cuyo pronóstico va a

depender de esa primera cirugía?

—Sí. Es lamentable en el cáncer de mama la cantidad de errores que se pueden cometer, por ejemplo. El 25% de los cánceres de mama que operamos aquí son para rehacer tratamientos incompletos o incorrectos. Eso no puede ser.

—¿Eso depende de impericia, de...?

—Lo primero de impericia, lo segundo, de que no hay nadie que pueda criticar. Él hace y rehace en su clínica y su criterio no está sometido a nada más. En los sitios serios se trabaja en unidades (de mama, pulmón, digestivo alto, digestivo bajo). Todos los pacientes se ponen en común, se hace una estadificación correcta de la enfermedad y según protocolo se proponen tratamientos: que puede ser quirúrgico, quimioterápico, radioterápico o una combinación, y en qué secuencia se va a hacer. Pues a pesar de eso, todavía hoy, hay muchos errores.

—Cuántas cosas no dependen ni de más dinero, ni de avances tecnológicos... sino solo de mejorar y aprovechar lo que ya tenemos, ¿no?

—El cáncer es controlable en muchos casos, pero no juegues con él: llamo jugar a terapéuticas incompletas, no correctas. La única parte del viaje en el que el cáncer ha ido por delante de ti ha sido antes del diagnóstico. El cáncer ya estaba. Pues que sea la única etapa del viaje que el cáncer va por delante de ti. El resto del viaje, tienes que ir tú delante. Eso supone lo que yo le he contado a los pacientes para animarles: “mira, tú tienes diagnosticado un cáncer, y es una guerra, no te voy a ocultar nada. En ella, vas a tener que pasar por diferentes batallas: alguna la vas a perder y otra la vas a ganar, pero que no te importe. Hay que ganar la guerra. La guerra es curarte el cáncer, no te importe dejarte por medio un tercio de la compañía... pues la manera de ganar la guerra es que la del diagnóstico sea la única etapa del viaje que vaya por delante.” Porque si el cáncer va por delante va a poder con el paciente y contigo, como profesional.

—En su opinión ¿cuál es el aprendizaje especial para un cirujano que quiere dedicarse a la oncología quirúrgica? ¿Hay unas características especiales, técnicas o humanas?

“¿Qué es ‘inoperable’? Casi todo es operable, pero otra cosa es que sea compatible con la vida, que merezca la pena. Lo que tiene un cirujano encima de la mesa no es una pieza de carne, es un ser humano, y lo único que tiene que moverte como cirujano es cómo puedes solucionar o mejorar el problema de este ser humano”

—No hay nada específico. Lo que tienes que ser es ser un buen médico, nada más. No tienes que ser especial. Has elegido una profesión que a lo mejor o te han engañado o te has engañado a ti mismo (ríe), pero siempre estás a tiempo de corregir. Si sigues en tu profesión tienes que llevar en su mochila una serie de cosas guardadas para siempre: sobre todo el sacrificio. Muchas veces el ejercicio de la medicina te va a quitar el sueño. Lo segundo es el estudio y el aprendizaje sin límite de horas y sin límite de edad. Yo preguntaría: “¿estás dispuesto a eso o no? ¿sí? ¡adelante!”. Da igual cardiólogo que oncólogo.

El cirujano, eso sí, siempre tiene una cosa. Como dice una íntima amiga mía, internista: “Luis, los únicos que curáis sois los cirujanos y a algún enfermo los de infecciosas. Los demás lo que hacemos es mantenerlos vivos. Yo no curo una cirrosis, ni una enfermedad pulmonar crónica, ni una diabetes. Yo lo único que hago es mantener a enfermos vivos.” La de médico es una vida difícil, pero es compatible con la vida familiar, perfectamente.

—¿Y el concepto de lo inoperable? Si pudiera escoger algo que ahora resulte ‘inoperable’ que desearías poder abordar, ¿qué aportaría más beneficio?

—Sí, pero ¿qué es ‘inoperable’? Casi todo es operable, pero otra cosa es que sea compatible con la vida, que merezca la pena. Lo que tiene un cirujano encima de la mesa no es una pieza de carne, es un ser humano, y lo único que tiene que moverte como cirujano es cómo puedes solucionar o mejorar el problema de este ser humano. Todo es operable, otra cosa es que merezca la pena o no. Tuve una anécdota que me dejó marcado y me había gustado discutirla con algún jurista. Tuvimos un paciente en el Ramón y Cajal con un cáncer de suelo de boca con más de 70, casado, a quien le explicamos antes de operarle que era un tumor avanzado con metástasis cervicales y que seguramente tendríamos que llevarnos media lengua, parte de la mandíbula, un vaciamiento de cuello... y diversas complicaciones que podía haber. El hombre lo agradeció tremendamente y al día siguiente, justo antes de la operación, con todo preparado, recibió a su mujer, estuvo con ella, salió a despedirla al ascensor y antes de que la mujer llegase al

piso de abajo se lanzó por la ventana y se mató. Antes el médico tenía la fama de que lo que hacía era una padrinazgo con el paciente, no se podía decir la verdad. Yo diría: “señor juez: yo le he explicado que usted tiene un cáncer de estómago con metástasis ganglionares. Yo le voy a proponer una gastrectomía total. Bien, esto tiene unas posibilidades de complicaciones postoperatorias considerables (entre un 20%-30%) y unas posibilidades de mortalidad del 10%. Y esto, si todo va bien. Si sale usted con vida, la esperanza de vida en 5 años es inferior a un 10%.” Con esto yo estoy cumpliendo mi obligación, hacer un consentimiento informado, porque si yo no le doy la información correctamente, el juez me va a 'empapelar' por no haberlo informado correctamente. ¿Y si este enfermo se ha pegado un tiro o se tira por la ventana, me acusará ese juez de inducción al suicidio?

Todo esto ha sido impuesto por los grandes bufetes americanos. Prefiero mucho más el tratamiento con el paciente abierto, llamándole por su nombre, confraternizar con él aunque manteniendo la distancia, sin ser 'amiguete' durante el tratamiento, aunque lo puede ser después: dentro de un año dos o tres, vamos por ahí de copas. Gran parte de mis amistades han sido pacientes previos.

—Para finalizar, me gustaría hablar con usted de su vida fuera de la medicina. Entiendo que por lo que usted nos ha dicho ha podido compatibilizar esto con la vida familiar.

—Sí, y de hecho tengo un hijo [Dr. Jacobo Cabañas] que es médico y otro que lo quiso ser pero terminó estudiando ingeniería de minas. Como decía, es una vida muy sacrificada. Admiro a las madres de familia de médicos de hospital.

—Y de no ser médico, ¿qué habría sido?

—Habría sido probablemente músico. Me gusta prácticamente toda la música, menos la disco, porque creo que no es música. Hay que distinguir la música del ruido. He sido un gran amante y coleccionista, sobre todo de música 'new age', aunque era muy difícil conseguir discos. Me ha gustado mucho ese género

porque es una música hecha en gran parte por gente que ha estudiado composición. También me interesa de piano y la música de cello. Me gustaba mucho, y qué lástima que muriese tan joven, Jacqueline du Pré , la mujer de Daniel Barenboim. Es un instrumento que llora, que reza, que se eleva. El piano también, pero no le falta una nota, lo tiene todo.

—Y cuál es su vínculo con la medicina hoy.

—Estoy discutiendo todavía un trabajo que aún no está en prensa, está 'on line', y sigo porque me gusta. Más que te guste, es que sientes la necesidad de seguir activo. Y el único problema es que no puedes acaparar todo el conocimiento que a ti te gustaría. Ahora, por ejemplo, me interesa especialmente conocer más sobre las experiencias cercanas a la muerte desde el punto de vista neurocientífico.