



Gonzalo Varela Simó en la consulta de cirugía torácica del Complejo Hospitalario de Salamanca. :: ALMEIDA

## «La cirugía del cáncer que conocemos ahora no será necesaria en unos años»

**Gonzalo Varela Simó** Jefe de Cirugía Torácica del Clínico

Elegido recientemente, por unanimidad, presidente de la Sociedad Europea de Cirujanos Torácicos en Copenhague (Dinamarca)

:: SANDRA BAZ / WORD

**SALAMANCA.** Gonzalo Varela Simó se define ante todo como Médico y después como cirujano torácico. Posteriormente, le han sobrevenido los cargos por méritos profesionales, tesón, profesionalidad y por el ímpetu que le pone a todos sus cometidos: jefe del servicio de la unidad de cirugía torácica del Hospital Clínico de Salamanca, profesor en la Usal y, desde el 13 de junio, presidente de la Sociedad Europea de Cirujanos Torácicos, entre otros cargos.

—¿Qué es la Sociedad Europea de Cirujanos Torácicos?

—Es la sociedad científica más importante del mundo que reúne al mayor número de cirujanos torácicos.

—¿Es la sociedad con mayor prestigio?

—Sí, una muestra del prestigio de la sociedad es que este año han asistido a Copenhague 1.300 cirujanos torácicos de todo el mundo: de América del norte, del sur, de Asia, de África y por supuesto, de toda Europa.

—¿Cuál es el cometido de la sociedad?

—Divulgar las mejores evidencias científicas para aplicarlas al tratamiento quirúrgico de los pacientes con problemas torácicos. Tiene una base de datos con más de 70.000 intervenciones registradas que permiten construir modelos predictivos muy robustos. Lo que pretende es que todos los socios tengan acceso a las mejores investigaciones científicas para realizar los tratamientos. La Sociedad Europea de Cirujanos

Torácicos se ha situado por encima de las sociedades americanas en producción científica, desde mi punto de vista.

—¿Qué supone ser el presidente de dicha sociedad?

—Supone mucho miedo y la necesidad de estar a la altura de lo que se va a requerir. El cargo es por elección los miembros y entre las misiones que ha de asumir están las de presidir cualquier actividad de la sociedad, asistir a todas las reuniones de la junta directiva, proponer iniciativas, discutir tus iniciativas y las de los demás y, representar a la sociedad en todos los países del mundo donde lo requieran, como en el congreso americano de cirujanos torácicos, el japonés, el chino y por supuesto, el europeo. Lo que me gustaría como presidente latino es animar a los colegas latinoamericanos a que sean miembros de la sociedad porque así pueden comparar sus re-

sultados con los resultados globales europeos. Es decir, si yo opero a un paciente puedo medir periódicamente el tipo de complicaciones o la mortalidad y compararla con los datos de la sociedad, si estamos al nivel adecuado se puede solicitar la acreditación como Centro de Excelencia Clínica Europea que este Hospital la tiene junto al Hospital Clínico de Barcelona.

—Como jefe del servicio de cirugía torácica ¿puede explicar en qué consiste dicha cirugía?

—El 80% de la cirugía que hacemos es cáncer de pulmón, el 10% otros tumores torácicos y el resto, infecciones, politraumatismos, lesiones de la vía aérea... Pero, de cada 10 pacientes que operamos 9 son de cáncer de pulmón.

—¿Cuál es su línea de investigación personal?

—Mi línea de investigación personal es la predicción del riesgo quirúrgico. Me explico: si yo voy a operar a un paciente, es inaceptable que fallezca a consecuencia de la operación. Construimos modelos predictivos para intentar saber con antelación a qué pacientes no debemos operar, basándonos en un elevado riesgo quirúrgico. Nosotros llevamos operados a unos 9.000 pacientes, en Europa más de 70.000 y en EE.UU. más de 100.000 con todos los datos que nos aportan esas intervenciones intentamos ofrecer modelos predictivos muy robustos.

—¿Y como jefe de servicio lo pone en práctica en su unidad?

—Sí, una de las partes más interesante de mi trabajo como directivo es que periódicamente ofrezco un análisis de los resultados, de tal forma que podemos analizar cómo ha sido nuestro trabajo en los últimos meses, saber si determinada complicación ha aumentado con respecto a los seis meses previos y saber cómo estamos en cada complicación, en relación con el nivel europeo, de tal manera que detectamos fallos y proponemos objetivos para corregirlos.

—¿Eso es una evaluación continua?

—Sí, bueno, yo ante todo soy ciudadano español, llevo pagando a la seguridad social 38 años y exijo que mis médicos estén a la altura de lo que yo requiero. El Estado me tiene que garantizar una atención sanitaria de sanidad. Como ahora soy el director de una unidad clínica, mi obligación es que la atención sanitaria que damos tenga la máxima calidad posible.

—¿Qué avances ha habido en cirugía torácica los últimos años?

—Uno de los avances más espectaculares es la menor agresividad de las técnicas. Cuando yo era residente se hacían intervenciones muy agresivas, la herida podía llegar de la columna vertebral hasta el esternón. Ahora, la misma intervención se resuelve con una herida de 5 o 6 centímetros. La mortalidad también ha disminuido muchísimo, ha bajado del 5% o 6% a menos del 1% en estos últimos 30 años.

—¿Esa es la mayor diferencia entre la cirugía torácica actual y la de hace 30 años?

—Aparte de la menor agresividad, la mayor diferencia es que ahora la medicina es multidisciplinar. Antes, era heroica. Ante un gran tumor había que hacer todo lo posible por extirparlo, ahora es muy posible que

**«El 80% de las intervenciones de cirugía torácica son de cáncer de pulmón»**

**«Nuestra unidad y la del Clínic de Barcelona son las únicas con excelencia en cirugía torácica»**

nuestros colegas oncólogos con quimioterapia o radioterapia reduzcan el tamaño tumoral o incluso lleguen a hacerlo desaparecer sin cirugía. Para mí, esta ha sido la mayor revolución desde el año 2000.

—¿Y esos tumores pulmonares en qué grado están relacionados con el tabaco?

—El 80% están relacionados con el tabaco, aunque cada vez fuma menos gente.

—También es usted director de un equipo de investigación clínica ¿Cuál es el fin de su investigación?

—Básicamente hacemos estudios basándonos en los datos que manejamos. El problema que tenemos es que no es fácil conseguir financiación. La financiación está dirigida a estudios genéticos o de biología molecular en cáncer porque esa es la investigación del futuro. Probablemente, dentro de 20 años habrá que operar muy pocos casos. La cirugía terminará por no ser necesaria o utilizarse solo para hacer biopsias o eliminar restos de tumor. La cirugía del cáncer que concebimos ahora desaparecerá.

—¿Qué repercusiones puede tener la política de recortes a largo plazo?

—Yo no soy un experto en este tema pero creo que todos los recortes que se hagan en investigación son malos. Lo que hay que hacer es seleccionar proyectos de calidad, seleccionar los proyectos que tengan repercusión clínica sobre los pacientes. Cualquier limitación de dinero para formación, a mi modo de ver, es mala.

—¿Podríamos sufrir un retroceso en investigación?

—No, para nada. Lo que a mí me da mucha pena es que hay mucha gente enormemente valiosa en España que se están teniendo que marchar porque no consiguen becas. A pesar de eso, los investigadores a los que conozco multiplican sus horas de trabajo, sus energías y están publicando mucho. Por ejemplo, aquí el centro del cáncer está haciendo un trabajo increíble y tienen un gran factor de impacto. Pero, muchas personas brillantes y valiosas no pueden continuar su labor en el centro. Y eso, para en el futuro científico español nos va a pasar factura. Por desgracia, la situación de los investigadores es equiparable a la de los cirujanos que terminan su formación. Ahora, comienza a haber un número, increíblemente alto, de cirujanos torácicos en paro, muchos de ellos son magníficos profesionales a los que no podemos ofrecer nada una vez terminan su periodo de residencia.