

Henry Marsh

CONFESIONES

Traducción del inglés de
Patricia Antón de Vez



narrativa
salamandra

Título original: *Admissions*

Fotografía e ilustración de la cubierta: Tom Pilston / Jonathan Bush

Copyright © Henry Marsh, 2017

Copyright de la edición en castellano © Ediciones Salamandra, 2018

Publicaciones y Ediciones Salamandra, S.A.

Almogàvers, 56, 7º 2ª - 08018 Barcelona - Tel. 93 215 11 99

www.salamandra.info

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

ISBN: 978-84-9838-872-5

Depósito legal: B-22.482-2018

1ª edición, octubre de 2018

Printed in Spain

Impresión: Romanyà-Valls, Pl. Verdager, 1
Capellades, Barcelona

Para William, Sarah, Katharine e Iris

Ni el sol ni la muerte pueden mirarse fijamente.

FRANÇOIS DE LA ROCHEFOUCAULD

En lo que dependa de nosotros, hay que tener siempre las botas calzadas y estar dispuesto a partir...

MICHEL DE MONTAIGNE

La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad...

SIR WILLIAM OSLER

Prólogo

Suelo bromear con que mi posesión más preciada, la que más valoro entre todas mis herramientas y libros, y entre todos los cuadros y antigüedades que heredé de mi familia, es mi botiquín de suicidio, que guardo escondido en casa. Consiste en una serie de fármacos que he ido reuniendo a lo largo de los años, aunque no sé si harán efecto todavía, porque venían sin fecha de caducidad. Sería un poco embarazoso despertarme en cuidados intensivos tras un intento de suicidio fallido, o verme sometido a un lavado de estómago en Urgencias. El personal hospitalario a menudo contempla con desdén o suficiencia a quienes intentan suicidarse, como si hubiesen fracasado tanto a la hora de vivir como a la de morir y fueran responsables de su propia desgracia.

En mis inicios como médico residente, antes de empezar a especializarme en neurocirugía, hubo una joven a quien salvaron de una sobredosis de barbitúricos. Había tomado la decisión de morir tras una aventura amorosa fallida, pero una amiga la encontró inconsciente y la llevó al hospital, donde fue ingresada en la UCI y conectada a un

equipo de ventilación asistida durante veinticuatro horas. Después la trasladaron a la sala en que yo ejercía de residente de primer año —el grado más bajo de médico hospitalario—, donde empezó a despertar. Observé cómo recobraba la conciencia y volvía a la vida, sorprendida y desconcertada al principio por seguir ahí, y luego no muy segura de querer regresar al mundo de los vivos. Recuerdo haberme sentado en el borde de su cama para hablar con ella. Estaba muy delgada, era claramente anoréxica. Su cabello corto y de tono caoba se veía apelmazado y despeinado tras un día en coma y enchufada a un ventilador. Sentada y con la barbilla apoyada en las rodillas dobladas bajo la sábana, parecía tranquila. Quizá siguiera bajo los efectos de la sobredosis, o tal vez tuviera la sensación de que ahí, en el hospital, se hallaba en el limbo entre cielo e infierno, como si le hubieran concedido una breve tregua a su infelicidad. Trabamos cierta amistad durante los dos días que pasó allí, antes de que la trasladaran para ponerla al cuidado de los psiquiatras. Resultó que teníamos conocidos comunes de nuestro pasado en Oxford, pero después le perdí la pista.

Debo admitir que no estoy nada convencido de que me atreva a utilizar los fármacos de mi botiquín de suicidio cuando me vea ante los síntomas tempranos de la demencia —algo que puede suceder pronto—, o si desarrollo alguna enfermedad incurable, como uno de esos tumores malignos con los que estoy tan familiarizado por mi trabajo como neurcirujano. Cuando te sientes bien y en forma, es relativamente fácil abrigar la fantasía de morir con dignidad quitándote la vida, puesto que la muerte es todavía algo remoto. Si no muero de repente, de un accidente cerebrovascular o un ataque al corazón, o porque me atropellan yendo en bicicleta, no puedo predecir cuáles serán mis sentimientos cuando sepa que mi vida toca a su fin, un fin que bien podría ser penoso y degradante. Como médico

que soy, no me hago ilusiones. Pero no me sorprendería demasiado que empezara a aferrarme desesperadamente a la poca vida que me quedara. Al parecer, en los países donde el llamado «suicidio asistido» está legalizado, mucha gente que padece una enfermedad terminal, pese a haber expresado su voluntad de morir sin sufrir, llegado el momento no se decide por esa opción. Quizá sólo querían verse reconfortados por la idea de que, si el final resultaba particularmente desagradable, podrían acelerarlo y pasar sus últimos días en paz. Pero también podría deberse al hecho de que, cuando se aproxima la muerte, empezamos a albergar la esperanza de que aún pueda existir un futuro. Desarrollamos lo que los psicólogos llaman «disonancia cognitiva», que nos hace abrigar pensamientos totalmente contradictorios. Una parte de nosotros sabe y acepta que nos estamos muriendo, pero otra siente y cree que todavía tenemos un futuro. Es como si nuestros cerebros llevaran integrada la esperanza, al menos en una parte.

A medida que se aproxima la muerte, nuestra identidad puede empezar a desintegrarse. Algunos psicólogos y filósofos mantienen que esa identidad, ese sentirnos individuos con la libertad de elegir, es poco más que una portada de la gran partitura de nuestro subconsciente, una partitura con muchas voces oscuras y a menudo disonantes. Gran parte de lo que nos parece real es una forma de ilusión, un reconfortante cuento de hadas creado por nuestro cerebro para dotar de sentido a la miríada de estímulos internos y externos que recibimos, y a los mecanismos e impulsos inconscientes de la mente.

Hay quienes incluso afirman que la conciencia en sí es una ilusión, que no es «real» sino sólo un truco del cerebro, pero no comprendo a qué se refieren con eso. Al hablar con un paciente, un buen médico se dirigirá a ambas mitades disonantes de su ser: a la parte que sabe que se está muriendo y a la que tiene la esperanza de seguir viviendo. Un buen

médico nunca mentirá al paciente ni lo privará de esperanza, aunque ésta consista tan sólo en vivir unos días más. Pero no es tarea fácil, lleva su tiempo y requiere largos silencios. Las ajetreadas salas de hospital, donde la mayoría seguimos condenados a morir, no son el lugar idóneo para mantener esa clase de conversaciones. Al vernos moribundos, muchos mantendremos viva una pequeña llama de esperanza en un rincón de nuestra mente, y sólo cuando el verdadero final esté muy cerca, nos volveremos hacia la pared y nos abandonaremos a la muerte.

1

La caseta del guarda de la esclusa

La caseta se alzaba solitaria junto al canal, abandonada y vacía, con las ventanas podridas y colgando de las bisagras y el jardín convertido en una selva. Las malas hierbas me llegaban a la altura del pecho y ocultaban, como descubriría después, cincuenta años de basura acumulada. La construcción daba al canal y a la esclusa, con el lago detrás, y un poco más allá se podía ver la vía del ferrocarril. La inmobiliaria que había comprado la propiedad debía de haberle pagado a alguien para que vaciara la caseta, pero ese alguien se había limitado a arrojarlo todo por encima de la vieja valla entre el jardín y el lago, de modo que el otro lado estaba alfombrado de basura: un colchón, un aspirador destripado, una cocina, sillas sin patas, latas oxidadas, botellas rotas... Sin embargo, más allá de esos restos se veía el lago, bordeado de juncos y con dos cisnes blancos en la distancia.

La primera vez que vi la caseta del guarda de la esclusa fue una mañana de sábado. Una amiga me había hablado de ella. Había visto que estaba en venta, y sabía que yo buscaba un sitio en los alrededores de Oxford donde poder

montar un taller de ebanistería para ayudarme a sobrellevar la jubilación. Aparqué el coche junto a la circunvalación y crucé andando el paso elevado, hostigado por el clamor ensordecedor de coches y camiones, hasta encontrar una pequeña abertura en el seto, casi invisible, en el otro arcén de la carretera. Bajo la umbría arcada que formaban las ramas bajas e inclinadas de las hayas, había un largo tramo de peldaños cubiertos de hojas y hayucos que bajaban hasta el canal. Cuando empecé a descender por ellos, me pareció estar viajando del presente al pasado. El estruendo del tráfico quedó amortiguado en cuanto llegué a las tranquilas y calmas aguas del canal, y desde allí vi que la caseta del guarda quedaba unos cien metros más allá, siguiendo un camino de sirga y cruzando un puente peraltado de ladrillo viejo.

En el jardín crecían varios ciruelos, uno de ellos a través de un trasto oxidado y obsoleto, una vieja segadora para maleza gruesa con cuchillas dobles dispuestas como las de un cortasetos. Tenía dos grandes ruedas con las palabras «Allens» y «Oxford» grabadas en las llantas. Mi padre había tenido una exactamente igual y la utilizaba en el jardín con árboles frutales de algo menos de una hectárea en el que yo me había criado, apenas a un kilómetro y medio de allí, en la década de los cincuenta. En una ocasión, vi cómo mi padre la pasaba sin querer por encima de una musaraña que estaba oculta en la hierba del huerto, y recuerdo mi angustia al contemplar su cuerpecito sangrante y oír sus chillidos desgarradores mientras moría.

La caseta da al tranquilo y silencioso canal y a las pesadas compuertas negras de la esclusa. No se puede acceder a ella por carretera, sólo andando por el camino de sirga o en barcaza. Un muro de ladrillo con abrevaderos para caballos recorre un lado del jardín, de cara al canal; más adelante, descubrí las anillas metálicas donde en otro tiempo amarraban a los caballos que arrastraban las barcas por el

agua. En aquella época, el guarda de la esclusa era el responsable de abrir las compuertas, pero, como todas las casetas a lo largo del canal se han ido vendiendo, ahora lo hace la gente de las barcazas. Según cuentan, aquí vive una especie de martín pescador, y uno puede verlos sobrevolando raudos las aguas. También hay nutrias, pese a que el estruendo del tráfico de la circunvalación, que cruza el canal por el alto paso elevado sobre enormes columnas de hormigón, queda sólo a unos cientos de metros. Aun así, si le doy la espalda a la carretera sólo veo campos y árboles, y el lago bordeado de juncos más allá de la casa. Puedo imaginarme que estoy en la verde campiña de antaño, donde me crié sesenta años atrás, antes de que se construyera el paso elevado.

La joven de la agencia inmobiliaria estaba esperándome sentada al sol, en el terraplén de hierba junto a la entrada de la caseta. Abrió el candado y corrió el cerrojo de la puerta, y al cruzar el umbral tuve que sortear unas cartas diseminadas por el suelo, manchadas de huellas de barro. La agente se dio cuenta de que había reparado en ellas y me contó que allí había vivido durante más de cincuenta años un anciano a quien se describía en la escritura de propiedad como trabajador del canal. Cuando murió, la inmobiliaria, que había adquirido la casa unos años antes, la puso en venta. La joven no sabía si el hombre había fallecido allí o en un hospital o en una residencia.

El sitio olía a humedad y abandono. Cortinas de encaje sucias cubrían las ventanas agrietadas y rotas, y los alféizares ennegrecidos estaban llenos de moscas muertas. Las habitaciones, vacías, tenían el aire triste y abatido de toda casa abandonada. Aunque había agua y electricidad, las instalaciones eran bastante rudimentarias, y sólo había un retrete exterior, destrozado y con la puerta arrancada de las bise-

gras. El cubo de basura junto a la entrada contenía bolsas de plástico llenas de heces.

En ese momento recordé que algunos vecinos decían que la antiquísima casa de labranza donde yo había pasado mi infancia, cerca de allí, estaba embrujada. Al menos así lo aseguraban los White, la anciana pareja que vivía al otro lado de la carretera y a la que me gustaba visitar. Contaban la improbable leyenda de un lúgubre carruaje de caballos en el patio y de una «dama gris» que vivía en la propia casa. No costaba mucho imaginar al fantasma del viejo rondando por aquella caseta.

—Me la quedo —dije.

La chica me miró con escepticismo.

—Pero ¿no quiere encargar un informe del perito?

—No, yo mismo me ocuparé de las reparaciones. Además, me parece que está bien —respondí lleno de confianza.

No obstante, me pregunté si aún sería capaz de llevar a cabo el trabajo físico que haría falta para arreglar todo aquello, y si podría apañármelas sin tener acceso por carretera. Quizá me vería obligado a dejar a un lado mis pretensiones y renunciar a la obsesión de hacerlo todo yo mismo. Pero ya daba igual. Si tenía que contratar a un albañil, lo haría. Además, aunque sí deseaba un taller, no estaba seguro de querer vivir en aquella caseta pequeña y solitaria con un posible fantasma.

—Bueno, pues mejor hágale una oferta a Peter, mi director de zona —se resignó la joven.

Al día siguiente, mientras conducía de regreso a Londres, no podía dejar de pensar en que aquella caseta tal vez sería el lugar donde viviría mis últimos días y moriría, donde mi historia llegaría a su fin. «Ahora que me jubilo, vuelvo a empezar de cero —me dije—, pero me estoy quedando sin tiempo.»

• • •

El lunes estaba de nuevo en el quirófano, con mi pijama azul de cirujano, aunque se suponía que sólo en calidad de observador. Iba a jubilarme al cabo de tres semanas, tras casi cuarenta años ejerciendo la medicina y la neurocirugía. Ya tenía un sucesor designado, Tim, que había empezado como estudiante en nuestro servicio. Es un hombre de aptitudes excepcionales y encantador, y no carece de esa determinación un poco fanática y esa atención al detalle que requiere la neurocirugía. Estaba más que satisfecho de que mi sustituto fuera él, y me pareció adecuado dejar la mayor parte de aquella operación en sus manos, como preparativo para el momento —que probablemente le provocaría cierto vértigo— en que cargaría él solo con la entera responsabilidad de sus pacientes.

El primer caso era una joven de dieciocho años que había ingresado la noche anterior para someterse a una intervención. Estaba embarazada de cinco meses, pero había empezado a padecer intensos dolores de cabeza, y un escáner reveló un tumor muy grande —seguramente benigno— en la base del cerebro. La había visitado unos días antes en mi consulta de pacientes ambulatorios; era rumana y su inglés era limitado, pero sonreía con valentía mientras yo trataba de explicarle las cosas a través de su marido, que lo hablaba un poco mejor. Él me contó que procedían de Maramures, la zona de Rumanía que limita al norte con Ucrania. Yo mismo había estado allí dos años antes, durante un viaje de Kiev a Bucarest con mi colega ucraniano Igor. El paisaje era muy muy bonito, con casas de labranza construidas con madera y monasterios antiquísimos. Parecía que el mundo moderno apenas había llegado a aquel lugar. Había almiarres en los campos y carros de heno tirados por caballos en las carreteras, y los conductores iban ataviados con la vestimenta campesina tradicional. Igor estaba indignado por el hecho de que a Rumanía se le hubiera permitido formar parte de la Unión Europea, cuando a Ucrania, en cambio, la habían

dejado fuera. Mi colega rumano, que había acudido a recogerlos en la frontera, llevaba una gorra de *tweed* y guantes de conducir de piel, y nos llevó a toda velocidad por espantosas carreteras en el BMW trucado de su hijo hasta la lejana Bucarest, casi sin hacer paradas. Pasamos una noche en Sighisoara, donde aún se halla en pie la casa en que nació Vlad el Empalador, la figura en que se inspiró la leyenda de Drácula. Ahora es un restaurante de comida rápida.

La operación de la joven no era urgente, es decir, no tenía que llevarse a cabo de inmediato, pero sin duda debía hacerse en cuestión de días. Esa clase de pacientes no encajan con facilidad en la cultura de objetivos que rige el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud inglés. No era una paciente con cirugía programada, pero tampoco una emergencia.

Unos años atrás, mi propia esposa, Kate, había caído en una trampa semejante cuando esperaba para someterse a una operación seria tras varias semanas en la UCI de un famoso hospital. Ingresó por Urgencias, donde la sometieron a una operación que no presentó dificultades, pero después, tras semanas con alimentación intravenosa, precisaba una nueva intervención quirúrgica. Me acostumbré a ver una gran bolsa plateada pendiendo sobre su cama, un gotero conectado a la vía central, un catéter insertado en las grandes venas que llevan al corazón. Para entonces, Kate ya no era una paciente de Urgencias, pero tampoco un ingreso programado, de modo que no se había fijado fecha para su operación. Durante cinco días seguidos la sometieron al preoperatorio —para una cirugía mayor, con toda clase de posibles complicaciones aterradoras—, y en cada una de aquellas ocasiones, para cuando llegaba el mediodía, la operación se había cancelado. Finalmente, desesperado, llamé a la secretaria de su cirujano.

—Bueno, no es el doctor quien decide el orden de entrada en quirófano... —me explicó en tono de disculpa—.

Es un gestor quien se encarga de eso, el coordinador del bloque quirúrgico. Éste es el número al que debe llamar.

De modo que llamé a ese número, sólo para encontrarme con el aviso de que el buzón de voz estaba lleno y no podía dejar un mensaje. A finales de semana se tomó la decisión de convertir a Kate en paciente programada, y la enviaron a casa con un gran frasco de morfina. Volvieron a ingresarla una semana más tarde, esta vez, supuestamente, con la venia del coordinador quirúrgico. La operación fue todo un éxito, pero poco después le mencioné el problema que habíamos tenido a uno de mis colegas neurcirujanos del hospital, cuando nos encontramos en una reunión.

—Me resulta muy difícil ser pariente y médico a la vez —comenté—. No quiero que la gente piense que mi mujer debería recibir un trato preferente, pero la verdad es que la cosa se estaba haciendo insostenible. Que te cancelen una operación ya es bastante malo, pero... ¡que ocurra durante cinco días seguidos!

Mi colega asintió.

—Y si ni siquiera podemos cuidar de los nuestros, ya ni te cuento cuando se trata de cualquier fulano.

Así pues, aquel lunes por la mañana acudí al trabajo con la preocupación de encontrarme el mismo caos a la hora de conseguir una cama para mi joven paciente después de la cirugía. Si su vida hubiera corrido peligro, yo podría iniciar la operación de inmediato sin necesidad de pedir permiso a los encargados de asignar un número insuficiente de camas a un exceso de pacientes, pero la vida de mi paciente no corría peligro —al menos no todavía—, así que sabía que iba a tener un inicio de jornada complicado.

En la recepción del área quirúrgica había un animado grupo de médicos, personal de enfermería y directivos mirando los partes de quirófano del día —pegados con celo sobre el mostrador— y hablando sobre la imposibilidad de

llevar a cabo todo el trabajo. Advertí que se habían programado varias operaciones de columna.

—En la UCI no hay camas —me dijo la anestesista con una mueca.

—Bueno, ¿y si hacemos que traigan a la paciente de todos modos? —propuse—. Después siempre aparece alguna cama.

Siempre digo eso, y siempre obtengo la misma respuesta.

—Ni hablar. Si no hay camas en la UCI, tendré que reanimar a la paciente en quirófano después de la operación, y eso podría llevarme horas.

—Veré si puedo solucionarlo después de la reunión matutina —contesté.

En dicha reunión, me encontré con el catálogo habitual de desastres y tragedias.

—Ayer ingresó un hombre de ochenta y dos años con cáncer de próstata. Había ido primero al hospital municipal porque ya no podía mantenerse en pie y tenía retención de orina. Se negaron a ingresarlo y lo mandaron a casa —nos contó Fay, la residente especialista de guardia, mientras proyectaba las imágenes del escáner.

Su comentario fue recibido con risas sardónicas en la sala a oscuras.

—No, no —insistió ella—, es verdad. Le pusieron un catéter y anotaron en su historia clínica que ya estaba mucho mejor. He visto esa historia.

—¡Joder, pero si no podía ni caminar! —exclamó alguien.

—Bueno, pues eso no les preocupó. Cumplieron con su turno de cuatro horas y lo mandaron a casa. Se pasó allí dos días, hasta que la familia llamó al médico de cabecera. Fue éste quien lo envió a nuestro hospital.

—Debe de ser un paciente muy resignado y sufrido —le comenté al colega sentado a mi lado y, dirigiéndome a otro, pregunté—: ¿Qué ves tú en el escáner, Samih?

Había conocido a ese joven residente unos años antes, en una de mis visitas médicas a Jartum. Me causó muy buena impresión, e hice cuanto pude por ayudarlo a ir a Inglaterra para continuar con su formación. En el pasado me había sido relativamente fácil traer a mi departamento a jóvenes residentes de otros países, pero las restricciones de la Unión Europea a los médicos extracomunitarios y el incremento de la normativa burocrática lo ha convertido en algo muy difícil, pese a que Reino Unido tiene menos médicos per cápita que cualquier otro país europeo, salvo Polonia y Rumanía. Samih pasó por todos los exámenes y obstáculos requeridos con resultados excelentes. Daba gusto trabajar con él; era un hombre corpulento y muy agradable, con una dedicación absoluta a nuestro oficio, y al que los pacientes y las enfermeras adoraban. Y ahora iba a ser mi último residente especialista.

—La imagen muestra una compresión posterior metastásica de la médula en T3. El resto del escáner parece estar bien.

—¿Qué debe hacerse? —pregunté.

—Bueno, depende del estado del paciente.

—¿Fay?

—Anoche a las diez, cuando lo vi, estaba en shock medular.

Ésa es la expresión brutal, pero acertada, con que se describe a un paciente con lesión medular completa. La médula está tan dañada que no hay sensibilidad ni funcionalidad de ningún tipo por debajo del nivel de la lesión, ni posibilidades de recuperación. «T3» se refiere a la tercera vértebra torácica, de modo que el pobre hombre no tendría capacidad de movimiento ni en las piernas ni en los músculos del torso. Incluso era muy probable que tuviera dificultades para mantenerse erguido estando sentado.

—Si estaba en shock medular es difícil que mejore —observó Samih—. Ya es demasiado tarde para operar. —Y añadió—: Habría sido una intervención sencilla.

—¿Qué futuro le espera? —pregunté a la sala en general. Nadie respondió, de manera que lo hice yo mismo:

—Hay muy pocas probabilidades de que pueda volver a casa, porque necesitará atención de enfermería día y noche, incluyendo que le den la vuelta cada pocas horas para impedir que se llague. Y hará falta más de una enfermera para darle la vuelta a un paciente, ¿no? Así pues, se verá aparcado en alguna sala geriátrica hasta que muera. Si tiene suerte, el cáncer en otra parte de su cuerpo se lo llevará pronto, y es posible que primero consiga pasar por un centro de cuidados paliativos, que es más agradable que una sala geriátrica... Aun así, esas instituciones no aceptan gente con un pronóstico de vida superior a unas semanas. Y este hombre, si no tiene suerte, podría aguantar varios meses.

Me pregunté si sería así como había muerto el viejo guarda de la esclusa, solo en alguna sala de hospital desanglada. ¿Habría echado de menos su hogar, la caseta junto al lago, pese al estado lamentable de ésta? Mis residentes son mucho más jóvenes que yo; todavía tienen la salud y la confianza en sí mismos que da la juventud, como yo las tenía a su edad. Cuando eres un residente de primer o segundo año, estás bastante distanciado de la realidad a la que se enfrentan los pacientes mayores. Yo, en cambio, ahora que me dispongo a retirarme, estoy perdiendo esa distancia. Pronto volveré a ser un miembro de una clase inferior, la de los pacientes, como lo era antes de convertirme en médico, y dejaré de ser uno de los elegidos.

La sala permaneció en silencio durante unos segundos.

—Bueno, y ¿qué pasó? —le pregunté a Fay.

—Llegó a las diez de la noche. En Cirugía tenían previsto operarlo, pero los anestelistas se negaron... Dijeron que no había posibilidades de que mejorara y que no estaban dispuestos a hacerlo por la noche.

—Bueno, no se perdería gran cosa con operarlo... peor no lo dejaremos —dijo alguien desde el fondo de la sala.

—Pero ¿hay alguna posibilidad realista de dejarlo mejor? —pregunté, y añadí—: Si yo estuviera en su situación probablemente diría: adelante, operadme sólo por si acaso. La idea de acabar parapléjico en una sala de geriatría es tan espantosa que, de hecho, si la operación acabara matándome, no me quejaría.

—Decidimos no hacer nada —respondió Fay—. Vamos a mandarlo hoy de vuelta al hospital de su ciudad... si tienen una cama para él, claro.

—Bueno, pues confío en que lo acepten... No queremos a otra Rosie Dent.

Rosie había sido una paciente de ochenta años con una hemorragia cerebral a la que un médico de mi hospital me había hecho admitir unos meses atrás; me cayó tal lluvia de quejas y amenazas si no permitía que ocupara una cama para enfermos agudos en neurocirugía que acabé cediendo, pese a que la mujer no precisaba tratamiento neuroquirúrgico. Resultó imposible mandarla a casa y se pasó siete meses en la sala, hasta que por fin nos las apañamos para convencer a una residencia de ancianos de que la admitiera. Era una anciana encantadora y resignada, y todos llegamos a tenerle cariño, pese al «bloqueo» de una de nuestras valiosísimas camas de agudos en neurocirugía.

—Creo que no habrá problemas —dijo Fay—. El único hospital que se niega a aceptar pacientes procedentes de las salas de neurocirugía es el nuestro.

—¿Ha habido otros ingresos? —quise saber.

—Tenemos al señor Williams —intervino Tim—. Iba a exponerlo al final de tu parte de quirófano, después de la chica del meningioma.

—¿Qué historia clínica tiene?

—Ha tenido varios ataques epilépticos. Y últimamente venía comportándose de una forma un poco rara. Su rendimiento solía ser de alto nivel... era ingeniero o algo así. Fay, ¿puedes proyectar la gammagrafía craneal, por favor?

La imagen apareció en la pared ante nosotros.

—¿Qué ves ahí, Tiernan? —le pregunté a uno de nuestros especialistas más jóvenes, un R2, o residente de segundo año.

—Algo en el lóbulo frontal izquierdo.

—¿Podrías ser un poco más preciso? Fay, pon la secuencia FLAIR.

Fay nos mostró una serie de imágenes de resonancia magnética; esas secuencias suelen ir bien para señalar tumores que invaden el cerebro y no sólo lo desplazan.

—Parece que ha infiltrado todo el lóbulo frontal izquierdo y la mayor parte de ese hemisferio —dijo Tiernan.

—Pues sí —contesté—. No podemos extraer ese tumor, está demasiado extendido. Tiernan, ¿qué funciones llevan a cabo los lóbulos frontales?

Tiernan titubeó.

—Bueno, dime entonces qué pasa si los lóbulos frontales están dañados —insistí.

—Que te cambia la personalidad —contestó.

—¿Y eso qué significa?

—Que te vuelves desinhibido... y un poco descontrolado —dijo, aunque parecía costarle entrar en detalles.

—El ejemplo de desinhibición que adoran los médicos es el del hombre que se pone a orinar en pleno *green* en un campo de golf —expliqué—. En los lóbulos frontales es donde se organiza todo el comportamiento social y moral. Si están dañados, el resultado es todo un catálogo de conductas sociales alteradas, casi siempre para peor. Entre las más comunes, repentinos estallidos de violencia y un comportamiento irracional. Gente que antes era amable y considerada se vuelve grosera y egoísta, pese a que puede conservar las funciones intelectuales en perfectas condiciones. Una persona con el lóbulo frontal dañado rara vez sabe lo que le pasa. ¿Cómo puede el yo saber si ha cambiado? No tiene nada con lo que compararse. ¿Cómo puedo saber si hoy soy

la misma persona que ayer? Sólo puedo suponer que lo soy. Nuestro yo es único, y sólo puede conocerse como es ahora, en el presente inmediato. Sin embargo, para las familias resulta terrible. Son las verdaderas víctimas. Tim, ¿qué esperas conseguir?

—Si extraemos una pequeña parte, si creamos algo de espacio, le alargaremos un poco la vida —respondió.

—Aun así ¿crees que la cirugía mejorará en algún sentido su cambio de personalidad?

—Bueno, podría hacerlo —contestó.

Me quedé callado unos segundos.

—Lo dudo mucho, la verdad —comenté finalmente—. Pero es tu paciente, y yo no lo he visto. ¿Has hablado de todo esto con él y con la familia?

—Sí.

—Son las nueve —zanjé—. Vayamos a ver cómo va lo de las camas y si nos dejan empezar con la cirugía.

Una hora más tarde, Tim y Samih dieron comienzo a la operación de la mujer rumana. Me pasé la mayor parte del tiempo sentado en un taburete, la espalda apoyada contra la pared, mientras ellos extraían lentamente el tumor. Las luces del quirófano se habían atenuado porque estaban utilizando el microscopio, y casi me quedé dormido mientras escuchaba los familiares sonidos y el sordo dramatismo de una intervención quirúrgica: los pitidos de los monitores de anestesia, los suspiros del ventilador, las instrucciones que Tim daba a Samih y Agnes, la enfermera instrumentista, y el siseo del aspirador que se utiliza para succionar los tumores cerebrales.

—Pinzas de disección... de Adson... de electrocoagulación... Agnes, lentina, por favor. Samih, ¿puedes aspirar aquí? Este cabroncete es de los que sangran... ¡Ah! Ya lo tengo.

También oía la conversación en voz baja de los dos anestesiistas, sentados en taburetes en el otro extremo de la mesa, junto a la máquina de anestesia y el monitor que

muestra las constantes vitales del paciente, es decir, el funcionamiento del corazón y los pulmones. Las constantes vitales adquieren la forma de bonitas y relucientes líneas y cifras en rojo, verde y amarillo. A distancia, procedentes de la zona preoperatoria entre quirófanos, se oían la charla y las risas de las enfermeras, todas buenas amigas con las que llevaba trabajando muchos años, mientras preparaban el instrumental para las intervenciones siguientes.

¿Voy a echar de menos todo esto?, me pregunté. ¿Este lugar extraño y poco natural que ha sido mi hogar durante tantísimos años, un lugar dedicado a diseccionar cuerpos vivos y, en mi caso, cerebros? ¿Un sitio sin ventanas, tan limpio que resulta exasperante, con aire acondicionado y brillantemente iluminado, con la mesa de operaciones en el centro, bajo los dos grandes discos de focos quirúrgicos y rodeado de máquinas? ¿O, cuando llegue el momento, dentro de unas semanas, saldré de aquí sin más, sin lamentarlo siquiera?

Al principio, hace mucho tiempo, me parecía que la neurocirugía era algo exquisito, la forma más elevada de utilizar las manos y la mente a la vez, de combinar arte y ciencia. Estaba convencido de que los neurocirujanos, puesto que hurtan en el cerebro, base de cuanto pensamos y sentimos, tenían que ser muy sabios; incluso llegué a pensar que podían llegar a entender el significado de la vida. Cuando era más joven aceptaba el hecho de que la materia física del cerebro produce el pensamiento consciente y el sentimiento. Creía que el cerebro era algo que podía explicarse y comprenderse. Al hacerme mayor, en cambio, he llegado a la conclusión de que no tenemos ni la menor idea de cómo la materia física origina la conciencia, el pensamiento y el sentimiento. Esto me ha imbuido una creciente sensación de asombro. Y también ha llegado a perturbarme saber que mi cerebro es un órgano que envejece, al igual que los demás órganos; que mi yo está envejeciendo y no

tengo manera de saber qué cambios ha experimentado. Miro las manchas de vejez en mis manos, estas manos cuyo uso lo ha sido todo en mi vida, y me pregunto qué aspecto tendría mi cerebro en un escáner. Me preocupa desarrollar la demencia que acabó con la vida de mi padre. En la gammagrafía cerebral que le hicieron unos años antes de morir, su cerebro parecía un queso suizo: moteado de agujeros y espacios vacíos. Sé que mi excelente memoria ya no es la que era. A menudo tengo que esforzarme para recordar algunos nombres.

Mi conocimiento de la neurociencia, además, hace que me vea privado del consuelo de creer en alguna clase de vida después de la muerte y en la restitución de lo que haya perdido a medida que mi cerebro se encoge con la edad. Sé que algunos neurocirujanos creen en el alma y en la vida después de la muerte, pero se me antoja la misma clase de disonancia cognitiva que la esperanza de un moribundo en que va a seguir viviendo. Sin embargo, he encontrado cierto consuelo en la idea de que mi propia naturaleza, mi yo —ese ser frágil y consciente que escribe estas palabras y que parece navegar con tanta inseguridad por el mar insondable y electroquímico en el que me hundo todas las noches cuando duermo, ese ser producto de millones de años de evolución— es un misterio tan grande como el universo en sí.

He aprendido que hurgar en el cerebro no revela nada sobre la vida, aparte de la consternación que uno acaba experimentando ante su fragilidad. Acabará mi carrera sintiéndome no exactamente desilusionado, pero sí, en cierto sentido, decepcionado. He aprendido muchas más cosas sobre mi propia falibilidad y sobre la crudeza de la cirugía —pese a la frecuencia con que resulta necesaria—, que sobre cómo funciona realmente el cerebro. Aun así, en aquel momento, con la cabeza apoyada contra la pared fría e inmaculada del quirófano, me pregunté si todo eso no

serían tan sólo los agotados pensamientos de un cirujano viejo y a punto de retirarse.

El tumor de aquella mujer se había formado en las meninges —la fina y correosa membrana que envuelve el cerebro y la médula espinal—, en la parte inferior del cerebro que se conoce como fosa craneal posterior. Quedaba justo al lado de uno de los grandes senos venosos, unas estructuras como tuberías de desagüe que drenan continuamente sangre desoxigenada de un violeta intenso, sangre que es de un rojo vivo cuando llega del corazón al cerebro. La sangre, una cuarta parte de toda la que bombea el corazón, recorre el cerebro en cuestión de segundos, oscureciéndose a medida que éste toma de ella el oxígeno. Pensar, percibir y sentir —así como el control de nuestro cuerpo, en su mayor parte inconsciente— son procesos que requieren mucha energía, y esta energía la proporciona el oxígeno. Existía cierto riesgo, al extraer el tumor, de desgarrar el seno venoso transversal y provocar una hemorragia devastadora, de modo que me lavé a fondo las manos y ayudé a Tim durante los últimos veinte minutos de la operación. Fuimos separando el tumor mediante la abrasión de la pared del seno sin perforarla.

—Me parece que podemos considerarla una extracción completa —anuncié.

—No creo que me dé tiempo a operar al señor Williams, el paciente del tumor frontal —comentó Tim—. Tengo ambulatorios a partir de la una. Lo siento. ¿Podrías ocuparte tú y extraer todo lo que puedas del tumor? ¿Conseguirle un poco más de tiempo?

—Supongo que no tengo opción... —contesté. No me gustaba la idea de operar a un paciente con el que no hubiera comentado todos los pormenores, y además no estaba muy seguro de que la cirugía fuera lo que más convenía a ese hombre.

De modo que Tim fue a ocuparse de sus pacientes ambulatorios, mientras Samih terminaba la operación de aque-

lla joven rellenando el orificio en el cráneo con cemento plástico de fraguado rápido y suturando el cuero cabelludo. Una hora más tarde, la camilla con el señor Williams llegó a la sala de anestesia adyacente al quirófano. Era un hombre cuarentón, me pareció, con un fino bigotito y un semblante pálido, de expresión algo distraída. Debía de ser bastante alto, porque los pies, envueltos en medias para impedir embolias —como indica la normativa— y con los dedos desnudos asomando, se le salían del borde de la camilla.

—Soy Henry Marsh, el jefe de servicio de Neurocirugía —me presenté, bajando la vista hacia él.

—Ah —fue su respuesta.

—Creo que Tim Jones se lo ha explicado todo, ¿no?

Tardó lo suyo en contestar. Daba la sensación de que necesitara pensar mucho antes de hacerlo.

—Sí.

—¿Hay algo que quiera preguntarme?

Soltó una risita y de nuevo se tomó su tiempo.

—No —respondió finalmente.

—Bueno, pues manos a la obra —le dije a la anestesista, y salí de la sala.

Samih me esperaba en el quirófano, junto a los monitores montados en la pared, donde examinamos las gammagrafías cerebrales de los pacientes. Ya había proyectado en ellos las imágenes del señor Williams.

—¿Y bien? ¿Qué crees que debemos hacer? —le pregunté.

—Bueno, doctor, es demasiado grande para extirparlo. Sugeriría una biopsia, extraer una pequeña parte del tumor para conseguir un diagnóstico.

—De acuerdo, pero ¿qué riesgo corremos con una biopsia?

—Puede provocar una hemorragia, o una infección.

—¿Algo más?

Samih titubeó, así que no esperé a que respondiera.

Le dije que si el cerebro está inflamado y sólo se extirpa una pequeña parte del tumor, puede empeorar la inflamación. El paciente puede morir en el postoperatorio inmediato por haberse quedado «enclavado»: el cerebro inflamado ejerce presión en el reducido espacio del cráneo, y una parte de él protruye en forma de cono al verse obligado a salir por el orificio situado en la base del cráneo, el «agujero magno» (del latín *foramen magnum*), donde el cerebro se une con la médula espinal. Dicho proceso es invariablemente mortal si no se evita a tiempo.

—De modo que debemos extraer una parte suficiente del tumor para permitir cualquier inflamación postoperatoria —concluí—. Si no lo hacemos así, sería como darle una patada a un avispero. En todo caso, Tim ha dicho que quería extirpar todo lo posible, ya que así prolongaría un poco su vida. ¿Qué clase de incisión quieres hacer?

Hablamos sobre los detalles técnicos de cómo abrir el cráneo del señor Williams, mientras esperábamos a que los anestesiistas acabaran de dormirlo y conectarle al cuerpo las vías, cables y monitores necesarios.

—Ábrele la cabeza —le dije a Samih—, y avísame cuando hayas llegado al cerebro. Estaré en la salita de los sofás rojos.

La gammagrafía craneal mostraba que el tumor había infiltrado gran parte del lóbulo frontal izquierdo; en la imagen, aparecía como una nube blanca que se extendía por la grisácea masa cerebral. Los tumores de esa clase crecen en el interior del cerebro en lugar de desplazarlo: las células malignas se abren paso en el blando parénquima, colándose entre las fibras nerviosas de la materia blanca y las neuronas de la materia gris. A menudo el cerebro puede seguir funcionando durante un tiempo, pese a que las células tumorales lo horadan como la carcoma en un edificio de madera, pero finalmente, al igual que le sucede al edificio, el cerebro se desploma.