



RESUELVE TODAS TUS DUDAS ACERCA DE LA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL SENO



PLÁTICA ENTRE AMIGAS

CON LA DOCTORA RINA GITLER Y VALERIA BENAVIDES.



Mi nombre es Valeria Benavides y soy sobreviviente de cáncer de mama.

Cuando recibí la noticia mi vida cambió, tuve que cambiar a la fuerza.

Me prepare para entrar a tratamiento, decidí hacer todo lo que tenía a mi alcance para vencer la enfermedad.

Hoy quiero compartir contigo todas las herramientas que me ayudaron, acompañarte en tu proceso y ayudarte a que esta etapa no sea el fin sino el principio de una nueva versión de ti.

Porque el cáncer de hará sacar lo mejor de tí, te hará ver lo fuerte que eres y la gran oportunidad que representa el luchar por tu vida.

 VALERIA
BENAVIDES



Rina Gitler, nacida en la Ciudad de México, con estudios universitarios en la Universidad Anáhuac del Norte para obtener el grado de Médico Cirujano.

Posgrado en la Universidad de Miami para obtener el título de especialidad en Medicina Estética.

Fellowship en la universidad Tel-Aviv y Wolfson Medical Center en Israel.

Diplomado en Alta Dirección de Empresas por el IPADE.

Pionera en estudios genéticos relacionados con cáncer de mama en Latinoamérica.

Conferencista, aplanista y madre de 2 hijos.

Fundadora de Fundación Alma.





¡La Dra. Rina Gitler y Valeria Benavides, ambas sobrevivientes de cáncer de mama te ayudan en este proceso.

ENTREVISTA

Valeria Benavides: Hola a todas ¿cómo están? Yo feliz aquí estamos esperando a que se conecten varias, estoy muy contenta el día de hoy porque estoy con la Doctora Rina Gitler, que nos conocimos hace algunos meses y la verdad es que hicimos conexión inmediata, por esta increíble causa, por la manera en que nos apasiona trabajar con mujeres como ustedes, pues Rina nos va a platicar hoy sobre un montón de dudas que nos han mandado en la semana, primero la quiero presentar, para que platique un poco de ella, de las cosas que hace aparte de ser Doctora Cirujana en reconstrucción de mama, es también sobreviviente así que nos entiende perfectamente a todas nosotras y es además fundadora de una fundación hermosa que trabaja para muchísimas mujeres que lo necesitan, así que Rina, mucho gusto y muchas gracias.

Rina Gitler: Pues que sea la primera de muchas, la verdad gracias, gracias por tomarnos en cuenta, me encanta la idea de poder hacer cosas juntas, de llegar a muchísimas mujeres, y pues bueno, nos conocemos físicamente hace pocos meses, me fascina tu blog, me fascina lo que haces y gracias por esta oportunidad.


VB: Y es un tema que la verdad se vuelve muy complejo y difícil, y yo no sé mucho porque yo no tengo una cirugía de reconstrucción, y entonces no es precisamente algo de lo que yo hable, pero bueno al final del día es algo que forma parte del proceso de muchas mujeres.

RG: Yo digo que es la cereza del pastel, déjame en lo que esperamos un poquito más, les platico que hoy justamente es un gran día porque el presidente quiere juntar en una sola ley los cánceres de la mujer, de mama, ovario y cervico uterino, y estoy muy feliz porque estamos a nada de lograr que la nueva ley salga y que la cirugía de reconstrucción forme parte del tratamiento oncológico. Hoy fue la primera reunión y estamos a nada de lograrlo.

VB: O sea va a pasar

RG: Va a pasar porque va a pasar, y estamos a nada, ya platicando un grupo de expertos para ver cómo hacer esta ley, salimos muy contentos porque hay una gran posibilidad de que sea una realidad.

VB: O sea ¿Hoy en día no es parte de un tratamiento, o sí pero en ciertos casos?



RG: Mira, en la Nom 041, que es la norma oficial mexicana que rige al cáncer de mama, se habla que las mujeres tienen que tener acceso a un proceso de reconstrucción pero con tejidos autólogos. ¿Qué son los tejidos autólogos? Con los propios tejidos del cuerpo de la mujer.

Con grasa o con un colgajo que ahorita les voy a explicar. Pero, ya si las mujeres necesitan un expansor o un implante, pues ya eso ya no entra en la ley.

Entonces esta nueva norma vamos a tratar que cada mujer tenga el tratamiento de reconstrucción adecuado a varias cosas que vamos a ver ahorita.

VB: Pues entonces vamos a ver esto que nos interesa a todas, qué emoción. Pues vamos empezando, porque hay muchísimo de que hablar, hay muchísimas dudas y varias de las mujeres de la comunidad han estado preguntando muchas cosas, desde ¿Soy candidata o no? ¿Cuánto tiempo me tengo que esperar después de una cirugía? ¿Si hay recurrencias después de la cirugía o no? ¿Qué tipo de cosas tengo que tomar en cuenta? ¿A dónde recurro si no sé con quién ir? Hay un montón de cosas pero tú eres experta, así que cuéntenos un poco sobre esos principios básicos.



RG: Mira, lo primero que creo deben saber todas las mujeres que están pasando por este traguito amargo es que, todas las mujeres son candidatas a reconstrucción, me ha tocado ver sólo dos pacientes, que de verdad no hay manera, pero llevamos casi 500 casos en donde todas las mujeres son candidatas, no importa su edad, no importa si son diabéticas, no importa si tiene la presión alta, no importa nada, lo único que hoy se necesita es que la mujer quiera reconstruirse, porque también tengo las pacientes que me dicen “Es que mi esposo no quiere”, entonces hay que empezar por que cada mujer es dueña de su cuerpo y tiene derecho a decidir si quiere o no quiere, nada más ella, nadie más puede decidir si quiere o no quiere, todas las mujeres son candidatas para una cirugía de reconstrucción.

¿Cuándo se hace esta cirugía? Bueno, muchas de ustedes saben que para decir “Ya se me quito” tienen que pasar 5 años. A nosotras cuando nos da cáncer, después de 5 años que ya hemos terminado el tratamiento pues o dejamos de tomar la famosa pastilla, o nos seguimos haciendo nuestros chequeos, pero si a los 5 años ya no hay acción tumoral, o ya no encontramos metástasis, podemos decir que ya estamos prácticamente curadas, pero se ha visto que la cirugía de reconstrucción tiene un impacto psicológico muy importante en las pacientes, por ejemplo en Estados Unidos las mujeres a las que se les hace una mastectomía, a las que se les quita la glándula mamaria, salen del quirófano con un expansor, ahorita les voy a explicar un es un expansor, vayan o no a recibir radioterapia, todas salen con un expansor, y sabemos que eso tiene un impacto psicológico muy importante, las pacientes se recuperan mejor, y pues todo cambia.

VB: ¿Es parte del protocolo en Estados Unidos?

RG: Es el protocolo en Europa y Estados Unidos, las mujeres salen con un expansor.

VB: ¿Y por qué aquí no?

RG: Porque no hay dinero. Esto es un expansor, si quieren les voy a explicar un poquito, cuales son las técnicas. Lo que les estoy diciendo que es un hecho en Estados Unidos y Europa y no pasa en nuestro país. Este expansor tiene un costo muy muy alto, puede costar 15 mil, 18 mil, esto, la pura cajita, cada pieza, lo que se hace con esto es que al momento de quitar la mama.

Fijense que les hablo de hace 5 años, pero nosotros estamos reconstruyendo mujeres al año que ya acabaron con su quimio, con su radio y ya no tienen reacción tumoral, ya se hicieron su chequeo y ya están perfecto, después de un año, nosotros las estamos operando.

Usar un expansor es la forma más fácil de reconstruir, este es un expansor que tiene un alto costo que esa es la verdadera razón por la cual las mujeres no salen con un expansor, y lo que hacemos es que lo ponemos en donde se quitó la mama, y lo ponemos con un poco de solución, como pueden ver esto tiene una cosita gris, que es como una guía, entonces lo que hacemos es que cada 10 días más o menos, después de cerrar la herida, con un imán buscamos el punto gris, y vamos llenando el expansor con solución salina, entonces se va inflando como un globo, ¿Para qué? Para que la piel se expanda, y una vez que ya está expandida lo suficiente lo que hacemos es que quitamos el expansor en una segunda cirugía y ponemos un implante, un implante definitivo, ¿ok?

Este implante sigue siendo de gel de silicón, son igualitos a los implantes que se usan para cuando las mujeres quieren hacerse una cirugía de aumento de busto, son los mismitos, ya no es como antes que cuando se rompían sale un silicón que se escurre asqueroso, esta es una tecnología que si se rompe se queda como gelatina, entonces es nada más abrir, limpiar la gelatina y ya, no tienen el riesgo que tenían los otros implantes. Estos implantes duran 15, 20 años, no es como los otros, es una tecnología de la más avanzada que hay, hay de diferentes tamaños, diferentes formas, diferentes recubrimientos, pero lo que tiene adentro siempre es lo mismo.

Entonces la forma más fácil de reconstruir es poniendo un expansor, y luego ponemos un implante.

VB: ¿Para que se pone el expansor? ¿Es como para preparar?

RG: Es para preparar la piel, las mujeres que no se hacen mastectomía, cuando se hacen mastectomía total, que se quita el areola y el pezón, queda la piel casi casi pegada, queda pues casi casi un agujero, entonces la piel tiene que volverse a inflar para hacer un saquito y poder poner el implante, porque si no, pues no cabría, para eso se hace, para expandir más la piel.

VB: En promedio ¿Cuánto tiempo usas el expansor? O ¿depende de cada mujer?

RG: En promedio es de 4 a 6 meses, de eso puedo hablar porque a mí me reconstruyeron con expansores, y a mí, es lo que más me ha dolido en la vida porque sí se siente cómo la piel se estira, yo no podía moverme, pero bueno nada que con un analgésico no se te quite, es una forma bastante sencilla, pues casi no tiene complicaciones, es una forma relativamente fácil de reconstruir, tiene, pues como cualquier cirugía sus riesgos, pero nada extraordinario.

Esa es la forma que a mí más me gusta porque es la forma más fácil, aunque, cuando las pacientes llegan y ya fueron radiadas, no se pueden usar expansores generalmente, ¿Por qué? Porque la radiación afecta la piel, como que hay un daño, se quema la piel y se vuelve muy delgada, se vuelve acartonada. Si nosotros ponemos un expansor, el riesgo de que esa piel se abra o se trueque es altísimo, entonces este es un procedimiento que para las mujeres que recibieron radioterapia no está indicado.

VB: Justo aquí nos están preguntando, ¿Si no se pudo el expansor no afecta lo estético? No es necesario tener el expansor o toda cirugía necesita un expansor y después ya la prótesis.

RG: Es lo ideal, aunque es una buena pregunta porque hay mujeres que tienen la otra mama chiquita, y que muchas veces, un implante chiquito cabe, no tienes que ponerte el expansor, pero si es una mujer que tiene una mama contralateral grande, está como que muy complicado poner un implante grande. Nosotros lo hemos hecho pero en casos de implantes muy muy chiquitos.

El expansor se puede poner en cualquier momento, no es que si no se pone luego luego, que creo para eso va la pregunta. Si no se pone inmediatamente después de la mastectomía no hay ningún problema. Se puede poner después.

Otra forma de reconstruir que también usamos mucho es para pacientes que están radiadas, aquí tiene mucho que ver la complexión de la paciente, si es llenita, gordita, si es alta, si es chaparrita, es muy importante el tamaño de la otra mama, lo que hacemos es tomar el músculo de la espalda, se llama músculo dorsal, es un músculo que tenemos en la espalda, y es un colgajo que rotamos hacia adelante con todo el músculo, hacemos un agujerito y ya sea que pongamos un expansor, o también en muchos casos podemos poner también debajo de colgajo un implante definitivo.

VB: ¿Qué es mejor?

RG: Les voy a explicar algo muy importante, es muy frecuente y les puedo decir que el 99% de las pacientes que llegan con nosotros casi

casi ya llegan con su plan de cirugía, y ahorita les voy a contar de una cirugía divina que me fascina y que todas las mujeres quieren esa.

Los doctores nos basamos en lo que es mejor para cada paciente. Todas las pacientes quieren, pues el colgajo que se toma del abdomen al busto, pues porque quedan, yo le digo el paquete barbie, pero no todas las mujeres pueden tener este tipo de procedimiento, ¿Qué es mejor? Lo que cada paciente necesita. ¿Ok? Y no todas las pacientes son iguales, entonces el tema de los colgajos dorsales también los usamos mucho, con expansores es otra forma, lo que les estoy contando, de que tomamos del abdomen, eso nos ayuda mucho para mujeres que tiene sobre todo, pues una pancita, con un buen volumen que yo creo que es de las pocas veces que “pónganse a comer”, y es una cirugía, relativamente aparatosa, un poco larga, pero con unos beneficios increíbles porque las mujeres quedan planitas, como una abdominoplastía, se hace un túnel en el torax, y todo lo que es grasa, músculo y piel se sube para arriba, entonces queda de muy buen volumen. Ahí depende mucho de la habilidad del cirujano plástico, que eso vamos a hablar más al ratito, quién puede hacer una reconstrucción es una cirugía que nos gusta muchísimo hacer y las mujeres quedan felices.

Y hay otras dos formas de reconstruirse, que también se usan, que es, los libres, que son colgajos libres, ¿Qué es eso? Que se puede tomar cualquier parte, generalmente también tomamos del abdomen, de las pantorrillas, eso es un entrenamiento muy específico, muy pocos cirujanos plásticos acá están entrenados para hacer esto, además de que en el hospital tienen que tener un



microscopio, y todo eso, nosotros las hacemos y es una forma, es la tendencia y en el mundo es lo más novedoso que hay, y como se están reconstruyendo, se llaman colgajos libres.

La última forma que también se está usando es cuando tomamos grasa de algún otro lugar y tipo inyección se va inyectando en varias sesiones, eso también es para mujeres que tienen una mama más chiquita, les sobra grasita, es un procedimiento tardado.

Algo muy importante, como ven todo lo que les acabo de platicar, las mujeres vienen y creen que es una cirugía y ya están, No. O sea es un proceso que alrededor toma un año para quedar perfecto, o lo más simétrico y estético posible. Lo más importante es que no es una cirugía, generalmente son dos o tres para que quede muy bien.

VB: ¿O sea una es el expansor?

RG: El expansor o la rotación del colgajo o cuando se sube la grasa del abdomen, y se hace otra cirugía para afinar detallitos, lo más importante y lo que creo que le da la visión estética es, a las mujeres que se les quitó el complejo del pezón, la reconstrucción del complejo areola y pezón.

El pezón se reconstruye con colgajos de la misma piel que se puede tomar de la ingle y estamos usando nosotros una técnica que me fascina que es el tatuaje, entonces se tatúa y se puede hacer como un tatuaje el tercera dimensión para que parezca que hay pezón. Entonces si las mujeres quieren tener pezón se hace un colgajo de piel, pero este es un procedimiento que es como la cerecita del pastel para que queden perfectas, estas son las técnicas de reconstrucción si lo que quieren es reconstruir. Si tienen alguna duda, pues váyanlas poniendo, espero haber sido muy clara.

VB: Por ejemplo, aquí nos preguntan que si ¿Recomiendas cuando tienes una lumpectomía reconstruir las dos o sólo una? ¿Es posible que queden igual?

RG: A ver, la realidad es que existe una psicosis a nivel mundial de “Ya, me quiero quitar todo” ya me dio en un lado, me quiero quitar el otro. No es correcto hacer eso sin antes tener una prueba genética que nos diga si hay más genes que nos demuestre que estamos propensas a desarrollar la enfermedad. Entonces número 1, aumentan muchísimo los costos de la cirugía, aumenta mucho el tiempo de cirugía, y la realidad, es que para reconstruir si quedan mejor las dos reconstruidas que una sola, no estoy diciendo que una sola no quede bien, queda muy bien, pero para reconstruir y que queden muy bien, se ven mejor las dos.

Pero si se la quieren quitar nada más por psicosis de “no me vaya a dar en el otro lado” existen varios criterios y guías que te dicen si sí hay que quitar el otro lado o no, no es al gusto del médico o del paciente.

VB: Y otra vez respecto a los tiempos, nos decías que ¿Cuánto hay que esperar? Pues a veces es un año, con ustedes, pero ¿En promedio es a los 5 años? Con el tratamiento hormonal.

RG: Exactamente, no todas las mujeres reciben tratamiento hormonal, pero, también si nos apegamos a lo que nos dicen las guías, es a los 5 años, pero nosotros hemos visto, y se ha visto en todo el mundo y está muy bien documentado el impacto que tiene la reconstrucción inmediata, inmediata es luego luego después de la mastectomía, o a los pocos meses o años.

VB: Pero por ejemplo, con esta nueva norma de la que estamos platicando, ¿Cambiará este protocolo de usar el expansor, esto tiene que ver con lana disponible? Si alguien llega y dice “Me quiero reconstruir, ya conseguí el expansor, puedo llegar y decir aquí está mi expansor?”

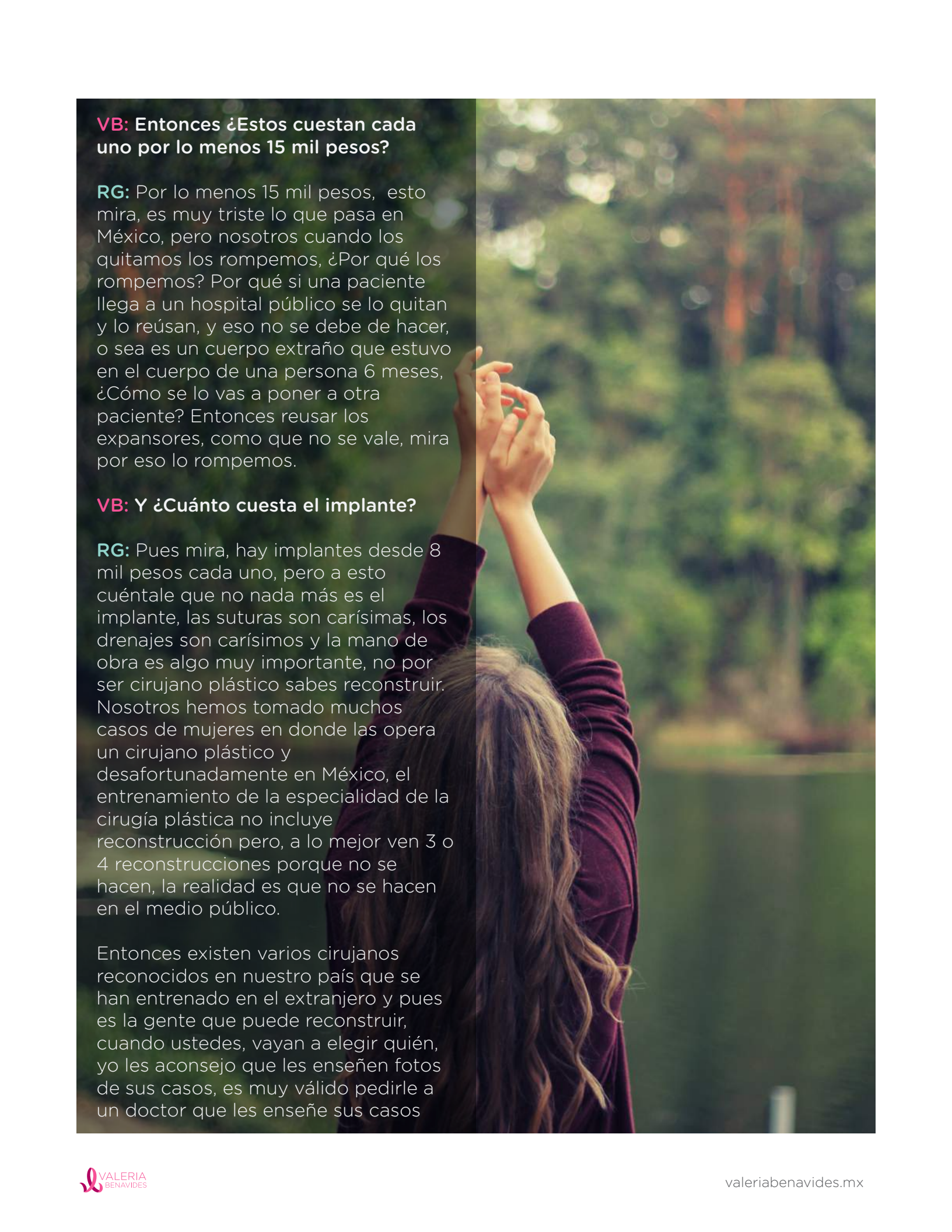
RG: Sí y yo creo que de verdad hace nueve años que a mí me dio cáncer e hicimos fundación alma para que ninguna mujer se quede sin el tratamiento de reconstrucción, y estamos a dos de lograrlo y justo estamos en las pláticas y vamos a reformar la ley. Que todas las mujeres salgan con expansor sería lo ideal, espérense a junio, a ver que logramos.

VB: ¿Dónde se fabrican?

RG: Hay varias fábricas que las hacen, en México no hay, a mí me tocó ir a Francia, me tocó ir a Edimburgo, ahorita voy a ir a Alemania, hay otra en Costa Rica.

VB: ¿Y todas son con el mismo material, criterio?

RG: Existen marcas que están aprobadas por la FDA que es el europeo, y sí hay que fijarnos que no sean Chinas o que no tengan ningún control de calidad porque sí es un tema delicado. Pero bueno las marcas que tenemos en México y que ponemos en la mayoría son marcas certificadas y muy buenas.



VB: Entonces ¿Estos cuestan cada uno por lo menos 15 mil pesos?

RG: Por lo menos 15 mil pesos, esto mira, es muy triste lo que pasa en México, pero nosotros cuando los quitamos los rompemos, ¿Por qué los rompemos? Por qué si una paciente llega a un hospital público se lo quitan y lo reusan, y eso no se debe de hacer, o sea es un cuerpo extraño que estuvo en el cuerpo de una persona 6 meses, ¿Cómo se lo vas a poner a otra paciente? Entonces reusar los expansores, como que no se vale, mira por eso lo rompemos.

VB: Y ¿Cuánto cuesta el implante?

RG: Pues mira, hay implantes desde 8 mil pesos cada uno, pero a esto cuéntale que no nada más es el implante, las suturas son carísimas, los drenajes son carísimos y la mano de obra es algo muy importante, no por ser cirujano plástico sabes reconstruir. Nosotros hemos tomado muchos casos de mujeres en donde las opera un cirujano plástico y desafortunadamente en México, el entrenamiento de la especialidad de la cirugía plástica no incluye reconstrucción pero, a lo mejor ven 3 o 4 reconstrucciones porque no se hacen, la realidad es que no se hacen en el medio público.

Entonces existen varios cirujanos reconocidos en nuestro país que se han entrenado en el extranjero y pues es la gente que puede reconstruir, cuando ustedes, vayan a elegir quién, yo les aconsejo que les enseñen fotos de sus casos, es muy válido pedirle a un doctor que les enseñe sus casos



¿no? Y ver si realmente sabe reconstruir, porque pues si queremos hacer que todas las mujeres tengan acceso a una reconstrucción y el siguiente paso es decidir quién puede hacer una reconstrucción porque no todos pueden certificar.

VB: ¿Cuánto cuesta un cirugía de reconstrucción?

RG: Miren, sé que los mejores doctores en México, de reconstrucción, pueden cobrar hasta 200,000 pesos de puros honorarios más todo el hospital. Ojo, hay muchos seguros que ya están pagando la reconstrucción, entonces también las mujeres que tienen acceso este es un dato muy curioso: sólo el 8% de la población tenemos un seguro médico. Las pacientes tienen que saber cuáles son sus derechos y exigir sus derechos. En un medio público, como por ejemplo, sé que los trabajadores de ISSTE tienen acceso a reconstrucciones pero en el IMSS no. El seguro popular pues sí paga los tejidos autólogos pero no paga el expansor.

VB: ¿Qué quiere decir tejidos autólogos?

RG: No, no. Los tejidos autólogos es cuando te toman de tus propios tejidos para poner en el área del seno. No te ponen nada externo. La realidad es que en el seguro social quién tiene realmente el entrenamiento para hacerlo.

VB: Justo hablando de este tema, pregunta Cecilia. Ya tuve mi cita con el doctor y dice que sí es posible pero que tengo que subir de peso y me gustaría saber ¿es verdad que se puede infectar? ¿hay pacientes en terapia intensiva? Más bien la pregunta es, ¿qué tan riesgoso es?

RG: Las infecciones no están en manos de los doctores, están en los hospitales, le puede dar a cualquiera. Hay algunos hospitales que son más propensos y sabemos que todas las pacientes que entran a ese hospital se infectan. Yo lo que le digo sobre subir de peso es sí, tiene que haber un volumen porque la grasa es senecrosa entonces no queda bien. Sí hay un peso, ni muy gorditas ni muy flaquitas, para poder tomar el pedazo ideal para que se cree el volumen. Lo único que le diría es que se asegure de que el doctor que le va a hacer el colgajo abdominal está entrenado para hacerlo.

RG: Sobre todo las cirugías donde se quita del abdomen, la recuperación son 6 semanas, hay que estar con una faja durante ese tiempo. Es como una cesárea mucho más grande en el abdomen y en el área del busto. Todas las cirugías son dolorosas pero nada que no sea manejable. Todas tienen alguna complicación pero si es médico certificado, si es en un lugar apropiado pues no tiene por qué pasar a mayores. Es el riesgo de cualquier otro tipo de cirugía.

VB: ¿Qué otros riesgos pueden existir? Fuera del típico “ me contagié de algo que no...” ¿hay algún otro riesgo importante?

RG: Hay muchas mujeres que pueden rechazar el implante o el expansor. El material se puede rechazar y qué es lo que pasa, se abre la herida y simplemente pues el cuerpo está rechazando eso. ¿Qué hay que hacer? Pues se vuelve a abrir y se quita el implante o el expansor. Eso no quiere decir que en una segunda cirugía, si de verdad se quieren reconstruir, esperan un periodo de tiempo y volverlo a intentar.

VB: Puede ser que tu cuerpo lo rechaza por ser una cosa ajena y eso pues no está en nadie. Depende del organismo.

RG: Sí, depende de cada quien y el paciente debe entender que los doctores hacemos nuestro trabajo pero también hay factores externos que pueden complicar la cirugía. Está el anestesiólogo, todo lo que platicamos de los hospitales.

VB: ¿Cómo es la recuperación? ¿Larga? ¿Cuánto tiempo? ¿Qué tienes que hacer a nivel cuidados?

RG: Dolorosa. Larga. Muy importante, nadie te lo dice pero hemos tenido varias pacientes que tienen mascotas en su casa y ya tengo varias pacientes que se infectan porque están acostumbradas a abrazarlos, besarlos, dormir con ellos. Lo primero que le digo a los pacientes es que si tiene mascotas, por lo menos 8 semanas por favor no estés cerca de ellos. La recuperación es larga según el tipo de cirugía que sea, la más larga es la del colgajo abdominal, son 6 semanas que tienen que estar con una faja. Lo más doloroso es el tema de los drenajes, también se dejan drenajes y es muy importante cuidarlos hasta que dejen de drenar. Esto va desde 3 días hasta una semana, semana y media.

VB: ¿Es similar al drenaje de la primera cirugía?

RG: No es similar, es igualito. Igual de doloroso, igual hay que cuantificarlo. Su ubicación depende de la cirugía y dónde se haya hecho. Debes usar un brassier especial, 6 semanas sin hacer trabajos de brazo, sin cargar. En eso radica el éxito de la cirugía, en que la paciente se cuide y evolucione como tenga que evolucionar.

VB: ¿Dónde tenemos que investigar? ¿A dónde tenemos que ir cuando no sabemos qué hacer? ¿Qué nos sugieres?

RG: Miren, lo primero es asegurarse que si van a ir con cirujano plástico es asegurarse de que está certificado por Asociación Mexicana de Cirugía Plástica y Reconstructiva y lo segundo que les digo que sean doctores que hayan tenido entrenamiento en reconstrucción mamaria. Hoy existe un programa del gobierno de la CDMX en el hospital Rubén Leñero, en el cual pude sembrar la semilla. Hoy lo llevan doctores que no sé cuál haya sido su entrenamiento reconstrucción pero pueden ir ahí y las reconstruyen porque en algún momento

dijo que todas las mujeres tienen acceso a una reconstrucción. Vayan y exijan sus derechos, que el jefe de gobierno lo haga válido. Asegurarse de que la persona que está haciendo el procedimiento, está certificada y sabe cómo hacerlo.

VB: ¿Qué tan cierto es que cuando recibes radiación, no pueden hacerte la técnica del colgajo de abdomen para poder reconstruir?

RG: El único procedimiento contraindicado en las pacientes de radiación es la colocación del expansor. Pero es excelente técnica poner un colgajo abdominal porque lo que hacemos es que se quita toda la piel radiada y se va a la basura y lo que queda es piel sana del abdomen. Relleno de grasa tampoco es tan bueno porque la piel se tiene que estirar un poco pero de que hay técnicas y hay opciones, las hay para todas las pacientes.

VB: Platicamos en un inicio de que lo más importante es que como mujer quieras hacerla. Al principio es el shock de qué tengo que hacer pero cuando de pronto te dan la noticia y tiene que tomar decisiones, ir a médicos, ir a estudios. Dices, pues yo voy y hago lo que sea necesario. Pero yo siento que, la clave también tiene que ver no sólo con quererlo pero también estar preparada.

Ya pasaste por una primera etapa, ya pasaste seguramente por un tratamiento y estás bastante lastimada todavía.

RG: Justamente tenemos esta alternativa que son prótesis externas, hay una gran cantidad de mujeres que fue tan traumático el tema de la mastectomía que ya no quieren volver a pisar un hospital, ya no quieren volver a

entrar a un quirófano sobre todo las mujeres de edad avanzada entonces existen estas prótesis de gel de silicon que no necesitan un brassier especial pero te la pones en el brassier y se ve igual, divina. Le solucinamos a las pacientes un gran problema, sobre todo a las que no se quieren operar. Las que sí se quieren operar, hay dos cosas muy importantes: 1. Ellas son las que deciden sobre su cuerpo 2. Nos llegan mucho con la pareja y ellos deciden como quieren.

Hay muchas mujeres que dicen bueno si ya me lo voy a hacer, me lo hago más chico o más grande. Esa es una decisión de la mujer y a veces piensan “Es que mi esposo al quiere...” pues no su esposo, es lo que cada mujere quiera. Tienen que estar convencidas de que lo quieren hacer, que no es un procedimiento fácil, que toma al menos un año para que me reclamen si quedaron bien o mal. Al año es cuando ya hacemos el tatuaje, etc...

VB: ¿Qué pasa si yo soy una de esas mujeres que no me quiero operar pero a lo mejor en 10 años se me antoja?

RG: No hay límite, nosotros tenemos pacientes de 80 años y es muy válido. La feminidad no se pierde nunca. Tenemos pacientes mayores que están perfecto y se quieren reconstruir. Claro que las reconstruimos.

VB: ¿Cuánto tiempo te puede durar el expansor?

RG: Lo puedes dejar el tiempo que sea, no puede ser definitivo. Existen unas prótesis expansores, se llaman Expansores de Baker de válvula remota. Tienen una manguera y lo que se hace es que se llena con la manguera; cuando llega a su capacidad, se corta la manguera y queda como un implante. No lo usamos mucho porque sí tiene muchas

complicaciones pero sí hay muchos doctores que lo usan para ahorrarse un procedimiento quirúrgico.

Un expansor se puede quedar mucho tiempo, no es lo recomendable porque además no se ve bien. Tú puedes distinguir a una paciente cuando tiene un expansor se ve duro, se ve como una piedra nada que ver cuando ya tienen un implante.

Nos pasa mucho cuando las pacientes las operan en un lugar, y luego no les dicen que no les van a dar el implante entonces se quedan con el expansor mucho tiempo. No pasa nada pero no es lo ideal.

VB: Justo aquí tenemos el caso de una mujer que nos dices que si hay alguna ayuda para conseguir implantes porque se quedó con su expansor varios años...

RG: Sí debe de haber, la verdad es que en fundación ALMA es tanta, tanta la demanda que no estamos tomando pacientes que ya han sido operadas. Digo en este momento, no sé en un futuro. Pero por ahora, si nosotros no les pusimos el expansor y no les pusimos el implante, no podemos apoyarlas. Por el momento. No sé si cuando pase esta ley podemos hacerlo que para mí sería algo increíble.

VB: Una última pregunta ¿qué relación /riesgos hay cuando eres una mujer joven que está pasando por esto, quieres ser mamá, amamantar? ¿Se vale reconstruirte? ¿Hay que esperarse? ¿Cuándo lo haces?

RG: Amamantar definitivamente no, tenemos que ser muy cuidadosos con qué tejidos tomamos, qué técnica vamos a usar. A lo mejor si es una paciente joven y no está radiada y le podemos poner un expansor está muy bien. Pero por ejemplo hacerles un colgajo abdominal para que después se vayan a embarazar, prácticamente no, por eso para del interrogatorio es tomar en cuenta estos factores para brindarle a la paciente la mejor solución al momento y a futuro. Pero no es un impedimento para no reconstruirse.

VB: Mucha información, con mucho detalle y además lo explicaste muy fácil además de que estoy segura que habrán más dudas que vamos a necesitar resolver.

RG: Voy a pasarte un artículo que el maestro de muchas de nosotras escribió que en México es una eminencia, el Doctor José Luis Haddad, es el único latinoamericano que ha escrito un libro sobre reconstrucción en español. El escribió un artículo que yo lo tengo y le voy a pedir su autorización para que lo puedas publicar y ahí explica todo precioso.

VB: Por último, para las mujeres que no tenemos este conocimiento técnico, esta experiencia, y te lo cuento porque a mi me ha costado mucho escribir de ciertas cosas; siempre tengo que recurrir a fuentes de información que no están en nuestro idioma. Me cuesta mucho leer en las fuentes de información de los recursos que tenemos en México, entro al INCAN y no entiendo nada, si me meto a leer la norma, no entiendo nada.



¿Qué nos recomiendas? ¿A quién le preguntamos? ¿Cómo preguntamos? Más allá de tu médico, de pronto hay mucho trabajo personal de que quieres leer y no sabes ni dónde empezar.

RG: Creo que hay habemos muchas fundaciones que tenemos mucha información también está la guía del paciente de Salvati. Existe información muy válida de muchas fundaciones. Hoy te metes a Youtube, también hay que ver mucho eso, cuál es la fuente. Te puedes meter a páginas en Internet y las puedes traducir pero yo creo que más que nada, a mi como dejando una parte el lado de doctora, platicar con mujeres que han pasado por lo mismo es la mejor referencia.

Para mí, lo que más me sirvió, fue platicar con mujeres que estaban pasando por lo mismo o que ya lo habían pasado y que nos platicuen, la experiencia es muy válida.

Existe también el manual del paciente de la Asociación Mexicana de la Lucha contra el Cáncer, a mi ese libro se me hace muy valioso porque hay explican cómo un paciente de cáncer, tiene y debe hacer sus derechos en nuestro país.

Porque tenemos acceso a muchas cosas y nos quedamos en lo que diga el médico. Nuestro sistema de salud, el seguro popular, el ISSTE; funcionan. Lo que estamos fallando es que los pacientes no saben cuáles son sus derechos. Es un manual que todas las pacientes deberían de leer el primer día.