

LA ENFERMEDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL QUE DA LAS MALAS NOTICIAS

Cuando pasamos la Consulta de la Unidad de Mama, y con mucha frecuencia después de pasarla, las personas que habitualmente atendemos a las pacientes escuchamos preguntas de ellas o de sus familiares referidas a l@s cirujan@s que las han atendido. Preguntas como:

¿PORQUE A LA HORA DE HABLAR CON LAS PACIENTES EL PERSONAL MEDICO ES TAN DIFERENTE?

¿PORQUE ALGUN@S HABLAN TAN CLARO Y A OTR@S NO HAY FORMA DE ENTENDERLES?

¿PORQUE ALGUN@S CIRUJAN@S PARECEN FRI@S Y OTR@S PARECEN CALID@S?

¿PORQUE ME TRANQUILIZO SI VEO A DETERMINAD@ CIRUJAN@ ESE DIA EN LA CONSULTA... Y A OTR@S NO QUIERO NI VERL@S?

¿QUE ES LO QUE PIENSA EL/LA CIRUJAN@ CUANDO ME DA MALAS NOTICIAS?

¿PIENSA ALGO DE VERDAD?

¿SIENTE?

¿LE IMPORTA?

La Formación de l@s cirujan@s se realiza sobre todo en dos lugares, en la Facultad de Medicina a lo largo de 6 años de carrera y en la Residencia donde aprendemos la especialidad de Cirugía a lo largo de otros 5 años. 11 años para formar un@ cirujan@. El/La cirujan@ asumirá las enseñanzas en función de lo que más le interese, de lo que aprenda, de lo que vea a su alrededor y de la forma en la que su personalidad elabore y dé forma a toda esa información. Por eso somos tan diferentes. En las Facultades no nos enseñaron a dar malas noticias ni realmente nos enseñaron cual era la mejor forma de hablar a las pacientes, ni de escucharlas. Los estudiantes no pedíamos esa formación porque durante el aprendizaje rara vez fuimos sometidos a situaciones que en nuestra vida profesional tenemos que afrontar casi diariamente.

La Formación afortunadamente ha ido evolucionando y se aprecian grandes diferencias en la forma de hablar con las pacientes entre cirujan@s mayores de 50 años, entre 40 y 50 años y l@s menores de 40, siempre con excepciones en todos los grupos...afortunadamente las nuevas generaciones son mucho mejores de lo que nosotros somos.

La evolución del tratamiento quirúrgico del Cáncer de Mama hay que entenderla dentro de la Historia de la Cirugía en un contexto de cirujanos (antes todos varones) en el que operar a una paciente de un cáncer de mama no aportaba el “prestigio” que daba otro tipo de cirugías equivocadamente llamadas “mayores”. Los cirujanos eran sobre todo cirujanos digestivos y la mama carecía de interés profesional para ellos (en la actividad pública) porque no aportaba retos profesionales técnicos. Una mastectomía, que era la cirugía que se realizaba entonces, no era salvo excepciones considerada como un reto quirúrgico y se le consideraba como una cirugía “menor”. Afortunadamente las nuevas líneas de pensamiento entre los cirujanos han conseguido demostrar que tan importante es que se haga una cirugía de mama correcta como un trasplante

hepático correcto. Operamos pacientes, no patologías...y cada paciente es un mundo que debe ser intervenido siempre con los máximos estándares de calidad

La tendencia ha evolucionado hacia la creación de Unidades de Mama en las que trabajan especialistas multidisciplinarios (Radiología, Anatomía Patológica, Medicina Nuclear, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Psicología, Ginecología, Cirugía General) dedicados en profundidad a la patología de la mama y que consiguen obtener resultados mucho mejores en todos los parámetros que suponen un aumento de la calidad de la atención a los pacientes.

La dedicación más o menos intensa al cáncer de mama hace que el interés del especialista sea muy variable en su nivel de conocimientos y de implicación con los pacientes

La dedicación, el estudio y la personalidad del-de la cirujan@ hace que se puedan clasificar en cuatro grupos

- 1.- Cirujano caliche (el cirujano que le dice a la paciente que “ese bultito es un caliche que te lo quito yo con la punta de la navaja”)...en este tipo de cirujano no hay diferencia de género....
- 2.- Cirujan@ neutro. Puede parecer frío pero hará lo posible porque las cosas vayan lo mejor posible
- 3.- Cirujan@ implicado
- 4.- Cirujan@s muy implicados

Al final implicarse es una decisión personal, a algún@s compañer@os les compensa, a otros no. Las tres últimas personalidades creo que son aceptable porque hacen su trabajo bien, la primera es irrecuperable

El /La cirujan@ tiene que intentar adaptar el lenguaje a la paciente que en ese momento está en la consulta pero para hablar con las pacientes hay que tener una formación sólida y para tener esa formación el/la cirujan@ debe estudiar a lo largo de toda su vida profesional y estar al tanto de todas las técnicas que se realizan en la cirugía de la mama, radicales, conservadoras, oncoplásticas y reconstructivas. Y si el/la cirujan@ no conoce el tema en profundidad, lo que puede ocurrir por la complejidad de la patología, pregunta, y para eso hemos creado los Comités de Mama. Para que todo funcione es vital el apoyo por parte de los Jefes de Servicio y las Direcciones de los Hospitales Públicos, que afortunadamente también han evolucionado con el tiempo y ahora le conceden a la cirugía de la mama la importancia real que ocupa teniendo en cuenta que llega a ser cerca del 20% de la actividad de un Servicio de Cirugía General.

Un@ cirujan@ cálid@ debería ser capaz de

1. Transmitir serenidad
2. Transmitir conocimientos
3. Transmitir control absoluto de la situación
4. Contestar con el mismo interés todas las preguntas por raras que parezcan
5. Adoptar un lenguaje sencillo

6. Darle la importancia que la enfermedad tiene, que es mucha, porque para esa paciente en ese momento tiene toda la importancia del mundoporque es su vida
7. Decirle a la paciente que sus reacciones de tristeza son normales, que si quiere llorar que llore, que nunca reprima las emociones
8. Decirle que acaba de comenzar una maratón pero que esa maratón terminará y podrá volver a llevar una vida “casi” como la de antes
9. Decirle que a lo largo de esa carrera habrá días buenos y días malos pero que al final los primeros superarán a los segundos
10. Decirle que sabemos que la mayoría de las cosas que le hemos dicho son difíciles de entender y que siempre que quiera puede volver a preguntarnos las dudas
11. Decirle que estamos allí para contestarlas
12. Decirle que si tiene dudas no se fie de las opiniones de los vecinos, ni de los “amigos” que en cuanto se enteren acudirán corriendo a contarles “historias” muchas de ellas desagradables...que si tiene que preguntar lo haga siempre a profesionales que conozcan el tema
13. Que si creen que necesitan apoyo o necesitan hablar con alguien que ya haya pasado por ello acuda a AMUMA o a Asociaciones de Mujeres Afectadas
14. Que al final todo irá bien y que si no va bien todos los profesionales implicados haremos todo lo posible para que vaya bien y lucharemos con ella

Con la experiencia el profesional aprende a adaptarse a las reacciones de las pacientes

El que las pacientes se tranquilicen al ver a determinad@s cirujan@s en la consulta se suele deber a que establecen relaciones de confianza variable con el personal sanitario que las tratan. Quieren al/a la cirujan@ que las ha tratado bien y huyen del que las ha ignorado o piensan que las ha tratado mal o simplemente no conocen, siendo esta reacción a veces injusta en un Sistema de Salud Pública en el que se trabaja en equipo. También, al final, l@s cirujan@s tenemos pacientes a las que tomamos más cariño...y se nos nota

Porque un@ cirujan@ cambia cuando se da cuenta de que la vida de la pacientes nunca volverá a ser la misma desde el momento en el que se sienta delante y le tiene que decir que tiene un cáncer de mama. Y creo que ese es el momento en el que el/la cirujan@ debe humanizarse mas y convertirse en “cirujan@” con todo lo que ello implica de labor humana, profesional y social.

No le podemos pedir al/a la cirujan@ que se ponga en la piel de la paciente porque realmente nadie puede, lo que si podemos hacer es, como dice el Dr. Jovell, confortar, cuidar y curar. Lo que nunca debe suceder es que la paciente salga de esa primera consulta con la sensación de que se va a morir y de que la vida se le acaba, porque no hay nada más lejos de la realidad. Hay que transmitir esperanza aunque la paciente no entienda el porqué ni crea en ella

Todos l@s profesionales que damos malas noticias sentimos. A ningún@ nos gusta hacerlo y cada un@ de nosotr@s utiliza sus mecanismos de defensa porque si no la situación sería insoportable. En ocasiones esos mecanismos de defensa se interpretan como frialdad o

desinterés pero nadie da una noticia así y se queda como si nada hubiese ocurrido. Pero por dura que parezca la situación siempre hay otra paciente esperando pasar que merece ser atendida en las mejores condiciones que podamos. Al final cada uno de nosotros siente en función de múltiples factores, la cercanía de la paciente, la edad, la reacción, el apoyo familiar, el pronóstico...

Pero la paciente debe de pensar que a tod@s nos importa. Tod@s pagamos un peaje por ello pero siempre pensamos que el peaje de las pacientes es infinitamente mayor que el nuestro y nos centramos en lo positivo para la paciente. A veces lo puedes hacer pero otras no es tan sencillo.....lo que si es cierto es que nunca hablamos entre nosotros de ello, cada uno lleva su parte dentro y la lleva como puede.

Y un pensamiento final, lo que denominamos el efecto Tiffany

CADA PACIENTE ES UN MUNDO INDEPENDIENTEES EL MEDICO EL QUE SE DEBE DE ADAPTAR AL PACIENTE



Dr R Pardo García

Coordinador de la Unidad de Mama

Cirujano General y del Aparato Digestivo

Hospital General de Ciudad Real

Miembro de la Junta Directiva de AMUMA