

Revista

de la Fundación Valle del Lili

Octubre de 2010 • Edición N°

27

ISSN 1794-4589

••••• PRECIO AL PÚBLICO: \$5.000 •••••



CÁNCER DE MAMA EN LA
FLOR DE LA VIDA




VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 4872000 (Ext. 3000)
Línea de Atención al Paciente: 4872001 (Ext. 3000)



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

UNIDAD DE CÁNCER

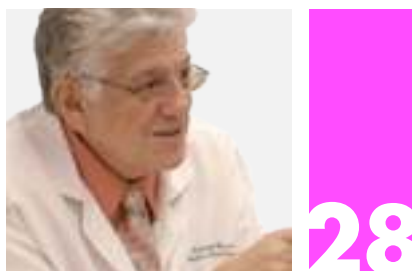
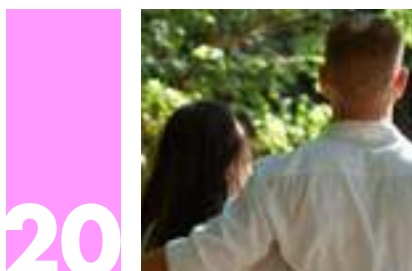
preocupados por brindarle la mejor y más especializada atención

- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía de mama
- Cirugía de tumores de tejidos blandos
- Cirugía de tórax
- Cirugía de tracto gastrointestinal
- Cirugía de colon y recto
- Cirugía de Cáncer Hepatobiliar
- Cuidados Paliativos
- Dermatología Oncológica
- Ginecología Oncológica
- Ortopedia Oncológica
- Urología Oncológica
- Cirugía Oncológica
- Clínica de Infusiones
- Hematología
- Hemato-Oncología de Adultos
- Hemato-Oncología Pediátrica
- Medicina Nuclear Molecular
- Oncología Clínica
- Patología Molecular
- Quimioterapia
- Radioterapia
- Trasplante de Médula Ósea





PORTADA 16



2 >> EDITORIAL

30 >> DIRECTORIO

4 >> CÁNCER PULMONAR: LA EPIDEMIA DEL SIGLO XX

6 >> CUIDADO INTENSIVO PARA LOS PACIENTES CON CÁNCER: ¿QUÉ HA CAMBIADO?

8 >> CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

10 >> TERAPIAS ALTERNATIVAS EN EL PACIENTE CON CÁNCER

12 >> RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMORES DEL SISTEMA DIGESTIVO

14 >> VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: ENEMIGO LATENTE Y DESCONOCIDO

16 >> CÁNCER DE MAMA EN LA FLOR DE LA VIDA

20 >> LA PAREJA Y EL CÁNCER

22 >> MIELOMA MÚLTIPLE

24 >> DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER GASTROINTESTINAL

26 >> TUMORES CEREBRALES Y DE LA MÉDULA ESPINAL

28 >> CUIDADO PALIATIVO VS. CALIDAD DE VIDA

29 >> BRAQUITERAPIA

» EL CÁNCER DE MAMA ES UNA REALIDAD

La Unidad de Cáncer de la Fundación Valle del Lili desarrolla el Programa para la detección temprana de cáncer de mama en el Distrito de Aguablanca en Cali desde hace 6 años. Éste se ha realizado en varios hospitales y en el último año, se ha concentrado en el Hospital Isaías Duarte Cancino.

Desde marzo de 2010 han asistido 121 pacientes a la consulta con cirugía oncológica, las cuales han sido remitidas a la Fundación Valle del Lili desde los diferentes hospitales de nivel I y las atendidas en el Hospital Isaías Duarte Cancino. De las 121 pacientes se encontraron 29 nuevos casos de cáncer de mama y uno de ellos, fue una paciente de 19 años de edad, con nódulos en ambas mamas. El resultado de las biopsias fue un Carcinoma de mama bilateral y al realizar todos los estudios de extensión, se identificó una enfermedad metastásica a hígado y pulmón. Este caso motivó el artículo central de esta revista.

La Unidad de Cáncer de la Fundación Valle de Lili hace un llamado a las mujeres en general: jóvenes, adultas-jóvenes y adultas-mayores, ya que esta enfermedad se puede presentar en cualquier grupo de edad. «

DIANA FELISA CURREA P., MD.

Cirujana Oncóloga • Fundación Valle del Lili



Institucional

La **Alianza de Usuarios de la Fundación Valle del Lili**, informa que el día lunes 23 de agosto de 2010, se llevó a cabo la Asamblea General, en la cual se eligió la Junta Directiva para el período 2010 - 2012. Se programó una reunión extraordinaria para la revisión y aprobación de estatutos.

Cualquier información adicional, por favor contáctenos a través de nuestra dirección electrónica:
alianzausuarios@fcvl.org



Un señor de alrededor de 50 años entró discretamente a un café y se sentó en una mesa desocupada. Antes de hacer su pedido, no pudo dejar de notar un grupo de hombres más jóvenes sentados en una mesa cercana. Se estaban riendo. Y le resultó obvio que se estaban riendo y burlando de él...

No tardó demasiado en recordar que llevaba puesto un pequeño lazo rosado colocado sobre la solapa de su chaqueta y que éste era el motivo de las risas. Al principio los ignoró, pero las risas comenzaban a irritarlo.

Miró a uno de ellos, señaló su lazo y le preguntó: ¿Esto te causa gracia?

Los hombres se miraron entre sí, desconcertados. Aún tratando de contener la risa, uno de ellos le contestó: No lo tomes a mal, sólo comentábamos lo lindo que te queda el moño rosado con ese saco azul!

Con un gesto amistoso, el señor invitó al bromista a sentarse a su mesa. Incómodo como estaba, el joven aceptó, sin saber bien para qué. Con voz muy calmada, el señor le explicó:
Llevo puesto este lazo rosado para alertar a todos sobre el cáncer de mama. Lo llevo puesto en honor a mi madre.

Señor, perdone usted. ¿Su madre murió de cáncer de mama?

No, no está muerta. Felizmente está viva y muy bien de salud. Pero fueron sus senos los que me alimentaron cuando era un bebé. Y en sus senos fue donde descansó mi cabeza cuando estaba atemorizado o triste cuando era un niño pequeño. Estoy muy agradecido por los senos de mi madre y por la salud de la que goza hoy.

Hummm – contestó el joven – ¡claro!

También llevo puesto este lazo rosado en honor a mi esposa, siguió el señor.

¿Ella también está bien?, preguntó el muchacho.

Oh, sí. Ella está perfecta. Y con sus senos alimentó y nutrió a nuestra hija hace 23 años. Estoy muy agradecido por los senos de mi esposa y por su salud.

Entiendo. Así que supongo que también lo llevas puesto en honor a tu hija.

No, ya no puedo llevarlo puesto en honor a mi hija, para eso es tarde. Ella falleció de cáncer de mama hace un mes. Creyó que era demasiado joven para tener cáncer de mama. Así que, cuando casualmente se notó un bulto, lo ignoró. Pensó que como no le causaba dolor, no había nada de qué preocuparse.

Ahora abatido y avergonzado, el joven le dijo: oh señor, cuánto lo siento...

Por eso, en memoria de mi hija, también llevo puesto este pequeño lazo rosado, porque me permite otorgarle a otro una oportunidad que yo ya no tengo. Así que ahora, ve y conversa esto con tu esposa y tu hija, tu madre y tu hermana, y también con tus amigos.

Y toma... El señor metió su mano en el bolsillo y sacó otro pequeño lazo rosado y se lo entregó al hombre joven. El muchacho miró el lazo y levantando su cabeza le preguntó al señor: ¿Me ayuda a ponérmelo?

Para las mujeres a quienes les estoy mandando este mensaje: visiten regularmente a sus médicos, aprendan a revisarse solas y háganse una mamografía. Para los hombres a quienes les estoy mandando este mensaje: no descuiden a las mujeres que aman y recuérdenselas con frecuencia que deben cuidarse. Creo que vale la pena hacer circular este mensaje entre sus amigos y seres queridos.

Autor: Perla Vass

En la noche se puede hacer claridad,
en un encuentro para decirnos
verdades que nos salvan.

¡VENGA!

Usted también puede
vivir esta experiencia única.



Noche Rosada 2010

Para las mujeres que aman la vida

Octubre 20 de 2010 • 6:30 p.m.

CONFERENCIA:

"Detección Temprana del Cáncer de Mama"

SHOW SORPRESA

Hotel Dann Carlton - Cupos Limitados

Inscripciones y confirmación de asistencia

Informes: 3319090 ext. 4915-4916

INVITA: UNIDAD DE CÁNCER

 **FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

Cáncer PULMONAR

Por **Mauricio Velázquez G., MD.** • Cirujano de Tórax

El cáncer pulmonar ha llegado a convertirse en la actualidad en la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. También se ha convertido en un problema importante para la salud y es una prioridad en las campañas de promoción y prevención.

PAPEL DEL CIGARRILLO EN EL CÁNCER DE PULMÓN

El cigarrillo es la causa del cáncer de pulmón en el 90% de los pacientes. Las personas fumadoras tienen un riesgo 20 veces mayor que las no-fumadoras de desarrollar un cáncer de pulmón. Aunque en ocasiones se ha mitificado un poco el concepto, es bien importante anotar que los fumadores de otras sustancias como los tabacos, la pipa y la marihuana también tienen mayor riesgo que los no-fumadores de desarrollar cáncer de pulmón.

Otro punto que se debe resaltar es la importancia en la cantidad de cigarrillos fumados y el tiempo en el que se han consumido. Triplicar el tiempo de fumador activo aumenta el riesgo de cáncer de pulmón en 100 veces si se compara con los no-fumadores. Lo anterior se ha vuelto de vital importancia en las campañas contra el tabaquismo que buscan desestimular en los adolescentes el inicio temprano del cigarrillo, teniendo en cuenta que esta población es la que tiene mayor posibilidad de fumar durante más tiempo. También se ha logrado demostrar que los fumadores pasivos tienen un aumento en el riesgo de cáncer de pulmón en un 30% comparado con las personas que no están expuestas al humo del cigarrillo.

El dejar de fumar siempre es importante; entre mayor tiempo haya transcurrido desde el momento en que se abandonó el hábito del tabaquismo, mayor es la disminución del riesgo de cáncer de pulmón sin llegar a ser igual al de los no-fumadores.

Por lo tanto nuestra misión como médicos es educar a la población a no adquirir el hábito del tabaquismo y en caso de existir, estimular al máximo su abandono.



La epidemia del siglo XX



PAPEL DE LA POLUCIÓN EN EL CÁNCER DE PULMÓN

Durante un día normal un adulto inhala aproximadamente 10.000 litros de aire y en este aire se han identificado carcinógenos generados por la combustión de sustancias, que a pesar de encontrarse en pequeñas concentraciones, siempre serán preocupantes como posible origen del cáncer de pulmón. Los estudios han mostrado que el vivir en ciudades con altos niveles de contaminación aumenta el riesgo para su desarrollo.



¿CÓMO HACER EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN?

Este es uno de los aspectos más difíciles de esta enfermedad, considerando que el cáncer pulmonar temprano no presenta síntomas y cuando se manifiesta, generalmente la enfermedad está muy avanzada para ofrecer algún tipo de tratamiento curativo.

Dentro de los principales síntomas a los que debemos estar atentos se encuentran:

- Tos: esta puede ser seca o productiva (desgarro o sangre).
- Dificultad respiratoria.
- Derrame pleural: Que significa la presencia de líquido en el espacio entre el pulmón y las costillas.
- Síntomas constitucionales: pérdida de peso, falta de apetito, fiebres nocturnas, desaliento.

Cuando una persona consulta con este tipo de síntomas el siguiente paso es hacer un examen físico muy completo y una radiografía de tórax, y dependiendo de los hallazgos, se decide la realización de estudios complementarios. Luego de tener las imágenes diagnósticas el siguiente paso es obtener muestras de tejido para hacer el diagnóstico patológico (Biopsia).

¿CÓMO SE TRATA EL CÁNCER DE PULMÓN?

Hasta el momento el mejor tratamiento para el cáncer de pulmón es una resección quirúrgica completa. Sin embargo la posibilidad de hacer este tipo de cirugía depende del estado clínico en que se encuentre la enfermedad.

Posterior a la cirugía se analiza la extensión de la enfermedad para definir si la persona requiere tratamiento adicional; en caso de requerirlo, se hace con Quimioterapia y/o Radioterapia.

Por **Marcela Granados S., MD. FCCM** • Jefe Unidades de Cuidado Intensivo Fundación Valle del Lili

CUIDADO INTENSIVO PARA LOS PACIENTES CON CÁNCER:

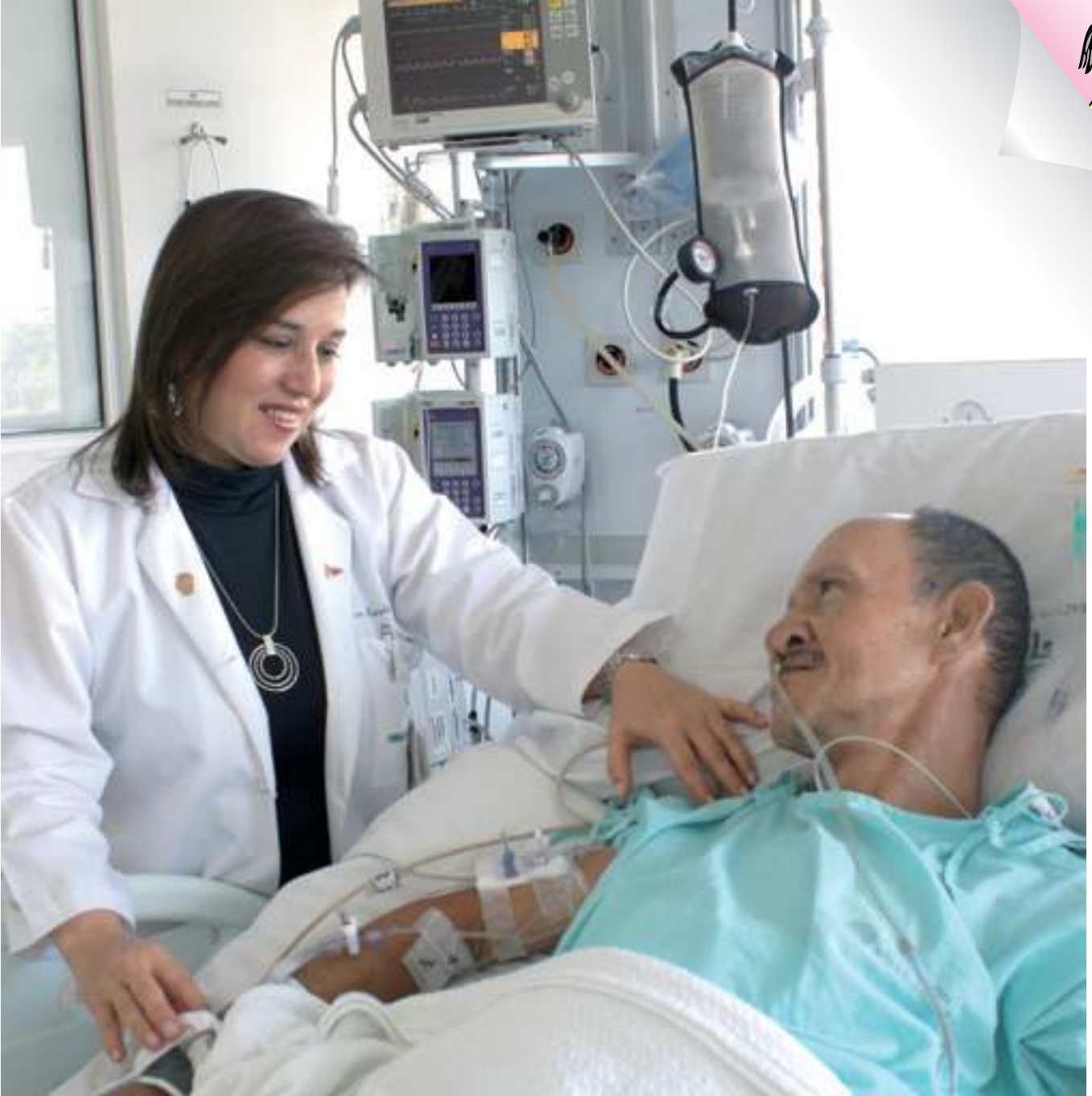
¿QUÉ HA CAMBIADO?

Es indiscutible negar los adelantos en el diagnóstico y manejo de los pacientes con cáncer. De igual forma, hemos evolucionado en el abordaje de un paciente con esta patología quien presenta una situación crítica y requiere una monitoría diferente, a solamente la evaluación clínica por el médico y personal de enfermería en hospitalización, esto es, equipos y personal muy entrenado que identifiquen tempranamente una descompensación para así intervenir en el momento apropiado. Esto es lo que hacemos en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), en donde la monitoría de los signos vitales y otros parámetros nos permiten actuar en forma temprana ya sea para utilizar los medicamentos apropiados o para utilizar equipos de soporte como respiradores artificiales mientras el tratamiento mejora la actividad de los pulmones, por ejemplo. El manejo en esta forma ha significado la disminución de la mortalidad en muchas enfermedades.

Estudios realizados nos demuestran cómo cada vez más, los pacientes con cáncer presentan situaciones críticas que pueden mejorar. En la revista científica *Critical Care Medicine* se publicó este año un artículo sobre este tema, realizado en Brasil, en donde se reporta que de 5.385 pacientes que ingresaron a algunas de las Unidades de Cuidado Intensivo de ese país, 1.157 (21.5%) tenían diagnóstico de cáncer e ingresaron en el postoperatorios de cirugías grandes para cáncer, o por complicaciones potencialmente reversibles de sus tratamientos, por infecciones y por infarto de miocardio entre otros.

De igual forma en el Congreso Mundial de Cuidado Intensivo, realizado en Florencia, Italia, el año pasado, a la Fundación Valle del Lili le fue aceptado un estudio en donde se evaluó la epidemiología y resultado de los pacientes con cáncer ingresados a nuestra Unidad de Cuidado Intensivo. En este estudio encontramos que en nuestro país ingresan menos pacientes con cáncer a la UCI comparado con otros países, para el cuidado postoperatorio de cirugías, probablemente porque es





necesario hacer diagnóstico más temprano para que así se puedan realizar las cirugías grandes con miras a un tratamiento curativo. Desafortunadamente a muchos de nuestros pacientes cuando se les diagnostica el cáncer, ya no es posible hacerles las cirugías necesarias. Igual que en el estudio de Brasil y un estudio Europeo, se ingresaron pacientes con otras patologías adicionales al cáncer como infecciones; debido a que por disminución de las defensas los pacientes con cáncer son más susceptibles a adquirirlas, los resultados de los pacientes con un manejo apropiado son muy similares a los encontrados en los países desarrollados, siendo muy importante recalcar que el tiempo en el inicio del tratamiento disminuye notablemente la mortalidad, el tiempo de estancia en la UCI y adicionalmente, los recursos necesarios para la atención.

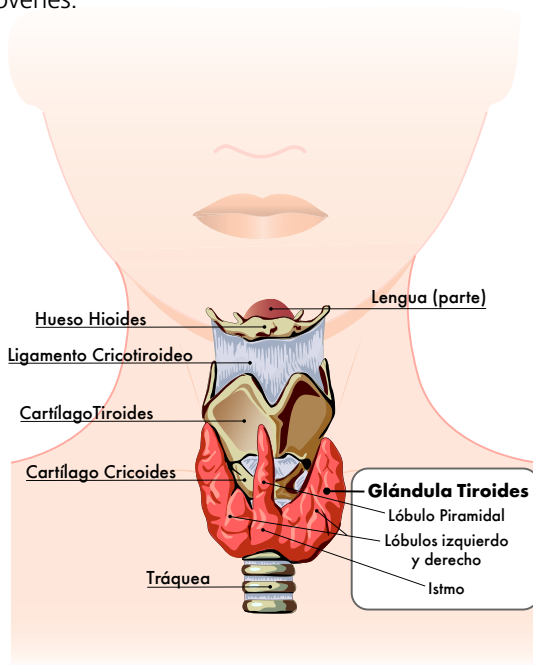
En resumen, el hecho de tener un diagnóstico de cáncer no debe estigmatizar a los pacientes para no recibir tratamientos en Unidades de Cuidado Intensivo. Esto es válido siempre y cuando existan expectativas razonables de vida, pensando en una calidad de vida digna y respetando totalmente la autonomía de los pacientes con respecto a la decisión de aceptar o no cualquier tipo de intervención. No es adecuado utilizar el recurso de una Unidad de Cuidado Intensivo para el cuidado terminal de un paciente, en cuya situación debe estar en un ambiente tranquilo acompañado de sus seres queridos. Este balance justo se logra con un trabajo en equipo con el grupo de Oncología, UCI y Cuidado Paliativo.

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Por Luis Fernando Tintinago L., MD. • Cirujano de Cabeza y Cuello

El Cáncer de Tiroides (Carcinoma de Tiroides) es una enfermedad que viene en aumento en las últimas décadas en el mundo. No se sabe la razón exacta de este aumento pero puede deberse a cambios ambientales o en el estilo de vida de la población.

Hay varias formas de Cáncer de tiroides, el más común es llamado Carcinoma Papilar de Tiroides que es a su vez el menos agresivo. Es más frecuente en mujeres, y la edad de presentación generalmente es entre los 45 y 50 años, aunque en los últimos años se está presentando en personas más jóvenes.



La forma de presentación es generalmente una masa en la región de la glándula tiroides, o sea en la región anterior del cuello, que no produce síntomas y que muchas veces es vista por un familiar antes que por el mismo paciente. Ocasionalmente produce síntomas como dolor para tragar o cambios en la voz. Algunos pacientes se presentan con metástasis en el cuello y tienen ganglios palpables o visibles. El diagnóstico es muy fácil de realizar, casi siempre se realiza una ecografía del cuello y se toma una biopsia con una aguja fina, en esta salen células que el patólogo puede clasificar como positivas para malignidad. En caso de ser reportadas como dudosas se puede repetir la biopsia o resear media glándula tiroides para aclarar y tratar la enfermedad.



El principal factor pronóstico que establece el curso de la enfermedad, es la edad. En general personas mayores de 60 años tienen pronósticos menos favorable, aunque siempre se debe tener en cuenta que esta es una enfermedad poco agresiva. El tamaño del tumor es otro factor muy importante, así como la presencia de metástasis locales o a distancia. La invasión a estructuras vecinas también ensombrece el pronóstico.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, se debe resear toda la glándula tiroides y hacer una limpieza de los ganglios centrales del cuello, o de todos los ganglios cuando están comprometidos. Los riesgos de la cirugía son muy bajos si es realizada por personal experto para disminuir la posibilidad de daños de la voz así como de las glándulas paratiroides que metabolizan el calcio del organismo. Después de la cirugía se complementa el tratamiento con yodo radioactivo.

El seguimiento se debe realizar por más de 10 años y básicamente consiste en el examen del cuello, una radiografía de tórax periódica y medición de una hormona llamada tiroglobulina que indica si se está reactivando el cáncer con mucha precisión y anticipación.



PATOLOGÍA MOLECULAR

Uno de los avances más notables en investigación de la enfermedad, también forma parte de nuestros servicios.

- Patología molecular apoya el diagnóstico de enfermedades.
- Leucemia Mieloide Crónica y su rearrreglo genético BCR-ABL.
- Sobre-expresión del Oncogen HER2 Neu para cáncer de mama en la elección de la terapia adecuada.
- Evaluación del contenido de ADN y presencia de genes supresores en carcinoma.
- Adecuada clasificación de Neoplasias como los sarcomas.

Los análisis en Patología Molecular apoyan el diagnóstico de enfermedades, permiten elegir la terapia específica para su mejor manejo, proveen información pronóstica y detectan patología residual.



TERAPIAS ALTERNATIVAS EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Por Juan Guillermo Restrepo M., MD. • Oncólogo Clínico



Las terapias no convencionales tratan de llenar el vacío generado por la no curabilidad de muchas enfermedades malignas, satisfacen una necesidad del paciente quien, al usarlas, pretende tener un papel más activo en el tratamiento de su enfermedad y recuperar parte de la autonomía en el tratamiento, casi siempre recurriendo a sustancias de origen natural, aparentemente inofensivo.

Las terapias alternativas pretenden reemplazar el tratamiento médico usual consistente en quimioterapia, radioterapia o cirugía. Estas últimas son riesgosas, ya que demoran la aplicación de terapias potencialmente efectivas, y cuando se recurre a estas, la enfermedad se encuentra muy avanzada, además estas formas de tratamiento son por lo general biológicamente activas, peligrosas y muy costosas.

Entre las terapias complementarias están la acupuntura, los masajes, las técnicas de relajación, el yoga, el ejercicio y todo aquello que pretenda lograr un balance emocional adecuado. Su efectividad es más notoria en el manejo del dolor, la depresión, la ansiedad, el insomnio y los síntomas gastrointestinales como la náusea y el vómito.

Es importante que se discutan estas opciones con su médico tratante para evitar sustancias peligrosas que puedan interactuar en una forma no deseada con su tratamiento.

No olvide que existen terapias complementarias no tradicionales que ayudan a mitigar los síntomas propios de la enfermedad y de las medicaciones usadas en su tratamiento. Estas deben ser usadas bajo el cuidado de personas y familiarizadas con sus efectos.

Es apropiado que con la ayuda de su médico tratante se busquen dichas terapias.



EXAMINEMOS ALGUNAS DE LAS MÁS COMUNES:

- Reducción en la cantidad de carnes rojas y grasas ingeridas para limitar el crecimiento del tumor al no suministrarle proteínas.



No se ha demostrado en diferentes estudios que este sea el caso, la dieta baja en grasas puede ser aceptada en mujeres con cáncer de seno que se encuentren en un buen grado de nutrición, asumiendo que dicha intervención reduce los niveles de estrógenos. Lo mismo sucede en el caso de los hombres con cáncer de próstata, ya que la dieta rica en grasas de origen animal podría asociarse con la progresión del cáncer de este órgano.

Una modificación dietética más extrema es la dieta macrobiótica, la cual se basa en el consumo exclusivo de granos de origen vegetal. Son bajas en grasas pero contienen apreciables cantidades de Fitoestrógenos (estrógenos de origen vegetal) derivados principalmente de la soya. La evidencia científica sobre la utilidad de este tipo de dieta para evitar la progresión del cáncer es muy débil y sus peligros son importantes. Pueden demorar tratamientos, deteriorar el estado nutricional del paciente, y en el caso de los alimentos ricos en soya, pueden estimular las células cancerosas del cáncer de mama o contrarrestar los efectos del Tamoxifeno, droga antiestrogénica usualmente empleada en dicha enfermedad maligna. Igualmente puede tener efectos negativos en el cáncer del útero.

Su efecto en el cáncer de próstata puede ser benéfico, si el paciente no está recibiendo radioterapia, ya que tienen efectos antioxidantes. Los estrógenos de origen vegetal, también tienen efecto anticoagulante, por lo que no se deben ingerir en pacientes con tendencia al sangrado como aquellos con plaquetas disminuidas, los que reciben anticoagulantes o van a ser sometidos a cirugía.

- Otra modificación dietética frecuentemente, asociada con un efecto anticáncer, es el uso de grandes dosis de vitaminas, especialmente de las vitamina A, C y E.



Las dosis altas de vitamina A se han asociado con progresión del cáncer de próstata, deterioro de la función hepática y no ha demostrado un efecto protector contra los tumores malignos. Las vitaminas C y E tampoco han demostrado un efecto benéfico contra la progresión del cáncer y producen efectos de anticoagulación.

Estas vitaminas y otros anti oxidantes como Melatonina, tiene efectos complejos, ya sea inhibiendo o potenciando el efecto tanto de la radioterapia como de la quimioterapia, siendo muy difícil predecir cual efecto se va a producir en cada caso con cada medicación usada para el tratamiento de su enfermedad particular.

Han existido infinidad de sustancias promocionadas como terapias efectivas contra el cáncer; una de las más conocidas es el Cartílago de Tiburón. Se promocionó como un agente que inhibía la proliferación de los vasos sanguíneos del tumor, privándolo de la nutrición necesaria; se requería una dosis total muy alta con múltiples tabletas diarias.

Estudios serios en el Instituto Nacional de Cáncer no mostraron un efecto benéfico, pero si se encontró que podía aumentar los niveles de calcio; su uso ha decaído con el tiempo. Lo mismo ha sucedido con múltiples sustancias, entre ellas están la Uña de Gato, la Uña Peruana, la Chuchuguasa, el Borojó, el Noni, Embriones de Pato, Sangre de Gallinazo. En general el auge de estos remedios dura 2 o 3 años y es reemplazado rápidamente por el más novedoso difundido por internet o por la comunicación personal. De las sustancias actualmente usadas, el escorpión Azul, se encuentra sometido a estudios serios sin que aún se hayan publicado resultados definitivos.



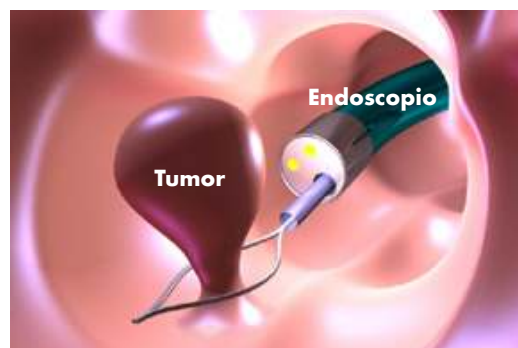
RESECCIÓN ENDOSCÓPICA

Por **Pedro Tomás Argüello A., MD.**
Especialista Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva
Especialista Cirugía Hepatobiliar

El cáncer del sistema digestivo es una patología muy frecuente en nuestro medio, constituye la tercera causa global de muerte por cáncer en la población colombiana.

Hasta el momento no existe un tratamiento que pueda garantizar su cura, la resección quirúrgica del tumor es el más aceptado hasta la actualidad. Este tratamiento quirúrgico implica alteraciones en el funcionamiento del sistema digestivo, que posteriormente requiere un período largo de readaptación.

De lo anterior se deduce que la detección temprana de estas lesiones o la interpretación adecuada de las mismas que puede llevar a la formación de un tumor maligno con el tiempo, constituye la mejor opción para ganarle la lucha al cáncer gastrointestinal.



CIÓN OSCÓPICA

DE TUMORES DEL SISTEMA DIGESTIVO

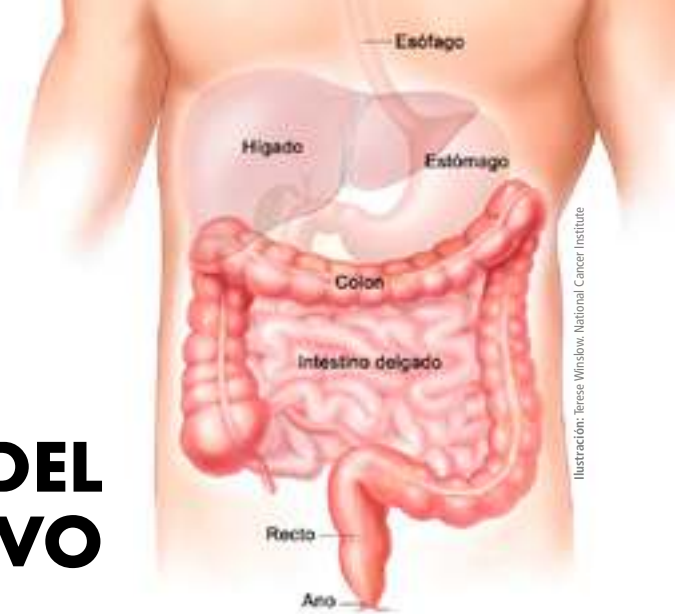


Ilustración: Terese Winslow, National Cancer Institute

En Colombia aproximadamente el 90% de los cánceres del sistema digestivo se diagnostican en estados localmente avanzados, lo cual significa que para su tratamiento se requiere la combinación de tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Para una pequeña minoría, es posible ofrecer tratamientos de tecnología médica avanzada con un resultado esperado de control del cáncer. Estos tratamientos tienen la ventaja de reseca completamente el compromiso tumoral, con menor posibilidad de complicación, menores efectos secundarios y lo más importante una posibilidad de curación similar o mejor a los tratamientos médicos necesarios para tumores localmente avanzados.

El mayor desarrollo de esta técnica se ha logrado para el tratamiento del cáncer de estómago y esófago en estados tempranos, mediante la utilización de accesorios para el equipo de endoscopia que permiten el corte seguro de la lesión para su resección completa.

La resección endoscópica de mucosa de lesiones tumorales tempranas del sistema digestivo consiste en un método realizado a través de los instrumentos endoscópicos convencionalmente utilizados para el estudio y diagnóstico de las enfermedades del sistema digestivo.

Este procedimiento conocido como **MUCOSECTOMÍA** consiste en la resección de tumores que se encuentran en la mucosa (capa más superficial del sistema digestivo), lo que facilita el tratamiento oportuno, ambulatorio y vía endoscópica.

A pesar de sus ventajas, el tratamiento endoscópico tiene unas condiciones precisas para su realización en pacientes, las cuales no pueden ser obviadas:

Al realizar la resección de esta capa del órgano digestivo se deja un sitio de debilidad de la pared, la cual por método natural, el mismo órgano se encarga de reparar.

- Detección temprana del tumor gastrointestinal.
- Características celulares (histológicas) del tumor diagnosticado.
- Tamaño y localización del tumor.
- Plan de seguimiento y control.
- Conocimiento y experiencia en las técnicas quirúrgicas endoscópicas empleadas, por el médico especialista en tratamiento de enfermedades gastrointestinales.

Las lesiones más frecuentemente encontradas en los estudios endoscópicos del sistema digestivo son los pólipos; la resección de estas lesiones se realiza, en la mayoría de los casos, durante su diagnóstico.

Una parte fundamental del procedimiento se desarrolla en el laboratorio de patología en donde el patólogo debe examinar toda la pieza quirúrgica para determinar que la lesión ha sido completamente resecada, sin evidencia de compromiso tumoral en los bordes laterales y profundos, lo cual asegura la extirpación completa del tumor.

No olvide consultar con su médico sobre las indicaciones precisas de este tratamiento, indagar sobre el entrenamiento y la experiencia de quien va a realizar esta cirugía endoscópica.

Virus del Papiloma Humano (VPH) Enemigo latente y desconocido

Por Heydi Marina Ramírez S., MD. • Ginecóloga Oncóloga



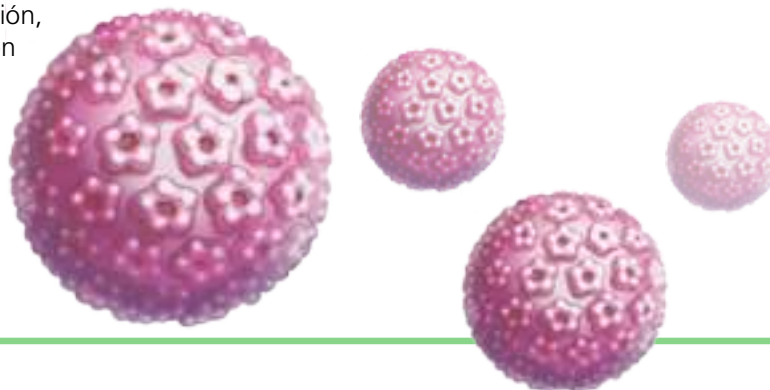
EL VPH es una microcápsula formada por material genético (ADN) con más de 100 formas diferentes que puede afectar tanto a hombres como a mujeres. Hay formas de este virus que tienen preferencia por el área genital y dentro de este grupo existen 13 con alta capacidad o alto riesgo de producir enfermedades precancerosas o cancerosas en el cuello uterino principalmente; existen otros que se denominan de bajo riesgo y pueden causar verrugas genitales en la vagina, la vulva, el cuello uterino, el periné y alrededor del ano. Otras formas de virus pueden provocar lesiones en diferentes órganos del cuerpo como la laringe, aunque con menor frecuencia.

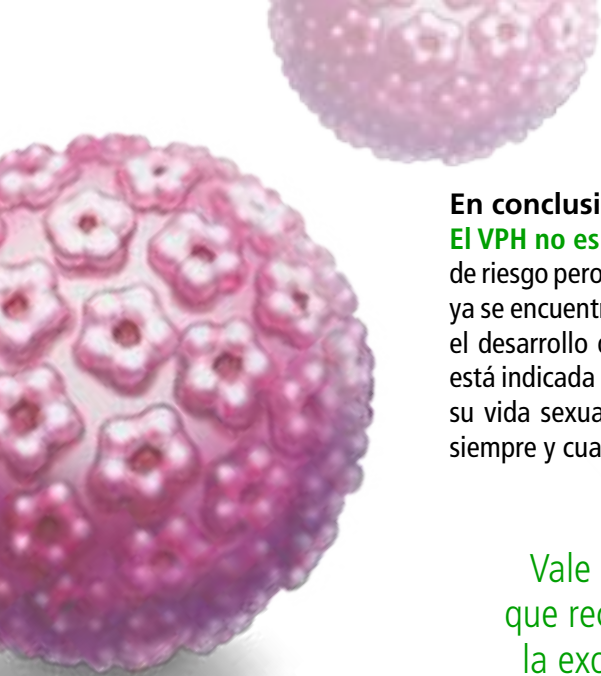
La infección por el VPH se adquiere por transmisión sexual en el 99% de los casos y los factores de riesgo para adquirirla son: el inicio temprano de la vida sexual, tener múltiples compañeros sexuales a lo largo de la vida o un compañero con múltiples compañeras sexuales, no acudir a controles ginecológicos, fumar, entre otros. La presencia del virus en el organismo o algún cambio generado por éste, se puede detectar mucho después de haber adquirido la infección, entre tres a cinco años aproximadamente. Cerca del 80% de las mujeres, sexualmente activas, en algún momento de la vida estarán en contacto con el virus, sin embargo no todas padecerán enfermedades precancerosas o cancerosas, de lo contrario estaríamos frente a una pandemia. Tenemos entonces la primera conclusión para recordar en nuestra mente, tener VPH no es igual a tener cáncer.

En el 70% de los casos se considera que las infecciones por VPH son transitorias, se establece contacto con el virus pero no logra afectar a la persona que lo contrae, por tanto y como ocurre en la gran mayoría de casos, éstas pasan desapercibidas; al encontrar la presencia del virus en el tejido, es importante mantener a la paciente informada y en observación, dando tiempo (no más de un año, con controles ginecológicos semestrales, como mínimo) a que su propio sistema inmunológico logre controlar la infección sin necesidad de un tratamiento médico o quirúrgico.

El problema comienza a surgir cuando el sistema inmunológico por alguna razón, no es capaz de controlar el virus y se convierte en una infección persistente, es decir, que pasado un año no hay cambios en la citología o la biopsia, o se detecta en estas un daño moderado o severo del tejido que forma el cuello, punto en el cual es indispensable un tratamiento médico-quirúrgico por un ginecólogo especializado en patología cervical o un ginecólogo oncólogo.

El virus tiene un comportamiento completamente diferente en la mucosa del pene, probablemente relacionado con un fortalecimiento de su sistema inmunológico y aunque está asociado con enfermedades precancerosas o cáncer de pene, estas enfermedades se presentan con muy baja frecuencia. No por esto se debe desconocer que el fumar, tener múltiples compañeras sexuales a lo largo de la vida, constituyen factores de riesgo para adquirir el virus, mientras que la circuncisión se convierte en un factor protector contra estas infecciones. La recomendación para visitar al urólogo es sólo por la presencia de cambios en la superficie del pene o del glande como verrugas o alguna otra manifestación clínica.

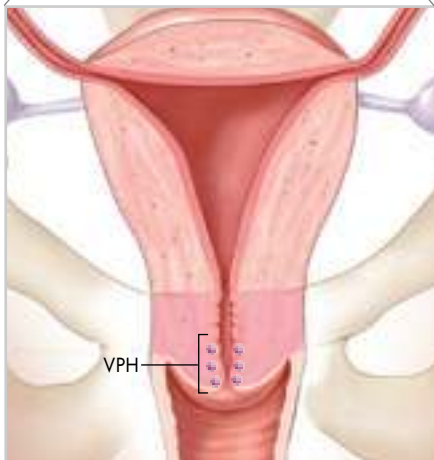
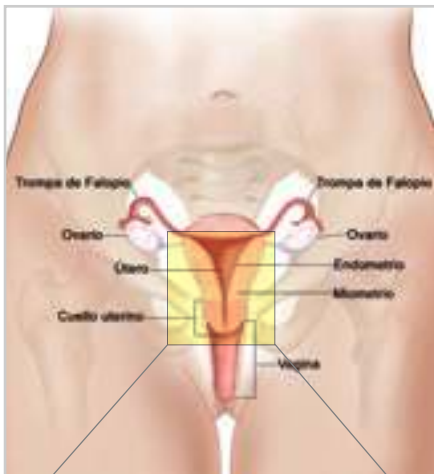




En conclusión:

El VPH no es igual a tener cáncer de cuello uterino, es uno de los múltiples factores de riesgo pero no el único ni suficiente para desarrollar dicha enfermedad. Adicionalmente ya se encuentran dos vacunas contra los tipos de VPH que más cáncer producen, evitando el desarrollo de cáncer y enfermedades precancerosas por encima del 90%. La vacuna está indicada en mujeres entre los 9 y 26 años de edad, idealmente que no hayan iniciado su vida sexual, pero si lo han hecho o pasan de este rango de edad, pueden recibirla siempre y cuando su ginecólogo lo considere adecuado.

Vale la pena resaltar que recibir la vacuna no la exonera de realizar los controles citológicos ni las visitas anuales al ginecólogo.



Ilustraciones: Terese Winslow





Cáncer de mama en la flor de la vida

Por Diana Felisa Currea P., MD. • Cirujana Oncóloga

Usualmente el cáncer de mama en menores de 40 años es una enfermedad no esperada y es pasada por alto tanto por los pacientes como por los médicos, teniendo en cuenta que de un 5% al 10% del total de casos de cáncer de mama afectan a mujeres menores de 40 años.

El diagnosticar cáncer de mama en mujeres jóvenes es más difícil porque el tejido mamario es más denso y con menos grasa que el de las mujeres mayores. Generalmente, cuando la masa puede palparse en una mujer joven y se corrobora el diagnóstico de tumor maligno, ya está lo suficientemente grande y avanzada la enfermedad disminuyendo sus probabilidades de sobrevivida.

Además no existen métodos de tamizaje como la mamografía utilizada en mujeres mayores de 40 años; esto se debe a la mayor densidad del tejido mamario y por esta razón la mamografía no es tan efectiva para detectar anomalías. Sin embargo, el médico puede ordenar alguno de estos exámenes como mamografía, ecografía o resonancia nuclear magnética en caso de existir alguna sospecha de lesión maligna.

Las mujeres pueden pensar que tienen un quiste o nódulo benigno relacionado con sus cambios hormonales y el médico generalmente sugiere seguimientos. Como resultado de esta demora cuando finalmente se hace un diagnóstico de cáncer de mama, a menudo éste ya está en un estado más avanzado.



RECUERDE
"cuando el sol se va, no todo queda en la oscuridad"

Aunque en general las mujeres jóvenes tienen un riesgo menor de contraer cáncer de mama, para algunas sí existe un riesgo alto, por ejemplo las mujeres que son diagnosticadas a una edad más joven tienen mayor probabilidad de tener mutaciones en los genes. Estos genes son importantes en el desarrollo del cáncer de mama y aquellas que tienen alteraciones en éstos tienen mayor riesgo de presentar cáncer de mama y ovario.

Si una mujer tiene los genes BRCA1 o BRCA2 alterados o mutados tiene una probabilidad del 30% al 85% de desarrollar cáncer de mama durante su vida. Adicionalmente tener padres, hijos o hermanos que hayan tenido cáncer de mama también aumenta el riesgo en una mujer joven para desarrollar cáncer.



FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER DE MAMA

- Antecedentes familiares para cáncer de mama en especial si se trata de la madre, una hija o una hermana.
- Antecedentes personales de cáncer de mama u otras enfermedades benignas en el tejido mamario.
- Alteraciones genéticas.
- Un resultado del índice de Gail de por lo menos 1.7%. Este índice calcula el riesgo que tiene una mujer de desarrollar cáncer de mama en los próximos 5 años teniendo en cuenta factores como la edad, la historia familiar de cáncer de mama, la edad del primer período menstrual, la edad del primer embarazo y el número de biopsias de mama por enfermedades previas.
- Otros factores de riesgo incluyen el consumo de cigarrillo, abuso de bebidas alcohólicas, la obesidad, sedentarismo y tejido mamario denso.



SÍNTOMAS POR LOS CUALES UNA MUJER DEBE CONSULTAR DE INMEDIATO AL ESPECIALISTA:

- Una masa, bolita, nódulo duro o hundimiento de la piel.
- Hinchazón, cambios en el color de la piel como oscurecimiento o enrojecimiento.
- Cambio en el tamaño o la forma de la glándula mamaria.
- Hoyuelos o piel de naranja.
- Picazón, úlcera o sarpullido en la superficie del tejido mamario incluyendo el pezón.
- Hundimiento o retracción del pezón.
- Secreción repentina por el pezón.

¿Es el cáncer de mama diferente en las mujeres jóvenes?

El cáncer de mama en las mujeres jóvenes es más agresivo y responde menos al tratamiento; otro factor que hace que este tipo de cáncer sea diferente es el retraso en el tratamiento. Muchas mujeres ignoran los signos de alerta porque creen que son muy jóvenes para tener cáncer. Como en la mayoría existen nódulos que son benignos es muy común pensar que se trata de esto.

¿Cómo se puede prevenir el cáncer de mama en mujeres jóvenes?

No se puede prevenir, pero sí se puede hacer detección temprana. Las estadísticas muestran que el 90% de las mujeres a quienes se les detecta el cáncer de mama en un estado temprano se pueden curar. Por todo lo anterior la recomendación más importante es hacerse el autoexamen de mama una vez al mes, es sencillo, toma poco tiempo y puede salvar su vida. No olvidar visitar al médico especialista mínimo cada tres años entre los 20 y los 40 años para un examen de rutina y anualmente a partir de los 40 años; consultar de inmediato en caso de encontrar alguna anomalía.

TRATAMIENTO

El tratamiento contra el cáncer de mama esta basado en tratamientos sistémicos como la quimioterapia, terapias biológicas, hormonoterapia, radioterapia y cirugía. El tratamiento como la quimioterapia en las mujeres jóvenes puede provocar una menopausia precoz con sofocos, malestar psicológico, alteraciones en el sueño y pérdidas de masa ósea. Estos tumores tienen menos sensibilidad a los estrógenos



si se compara con los tumores malignos de las mujeres postmenopáusicas, lo cual significa que los tratamientos antiestrogénicos, como el uso del Tamoxifeno, probablemente sean menos útiles.

Serequiere un manejo multidisciplinario con oncología clínica, radioterapia, cirugía oncológica, psiquiatría, psico-oncología para ayudarlas a manejar la ansiedad, educar a la paciente y a su familia sobre la enfermedad, y el mejor tratamiento a seguir.



"EL CÁNCER ES ADAPTACIÓN PARA UNA NUEVA VIDA"



A la edad de 13 años, a Paola Tascón, enfermera jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Fundación Valle del Lili, le diagnosticaron un óseo-sarcoma en el fémur de su pierna derecha. Todo este proceso duró 14 años, durante los cuales le extrajeron el hueso, se sometió a 24 cirugías y por medio de un tutor (aparato ortopédico) generó tejido óseo nuevo que le permitió, algo que parecía imposible, volver a caminar.

"El cáncer fue un obstáculo para iniciar la universidad, los profesores me decían que yo no podía ser enfermera. Tomé el obstáculo como un reto, las limitaciones son mentales, no físicas. Después de mucha espera, me aceptaron y nunca perdí ninguna materia; muchos de ellos se sorprendieron."

"El apoyo fue total por parte de mis compañeros de universidad, me ayudaron en el proceso de volver a caminar. Ibamos a todas partes: cine, fiestas y a piscina; nunca me discriminaron."

Teniendo siempre un sentimiento de perseverancia, optimismo y mucha valentía, Paola logró superar el cáncer óseo y terminar con sus estudios.

A principios de 2010, Paola fue diagnosticada de cáncer nuevamente, esta vez un sarcoma mamario máximo. "Yo siempre me hago el autoexamen de seno, y me había sentido una masita, por eso acudí al médico". Hoy, el sarcoma mamario ya fue extraído quirúrgicamente; Paola se encuentra recibiendo quimioterapia y afirma que Dios ha sido quien le ha dado la perseverancia y la voluntad para seguir adelante, además cuenta con el apoyo de su abuela, madrina, una amiga y su novio.





MAMOGRAFÍA

RESONANCIA DE MAMA

ECOGRAFÍA MAMARIA

LA PAREJA

y ●

Si mi pareja tuviera cáncer ¿yo que haría?... no sé. O tal vez sí. Me ha acompañado, me ha regalado su tiempo y su vida, comemos y dormimos juntos. ¿Su temor será mi temor? ¿Su dolor será mi dolor?

Si mi pareja tuviera cáncer creo que le miraría más a los ojos, acariciaría más su piel, no me alcanzarían los abrazos para que sienta que le puedo seguir ofreciendo mi vida, mi compañía, mi comprensión. Necesitaría que entendiera que está conmigo, que no le abandonaré, que es muy importante su presencia en mi vida. Que sus sueños son mis sueños, y que nuestros sueños continúan, en los buenos y malos momentos.

Nos tocaría aprender a vivir nuevas cosas, lo sé, cosas difíciles, lo sé. Pero también cosas bellas, porque por fin entendería que nuestras discusiones no tienen sentido, que nuestros enojos y nuestros disgustos tal vez fueron necesarios pero ya no valen la pena, entiendo ahora que tal vez nunca valieron la pena. Creo que entendería lo milagrosa que es su compañía, podríamos escuchar música juntos, podríamos ver una película juntos, podríamos disfrutar de un helado juntos. No sé porque pienso que en esos momentos sería maravilloso acompañarle, tomados de la mano.

Entendería que ha sido tan importante en mi vida su compañía que lo único que quisiera ahora es que no sufra. Pero tendría que

entender que no es así; tendría que confesar que sentiría mucho miedo, que sentiría tal vez rabia, tal vez impotencia, tal vez frustración, pensaría que todo es injusto. No sé si le contaría a mi pareja estos temores, pero creo que muy pronto me daría cuenta que mi pareja tendría esos mismos temores. Creo que sería mejor hablar, yo sabría que mi pareja estaría sufriendo, sé que mi pareja sabría que yo estaría sufriendo; si habláramos nos aceptaríamos, nos encontraríamos, nos entenderíamos, creo que hasta nos tranquilizaríamos. Querría conocer todo lo que piensa, me enteraría de todo lo que siente, le permitiría que expresara todo; le abrazaría cuando llora, tomaría su mano cuando sienta dolor y le miraría a los ojos para que me vea, para que nos veamos, para que sepa lo que pienso, lo que siento.

Tendría que aceptar que estamos en una situación difícil, pero no perdería la esperanza. Haría lo posible por acompañarle a sus citas médicas, aclararía con el médico y su equipo todas mis dudas, todas sus dudas. Me enteraría de todo lo que pasaría con el tratamiento y reconocería



EL CÁNCER

Por César Augusto Arango D., MD. • Médico Psiquiatra
Clara Elisa Reyes P., MD. • Psico-Oncóloga

que tal vez por un tiempo las cosas no podrán ser como antes, pero se, que con nuestro amor, entre los dos, manejaríamos esta realidad. No sé porque pienso ahora que estaríamos mucho más cercanos, tal vez como nunca. Sé que decidiría disminuir mis horas de trabajo o mis ocupaciones para acompañarle.

Tendría que aceptar que por su enfermedad o por su tratamiento mi pareja este frágil. Tendría que entender que tal vez por algún tiempo no podamos tener relaciones sexuales, sé que esto ocurre algunas veces, pero sé, que entendería que nuestra sexualidad es tan amplia y maravillosa que los besos, las miradas, las

caricias, los abrazos, la compañía, los mimos, compensarían todas nuestras necesidades. Podría entender que la disminución de la actividad sexual no es un equivalente a la disminución del amor.

Si mi pareja tuviera cáncer ¿yo que haría?.... no sé. *[Tal vez nuestra relación se acabaría definitivamente, porque hace tiempo no nos entendemos, porque hace tiempo ya no estamos tan cercanos para afrontar algo como esto, porque han sido muchas las heridas. Porque, tengo que confesarlo: hace tiempo no nos acompañamos de verdad].*

PROBLEMAS MAS FRECUENTES EN LA RELACIÓN DE PAREJA QUE AFRONTA EL CÁNCER

Las enfermedades como el cáncer ponen a prueba a la pareja, cuatro de cada cinco parejas se acercan más mientras una de cada cinco entran en conflictos severos e incluso se separan.

- **Ansiedad y depresión:** con frecuencia estos sentimientos se presentan de forma equivalente en los dos miembros de la pareja. Son el resultado de la tensión, la incertidumbre, la amenaza causada por la enfermedad. Las personas con tendencia a sufrir de depresión, en una circunstancia como esta pueden presentar exacerbación de su enfermedad depresiva. Se requiere consultar al médico o al psicólogo.

- **Comunicación en la pareja:** por la connotación tan adversa que se tiene del cáncer, muchas parejas optan por no comunicarse sus temores y esto incrementa el clima de tensión. Es necesario que la pareja se comunique claramente tanto en lo emocional como en lo verbal, si no pueden hacerlo deben buscar ayuda. Implicaciones en el entorno social: la pareja debe enfrentar aspectos relacionados con la vida laboral, con el manejo de los hijos, con su situación económica, con los temores de los padres y otros familiares. Es necesario que se afronten todos estos aspectos en compañía y nuevamente se debe resaltar la comunicación.

- **Sexualidad:** El cáncer y los tratamientos afectan el interés, el funcionamiento, los sentimientos y la atracción sexual. Algunas veces hay cirugías muy extensas e incluso mutilaciones que afectan la imagen corporal. Las consultorías son necesarias para afrontar estos aspectos.





MIELOMA MÚLTIPLE

Por Joaquín Donaldo Rosales M., MD. • Hematólogo

El mieloma múltiple es un cáncer de la sangre, que se caracteriza por la acumulación de células plasmáticas en la médula ósea o en diferentes partes del cuerpo. Las células plasmáticas normalmente están presentes en el organismo y se encargan de producir los anticuerpos para la defensa contra infecciones.

Es una enfermedad que aqueja a pacientes mayores de 60 años, pero se reconoce cada vez más en pacientes menores de 50 años.

La acumulación de células en el mieloma y la producción aumentada de anticuerpos (inmunoglobulinas) produce la sintomatología característica de la enfermedad: anemia, infecciones, dolor óseo, osteopenia, osteoporosis, fracturas patológicas, insuficiencia renal, fiebre de causa desconocida, debilidad y aumento del calcio que puede cursar con pérdida del apetito, vómito, alteración del hábito intestinal y alteración mental.

El paciente usualmente consulta por anemia, insuficiencia renal y dolor óseo crónico, sin embargo es necesario aclarar que no toda sintomatología descrita siempre es un mieloma.

Si bien se ha considerado como una enfermedad incurable, hoy en día el pronóstico de la enfermedad ha mejorado y con los nuevos tratamientos se han aumentado las tasas de respuesta inicial y la supervivencia libre de progresión de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de los pacientes. Por tal motivo, observar pacientes con una supervivencia mayor incluso de una década ha llegado a ser una realidad.

En conclusión, el mieloma múltiple se mira hoy con una expectativa diferente y con mayor optimismo por parte de la comunidad médica.

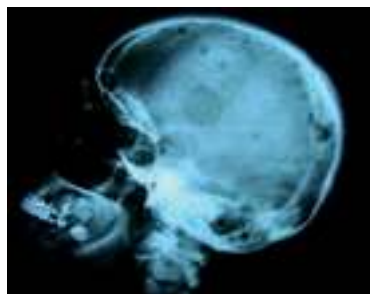


Imagen: CESMED - UCSM

Siempre que se sospeche la posibilidad del mieloma múltiple en un paciente, debe ser sometido lo más pronto posible a pruebas diagnósticas que incluyen:

- Estudio de biopsia de médula ósea o biopsia en sitios de infiltración por tumor en diferentes partes del cuerpo.

- Estudios moleculares para detectar alteraciones cromosómicas.

- Estudios radiológicos para enfermedad ósea como osteoporosis, osteopenia o fracturas patológicas.

Con estos resultados y confirmado el diagnóstico, estado clínico y pronóstico se inicia el tratamiento que incluye:

- Medicamentos que se ajusten al estado clínico del paciente.

- Radioterapia para las complicaciones y manejo del dolor.

- Trasplante autólogo de células progenitoras de sangre periférica, que hoy en día es conducta indicada en pacientes que lo puedan tolerar; trasplante alogénico estándar conlleva una morbi-mortalidad importante por lo que su indicación ha disminuido; el trasplante alogénico de intensidad reducida es una opción que debe estudiarse en cada caso particular.

Oncología Pediátrica

porque el
cáncer no es
un juego de
niños



FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Fundación Valle del Lili
PBX: 3319090 Ext. 7830-7809



¿QUÉ ES TAMIZAJE?

El Tamizaje o Screening consiste en buscar el cáncer antes que la persona presente algún síntoma. Esto permite detectar el cáncer en un estado precoz o temprano, facilitando su tratamiento y mejorando la probabilidad de cura y supervivencia en general. Cuando un individuo ya presenta síntomas, su cáncer puede haber avanzado.

TAMIZAJE DE CÁNCER GÁSTRICO

Se han definido grupos de alto riesgo para el desarrollo de esta agresiva enfermedad que se podrían beneficiar de tamizaje con endoscopia digestiva alta:

- Pacientes de edad avanzada o con anemia por déficit de vitamina B12.
- Personas con cirugía gástrica previa o pólipos en el estómago.
- Individuos con historia familiar de cáncer colorectal hereditario o con otra enfermedad del colon denominada poliposis familiar hereditaria.
- Infección del estómago por helicobacter Pylori.
- Presencia de gastritis crónica con metaplasia intestinal (afección por la que el revestimiento normal del estómago es reemplazado por las células que revisten los intestinos).
- Ser fumador.
- Comer alimentos con alto contenido de sal, alimentos ahumados, pocas frutas y verduras.
- Padres o hermanos que padecieron de cáncer de estómago. El riesgo es aún mayor si ese familiar tuvo cáncer de estómago antes de los 50 años.

Tal vez el riesgo más importante es vivir en áreas geográficas donde el cáncer de estómago es muy común. Colombia es uno de los cinco países del mundo donde esta enfermedad es endémica. Si usted tiene más de 40 años, no tiene síntomas pero pertenece a uno de estos grupos de riesgo o vive donde esta enfermedad es común, consulte a su médico para definir la necesidad de realizarse una endoscopia de tamizaje para cáncer gástrico. En caso de síntomas recurrentes de gastritis o reflujo, pérdida de peso y dolor abdominal entre otros, debe acudir al médico para realizarse una endoscopia digestiva como prueba diagnóstica.

El **Tamizaje** es la clave para tener una mayor probabilidad de curación ante este tipo de enfermedades.

Los médicos, no siempre pueden explicar porque a una persona le da cáncer y a otra no. Algún evento o conducta que aumente la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad se denomina **Factor de Riesgo**. Por el contrario, algún evento o conducta que disminuya la probabilidad de desarrollar una enfermedad se llama **Factor de Protección**. Muchos de los factores de riesgo para cáncer se pueden evitar, pero muchos otros no. Por ejemplo, usted puede elegir dejar de fumar, pero usted no pudo escoger los genes heredados de sus padres.

Prevención significa evitar los factores de riesgo y aumentar los factores de protección que pueden ser controlados para disminuir la probabilidad de desarrollar un cáncer.

Es importante tener en cuenta que evitar un factor de riesgo no es garantía de que no se desarrolle un cáncer. De igual manera, ocurre que individuos con factores de riesgo nunca lleguen a desarrollar la enfermedad.

DETECCIÓN DE CÁNCER

Por Oscar Andrés Rojas P., MD. • Cirujano Gastrointestinal

CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

¿Quiénes tienen mayor riesgo de padecer CCR?

Esta enfermedad puede presentarse a cualquier edad, donde la mayoría de las personas son mayores de 50 años, o tienen pólipos adenomatosos en el colon (crecimientos anormales que sobresalen en la pared interna del colon), las cuales se pueden detectar y extraer con la colonoscopia.

La persona que ya ha tenido CCR tiene un riesgo mayor de padecer CCR por segunda vez; mujeres con antecedente de cáncer de ovario, de útero o de seno tienen una mayor probabilidad de desarrollar CCR durante sus vidas; los familiares cercanos (padres, hermanos o hijos) de una persona que ha tenido CCR tienen más probabilidad de desarrollar esta enfermedad, especialmente si el pariente presentó el CCR a una edad menor de 50 años.



PRECOZ GASTROINTESTINAL

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PROTEGERNOS DEL CÁNCER?

- Siga un estilo de vida saludable.
- Deje de fumar.
- Controle la cantidad de alcohol que consume, el exceso de alcohol está relacionado con cáncer de seno, hígado, estómago y boca.
- Es aconsejable proteger la piel de la luz directa del sol, use protector o bloqueador solar para limitar el efecto dañino de los rayos ultravioleta.
- Cuide su dieta: se recomienda comer muchas frutas y vegetales o verduras; limite la cantidad de carnes rojas y carnes procesadas; asegúrese de que la carne tenga poca grasa; escoja productos lácteos bajos en grasa o sin grasa, por ejemplo leche descremada y quesos con contenido reducido de grasas; evite las comidas fritas, en lugar de freír, la comida se puede asar, hornear, asar a la parrilla o cocinar al vapor y hervir.
- Manténgase activo, la falta de actividad física y la obesidad están relacionadas con el cáncer. Las investigaciones científicas demuestran que las personas que practican actividades físicas con regularidad corren menor riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer (por ejemplo cáncer de colon, seno, próstata y cáncer de pulmón).
- Por último, vaya al doctor regularmente, así tenga buena salud y pregunte sobre las pruebas de detección precoz del cáncer.



TUMORES CEREBRALES Y DE LA MÉDULA ESPINAL

Por Juan Alfonso Uribe A., MD. • Neurocirujano

¿Qué son los tumores del cerebro y de la médula espinal?

Son un crecimiento anormal del tejido dentro del cráneo o de la médula en la columna; pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos, tienen bordes bien definidos y se pueden curar. Los malignos sí son cancerosos y tienden a invadir el tejido vecino.

Como el cerebro y la médula espinal se encuentran encerrados dentro de la cavidad del cráneo o del canal de la columna vertebral, cualquier crecimiento anormal puede causar aumento de la presión y producir alteraciones en la función neurológica.

Hay dos tipos de tumores: los Primarios que se originan en las células del cerebro o de la médula, y los Metastásicos que son los que se originan de células provenientes de otro órgano. La mayoría de estos son causados por células vecinas a las neuronas que crecen sin control. Unos pocos tumores pueden ser resultado de origen genético como la Neurofibromatosis o por exposición a agentes químicos promotores de cáncer o a la radiación, sin embargo en la mayoría el origen es desconocido, no son contagiosos y hasta la fecha no hay nada para prevenirlos.

Los síntomas originados por los tumores cerebrales pueden incluir dolor de cabeza, convulsiones, náusea o vómito, problemas de visión o de audición, alteraciones cognitivas o de comportamiento, alteración en la fuerza o el equilibrio.

Los síntomas de los tumores de la columna incluyen dolor, alteración en la sensibilidad y debilidad progresiva de las extremidades.

El primer paso para hacer el diagnóstico de un tumor cerebral o de la columna es el examen neurológico. Con base en esto se decide que tipo de estudio se solicita.

El diagnóstico se realiza con diferentes estudios dentro de ellos se incluye la biopsia, la cual se puede realizar sin causar daño neurológico como es la biopsia guiada por estereotaxia, incluso se puede hacer con el paciente despierto con anestesia local.

¿Cuál es el tratamiento?

Los tratamientos más frecuentes son cirugía, radioterapia y la quimioterapia o la combinación de los tres. Inicialmente se da tratamiento con esteroides para reducir la inflamación producida por el tumor. Es muy importante el manejo multidisciplinario con Neurocirugía, Oncología Clínica y Radioterapia para ofrecer el mejor tratamiento al paciente.

¿Cuál es el pronóstico?

Los tumores cerebrales y de columna o médula espinal generalmente se desarrollan en forma lenta y a medida que progresan, manifiestan la sintomatología. Una vez conocido el diagnóstico, si el tumor es benigno o maligno, se puede clasificar en grados para hacer el tratamiento indicado, definir el pronóstico y expectativa de sobrevida. Grado I es menor maligno; Grado IV es muy maligno y con pronóstico más reservado.

¿Qué tipo de investigación se está haciendo?

Actualmente se está avanzando en el tipo de tratamiento con medicamentos específicos anticáncer. Todavía se está investigando en la terapia inmunológica y manipulación genética. La radiocirugía por estereotaxia es una opción para algunos tumores pequeños y profundos donde se les administra una sola sesión de radiación en forma muy precisa, evitando mayores efectos secundarios.

CUIDADO PALIATIVO VS. CALIDAD DE VIDA

Por Arnoldo Bromet S., MD. • Médico Familiar



“Los que sufren, no pueden esperar”. OMS

// Cuidado Paliativo” es una propuesta que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que están enfrentando las situaciones asociadas a la enfermedad no curable a través de asesoría, tratamiento del dolor y soporte de problemas físicos y psicológicos.

EL CUIDADO PALIATIVO:

- Mejora la calidad de vida del paciente, lo cual influye positivamente en el curso de la enfermedad.
- Proporciona alivio al dolor y a otros síntomas.
- Ofrece un sistema de soporte para ayudar al paciente y a su familia a vivir tan activamente como sea posible hasta que su enfermedad lo permita.
- Integra los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.

CALIDAD DE VIDA

Se define en términos generales como bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, permitiéndole alcanzar cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de vida. Su realización es muy subjetiva, va directamente relacionada con la personalidad y el entorno en que vive el individuo

CALIDAD DE VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Se entiende por calidad de vida en cuidados paliativos como la satisfacción de vivir en libertad y bienestar. Es un apoyo a las expectativas, temores y dudas frente a la enfermedad. Un grupo interdisciplinario (Medicina Paliativa, Psicología y Enfermería) realiza un plan individual de acompañamiento total en el proceso de aceptación y adaptación al nuevo modo de vida del paciente y su familia, a causa de la enfermedad.

“Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras”.

DAME CECELY SAUNDERS, pionera de los Cuidados Paliativos.





BRAQUITERAPIA

Por Claudia Patricia Amaya S., MD. - Radioncóloga • Aurelio Angulo M., MD. - Radioncólogo

En el Servicio de Radioterapia de la Fundación Valle del Lili contamos desde hace 6 meses con Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis administrada mediante uno de los equipos más modernos en la actualidad a nivel mundial: Flexitron el cual realiza su cálculo de dosis en tiempo real, con Sistema de Planeación tridimensional basado en Imágenes de Escanografía de Alta Calidad.

La braquiterapia representa una opción de tratamiento efectivo para muchos tipos de cáncer. Los resultados del tratamiento han demostrado en algunas patologías que las tasas de curación de cáncer con la braquiterapia son comparables con la cirugía y la radioterapia externa.

En la actualidad diariamente tenemos a nuestro alcance una gran variedad de información acerca de los múltiples tratamientos que existen para el tratamiento de los diferentes Tumores; los cuales debido a múltiples factores: genéticos, nutricionales, tóxicos, estilos de vida etc., han aumentado en forma significativa en las últimas décadas. En esta edición queremos contarles de una forma sencilla y práctica en qué consiste el Tratamiento de Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis.

Recordando en general, la Radioterapia es una especialidad de la Medicina, basada en la aplicación de Radiación Ionizante con fines terapéuticos para el manejo y control de una gran variedad de tumores malignos y en casos muy específicos de tumores benignos como por ejemplo los Queloides.

La Terapia de Radiación o Radioterapia cuenta con diferentes equipos para administrar el tratamiento a los pacientes, y uno de estos tipos o formas se llama Braquiterapia, término que proviene del griego brachys que significa "muy cerca."

Por lo tanto para entender esta terapia más fácilmente la definiremos como: "Una Técnica de tratamiento basada en radiación emitida por un Isotopo, el cual es adaptado a un pequeño catéter en su extremo más proximal y mediante equipos especiales y diferentes accesorios logramos administrar dosis mayores dentro del tumor o muy cerca del mismo cuyo resultado se verá reflejado en una mejor respuesta tumoral con mayor control de la enfermedad y menos efectos secundarios por menor exposición a tejidos sanos.



De acuerdo a la capacidad que tenga el Isotopo de emitir radiación por hora, esta técnica de tratamiento se divide en 3 formas:

- Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis
- Braquiterapia de Mediana Tasa de Dosis
- Braquiterapia de Baja tasa de Dosis

A mayor capacidad de radiación emitida por hora menor será el tiempo de tratamiento, lo que se verá reflejado en múltiples ventajas para el paciente.

Este tratamiento tiene Indicaciones muy puntuales al igual que finalidades: Curativas o Paliativas (sangrado), y al mismo tiempo puede ser un tratamiento Exclusivo logrando el control de la enfermedad (Cáncer de Próstata, Cérvix, Piel) o complementario a Radioterapia externa, (Cérvix, Esófago, Pulmón) cirugía (Queloides, esófago).

El Servicio además cuenta con una sala para su aplicación que cumple con los estándares de calidad, comodidad, vigilancia, sistemas de seguridad, monitoreo continuo del paciente y asistencia permanente de un Grupo Multidisciplinario que se encuentra conformado por Radioncólogos, Físico, Dosimetrista, Enfermera y en los casos que lo requiera Radiólogo y Anestesiólogo.

La Braquiterapia de Alta Tasa en más del 90% de sus indicaciones es de forma ambulatoria.

VENTAJAS

- Mayor precisión
- Menos efectos secundarios por menor dosis a tejidos sanos
- Planeación en tiempo real
- Comodidad para el paciente
- Menor tiempo en tratamiento
- Excelentes resultados

La Braquiterapia tiene indicaciones en diferentes patologías: Cáncer de Piel, Cáncer de Cérvix, Endometrio, y Vagina, Cáncer de Próstata, Cáncer de Pulmón, Cáncer de Esófago, Tumores de Cabeza y Cuello, Tumores de tejidos blandos y Tumores recidivantes.



ALERGOLOGÍA

Serrano Reyes Carlos Daniel 7454

ANESTESIOLOGÍA

Acevedo Danner Martha Juliana 7428
 Afanador Pinzón Carlos Ernesto 7428
 Ariza Cadena Freddy Giovanni 7428
 Benavides Serralde Pablo José 7428
 Betancur Franco Luis Ángel 7428
 Billefals Vallejo Einar Sten 7428
 Blanco Solano Luisa Fernanda 7428
 Cuijño Álvarez Indira Fabiana 7428
 Figueroa Perdomo Rodrigo 7428
 González Arboleda Luis Fernando 7428
 Herrera Figueroa Christian 7428
 Jaramillo Gómez Hernán Darío 7428
 Jordán Valencia Jaime Humberto 7428
 Lozano Vallejo Lyda Constanza 7428
 Lozano Vallejo Alicia Carolina 7428
 Mejía Mantilla Jorge Humberto 7428
 Salas Jiménez Carlos Eduardo 7428
 Santos Cerquera Raúl Darío 7428
 Silva Gordillo Gloria Cecilia 7428
 Suárez De La Pava Laura Aguitdza 7428
 Torres Tascón Ana María 7428
 Torres Vargas Germán 7428
 Vargas Ordóñez Mónica Patricia 7428
 Vidal Perdomo Carlos Andrés 7428
 Villegas Pineda Mario Hernán 7428

AUDIOLOGÍA

Panesso Méndez Clara Inés 4000
 Niño Santander Mónica Alexandra 4000

CARDIOLOGÍA ELECTROFISIOLOGÍA

Pava Molano Luis Fernando 7442
 Perafán Batista Pablo Eduardo 7442

CARDIOLOGÍA HEMODINAMIA

Velásquez Noreña Jorge Guillermo 7442
 Ochoa Franco Julián Andrés 7442

CARDIOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Araujo Grau Jorge 7442
 Flórez Alarcón Noel Alberto 7442
 Gómez Mesa Juan Esteban 7442
 Gutiérrez Jaramillo Javier 7442
 Olaya Rojas Pastor 7442
 Sánchez Blanco Jairo 7442
 Wartenberg Villegas Martín Bertram 7442

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

Gutiérrez Gil Jaiber Alberto 7120 - 7335

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Borrero Rengifo Álvaro José 7442
 Cadavid Alvear Eduardo Alberto 7442
 Giraldo Jiménez Martha Cecilia 7442

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

Santiago Enderiz Gabriel Rubén 3212

CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Avenidaño Rojas Sandra Lorena 7454
 Kestenberg Himelfarb Abraham 7454

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Tintinago Londoño Luis Fernando 7324

CIRUGÍA DE COLUMNA

Barreto Perea Jaime Andrés 7122
 González Tenorio Mario Germán 7122
 Lobato Polo Javier Mauricio 7428
 Senz Salazar Ernest Karl 7428
 Uribe Arango Juan Alfonso 7428
 Velásquez Lasprilla Fernando 7428

CIRUGÍA DE MANO

Campo Martínez Hugo Darío 7122
 Lombana Zapata Alvaro José 7122

CIRUGÍA DE PIE Y TOBILLO

Castro Plaza Jaime 7122
 Silva Yepes Edwin Alberto 7122

CIRUGÍA DE TÓRAX

Velásquez Galvis Mauricio 7428

CIRUGÍA GASTROINTESTINAL

Argüello Arias Pedro Tomás 7454
 Echavarría Abbad Héctor Raúl 7454
 Rojas Payán Óscar Andrés 7454

CIRUGÍA GENERAL

Aristizabal Vásquez Gonzalo Alfonso 7325
 Franco Flórez María Josefa 7325
 García Marín Alberto Federico 7325
 Ordóñez Delgado Carlos Alberto 7325
 Pino Oliveros Luis Fernando 7325
 Toro Yepes Luis Eduardo 7325

CIRUGÍA ONCOLÓGICA

Curra Perdomo Diana Felisa 7324

CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Montaña Hoyos Diego Leonardo 7233
 Muñoz Pino Carlos Arturo 7233
 Soto Naranjo Edgar Julián 7233

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Astudillo Palomino Raúl Ernesto 7335
 Figueroa Gutiérrez Luis Mauricio 7335
 Franco Agredo Otoniel 7335
 Palta Uribe Diego Alfredo 7335

CIRUGÍA PLÁSTICA

Córdoba Castrillón Adriana 7122
 Dorado Olarte Clara Inés 7122
 Sarasti Silva Bibiana Andrea 7122

CIRUGÍA VASCULAR

Carbonell Caicedo Juan Pablo 7650
 Bravo Ceballos Carolina 7650

CIRUGÍA VASCULAR Y TRASPLANTES

Caicedo Rusca Luis Armando 7560
 Villegas Otálora Jorge Iván 7560

CLÍNICA DEL DOLOR

Herrera Figueroa Christian 7428
 Villegas Pineda Mario Hernán 7428

CUIDADOS INTENSIVOS

Flórez Alarcón Noel Alberto 4040
 García Marín Alberto Federico 4040
 Gómez García Mónica 4040
 Granados Sánchez Marcela 4040
 Martínez Buitrago Jorge Eduardo 4040
 Mejía Mantilla Jorge Humberto 4040
 Ochoa Ardila María Elena 4040
 Oliveros Hernández María del Pilar 4040
 Ordóñez Delgado Carlos Alberto 4040
 Ospina Tascón Gustavo Adolfo 4040
 Salas Jiménez Carlos Eduardo 4040
 Toro Yepes Luis Eduardo 4040
 Vargas Ordóñez Mónica Patricia 4040

DERMATOLOGÍA

González Tenorio Martha Lucía 7365
 Herrera Marcelles Melba Cristina 7365
 Muñoz García Lilibana Eugenia 7365
 Ramírez Escobar Ana Francisca 7365
 Sandoval Pereira Fabián 7365
 Vidal Cagigas Andrés 7365

DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Ramírez Escobar Ana Francisca 7365

DERMATOLOGÍA - PATOLOGÍA

Muñoz García Lilibana Eugenia 7365

ENDOCRINOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Arango Velez Luis Guillermo 7449
 Casas Figueroa Luz Ángela 7449
 Feriz Bonelo Karen Milena 7449

ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Angulo Mosquera Mario 7120 - 7335
 Mejía Zapata Lilibana María 7120 - 7335

ENDOSCOPIAS - VÍAS DIGESTIVAS

Argüello Arias Pedro Tomás 4126
 Echavarría Abbad Héctor Raúl 4126
 García Abadía Jairo Alberto 4126
 Jiménez Rivera Diego Fernando 4126
 Kestenberg Himelfarb Abraham 4126
 Rojas Payán Óscar Andrés 4126
 Rojas Rodríguez Carlos Arturo 4126

FONOAUDIOLOGÍA

Bermeo Cardona Maribeth 7120
 Montoya Camargo Zamira 7120
 Navas García Claudia Ximena 7120
 Niño Santander Mónica Alexandra 4000
 Panesso Méndez Clara Inés 4000
 Sanz García Claudia Mercedes 7120
 Valencia Zúñiga Juliana 7120
 Álvarez Montenegro Adriana 7120

GASTROENTEROLOGÍA - HEPATOLOGÍA

Jiménez Rivera Diego Fernando 7454

GASTROENTEROLOGÍA MEDICINA INTERNA

García Abadía Jairo Alberto 7454
 Rojas Rodríguez Carlos Arturo 7454
 Sepúlveda Copete Mauricio 7454

GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

Franco Agredo Otoniel 7120 - 7335
 Zamorano Castro Cecilia 7120 - 7335
 Sánchez Pérez Maira Patricia 7120 - 7335

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Benavides Calvache Juan Pablo 7323
 Congote Restrepo Fernando Adolfo 7323
 Escobar Flórez Álvaro José 7323
 Escobar Vidarte María Fernanda 7323
 Lopéz Tenorio Jaime 7323
 Toro Yepes Luis Adriano 7323
 Medina Palmezano Virna Patricia 7323
 Messa Bryon Adriana 7323
 Nasser José 7323
 Piñeros Pachón Jorge Arturo 7323
 Saldarriaga Gil Wilmar 7323
 Victoria Borrero Alejandro 7323

GINECOLOGÍA LAPAROSCÓPICA

Escobar Flórez Álvaro José 7323

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA - INFERTILIDAD

Idrobo Piquero Joaquín Humberto 7323

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA ONCOLÓGICA

Ramírez Salazar Heydi Marina 7323
 Restrepo Forero Omar Hernán 7323

HEMATOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Falabella Falabella Francisco 7324
 Rosales Martínez Joaquín Donald 7324

HEMATO-ONCOLOGÍA CLÍNICA

Restrepo Molina Juan Guillermo 7324
 Zambrano Harvey Ángela Regina 7324

HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Lotero Díaz Viviana 7800
 Medina Valencia Diego 7800
 Ramírez Württenberger Óscar 7800

INFECTOLOGÍA MEDICINA INTERNA

García Goez José Fernando 7421
 Lenis Quintero William 7421
 Rosso Suárez Fernando 7421
 Vélez Londoño Juan Diego 7421

MEDICINA DE URGENCIAS

Carvajal Gómez Sandra Milena 3276 - 3278
 Castillo García José Luis 3276 - 3278
 Moreira Accame Maximiliano 3276 - 3278
 Tovar Ruíz Víctor Hugo 3276 - 3278
 Urnaña Perea Mauricio 3276 - 3278
 Vargas Bernal Carlos Eduardo 3276 - 3278

MEDICINA FAMILIAR

Bromet Shumm Arnoldo 7120
 Chavarro Domínguez Carlos Alfonso 7120

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

| | |
|------------------------------|-------------|
| Catacolí Samayoa José Germán | 3234 - 6305 |
| Quintero Flórez Orlando | 3234 - 6305 |
| Serpa Serpa José Mauricio | 3234 - 6305 |

MEDICINA INTERNA

| | |
|---------------------------------|------|
| De la Hoz Albán Adolfo León | 7449 |
| Largo Rojas Uriel | 7449 |
| Otero Berrocal Carmelo José | 7449 |
| Ramírez Zuluaga Luis Fernando | 7449 |
| Villegas Otálora María Fernanda | 4025 |
| González Fontal Guido | 7449 |

MEDICINA NUCLEAR MOLECULAR

| | |
|----------------------------|------|
| Pabón Castilla Luz Maritza | 3159 |
|----------------------------|------|

NEFROLOGÍA MEDICINA INTERNA

| | |
|------------------------------|------|
| Mesa Ramírez Liliana | 7324 |
| Posada Chávez Juan Guillermo | 7324 |
| Schweineberg López Johanna | 7324 |

NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

| | |
|--------------------------------|------|
| Restrepo Restrepo Jaime Manuel | 7325 |
| Londoño Correa Hernando | 7120 |

NEUMOLOGÍA MEDICINA INTERNA

| | |
|----------------------------|------|
| Fernández Trujillo Liliana | 7421 |
| Sanabria Arenas Fernando | 7421 |
| Martínez Guzmán William | 7421 |

NEUROCIRUGÍA

| | |
|------------------------------|------|
| Lobato Polo Javier Mauricio | 7428 |
| Senz Salazar Ernest Karl | 7428 |
| Uribe Arango Juan Alfonso | 7428 |
| Velásquez Lasprilla Fernando | 7428 |

NEUROLOGÍA CLÍNICA

| | |
|--------------------------------|------|
| Orozco Vélez Jorge Luis | 7253 |
| Quiñones Bautista Jairo Alonso | 7253 |
| Shinchi Tanaka Alberto Masaru | 7253 |
| Takeuchi Tan Yuri | 7253 |

NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

| | |
|-------------------------------|------|
| Cruz Zamorano Santiago Sergio | 7120 |
| Gómez Castro Juan Fernando | 7120 |
| Saavedra de Arango Gloria | 7120 |

NEUROPSICOLOGÍA

| | |
|--------------------------------|------|
| González Flórez Sandra Liliana | 7253 |
| Pérez Restrepo Ángela María | 7253 |
| Muñoz Ospina Beatriz Elena | 7253 |

NEURORRADIOLOGÍA

| | |
|------------------------------|------|
| Rosero Guerrero Alberto León | 4036 |
| Velásquez Lasprilla Fernando | 4036 |

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

| | |
|----------------------------------|------|
| Lara Carvajal Catalina | 7325 |
| Lemos Riaño Martha Lucía | 7325 |
| López De Mesa Duque Martha Ligia | 7325 |
| Vallejo Arias Aixa Leldy | 7325 |

ODONTOLOGÍA

| | |
|-----------------------------|------|
| Arango Jaramillo Luz María | 7233 |
| Arias Cadavid Ana Milena | 7233 |
| Caicedo Rusca Luis Fernando | 7233 |
| Loaiza Campo Leslie Karina | 7233 |

ODONTOPEDIATRÍA

| | |
|---------------------------|------|
| Franco Castaño Luz Helena | 7233 |
|---------------------------|------|

ORTODONCIA

| | |
|-------------------------------|------|
| Castro Cabal Adriana | 7233 |
| Franco Quintero Germán | 7233 |
| Escobar Villegas Paola Andrea | 7233 |

OFTALMOLOGÍA

| | |
|----------------------------|------|
| Araujo Martínez Martha Luz | 7325 |
| Galvis Villarreal Andrea | 7325 |
| Garrido Costa Lázaro | 7325 |
| Ossma Gómez Iván Leonardo | 7325 |
| Sinisterra Pava Juan Pablo | 7325 |

OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

| | |
|---------------------------------|------|
| Polanía Esparza Rodrigo Alberto | 7325 |
|---------------------------------|------|

OPTOMETRÍA

| | |
|-------------------------------|------|
| Alvernia Lobo Claudia | 7325 |
| Rodríguez Gaitán Héctor David | 7325 |

ORTÓPTICA

| | |
|------------------------------|------|
| Barrios Acosta Inelsa Marina | 7325 |
|------------------------------|------|

ONCOLOGÍA CLÍNICA MEDICINA INTERNA

| | |
|--------------------------------|------|
| Restrepo Molina Juan Guillermo | 7324 |
| Zambrano Harvey Ángela Regina | 7324 |

ONCOLÓGICA - GINECOLOGÍA

| | |
|------------------------------|------|
| Ramírez Salazar Heydi Marina | 7323 |
| Restrepo Forero Omar Hernán | 7323 |

ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA

| | |
|-----------------------------|------|
| Ramírez Württenberger Oscar | 7323 |
|-----------------------------|------|

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

| | |
|-------------------------------------|------|
| Barreto Perea Jaime Andrés | 7122 |
| Campo Martínez Hugo Darío | 7122 |
| Castro Plaza Jaime | 7122 |
| De la Vega Del Risco Daniel Enrique | 7122 |
| Gallón Lozano Luis Alfonso | 7122 |
| González Tenorio Mario Germán | 7122 |
| Herrera Huelendo Gilberto Antonio | 7122 |
| Llinás Hernández Paulo José | 7122 |
| Lombana Zapata Alvaro José | 7122 |
| Martínez Rondanelli Alfredo | 7122 |
| Mejía López Fernando Manuel | 7122 |
| Sánchez Vergel Alfredo Alonso | 7122 |
| Silva Yepes Edwin Alberto | 7122 |

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

| | |
|----------------------------|------|
| Gallón Lozano Luis Alfonso | 7122 |
|----------------------------|------|

ORTOPEDIA ONCOLÓGICA

| | |
|-------------------------------------|------|
| De la Vega Del Risco Daniel Enrique | 7122 |
|-------------------------------------|------|

OTOLOGÍA

| | |
|--------------------------|------|
| Santamaría Gamboa Susana | 7428 |
|--------------------------|------|

OTORRINOLARINGOLOGÍA

| | |
|--------------------------------|------|
| Andrade Murillo Tomás Hernán | 7428 |
| Barreto Angulo José María | 7428 |
| Cortés Castaño Jorge Alberto | 7428 |
| Gómez Merino Luz Eugenia | 7428 |
| Moriones Robayo Carlos Alberto | 7428 |
| Santamaría Gamboa Susana | 7428 |

SERVICIOS • SERVICIOS • SERVICIOS • SERVICIOS • SERVICIOS

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------|
| Banco de Sangre | 3156 - 3061 - 3016 - 4203 | Epidemiología | 3304 |
| Cardiología No Invasiva | 3205 - 3212 | Hemodinamia - Cateterismo | 4025 |
| Cheques Médicos Preventivos | 3215 | Hospitalización-Admisiones | 3261 - 3031 - 3120 |
| Cirugía | 4105 | Imágenes Diagnósticas | 3171 - 3182 |
| Cirugía Ambulatoria | 4110 - 4132 - 4219 | Infectología | 7128 |
| Cirugía Cardiovascular | 4025 | Laboratorio Clínico | 3153 - 3154 |
| Cirugía Vascular y Endovascular | 7650 | Laboratorio Biología Molecular | 4215 - 4231 |
| Clínica del Dolor | 7428 | Laboratorio Vascular | 7324 |
| Clínica de Heridas | 3212 - 3205 | Medicina Nuclear Molecular | 3159 |
| Clínica de Anticoagulación | 7426 | Patología | 4261 |
| Clínica de Falla Cardíaca | 7426 - 7455 | Pruebas de Alergias | 7441 |
| Consulta Preanestésica | 7428 | Quimioterapia | 7809 |
| Cuidado Intensivo Adultos | 4040 - 4066 - 4068 | Radioterapia | 4089 - 4071 |
| Cuidado Intensivo Coronario | 4753 | Sala de partos | 4224 - 4223 |
| Cuidado Intensivo Intermedio | 4753 - 4754 | Terapia Física y Rehabilitación | 3231 - 3233 - 3234 |
| Cuidado Intensivo Pediátrico | 4324 - 4316 | Terapia Ocupacional | 7121 |
| Cuidado Intensivo Neonatal | 4224 - 4222 | Unidad de Cáncer (Oncología) | 7760 |
| Densitometría Ósea | 7325 | Unidad de Trasplantes | 7521-7550 |
| Electroencefalograma | 7253 | Urgencias | 3275 - 3276 - 3278 |
| Endoscopias - Vías digestivas | 4126 | Vacunación | 7336 |

OTORRINOLARINGOLOGÍA - CIRUGÍA PLÁSTICA

| | |
|------------------------------|------|
| Barreto Angulo José María | 7428 |
| Cortés Castaño Jorge Alberto | 7428 |

PATOLOGÍA

| | |
|------------------------------------|------|
| Albornoz Tovar Ludwig Luis Antonio | 4261 |
| Arrunategui Ramírez Ana María | 4261 |
| Bravo Ocaña Juan Carlos | 4261 |
| Carrascal Cortés Edwin | 4261 |
| Guarín Díaz Nora | 4261 |
| Jaramillo Velásquez Roberto | 4261 |
| Macía Mejía María Carmenza | 4261 |
| Olaya Morales Natalia | 4261 |

PEDIATRÍA

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Cañas Giraldo Camilo Augusto | 7120 - 7335 |
| Cobo Medina Darío Hernando | 7120 - 7335 |
| Cortés Barbosa Carlos Alberto | 7120 - 7335 |
| Cruz Roa César Augusto | 7120 - 7335 |
| Delgado Rodríguez José Fernando | 7120 - 7335 |
| García Cifuentes Ángela María | 7120 - 7335 |
| Gómez Rodríguez Teresa | 7120 - 7335 |
| Herrera Agudelo Jorge Alberto | 7120 - 7335 |
| Madrinán Tascón Jorge Mario | 7120 - 7335 |
| Mera López Verónica | 7120 - 7335 |
| Montes Hasslocher Patricia Isabel | 7120 - 7335 |
| Olarte Ángela María | 7120 - 7335 |
| Pérez Portilla Cristina Eliana | 7120 - 7335 |
| Pino Muñoz Wilber | 7120 - 7335 |
| Sierra García Alexandra | 7120 - 7335 |
| Vanegas Alvarado Rocío | 7120 - 7335 |
| Villaquirán Lacouture María Clara | 7120 - 7335 |

PEDIATRÍA - CUIDADOS INTENSIVOS

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Agudelo Constante María Teresa | 7120 - 7335 |
| Bermúdez Pupo Fernando Eugenio | 7120 - 7335 |
| Motoa Solarte María Victoria | 7120 - 7335 |

PEDIATRÍA - ENDOCRINOLOGÍA

| | |
|----------------------------|-------------|
| Angulo Mosquera Mario | 7120 - 7335 |
| Mejía Zapata Liliana María | 7120 - 7335 |

PEDIATRÍA - INFECTOLOGÍA

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Pérez Camacho Paola Marsela | 7120 - 7335 |
|-----------------------------|-------------|

PEDIATRÍA - NEONATOLOGÍA

| | |
|--------------------------------|------|
| Ballesteros Castro Adriana | 7120 |
| Jaramillo Salazar Martha Lucía | 7120 |
| Orrego Gaviria Jaime | 7335 |

PSICOLOGÍA

| | |
|--------------------------------|------|
| Chaux Otero Andrea | 7121 |
| Escobar López Viviana | 7121 |
| Hoyos Liévano María Graciela | 7121 |
| Jiménez Suárez Sonia | 7121 |
| Restrepo Rivera Angélica María | 7121 |

PSICO - ONCOLOGÍA

| | |
|---------------------------|------|
| Reyes Piñeros Clara Elisa | 7121 |
|---------------------------|------|

PSIQUIATRÍA

| | |
|------------------------------|------|
| Arango Dávila César Augusto | 7121 |
| Bersh Toro Sonia Constanza | 7121 |
| Castillo Martínez Alejandro | 7121 |
| Guerra Lozano Ana María | 7121 |
| Rincón Hoyos Hernán Gilberto | 7121 |
| Rivas Nieto Juan Carlos | 7121 |

PSIQUIATRÍA INFANTIL

| | |
|--------------------------------|------|
| Salazar Corrales Omar Fernando | 7121 |
|--------------------------------|------|

PSIQUIATRÍA - PSICOGERIATRÍA

| | |
|------------------------------|------|
| Macías Libreros Gloria Elena | 7121 |
|------------------------------|------|

RADIOLOGÍA

| | |
|----------------------------------|-------------|
| Abella Calle José | 3171 - 3182 |
| Castillo Pérez Luis Fernando | 3171 - 3182 |
| Escobar Rengifo Fernando Alfonso | 3171 - 3182 |
| García González Carlos Alejandro | 3171 - 3182 |
| Granados Sánchez Ana María | 3171 - 3182 |
| Holguín Holguín Alfonso José | 3171 - 3182 |
| Medina Valencia Francisco José | 3171 - 3182 |
| Mejía González Mauricio | 3171 - 3182 |

RADIOTERAPIA

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Amaya Sánchez Claudia Patricia | 4089 - 4071 |
| Angulo Mosquera Aurelio | 4089 - 4071 |

REUMATOLOGÍA

| | |
|-----------------------------|------|
| Agualimpia Janning Andrés | 7421 |
| Cañas Dávila Carlos Alberto | 7421 |

TERAPIA OCUPACIONAL DE SALUD MENTAL

| | |
|-----------------------------------|------|
| Atehortua Restrepo Martha Cecilia | 7121 |
| Tascon Rojas Maria del Rosario | 7121 |

UROLOGÍA

| | |
|-------------------------------|------|
| Ceballos Posada Myriam Lili | 7233 |
| Duque Galán Manuel | 7233 |
| Plazas Córdoba Luis Alejandro | 7233 |



FUNDACIÓN VALLE DEL LILI



Acreditación N° 0015
Fecha: 25/07/2007

COMITÉ EDITORIAL

Miembros del Comité Editorial

Martín Wartenberg Villegas, MD.
Jorge Mario Madriñán Tascón, MD.
Alfredo Martínez Rondanelli, MD.
Jorge Humberto Mejía Mantilla, MD.
Nancy Montes de Oca Escobar
Danny Viviana Moreano Hurtado, MD.
Yuri Takeuchi Tan, MD.
Enf. Betty Gómez Rodríguez
Diana Prieto Hurtado, MD.
Ing. Luz Helena Moreno Narváez
Juan Guillermo Restrepo Molina, MD.
Andrea Catalina Martínez González, DG
Diana Felisa Currea Perdomo, MD.

Comité Asesor

Martín Wartenberg Villegas, MD.
Marcela Granados Sánchez, MD.

Dirección Editorial

Comunicaciones
Fundación Valle del Lili
PBX: 3319090
Ext.: 3226

Portada y Fotografía

Banco de Imágenes
Fundación Valle del Lili

Diseño, Diagramación e Ilustración

Andrea Catalina Martínez González, DG

Redacción

Comunicaciones
Fundación Valle del Lili

Preprensa e Impresión

Panamericana Formas e Impresos S.A.
Bogotá

www.valledelili.org



SUSCRÍBASE GRATIS A NUESTRA REVISTA

LLÁMENOS EN CALI: 331 9090 - EXT: 4113

TAMBIÉN PUEDE ESCRIBIRNOS: comunicacionesfv@gmail.com

Esta publicación no sustituye la consulta ni las indicaciones del médico. En ningún caso ni circunstancia los lectores pueden valerse de la información de la revista para diagnosticar y/o autodiagnosticarse y/o realizar análisis, diagnósticos o tratamientos que únicamente están autorizados para realizar y/o manejar profesionales de la medicina debidamente especializados.

Escriba sus comentarios a: comunicacionesfv@gmail.com

*Somos la Unidad de Cuidados Intensivos
más humana*



UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

ADULTO • PEDIÁTRICO • NEONATAL • OBSTÉTRICO

La Fundación Valle del Lili cuenta con la UCI más grande del suroccidente colombiano.
Dispones de 160 camas para la atención del paciente crítico.



**FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI • PBX: 3319090 Ext. 4040

clínica de mama

*La detección temprana es la clave
para el éxito del tratamiento*

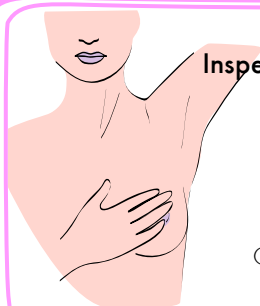
VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 4837020 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 018000513700

CLÍNICA DE MAMA

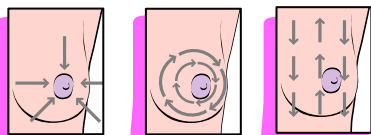
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI • PBX: 3319090 Ext. 7760

**FUNDACIÓN
VALLE DEL LILI**
Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

AUTO EXAMEN DE MAMA



**Autoexamen de Mama:
Inspección y Palpación Manual (de pie)**



Con la palma de la mano, palpar cada
mama en estas tres direcciones.

**Autoexamen de Mama:
Palpación Manual
(acostada)**

Con la palma de la mano, palpar
cada mama en estas tres direcciones.

