

TOME  
UNA

# Revista

Septiembre / Noviembre 2014 • Edición Nº 43

de la Fundación Valle del Lili

ISSN 1794-4589

PRECIO AL PÚBLICO: \$5.000



Trabajando por la salud de las  
mujeres de nuestra región.

  
VIGILADO Supersalud  
Línea de Atención al Ciudadano: 010000 000000  
Línea de Atención al Paciente: 010000 000000



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

# Clínica de Mama

En tus manos reposa tu salud, no la descuides.  
La detección temprana es la clave para el éxito del tratamiento

Recuerda hacerte periódicamente el autoexamen de mama  
PBX: 6805757 Ext.: 7760

## NUEVO EQUIPO

### Mamografía Digital de Campo Completo y Tomosíntesis

La Fundación Valle del Lili ahora cuenta con el nuevo servicio de MAMOGRAFÍA EN 3D. Esta mamografía se obtiene con múltiples imágenes (hasta 50) tomadas alrededor de cada seno y se pueden ver inmediatamente en un monitor para luego ser analizadas detenidamente y así identificar lesiones sospechosas.

#### Ventajas:

- Ayuda a detectar más lesiones sospechosas de cáncer de mama, en etapas más tempranas.
- Evita la realización de proyecciones adicionales y biopsias innecesarias.
- Genera menos angustia debido a que se obtiene la imagen inmediatamente se toma el examen.



## Contenido



10



23



29



11



17

### Fundación Valle del Lili

Conmutador: (2) 331 9090

PBX Citas: (2) 6805757

FAX: (2) 331 67 28

Av. Simón Bolívar. Cra. 98 #18-49



/FVLCali



@FVLCali



/FVLCali

- 4 Editorial
- 5 Agradecimientos
- 6 ¿Es mi dolor de cabeza síntoma de una lesión cerebral?
- 8 Cáncer de laringe
- 10 Generalidades del cáncer de pulmón
- 11 La Fundación Valle del Lili continúa con la Excelencia  
Apertura de las dos nuevas salas de cirugía
- 12 Células madre y sangre de cordón umbilical: Verdades y mentiras
- 15 La importancia de la prevención en cáncer
- 17 Reconstrucción después de cáncer mama
- 21 Depresión en pacientes con cáncer de seno
- 23 Manejo del dolor en los pacientes con cáncer
- 26 Screening y prevención del cáncer
- 29 Historias para compartir
- 32 Directorio Médico, Especialidades y Servicios.

# Educando a la comunidad sobre el cáncer



Por Marcela Granados, MD  
• Directora Médica de la Fundación Valle del Lili

La palabra "Cáncer" se refiere a un término muy genérico el cual engloba un amplio grupo de enfermedades que pueden comprometer diferentes órganos y cuya evolución puede llegar a ser muy diversa. Lo que tienen en común estas enfermedades agrupadas bajo el término de cáncer es una multiplicación acelerada de células anormales, que crecen sin límite, ocasionando alteración estas células a otros sitios, situación

conocida como metástasis. Esta aclaración es muy importante para la educación de la comunidad, pues aunque es cierto que el cáncer es la primera causa de muerte a nivel mundial, no todo aquel individuo afectado por alguna de estas enfermedades necesariamente tiene una enfermedad terminal.

De acuerdo con la OMS, en Colombia se presentan cada año aproximadamente 72.000 casos nuevos de cáncer y entre los más comunes están el de próstata, estómago, pulmón, mama, cuello uterino y colon. La evolución y pronóstico de estos depende mucho del momento en el que se diagnostiquen y en la posibilidad de recibir un manejo adecuado. A pesar de las dificultades que existen en el sistema de salud colombiano, no podemos desconocer el gran avance en la cobertura en salud en los últimos 20 años, lo que ha permitido a miles de personas poder acceder a tratamientos de primer nivel con resultados en muchos casos, tan óptimos, que han permitido a los pacientes reintegrarse totalmente a la sociedad, a la fuerza laboral y a sus familias.

En este número de la revista de la Fundación Valle de Lili, el cual está dedicado cada año por esta época al tema del cáncer, con ocasión de la celebración del mes de la prevención del cáncer de mama, ustedes podrán encontrar artículos escritos por nuestros especialistas, no solamente enfocados a las posibilidades de tratamiento específico para las células malignas, sino a los tratamientos complementarios, siempre necesarios en estos pacientes, como es el manejo del dolor, de la depresión y la reconstrucción quirúrgica.

Un tema adicional y probablemente el más importante, es el relacionado con la prevención y el diagnóstico precoz. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Si bien, todavía no podemos controlar el factor genético asociado con el cáncer, si podemos cambiar estos comportamientos y hábitos deletéreos.

Finalmente quiero hacer un reconocimiento a la Dra. Diana Currea quien durante 10 años consecutivos ha liderado la denominada "Noche Rosada", en donde se reúnen miles de pacientes, familias, médicos, otros profesionales de la salud y en general personas interesadas en hacer conciencia de la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Este ejemplar coincide con la celebración de estos 10 años dedicados a una de las patologías más prevalentes y con mayor impacto social. En nombre de las pacientes con cáncer de mama, muchas gracias.





Por Javier M. Lobato Polo, MD.  
• Neurocirujano  
Fundación Valle del Lili

## ¿Es mi dolor de cabeza síntoma de una lesión cerebral?

Es una pregunta que a diario nos hacen los pacientes aquejados por un dolor de cabeza (cefalea) que lleva días, semanas y hasta meses. Entre 48% y 71% de los tumores cerebrales tienen como manifestación dolor de cabeza, pero cuando un paciente consulta solamente por ese síntoma, es poco probable que tenga un tumor.

A continuación se enuncian unos signos o situaciones que deben prender las alarmas sobre una posible lesión dentro del cráneo como origen de la cefalea<sup>2</sup>:

- Dolor de cabeza de inicio súbito: la cefalea aparece de manera rápida o de un momento a otro, con una intensidad nunca antes experimentada ("el peor dolor de cabeza de la vida"). Esto puede significar una hemorragia dentro del cráneo.
- Empeoramiento del dolor de cabeza usual: hay personas que padecen de migraña o de cefalea tensional y conocen sus características e intensidad. Si estas características cambian se debe consultar.
- Si alguien ha presentado cáncer o es portador del

virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y presenta cefalea, es mejor estudiar la cabeza con una imagen diagnóstica. En el primer caso, puede haber una metástasis; en el último, una infección crónica.

- Si la cefalea se presenta con fiebre, dificultad para mover el cuello o erupción cutánea.
- El dolor de cabeza se acompaña de algún déficit neurológico: debilidad o parálisis de un lado del cuerpo o de la cara, o pérdida rápida de la visión, alteraciones de la manera de hablar o enlentecimiento del pensamiento.
- El dolor de cabeza moderado o severo que se dispara al toser, al levantar un objeto pesado, al pujar en el baño, durante el orgasmo o cuando

se hace alguna actividad que requiera fuerza física, puede ser manifestación de algo que está aumentando la presión dentro de la cabeza, como por ejemplo, un tumor o un sangrado.

- El dolor de cabeza se inicia con el embarazo o poco después del parto. Esto puede indicar que se ha obstruido una vena del cerebro.

- Todo dolor de cabeza que se inicie después de los 55 años.

Muchos de los signos de alarma enunciados anteriormente indican que puede existir un tumor, sin embargo hay un espectro de enfermedades que deben tenerse en cuenta al momento de hacer el proceso diagnóstico.

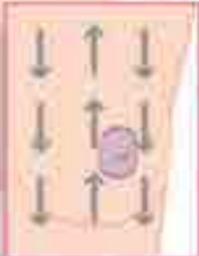
De presentarse los síntomas anteriores, se recomienda consultar al médico, quien hará una historia clínica completa, indagará a fondo estas señales y determinará si requiere o no la realización de un examen de imagen diagnóstica.

“Entre 48% y 71% de los tumores cerebrales tienen como manifestación dolor de cabeza”

## Autoexamen de mama

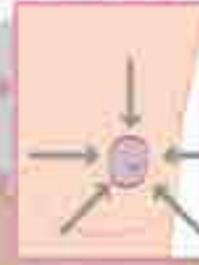
### Inspección y Palpación Manual (de pie)

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



### Palpación Manual (acostada)

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





Por Luis Fernando Tintinago, MD.  
• Cirujano de Cabeza y Cuello  
Fundación Valle del Lili

## Cáncer de laringe

*El cáncer de laringe es una enfermedad devastadora asociada con el humo del cigarrillo, aunque existen otros factores relacionados con su origen como el alcohol, la desnutrición, el reflujo gastroesofágico y alteraciones genéticas.*

### Síntomas

La manifestación más común en el cáncer de laringe es la disfonía o alteración en la voz, comúnmente llamada "ronquera". Sin embargo algunos pacientes manifiestan dolor para tragar o dificultad para respirar. Otros presentan carraspeo en las etapas iniciales. Aunque menos común, algunos pacientes presentan dolor en el oído cuando el tumor está en la parte superior de la laringe.

### Diagnóstico

Ante la sospecha de un tumor en la laringe, el paciente debe ser evaluado por los servicios de otorrinolaringología o por

cirugía de cabeza y cuello. Hay que practicarle un examen general otorrinolaringológico y un examen específico como una fibroscopia de la laringe o una estroboscopia laríngea, la cual es de mayor precisión funcional y anatómica. Luego, si la sospecha continúa, se llevará al quirófano para realizar una microlaringoscopia bajo anestesia general y toma de biopsia y así confirmar el diagnóstico.

Una vez detectado el cáncer de laringe se hacen estudios complementarios para clasificarlo en los 4 estadios existentes (I,II,III,IV) según los sitios que comprometa, de la extensión y del compromiso de los ganglios del

cuello, así como de la presencia de metástasis a distancia o no.

### Clasificación del tratamiento por estadios

Según su evolución los tumores se clasifican en estadios tempranos y tardíos.

Etapa I y II, son estadios tempranos. En los estadios tempranos las opciones son:

- Radioterapia. Esta opción permite una tasa de curación alta, con preservación de la voz, sin necesidad de cirugía. Es la modalidad de elección. Antes de la aparición del láser, era la mejor opción en los

estadios tempranos. En algunos casos es complementaria a la resección con láser.

- Microcirugía con Láser. Es uno de los avances más importantes en el tratamiento de los estadios tempranos del cáncer de laringe. En algunas instituciones como la Fundación Valle del Lili, cuenta con un láser robótico que permite mayor precisión para la resección y la preservación de las funciones laríngeas.

- Resección parcial de la laringe. Cuando no se disponía del láser esta era la mejor opción si la radioterapia fallaba o si la indicación quirúrgica era mayor que la opción de la radioterapia. Consiste en resecar una porción de la laringe por vía abierta y hacer reconstrucción de lo resecado con tejidos vecinos. Es una buena opción si no se cuenta con equipo láser o con cirujanos con experiencia en el manejo del mismo.

Etapa III y IV, son estadios tardíos.

- Quimioterapia y Radioterapia. Es la mejor opción en casos avanzados. Existen varios esquemas de tratamiento, los cuales serán decididos en compañía del Oncólogo Clínico y el Radio-oncólogo.

- Microcirugía Laríngea con Láser. Para algunos casos bien seleccionados, especialmente si se tiene alguna contraindicación para la quimioterapia o si no hay respuesta a la misma.

- Resección Parcial, Hemilaringectomía. Es el tratamiento de elección si la quimio-radioterapia falla o no se puede indicar de entrada.

Consiste en retirar la mitad de la laringe y reconstruirla con los tejidos vecinos.

- Laringectomía total. Esta se indica cuando está contraindicada la quimioterapia o la radioterapia, o si ambas no controlan el tumor y no se puede hacer resección parcial (hemilaringectomía). Consiste en resecar toda la laringe, con las cuerdas vocales. El paciente necesita una válvula interna para restauración de la voz y requerirá una traqueotomía (orificio en el cuello para respirar) por el resto de la vida.

- Vaciamiento de los ganglios del cuello. Independiente del estadio tumoral, en muchas ocasiones se necesita hacer vaciamiento de los ganglios del cuello pues están comprometidos. En otras ocasiones se puede aplicar la radioterapia.

- Radioterapia. En estadios avanzados no está indicada la radioterapia sola. Como se ha anotado se da en combinación con la quimioterapia. En casos avanzados en los cuales se hace cirugía, se complementa con radioterapia a estos ganglios.

Es importante tener presente que el tratamiento depende mucho del estadio del tumor. Generalmente una junta médica determina cual es la modalidad de tratamiento indicado, según las expectativas personales de cada paciente y sus condiciones generales como enfermedades asociadas, edad y situaciones familiares.

Le invitamos a conocer sus **Derechos y Deberes** como **Paciente**



### Derechos de los Pacientes (Adaptación Res. 13437 de 1991)

1. Elegir libremente al Médico tratante.
2. Mantener comunicación plena con el personal Médico y Asistencial.
3. Recibir trato digno.
4. Mantener la confidencialidad de la información de la Historia Clínica.
5. Recibir la mejor asistencia médica posible.
6. Solicitar una segunda opinión calificada de su condición médica.
7. Conocer los costos por atención.
8. Recibir o rebusar apoyo espiritual-moral.
9. Respetar la participación en Investigaciones Clínicas.
10. Respetar la decisión de donación de órganos.
11. Morir con dignidad.

### Deberes de los Pacientes (Adaptación Ley 100 de 1993)

1. Cuidar integralmente su salud y seguir las recomendaciones del Médico.
2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Informar de manera veraz, clara y completa su estado de salud al Médico tratante.
4. Cumplir las normas establecidas por la IPS.
5. Brindar trato digno y humano al personal que lo atiende.
6. Contribuir al cuidado del Medio Ambiente.
7. Adoptar las medidas de seguridad según directrices institucionales.





Por Marcela Vallejo, MD.  
• Oncóloga Médica  
Fundación Valle del Lili

## Generalidades del Cáncer de Pulmón

Se estima que al finalizar el año 2014 se diagnosticarán en el mundo 224.210 nuevos casos de cáncer de pulmón, de los cuales 159.260 van a fallecer por la enfermedad. Sólo el 16% de los pacientes con este cáncer van a estar vivos 5 años después del diagnóstico; sin embargo, en los últimos 10 años ha habido un gran progreso en la detección y técnicas de cirugía mínimamente invasiva para el diagnóstico y adecuado tratamiento.

El principal factor de riesgo es el consumo de cigarrillo. Este contiene gran cantidad de sustancias tóxicas que pueden originar cáncer de pulmón. El peligro de padecerlo incrementa según el número de paquetes consumidos por año (más de 40 paquetes al año aumenta significativamente el riesgo). No se pueden dejar de lado los fumadores pasivos, quienes también son propensos a sufrir cáncer de pulmón.

El gas radón, (radioactivo) también es un factor importante en la aparición de cáncer de pulmón. Por otro lado, el asbesto, mineral que se usa para la construcción de tejas, es causante de esta enfermedad en un 3% a 4%.

La inflamación pulmonar crónica, la tuberculosis, antecedentes de familiares con cáncer de pulmón y exposición a otras sustancias como compuestos de arsénico, níquel, cromo, aromáticos policíclicos, pueden ser factores de riesgo.

Pero aproximadamente entre el 85% y 90% de los casos de cáncer de pulmón son producidos por consumo de cigarrillo (ya sea fumador activo o pasivo). Hay una relación directa entre el consumo de cigarrillo y la aparición de diferentes tipos de cáncer además del cáncer de pulmón, como el cáncer de esófago, cavidad oral, laringe, faringe, vejiga, páncreas, estomago, riñón, ovario y cáncer de cérvix.

Los pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón que siguen fumando después del diagnóstico y durante el tratamiento, tienen una menor supervivencia en vista que en presencia del cigarrillo los tratamientos tienen menos efecto que en los pacientes que dejan de fumar.

Por otro lado, existe un grupo de pacientes que tienen cáncer de pulmón y nunca han fumado. Se ha encontrado que estos pacientes tienen mutaciones genéticas que hacen que las células se transformen en células malignas produciendo cáncer.

Aunque en todo el mundo se han realizado múltiples campañas para evitar el consumo de cigarrillo, y se han llevado a cabo estrategias para evitarlo, siguen latentes pacientes con esta enfermedad, para quienes actualmente existen múltiples alternativas como la cirugía, quimioterapia y radioterapia, tratamientos que los han curado de forma definitiva o les han prolongando la supervivencia y han mejorado su calidad de vida.

## La Fundación Valle del Lili continúa con la Excelencia

Es un honor informarle a la comunidad vallecaucana que la Fundación Valle del Lili continúa con la ACREDITACIÓN CON GRADO DE EXCELENCIA, la máxima categoría que se le confiere a una Institución que se somete a un proceso de acreditación en salud.



La Junta de Acreditación en Salud en su sesión del pasado 17 de junio, ratificada por el Consejo Directivo del ICONTEC el 19 de junio, una vez analizado el informe de visita de evaluación de segundo seguimiento de nuevo ciclo de Acreditación en salud y con base en lo establecido en el Decreto 1011, las Resoluciones 1445 del 2006 y 0123 de 2012, aprobó mantener a la Institución en esta categoría.

Dicho reconocimiento es producto del trabajo constante de todos los entes Institucionales, que con una convicción genuina hacia la cultura del mejoramiento continuo, han logrado integrar las exigencias de los estándares del modelo de acreditación como una metodología de trabajo del día a día, acorde con la misión Institucional, resumida en nuestro eslogan "Excelencia en Salud al servicio de la Comunidad".

## Apertura de dos nuevas salas de cirugía

La Unidad Quirúrgica de la Fundación Valle del Lili cuenta actualmente con dos nuevos quirófanos, con las cuales la Institución alcanza una capacidad de 12 salas dotadas con equipos de la más avanzada tecnología y con los más rigurosos estándares de mantenimiento para realizar procedimientos de las diferentes especialidades.

Las nuevas salas fueron puestas en funcionamiento el día 14 de julio y tienen como fin mejorar y aumentar la productividad del servicio. Gracias a esta apertura la Unidad Quirúrgica realizó un 28% más de procedimientos con respecto al mes anterior, incrementando el número de cirugías realizadas a 320. Es así como para el final de año se espera un crecimiento de 5.1%, equivalente a 752 cirugías más que el año anterior. Todo esto permite una mayor capacidad de atención.

Es importante resaltar que el Servicio de Cirugía tiene como propósito atender pacientes que requieran intervenciones de alta complejidad, cirugías programadas de pacientes ambulatorios y hospitalizados, y cirugías urgentes.

Para cumplir con el objetivo institucional la Sala de Operaciones cuenta con un equipo de trabajo idóneo conformado por Cirujanos, Anestesiólogos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Instrumentadoras Quirúrgicas, Perfusionistas y Ayudantes Asistenciales, quienes realizan su labor con los más altos estándares de Calidad, orientados a la prestación de un servicio integral al paciente y su familia.





Por Francisco Javier Jaramillo E., MD.  
 • Medicina Interna  
 • Hemato-oncólogo  
 Fundación Valle del Lili

## Células madre y sangre de cordón umbilical: verdades y mentiras

*En el año de 1968 aplicaron exitosamente por primera vez, células progenitoras hematopoyéticas, (células capaces de formar células sanguíneas) en un paciente que había recibido una dosis de radiación tan alta, que no podía generar sus propias células y estaba a punto de morir.*

Desde entonces el trasplante de médula ósea evolucionó tanto, que enfermedades que anteriormente eran incurables, hoy en día tienen oportunidad de sobrevivir, por ejemplo las leucemias agudas, defectos congénitos del sistema inmune, anemias congénitas, entre otras.

Paralelo a esta evolución, se descubrieron las proteínas responsables de iniciación y diferenciación celular, así como su mecanismo y momento de expresión. Esto abrió un sin número de opciones terapéuticas para la curación de la mayoría de las enfermedades en la especie humana. Algunas de estas opciones son irreales en este momento y las células (TRONCO) (stem cell) no son tan mágicas por ahora, como lo anuncian algunos comerciantes.

Las verdaderas células madre son únicas y se llaman espermatozoide y óvulo. Cualquier otra célula diferente ya no es una verdadera célula madre pues tiene algún grado de restricción para su maduración, es decir, de la unión de un espermatozoide y un óvulo se da inicio a un tejido muy primitivo llamado mórula, que jamás podrá ser nuevamente un espermatozoide o un óvulo. La mórula está restringida.

De la mórula se deriva posteriormente (unas pocas horas después de la fecundación) el blastocisto y el trofoblasto; el blastocisto dará origen a todos los órganos del embrión y el trofoblasto a la placenta. Las células trofoblásticas no podrán formar células del embrión y el blastocisto jamás podrá ser tejido placentario: También ellas están restringidas.

Así mismo el tejido embrionario se diferencia en ectodermo, mesodermo y endodermo, pocos días después de la fecundación. Ningún tejido ectodermal dará origen a un tejido mesodermal u endodermal y viceversa: También aquí existe restricción.

Es claro que en este nivel de diferenciación y desarrollo humano ya no hay células madre, sino células tronco ectodermales, mesodermales y endodermales.

Las células ectodermales darán origen al tejido nervioso: cerebro, nervios, ojos, piel. Las células mesodermales darán origen al corazón, bazo, sangre, entre otros y las células endodermales darán origen a células del páncreas, hígado y el aparato digestivo.

Con lo anterior no es lógico pensar que de una célula tronco mesodermal: célula tronco hematopoyética (stem cell, mal llamada célula madre) pueda darse origen a un ojo, un nervio periférico o algún tejido derivado de una célula tronco ectodermal u endodermal.

### Ejemplo 1:

Paciente con sección completa de médula espinal por trauma, quien recibe células "madre" para regenerar y reconectar sus nervios. El paciente no mejora.

Las terapias de células tronco hematopoyéticas ofrecidas para enfermedades como el parkinson, o la neuropatía diabética no tienen ningún estudio que valide su eficacia.

Por el contrario, la aplicación de células TRONCO hematopoyéticas han mostrado ser útiles en la regeneración del tejido miocárdico. Esto se debe a que ambas células son de origen mesodermal.

Por otro lado, actualmente recolectan y almacenan la sangre de cordón umbilical de los recién nacidos en bancos privados de células, para aplicar en el futuro del recién nacido y/o su familia primaria en caso de enfermedad hematológica.

El trasplante de médula ósea usando células progenitoras de cordón umbilical es una realidad con resultados comparables al trasplante de donante familiar, sin embargo estas células no son útiles para trasplante autólogo (del mismo individuo) sino para trasplante alogénico (de un individuo diferente al paciente).

### Ejemplo 2:

El día del nacimiento de un individuo se recolectan y se almacenan las células tronco hematopoyéticas presentes en su placenta y cordón umbilical para enviarlas a un banco privado, en condiciones estrictas de protección y criopreservación (congelamiento a menos 150 grados centígrados).

Posteriormente el individuo crece y en edad adulta desarrolla una enfermedad maligna: Mieloma múltiple, linfomas, entre otras. Muy posiblemente el individuo se beneficie del trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas, dado los regímenes actuales de tratamiento para estas enfermedades; pero la fuente elegida para su trasplante será su propia médula ósea en etapa adulta, más que su cordón umbilical almacenado años atrás.

El número de células que se pueden recolectar en estado adulto (en promedio más de dos millones por kilogramo de peso) es mucho mayor que las que pueda contener su cordón umbilical, (en promedio menos de un millón de células tronco por kilo de peso para un adulto de 70 kgs.), siempre y cuando las condiciones de recolección y almacenamiento sean ideales. En este momento nuestro país no dispone de bancos de cordón, y estos, deben ser transportados a otros países para su almacenamiento.

### Ejemplo 3:

Se trata del mismo individuo de ejemplo 2, pero esta vez presenta una enfermedad maligna hematopoyética tipo leucemia aguda mieloblástica o linfoblástica. La única curación total para estas enfermedades se logra actualmente con trasplante

**“Desde entonces el trasplante de médula ósea evolucionó tanto, que enfermedades que anteriormente eran incurables, hoy en día tienen oportunidad de sobrevivir”**



allogénico de médula ósea (es decir trasplante de otro individuo que no sea el paciente) para garantizar un sistema inmunológico diferente, capaz de reconocer la célula tumoral leucémica y eliminarla. Es decir que si se trasplanta este individuo con las células recolectadas en su cordón umbilical tiempo atrás, se le estaría otorgando el mismo sistema inmunológico con el que nació, con la posibilidad de que la leucemia reaparezca de nuevo con el tiempo.

**Ejemplo 4:**

El individuo de ejemplo 2 y 3 desarrolla una enfermedad autoinmune del tipo de la esclerosis sistémica, o una anemia aplásica muy severa. En este caso sí se pueden usar las células almacenadas para el tratamiento exitoso de estas enfermedades.

**Ejemplo 5:**

El individuo del ejemplo 2, 3 y 4 tiene un hermano de padre y madre que desarrolla una enfermedad maligna que requiere trasplante allogénico para su terapia. En este caso sus células almacenadas pueden servir, pero vale la pena indicar que sólo el 2% de las unidades de cordón umbilical almacenadas se han usado con este fin familiar hasta el momento.

El almacenamiento de sangre de cordón umbilical, rica en células progenitoras hematopoyéticas y mesenquimales, debe hacerse como parte de un banco público, pensando en el desarrollo y mejoría de la salud de la población, y no con la esperanza de ser útil en algún momento para el propio individuo.

También es posible que en unos años los adelantos médicos descubran como vencer la restricción de linaje celular y entonces las células de cordón umbilical puedan ser manipuladas para dar inicio a cualquier tejido o linaje diferente. Hasta el momento esto no es posible.



**EN ALIANZA ESTRATÉGICA  
CON LA FUNDACIÓN VALLE DEL LILI**



**PREGRADO  
MEDICINA**

SNIES: 54533

**POSGRADOS CLÍNICOS  
ESPECIALIZACIONES EN**

**MEDICINA INTERNA**

SNIES: 91029

**DERMATOLOGÍA**

SNIES: 91013

**PEDIATRÍA**

SNIES: 91012

**REUMATOLOGÍA**

SNIES: 91011

**HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA**

SNIES: 91093

**CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**

SNIES: 101665

**RADIOLOGÍA E IMAGENES  
DIAGNÓSTICAS**

SNIES: 101667

**CIRUGÍA DE TRASPLANTES  
DE ÓRGANOS ABDOMINALES**

SNIES: 101664

**ARTROSCOPIA**

SNIES: 101727

**DIPLOMADOS**

**ECOGRAFÍA DE EMERGENCIA  
Y CUIDADO CRÍTICO**

**LACTANCIA MATERNA**

**COORDINACIÓN OPERATIVA  
DE TRASPLANTES**

Más información:  
Tel: 555 23 34, ext. 8032  
www.icesi.edu.co



Por Heidi Ramírez Salazar, MD.  
• Ginecóloga Oncóloga  
Fundación Valle del Lili



**La importancia de la  
prevención en cáncer**

*El auto cuidado femenino ha sido interpretado por muchas mujeres como la importancia de la vanidad y la apariencia, sin embargo se ha dejado de lado a través de los tiempos su verdadero significado y se ha dado suma importancia a la estética, olvidando como conservar y cuidar la esencia femenina pues cada vez son más las actividades y menos el tiempo para vigilar la adecuada alimentación, el ejercicio y por ende la salud.*

**E**s muy común que los pacientes en consulta, se pregunten ante diagnósticos difíciles de aceptar como el cáncer, los infartos o los accidentes cardiovasculares ¿por qué a mí? Pero la pregunta correcta debería ser: ¿realmente me he cuidado como corresponde?

Uno de los principales enemigos de la salud y en especial de la femenina es la obesidad, la cual cada día cobra nuevos adeptos gracias a las dietas mal equilibradas, muchas de estas forzadas por el consumismo que generan los medios de comunicación. El sedentarismo también se suma a dicha malnutrición y muchas personas consideran que realizar 1 hora de ejercicio a la semana es

suficiente actividad para que el cuerpo se oxigene fibra a fibra y recupere su vitalidad.

Por otro lado, desde temprana edad es importante tomar conciencia del auto cuidado pues cada vez incrementa la cifra de obesidad infantil, aunque en Colombia no es un problema tan serio como en USA, país que alcanza valores del 16% respecto a la población general.

A medida que las niñas crecen y se convierten en adolescentes las dificultades físicas y comportamientos mentales relacionados con la obesidad incrementan. Debido al exceso de tejido graso, (adiposo) las adolescentes obesas pueden





experimentar una mayor producción de un tipo de hormona femenina (estrógeno). Esta excesiva producción puede traer consecuencias en el adecuado funcionamiento de su ciclo menstrual, generando estados de anovulación crónica, ovario poliquístico e hirsutismo; por esta razón las mujeres obesas tienen mayores tasas de infertilidad y abortos, comparadas con mujeres de su misma edad sin alteraciones de su relación peso/talla (índice de masa corporal).

De conseguirse un embarazo con sobrepeso o en el peor de los casos con obesidad, los riesgos aumentan para el feto y en especial para la madre, quien debido a esto puede experimentar diabetes gestacional, tipo especial de diabetes que afecta a las mujeres en el embarazo y eventualmente puede favorecer su instauración definitiva años después, hipertensión arterial y/o preclampsia sobre agregada, macrosomía fetal, complicaciones del parto y requerimiento de cesárea. Estas patologías transforman una experiencia natural en una enfermedad de alto riesgo para la vida de ambos.

En la edad madura del ciclo de vida femenino la presencia de la obesidad también es causa de diversas alteraciones a nivel de todo el organismo. Puede favorecer la aparición de hipertensión arterial o diabetes y con esta un gran factor de riesgo para enfermedad coronaria, es decir pre infarto e infarto, así como para afecciones renales crónicas, osteoartritis, reflujo gastroesofágico, cálculos de la vesícula, entre otras.

A los especialistas en salud nos ocupa el riesgo en este grupo etario de la aparición de cáncer, pues claramente la patología maligna del colon, el endometrio (parte interna de la matriz que responde altamente a la actividad estrogénica), y la vesícula tienen como factor de riesgo la obesidad.

En el caso del cáncer de endometrio asociado a obesidad, generalmente este afecta a mujeres entre los 55-65 años quienes además padecen otras enfermedades mencionadas anteriormente como hipertensión y diabetes. En muchas ocasiones se presenta por un exceso en la producción de

estrógenos, los cuales a esa edad ya no se producen más en el ovario sino por un proceso químico llamado aromatización en la grasa corporal, por ende, a más grasa corporal, mayor producción de estrógeno, el cual es estimulado en el útero que en primera instancia genera hiperplasias endometriales y al no ser detectadas oportunamente evolucionan provocando el cáncer de endometrio tipo endometrioides, por lo general bien diferenciado.

Este puede tener un buen pronóstico y una buena supervivencia siempre y cuando sea detectado a tiempo y se lleve a cabo un oportuno y exitoso tratamiento, como suele pasar en todos los cánceres.

**“Uno de los principales enemigos de la salud y en especial de la femenina es la obesidad”**

Con base en todo lo anterior un estilo de vida saludable, es el mejor seguro que un ser humano puede tomar por sí mismo, ya que una dieta balanceada que incluya más de 2 ingestas diarias de frutas y verduras, acompañada de actividad física periódica (mínimo 3 veces a la semana) organizada con efecto cardiovascular y la ausencia de hábitos

como el tabaquismo, son suficientes argumentos para decir que el cáncer si es prevenible. Es por esto que la consecución de hábitos de vida saludables, es sin duda la mejor herramienta para modificar incluso el curso de algunas patologías crónicas entre ellas el cáncer, marcadas por una clara y fuerte influencia genética.

Realizar anualmente visitas de chequeo general, ecografías, mamografías, citologías y endoscopias, son herramientas absolutamente válidas y útiles para detectar tempranamente una enfermedad como el cáncer, pero la prevención está un paso atrás y busca evitar a toda costa la presentación de la enfermedad, así que ¿cuánto ahorraríamos en tiempo y dinero si replanteáramos el orden de nuestros propios beneficios?



Por Diana F. Currea Perdomo, MD.  
• Cirujana Oncóloga  
Fundación Valle del Lili



Adriana Córdoba Castellón  
• Cirujana Plástica  
Fundación Valle del Lili

## Reconstrucción después de cáncer de mama

### ¿Qué es el cáncer de mama y cómo se trata?

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres occidentales. Se origina en las células del tejido mamario y se debe a un crecimiento descontrolado de estas. Generalmente da inicio en las células de los lobulillos, (carcinoma lobulillar) glándulas productoras de leche, o en los conductos, (carcinoma ductal) vías que transportan la leche desde los lobulillos hasta el pezón. Con menos frecuencia, el cáncer de mama puede originarse en los tejidos estromales, que incluyen a los tejidos conjuntivos grasos y fibrosos de la mama. Cuando el cáncer está solo limitado a las células de su origen se conoce como carcinoma in situ, pero las células cancerosas pueden crecer o invadir tejidos circundantes, en este caso se denomina carcinoma invasor, y cuando ya se propaga a áreas distantes del cuerpo se considera un cáncer metastásico.

Su tratamiento está basado en la eliminación de células tumorales y en el control de su evolución. El tratamiento más habitual suele ser combinado ya sea extirpando el tumor mediante procedimientos

quirúrgicos que pueden ser la remoción total o parcial del tejido mamario asociado a radioterapia y/o quimioterapia, esto depende del tipo de tumor que tenga la paciente, así como del grado de infiltración y diseminación que tenga el tumor en el momento del diagnóstico. La mastectomía es el procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del tejido mamario incluyendo piel, grasa, glándula mamaria y complejo areola pezón.

### ¿Qué es la reconstrucción mamaria?

La reconstrucción mamaria es el procedimiento quirúrgico por medio del cual se hace de nuevo la mama; es decir se da una apariencia similar a la que tenía la paciente antes de la mastectomía, siendo uno de los procedimientos quirúrgicos actuales dentro de la cirugía plástica más seguros y gratificantes para la paciente. El desarrollo de nuevas técnicas posibilita crear una mama similar en forma, textura y características a la no operada. Además, en la mayoría de los casos es posible hacer la reconstrucción en el mismo tiempo quirúrgico que se extirpa la mama, evitando a la paciente la



experiencia de verse mastectomizada. La reconstrucción mamaria tiene como fin:

- Hacer una mama de aspecto natural, incluyendo la areola y el pezón.
- Eliminar la necesidad de llevar prótesis externas de relleno posibilitando usar prendas de vestir que no serían factibles sin reconstrucción.
- Rellenar el vacío y la deformidad que puede quedar en el tórax.
- Restaurar la imagen corporal y mejorar la calidad de vida de la paciente, lo que facilita una mayor estabilidad emocional, permite enfrentarse positivamente a la enfermedad y llevar una vida social y sexual más activa.

Gracias a los beneficios que la reconstrucción mamaria aporta a la mujer, su demanda se ha incrementado significativamente en los últimos años, motivo por el cual los cirujanos plásticos se han convertido en parte integral de los equipos multidisciplinarios para el manejo del cáncer de mama.

### ¿Quién y cuándo puede reconstruirse la mama?

La mayoría de pacientes que han sido sometidas a una mastectomía o cualquier mujer a la que se le va a practicar una resección parcial o total de la mama, pueden ser candidatas a una reconstrucción mamaria, y la mayoría de ellas en el mismo acto quirúrgico en que se realiza la mastectomía, en este caso la candidata óptima es aquella paciente a la que se le puede eliminar completamente el tumor durante la mastectomía.

La reconstrucción inmediata es aquella que se realiza continua a la mastectomía, generalmente esto significa que el resultado final es mejor, ya que se puede conservar más cantidad de piel de la mama, en este caso la paciente se despierta de la cirugía con un contorno mamario adecuado evitando la experiencia de verse con la mama amputada, lo cual tiene un beneficio psicológico claro.

La reconstrucción diferida es la que se pospone ya sea por decisión de la paciente que no desea realizarse más procedimientos que los necesarios para el control del cáncer o por que exista alguna contraindicación para realizar la mastectomía y la reconstrucción en el mismo acto quirúrgico; como un tumor muy agresivo o en estado muy avanzado, problemas médicos asociados, porque la cirugía

reconstructiva supone un riesgo adicional no justificado para la paciente, o cuando la mastectomía se realiza en centros asistenciales que no cuentan con el servicio de cirugía plástica.

En cualquiera de los casos, lo importante es disponer de una información adecuada y clara sobre las posibilidades de reconstrucción antes de ser intervenida, para enfrentarse a la operación de forma más positiva.

El cirujano plástico es el especialista, que por su formación (especialista en Cirugía Plástica y reconstructiva) posee los recursos técnicos y estéticos adecuados para reconstruir una mama con un aspecto natural. Tras evaluar el estado general de la paciente, el cirujano le informará las opciones de reconstrucción más apropiadas para su edad, salud, características físicas y anatómicas y expectativas de futuro. El especialista que realiza la mastectomía, el oncólogo y el cirujano plástico deben coordinarse para desarrollar una estrategia que confluya en el mejor resultado posible.

### ¿Cuáles son las técnicas de reconstrucción más utilizadas?

Cada caso de cáncer de mama y cada mujer es diferente, por lo que no todas las técnicas son adecuadas para todas las mujeres y la decisión sobre la cirugía reconstructiva depende de muchos factores personales como el estado de salud de la paciente, estado del cáncer, tamaño de la mama natural, cantidad de tejido disponible para la reconstrucción, el tamaño de la mama que quiera lograrse, entre otras.

Las técnicas de reconstrucción mamaria pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Las técnicas que utilizan tejido autólogo, es decir tejido de la propia paciente comúnmente llamado colgajo.
- Las técnicas que utilizan implantes para formar la nueva mama.

Las técnicas que han ganado más popularidad en los últimos años son las que utilizan tejidos de la propia paciente para reconstruir la mama, ya que ofrecen resultados muy similares a las de una mama natural, sin embargo en algunas pacientes la reconstrucción con implantes es más adecuada y en muchas ocasiones la reconstrucción se realiza con una

combinación de técnicas, es decir tejido de la propia paciente además del implante.

### ¿Cuáles son las técnicas con colgajos?

Los tejidos necesarios para reconstruir la mama se toman de diferentes partes del cuerpo y se utiliza la piel, grasa y músculo que son transferidos desde la espalda, abdomen, muslos o tórax hacia la mama para moldearla y darle la apariencia de una mama natural. En general son procedimientos más complejos y dejan cicatrices en el lugar donde se toma el tejido y en el área de la mama reconstruida, además los colgajos actúan como el resto de los tejidos del cuerpo y se pueden aumentar o disminuir su tamaño a medida que se gana o pierde peso ocasionando diferencias en el tamaño de las mamas reconstruidas.

#### Reconstrucción con colgajo de la espalda (dorsal ancho)

En este caso se utiliza piel, grasa y músculo de la parte superior de la espalda y el colgajo se pasa por debajo de la piel de la axila hacia la parte delantera del tórax para darle forma a la mama. Con este método puede ser necesario la utilización de una prótesis mamaria en caso de no existir suficiente tejido para la reconstrucción, en general se consigue un resultado estético natural, sin embargo aunque no es común, la paciente puede presentar debilidad en la espalda, hombro o brazo después de la cirugía, y se debe tener en cuenta que el procedimiento dejará una cicatriz en la mitad de la espalda de donde se extrae el colgajo. Este tipo de reconstrucción está indicado en pacientes que no necesitan gran cantidad de tejido para la reconstrucción, en las que el tejido abdominal no es adecuado. Es ideal en mujeres relativamente corpulentas con mamas de pequeño, mediano tamaño.

#### Reconstrucción con colgajo del abdomen (TRAM)

Se utiliza piel, grasa y una parte del músculo de la región abdominal inferior junto con los vasos que irrigan este tejido para la reconstrucción de la mama, tiene el inconveniente que puede dejar problemas en el sitio de donde se extrae el colgajo como hernias abdominales o debilidad de la pared abdominal. En general el resultado estético final es muy bueno pero requiere que la paciente tenga tejido abdominal adecuado sin ser obesa y no tener cicatrices abdominales previas o algunas enfermedades que interfieran con la circulación del colgajo como diabetes o hipertensión.

### Otros colgajos utilizados

Otros colgajos utilizados para reconstrucción mamaria son los tomados de sitios como los glúteos o los muslos y algunos de tejidos abdominales en los que solo se trasplanta tejido graso y piel, sin embargo estos procedimientos requieren de microcirugía que es la intervención en vasos arteriales y venosos, siendo una intervención compleja ya que la disección del colgajo es extremadamente precisa y meticulosa para lograr el mejor resultado estético con las mínimas secuelas funcionales, en general el tiempo quirúrgico es mucho mayor y requiere un buen estado de los vasos que nutren y perfunden el colgajo, por lo que no está indicada en todas las pacientes.

### ¿Cuáles son las técnicas con implantes?

Estas técnicas utilizan distintos tipos de implantes: expansores, prótesis o prótesis-expansores para reconstruir la mama, son por lo general técnicas menos complejas y más rápidas, sin embargo muchas veces se deben combinar con colgajos ya que el implante requiere adecuada cobertura y no siempre es suficiente con el tejido que queda en el tórax después de la mastectomía. En muchos casos requieren realizar cirugía en la mama contralateral en otro tiempo quirúrgico para lograr una mejor simetría entre ambas mamas.

#### Reconstrucción mediante expansores

Consiste en la introducción de un implante vacío por debajo de la piel y de los músculos del tórax, el cual se va rellenando de solución salina por medio de una pequeña válvula que queda localizada debajo de la piel. Esto se realiza periódicamente en el consultorio hasta que se logra mediante la expansión el espacio adecuado para la prótesis definitiva. Esta reconstrucción requiere mínimo dos tiempos quirúrgicos, la primera para colocar el expansor y la segunda para colocar la prótesis definitiva.

#### Reconstrucción con prótesis-expansoras

Utiliza el mismo principio de la reconstrucción con expansores y consiste en ir rellenando periódicamente el expansor hasta lograr el tamaño adecuado, en este caso los expansores están diseñados de tal manera que permiten ser mantenidos como implantes definitivos, por lo que solo sería necesario una intervención.



## Reconstrucción con prótesis

La reconstrucción directamente con prótesis definitiva se puede realizar en pacientes que tienen suficiente piel en la mama a reconstruir y que no requieren colocar antes un expansor. La prótesis se coloca por debajo del músculo pectoral para evitar que la prótesis quede cerca de la piel y pueda moverse. Debe tenerse en cuenta que la prótesis debe quedar bien protegida y cubierta con tejido adecuado por lo que muchas veces su utilización se combina con utilización de colgajos generalmente de la espalda.

## ¿Cuáles son los riesgos de la reconstrucción mamaria?

Prácticamente toda mujer que ha sido mastectomizada puede someterse a una reconstrucción mamaria. No obstante pueden existir ciertos riesgos que deben ser conocidos antes de someterse a esta intervención. Estos riesgos serían los propios de cualquier cirugía, como sangrado, colección de líquido en el área operada, infección, cicatrices patológicas o problemas anestésicos que deben ser tenidos en cuenta y discutidos con la paciente. Así mismo, las mujeres fumadoras deben saber, que el cigarrillo puede ocasionar problemas de cicatrización y tener un periodo de recuperación más prolongado y mayor riesgo de complicaciones.

Si en la reconstrucción se emplean implantes, existe una posibilidad de que se infecten, normalmente en la primera o en la segunda semana tras la intervención. En algunos de estos casos, puede ser preciso retirar temporalmente el implante, pudiendo colocarse de nuevo más adelante. El problema más común relacionado con los implantes, es la contractura capsular, consistente en la formación por el organismo de una cápsula cicatrizal interna alrededor del implante que puede hacer que la mama reconstruida tenga una consistencia más dura de lo normal; esto no es más que una respuesta fisiológica del organismo a un cuerpo que no reconoce como propio.

Cuando se realiza la reconstrucción con colgajos o tejido autólogo es probable que la movilización de estos tejidos produzca un estado de poca perfusión sanguínea en los mismos y pueden presentarse complicaciones como pérdidas parciales o incluso totales de estos colgajos que se conoce como necrosis (o muerte) del colgajo que hace necesario retirar el tejido muerto y evaluar otras opciones de reconstrucción.

## Otros puntos importantes

Debe tenerse en cuenta que después de la intervención inicial para reconstruir la mama, se pueden requerir otros procedimientos para terminar de ajustar el tamaño, la forma y medidas de la mama reconstruida o contralateral para conseguir una apariencia y simetría adecuadas, normalmente estos procedimientos son más sencillos y cortos que la intervención inicial.

La reconstrucción del pezón y la areola que es el área pigmentada alrededor del pezón es una decisión personal de la mujer y generalmente es la fase final de la reconstrucción. Se realiza con el fin de lograr una apariencia aún más natural de la mama reconstruida con técnicas que utilizan tejidos locales como colgajos o injertos que son fragmentos de piel de la areola contralateral o región inguinal, también se puede utilizar el tatuaje para darle un pigmento adecuado a esta área.

## En conclusión

La reconstrucción mamaria es un procedimiento cada vez más frecuente entre las pacientes que reciben tratamiento para cáncer de mama ya que permite un manejo integral desde el punto de vista funcional y estético que brinda a la paciente una recuperación emocional al mejorar su apariencia corporal tras una mastectomía. La mayoría de las pacientes que van a ser sometidas a cirugía oncológica por cáncer de mama pueden ser candidatas a reconstrucción mamaria y las pacientes deben conocer esta opción. Existen varias técnicas de reconstrucción que involucran uso de implantes y tejido propio de la paciente, en este caso se requiere una valoración pre quirúrgica con el cirujano plástico para evaluar y decidir la mejor opción de reconstrucción para la paciente.



Por Juan Carlos Rivas Nieto, MD.  
• Médico Psiquiatra  
Fundación Valle del Lili

## Depresión en pacientes con cáncer de seno

*El cáncer de seno es el más común entre las mujeres. La depresión es el segundo trastorno mental en frecuencia en nuestro país y se presenta más en mujeres que en hombres.*

Se estima que 15 de cada 100 mujeres tendrán síntomas depresivos que ameritarán atención médica en algún momento de la vida. Esta cifra no tiene en cuenta si presentan o no una enfermedad física asociada, ni la edad en la que el cáncer se suele presentar. Esta es en promedio, de 24 años. Solo 20 de cada 100 mujeres deprimidas buscan ayuda profesional para el manejo de sus señales depresivas.

La población de mujeres con cáncer es especial en muchos sentidos. En primer lugar se puede dividir en aquellas cuya enfermedad se manifiesta a edades tempranas (antes de

los 40 años) y aquellas de inicio tardío. En segunda instancia están las de estados iniciales y aquellas con enfermedad avanzada. Finalmente, y como particularidad en nuestro medio, ellas son el sostén emocional, y en muchas ocasiones el económico, de sus familias. Por eso el tema de la depresión se debe abordar desde varias perspectivas.

La depresión es una de las mayores complicaciones asociadas con el cáncer. Se calcula que una mujer con cáncer tiene un riesgo dos a tres veces mayor de deprimirse que una mujer sana. Dicho riesgo puede aumentar en los primeros meses

después de la identificación, y en mujeres jóvenes diagnosticadas, a quienes la depresión impacta con mayor frecuencia, pues el cáncer suele ser más agresivo en ellas. Por lo cual, los tratamientos con medicamentos (quimioterapia) son más intensos y prolongados. A esto se suma el hecho, como veremos más adelante, que suelen tener hijos menores de edad.

Con el paso del tiempo el riesgo de depresión disminuye pero no desaparece. Con los nuevos tratamientos para el cáncer de seno ahora las mujeres viven más tiempo y la calidad de vida es mejor que con los métodos

anteriores. Sin embargo, el proceso de adaptación a la enfermedad no es fácil y el peligro de deprimirse, aunque menor en la medida que el tiempo transcurre, persiste.

Esta depresión puede tener varias causas. Desde el momento mismo del diagnóstico, la mujer se enfrenta a un largo proceso de ajustes de diversa índole que modifican su vida y su relación con los demás. Los síntomas depresivos pueden surgir del impacto mismo que la enfermedad conlleva, los temores que se despiertan y las fantasías que se crean alrededor de la enfermedad.

Otro factor causal de depresión tiene que ver con la preocupación por los hijos. Se calcula que 25 de cada 100 mujeres con cáncer de seno tienen hijos menores de edad, situación que les genera preocupación sobre el cuidado de los mismos tanto durante el tratamiento como en posibilidad de morir. Además, entre más pequeño sea el hijo, mayor será el desasosiego y por consiguiente el riesgo de deprimirse.

Los cambios en la apariencia física ligados al proceso de la enfermedad se pueden asociar con la depresión. En términos generales, estas pacientes se muestran más preocupadas por las consecuencias estéticas de los tratamientos (la sensación de mutilación luego de la mastectomía, la pérdida del cabello asociada a la quimioterapia y radioterapia, las quemaduras ocasionadas por la radioterapia) que a los efectos adversos físicos ligados a estos (náuseas, vómito, decaimiento, malestar general, fiebre).

Los síntomas depresivos pueden ser variados y pasar inadvertidos tanto para la paciente como para el médico. El principal síntoma es la tristeza, que puede acompañarse de la sensación subjetiva de pérdida de interés por las actividades que antes generaban placer. La idea de ser una carga para la familia puede incluso llevarla a pensar en la muerte como solución de los problemas. Las alteraciones del sueño y la ansiedad, son acompañantes frecuentes. Los síntomas físicos de la depresión (alteraciones en el apetito, cambios en el peso, desgano) son difíciles de diferenciarse de los efectos adversos de los tratamientos.

Existe un estigma personal y social hacia el reconocimiento de la depresión. Esto se aplica a la población general, se interpreta como también a las pacientes con cáncer de seno; la depresión como señal de debilidad y se siente vergüenza frente a la posibilidad de consultar. La depresión se ha asociado con abandono de los tratamientos dirigidos a la curación o al control del cáncer de seno, con las consecuencias lógicas que esto conlleva. Además, el riesgo de suicidio asociado con una depresión severa sin tratamiento puede alcanzar cifras tan altas como un 40%.

La depresión es curable. Al contrario de lo que mucha gente piensa, es una enfermedad común y debe ser abordada como tal. Debe hablarse de manera

clara y directa con las pacientes y su familia. Temas como los hijos, los cambios físicos, los cambios en la dinámica familiar deben ser abordados con tranquilidad; así mismo se le debe permitir a la mujer que exprese su tristeza y busque ayuda. Los

tratamientos incluyen la psicoterapia y, en ocasiones, el uso de medicamentos antidepressivos. Estos últimos no causan adicción y en términos generales, se usarán por un tiempo determinado.

La familia es un soporte importante para estas pacientes. Se ha comprobado que el apoyo emocional que brinda es importante para enfrentar la enfermedad, y que el riesgo de deprimirse disminuye en la medida en que se le permite a la mujer hablar de los temores y los cambios emocionales que está sufriendo. Así mismo, la búsqueda temprana de ayuda profesional permite la identificación rápida de los síntomas depresivos y la intervención adecuada que minimiza el riesgo de abandono de los tratamientos oncológicos.

“Se estima que 15 de cada 100 mujeres tendrán síntomas depresivos”

## Manejo del dolor en los pacientes con cáncer

*Cada año se diagnostican en el mundo aproximadamente nueve millones de personas con cáncer. El dolor es uno de los síntomas más comunes. Su fisiopatología es múltiple y va desde el dolor causado por la propia enfermedad, hasta el relacionado con procedimientos diagnósticos y terapéuticos, como la quimioterapia o la radioterapia.*

En los últimos años se ha avanzado significativamente en las estrategias farmacológicas e intervencionistas para el manejo del dolor por cáncer. A pesar de esto, persiste cierta insatisfacción de los pacientes por los tratamientos utilizados, lo que exige una acción más eficiente de los médicos especialistas en el área.

El estudio y tratamiento del dolor ha sido una de las preocupaciones más importantes en los últimos 30 años en el ámbito médico

mundial. Sin embargo tal interés no se da por igual en todos los países, y en algunos no se reconoce la necesidad de unidades hospitalarias en las que se integren los servicios clínicos necesarios para el manejo del dolor, lo que resulta en una deficiente política sanitaria.

El dolor oncológico en adultos y niños representa una doble problemática, el sufrimiento del paciente y de su núcleo familiar, además del deterioro en su calidad de vida. Por esto el dolor

por cáncer se ha denominado el “dolor total”.

El control del dolor en estos pacientes continúa siendo deficiente, ya sea porque la mayoría de médicos no tienen experiencia ni formación adecuada en la prescripción de analgésicos potentes, o por falsas creencias y mitos relacionados con los medicamentos opioides.

Se estima que el 30% de los pacientes con cáncer se diagnostican en etapa temprana



Por Mario Hernán Villegas P., MD.  
Anestesiólogo  
Especialista en Dolor  
Clínica del Dolor  
Fundación Valle del Lili



y el 70% tardíamente, aunque esto ha venido mejorando en forma ostensible en los últimos años debido al progreso tecnológico y científico de los métodos diagnósticos. De los pacientes oncológicos el 60% presenta dolor; de estos el 33% refiere un solo tipo de dolor, y los restantes presentan una mezcla de varios tipos de dolor.

En la literatura mundial se pueden encontrar reportes que muestran la prevalencia de dolor en los diferentes tipos de cáncer. Se describen a continuación:

- Cáncer de cabeza y cuello, 70% de los pacientes presentan dolor severo
- Cáncer ginecológico, 60%
- Cáncer gastrointestinal, 59%
- Cáncer de pulmón y bronquios, 55%
- Cáncer de mama y urogenital, 52%

La prevalencia del dolor se incrementa con la progresión de la enfermedad oncológica, mientras que la intensidad, tipo y localización varía de acuerdo al sitio primario del tumor, extensión, progresión de la patología y del tratamiento empleado.

### Etiología del dolor por cáncer

El dolor producido por el cáncer es generado por la combinación de diferentes mecanismos resultantes del crecimiento de las células tumorales, de los sitios donde se presenta la enfermedad, y de la liberación de sustancias inflamatorias.

Según el sitio de origen, el dolor puede ser clasificado como nociceptivo y neuropático. Ejemplo de dolor nociceptivo es el dolor óseo producido por la infiltración tumoral de la médula ósea que genera crecimiento tumoral y produce compresión dentro del hueso, que genera un cuadro doloroso muy severo que se intensifica con los movimientos y ocasiona alto riesgo de fracturas.

Otro ejemplo de dolor nociceptivo es el visceral, producido por el aumento y la distensión de este tejido debido a la infiltración de las células tumorales. Ejemplos son los cánceres abdominales como hígado, páncreas, estómago y colon. Se presenta como un cólico, que se puede acompañar de náuseas, vómito y alteraciones del hábito intestinal.

El dolor neuropático se presenta cuando hay compromiso del sistema nervioso central o periférico. Puede ser secundario a compresiones, infiltración

tumoral o por trauma o irritación debido a los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. Se caracteriza por ser de tipo ardor, quemante, con descargas eléctricas y se siente en el territorio del nervio afectado.

### Dolor ocasionado por el tumor

La presentación y la intensidad del dolor dependerán del tiempo y localización del tumor. En el cáncer de mama el tumor más frecuente en el mundo, la prevalencia del dolor es alrededor del 30% de las pacientes diagnosticadas.

En el cáncer de pulmón, al igual que en el cáncer de próstata, las causas más frecuentes de dolor son la metástasis ósea del tórax y la columna lumbar.

En el cáncer de páncreas el dolor visceral secundario a la invasión tumoral es severo.

### Dolor ocasionado por el tratamiento del cáncer

Algunos medicamentos utilizados en la quimioterapia para los diferentes tipos de cáncer pueden producir neuropatías y dolores musculares. La radioterapia también se relaciona con dolor neuropático, principalmente por la afección del plexo braquial en cánceres de seno y en próstata, en cáncer de cérvix se pueden presentar inflamaciones severas del recto y fistulizaciones.

### Tratamiento

Para un adecuado tratamiento se deben seguir las siguientes pautas:

- Valoración de la intensidad del dolor, se realiza universalmente a través de escalas numéricas en donde se categoriza el nivel de dolor entre 0 y 10, siendo 0 nada de dolor y 10 el dolor insostenible.
- Definir origen del dolor, si es óseo, neuropático o visceral para formular los analgésicos de acuerdo al tipo de dolor.
- Definir que síntomas acompañan al dolor, náuseas, vómito, limitación funcional de alguna extremidad, alteraciones del hábito intestinal, que también deben ser tratadas para mejorar la calidad de vida del paciente.

El tratamiento del dolor en los pacientes con cáncer debe tener un abordaje multidisciplinario y la terapia es multimodal en donde se combinan diferentes medicamentos dependiendo de las características del dolor para lograr alivio del dolor en reposo y movimiento y además brindarle un apoyo emocional al paciente y la familia, en la medida que se integre el tratamiento farmacológico con la terapia psicoafectiva, la calidad de vida de los pacientes será mejor.

La Organización mundial de la Salud, OMS, en 1990 propuso la escalera analgésica, método para escalar el tratamiento del dolor dependiendo de la intensidad con dosificación progresiva de los analgésicos. Este método ha demostrado mejoría del dolor en aproximadamente el 90% de los pacientes con cáncer.

En el primer escalón están los analgésicos antiinflamatorios, Acetaminofen o Dolorona, propuestos para el manejo de los dolores de intensidad leve.

En el segundo escalón están la Codeína, Hidrocodona, Tramadol, Tapentadol, propuestos para el manejo del dolor moderado.

En el tercer escalón están los analgésicos tipo Morfina, Hidromorfona, Metadona, Fentanilo, Oxycodona, propuestos en los casos de dolor severo.

Dependiendo de los tipos de dolor hay algunos medicamentos que optimizan el manejo como los Bifosfonatos en dolor óseo que disminuyen la actividad tumoral ósea y los anticonvulsivantes como Carbamazepina, Gabapentine, Pregabalina y los antidepresivos como Amitriptilina e Imipramina que son específicos para el tratamiento de los dolores oncológicos de origen neuropático.

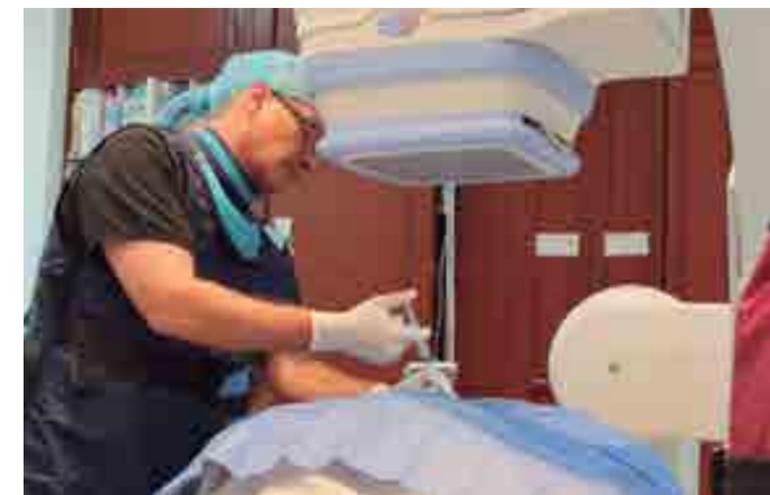
En el cuarto escalón están los procedimientos intervencionistas y neuroablativos para los dolores que no respondan a los diferentes analgésicos, son procedimientos realizados sobre los nervios que están transmitiendo el dolor aplicándose anestésicos locales o sustancias químicas como alcohol, fenol para interrumpir la conducción nerviosa en forma transitoria o indefinida.

### Rutas de Administración de Medicamentos

Alrededor del 80% de los pacientes pueden ser tratados con analgésicos por vía oral o sublingual.

Hay un pequeño porcentaje de pacientes que no tolera esta vía por trastornos de deglución y obstrucciones del tracto digestivo, en donde se considerara la vía endovenosa para infusiones continuas de morfina, hidromorfona, fentanil o la vía transdérmica para los medicamentos de alta solubilidad lipídica como los parches de fentanilo.

En pacientes que no responden a los diferentes tratamientos se puede considerar la ruta espinal, en donde se aplican los medicamentos en el espacio raquídeo de la columna vertebral a través de catéteres implantados para la administración de morfina, hidromorfona y fentanil.



### Nuevas alternativas de tratamiento

#### Radiofrecuencia

Procedimiento percutáneo que se hace con agujas canuladas que transmiten ondas de calor o frío, para producir interrupción parcial o indefinida de plexos nerviosos o de tumores bien definidos o localizados.

#### Bombas de Infusión Implantables

Dispositivos compuestos por un catéter que se introduce a nivel espinal y una bomba de infusión en donde se introducen medicamentos como morfina, hidromorfona, fentanil, anestésicos locales para su infusión continua a nivel del sistema nervioso central, programada de acuerdo a los requerimientos analgésicos de los pacientes. El tamaño del dispositivo es similar al de un marcapaso y se implantan a través de una pequeña cirugía.

Están indicadas en pacientes en quienes que no ha sido posible controlarlos con los esquemas analgésicos tradicionales y persisten con severo dolor y deterioro en su calidad de vida.



Por William Franco Climent  
· Oncólogo Clínico  
e Inmunólogo  
Fundación Valle del Lili

## Screening y prevención del cáncer

*En la actualidad todos tenemos la sensación de que cada día hay más afectados por cáncer. Parte de esto se debe a que la mayoría de las personas tiene al menos un familiar que ha padecido de cáncer.*

Probablemente sí hay una incidencia mayor de algunos cánceres que antes, pero también es claro que ahora se detectan más casos, gracias a la mejora en el diagnóstico precoz.

Afortunadamente existe un interés en prevenir el cáncer, o por lo menos detectarlo a tiempo. Con este artículo se intentará dar unas pautas claras y sencillas al respecto.

Un buen porcentaje de los casos de cáncer se puede explicar por unos factores de riesgo comunes, y, en gran medida, evitables.

• Tabaco: Causante entre muchos

otros cánceres del cáncer de pulmón, laringe, vejiga y el esófago.

• Alcohol: Causante junto con otros, del cáncer de garganta, esófago, recto, hígado y páncreas.

• Virus: (Papiloma humano, Hepatitis, VIH, otros): Implicados en el cáncer de cuello uterino, cabeza y cuello, ano e hígado, entre otros.

• Combustibles fósiles: (Combustión de gasolina, carbón, petróleo, etc.): implicados en el cáncer de pulmón, estómago (alimentos quemados).

• Sedentarismo, obesidad, dieta inadecuada (poca fruta y verdura):

Implicados en el cáncer de colon y mama, entre otros.

Si bien estos factores no explican todos los cánceres, cuando se evitan se podría disminuir hasta la mitad el riesgo de padecerlos.

Tamizaje en cáncer: (Recomendaciones de la Sociedad Norteamericana del Cáncer 2013):

El screening (tamizaje) consiste en una serie de pruebas y valoraciones encaminadas a detectar de manera precoz determinado cáncer.

No todos los cánceres se pueden evitar o detectar tempranamente,

pero si una buena parte de estos. Las siguientes recomendaciones están dirigida a las personas con riesgo normal, es decir la población general. Las personas con determinados riesgos específicos (portadores de mutaciones, ejemplo el BRCA, caso de Angelina Jolie) deben consultar a su médico y tomar medidas específicas para su caso.

### Cáncer de mama:

• En pacientes con riesgo normal de cáncer de mama la detección precoz se fundamenta en la exploración física y la mamografía.

• Mujeres entre los 20-39 años, asintomáticas (sin ningún síntoma): Exploración física por médico entrenado (cirujano de mama, ginecólogo, otros médicos entrenados) cada 3 años y autoexamen cada mes, más o menos a la semana de haberle venido la menstruación.

• A partir de los 40 años, asintomáticas: Mamografía anual, no olvidar antes hacer también el examen médico cada año y el autoexamen cada mes.

En todos los casos, debe acudir al médico si presenta síntomas, o si se encuentran alteraciones como nódulos, ganglios aumentados de tamaño, etc.

### Cáncer del cuello uterino (Cérvix):

Es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres en los países en vía de desarrollo como Colombia (primera causa de muerte en algunos países en mujeres en determinadas edades).

En los países desarrollados, el 70% de los casos se diagnostican en estadios precoces, mientras que

en países como Colombia, se suele diagnosticar mucho más tarde. El 99% de los casos es causado por el VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. Con tratamiento adecuado el 80% de los casos detectados tempranamente se puede curar.

• Entre los 21-29 años: citología vaginal cada 3 años.

• Entre los 30-65 años: citología vaginal + Test del virus del papiloma humano cada 5 años o solo citología cada 3 años.

• En mayores de 65 años después de 3 citologías negativas se podría suspender el tamizaje.

Si la citología es positiva o hay sospecha clínica, se deberá enviar al servicio de Ginecología.

### Vacuna del Papiloma Humano:

Es útil para prevenir el contagio del virus que causa prácticamente todos los cánceres del cuello del útero y por ende es muy adecuada para evitar la gran mayoría de las muertes por este cáncer. Se ha aplicado a millones de personas en el mundo, y no es cierto que sea una vacuna peligrosa o insegura.

### Cáncer de pulmón:

El tamizaje solo se aplica a personas muy fumadoras, y consiste en hacer una escanografía de "baja dosis" una vez al año por 3 años, en centros que tengan experiencia en ello. Por lo anterior no es sencillo extenderlo a toda la población fumadora. No sirven para este fin ni la radiografía de tórax ni los estudios del esputo.

### Cáncer de colon:

Detectado a tiempo se pueden

curar en la gran mayoría de los casos. Se recomienda una colonoscopia cada 10 años a partir de los 50 años en pacientes de riesgo normal.

En pacientes de alto riesgo que tengan historia personal de cáncer de colon o de poliposis colónica, familiares en 1º grado (hermanos, hijos, padres), en parientes con cáncer de colon o adenomas (según edad) o enfermedad inflamatoria intestinal, la colonoscopia se debe hacer antes y además con mayor frecuencia, para lo cual debe consultar a su médico o gastroenterólogo.

### Cáncer de próstata:

El screening consta de tacto rectal y PSA. Se debe hacer cada año a todos los hombres mayores de 50 años, o antes si hay historia de riesgo. Si el Screening es positivo se debe hacer una biopsia de la próstata por parte de un Urólogo.

Es importante tener en cuenta que algunos casos de cáncer de próstata de baja agresividad (Gleason bajo) en personas con edad muy avanzada, podrían no necesitar tratamiento.

### Conclusiones de la prevención y el screening

Si se tiene una vida razonablemente sana, si se hace ejercicio 3 o más veces a la semana, así sea caminar 30 minutos al día, se come fruta y verdura varias veces al día, se evita el cigarrillo, se modera el consumo de alcohol, y se limita el número de parejas sexuales, entre otras medidas, se pueden evitar una buena parte de los cánceres. Además si se siguen las recomendaciones del screening, se podrán detectar a tiempo un buen número de casos.

**CIUDAD CAMPESTRE EL CASTILLO**  
Casas en condominio campestre

# Viva el Verde

Aquí, vivimos con tranquilidad, armonía y rodeados de naturaleza

Apoyamos la campaña de prevención de cáncer de seno

<b>PALMARES DEL CASTILLO</b> Desde \$ 159'300.000 Habitable	<b>LLANURAS DEL CASTILLO</b> Desde \$ 180'000.000 Habitable	<b>BOSQUES DEL CASTILLO</b> Desde \$ 231'800.000 Habitable	<b>PORTALES DEL CASTILLO</b> Tipo A \$ 316'600.000 Tipo B \$ 373'650.000
---	---	--	--

CONSTRUCTORA EL CASTILLO S.A. - Milquines Trade Center, local 166 Cali. - Tel: 499 98 01 8x4 103 / Cel: 321 884 91 62 - 311 624 97 05 - 333 737 19 89  
Líneas gratuitas: Colombia 018000 114899, España: 9009 55209, EE.UU: 1866 3068043 / Vía Cali - Jamundí, retorno El Castillo.  
Horario de atención casas modelo: 10 a.m. a 6 p.m. todos los días. [www.constructoraelcastillo.com](http://www.constructoraelcastillo.com)

RECORTA BONO DE DESCUENTO, POR CONVENIO INSTITUCIONAL PARA EMPLEADOS FUNDACIÓN VALLE DEL LILI Y ASOCIADOS FOSMELILI.

<b>BONO DE DESCUENTO</b> Cheque por valor de \$ 3'500.000 Hágalo efectivo en el valor de separación por la compra de: Portales y Bosques del Castillo	<b>BONO DE DESCUENTO</b> Cheque por valor de \$ 2'500.000 Hágalo efectivo en el valor de separación por la compra de: Llanuras y Palmares del Castillo
---	--

Viva el Verde

Preços sujeitos a cambios sin previo aviso. Las imágenes son sólo de referencia y están sujetas a modificación durante la construcción del proyecto.



## El angelito que Dios puso a mi lado

Adela María Fernández nunca llegó a pensar que como médica iba a vivir este tipo de experiencia. Tuvimos la oportunidad de conocerla, y como todas las valerosas pacientes de cáncer, sabe que la mejor forma de combatirlo es por medio de la fe en Dios y el acompañamiento de la familia.

En octubre de 2006 trabajaba como médica general en la Fundación Valle del Lili y fue ahí donde descubrió su enfermedad. Para ese entonces estaba trabajando en las campañas de detección temprana del cáncer de mama. Cuenta que un día empezó a sentir un dolor muy fuerte en la mama izquierda. "Me hice un tamizaje pensando que no era nada grave, pero apareció una imagen sospechosa, de inmediato llamé a la Dra. Currea; cuando me examinó, con su mirada me dio a entender que tenía cáncer, me ordenó una biopsia y efectivamente así era".

Fue duro para ella conocer la noticia sobre todo por su hijo, pues en ese momento sintió que su mundo se acababa, se hizo a la idea de morir y llegó a pensar que tendría que dejarlo sin madre, pero él de tan solo 5 años fue su motor y el angelito que Dios puso en su camino para salir adelante.

Después del diagnóstico los médicos tomaron la decisión de intervenirla quirúrgicamente, le realizaron una mastectomía e inmediatamente la reconstrucción mamaria con implantes. Después de la cirugía se definió que tenía que hacer quimio y radio. "Cuando empecé la sesiones de quimio se me cayó el pelo, esto fue dramático para mí, todas las mujeres amamos nuestro pelo. Ese día lloré mucho pero después sentí una fuerza que me levantaba, me sequé las lágrimas y acepté mi estado, en la noche mi esposo cogió la maquina y me rapó, luego él y luego a mi hijo. Los tres estábamos calvos".

Hoy en día Adela le sonrío a la vida, sigue ejerciendo su profesión con el mismo amor de siempre, agradece el apoyo que su hijo, su esposo, su familia y compañeros de trabajo le brindaron durante su proceso. Recomienda la reconstrucción mamaria y es consciente que nunca estuvo en peligro de muerte. "Es importante que las mujeres se hagan el autoexamen, saber a tiempo que en su seno algo está pasando es vital. Si notamos algo raro inmediatamente debemos consultar con un médico idóneo. Pienso que a mí me salvó que me hubiera dolido muy fuerte, pues fue un dolor diferente o más intenso que el que siento cuando me viene la menstruación."



9

## Debemos trabajar en nuestro interior



Clementina Vélez desde joven ha tenido vocación de liderazgo y ha estado vinculada con el trabajo colectivo y la política, es licenciada en Enfermería y Abogada. Actualmente es Concejal de Cali y docente universitaria. Mientras compartimos en su casa, tuvimos la oportunidad de conocer su gran historia de vida.

Cuenta que hace 19 años mientras estaba dando un discurso político, levantó el brazo con fuerza para gritar "Viva" e inmediatamente sintió un tirón en el seno, después de terminar su intervención fue al baño a realizarse el autoexamen y encontró un nódulo pequeño. Esa noche se acostó con la preocupación y en la mañana del siguiente día al bañarse, se examinó nuevamente.

Buscó ayuda profesional. Le hicieron una mamografía y le detectaron un tumor maligno en la mama izquierda. "El día que me confirmaron el diagnóstico sentí que me debería morir, me dijeron que debían operarme inmediatamente, yo le dije al médico que lo haría cuando terminara la campaña, y el médico me dijo: es la campaña o es tu salud". Indica Clementina.

Después de 19 años de haberle detectado el cáncer de mama y de haber sido intervenida quirúrgicamente un par de veces, hace dos años le encontraron metástasis de ese cáncer de seno en la vértebra doce torácica. Desde entonces está siendo evaluada en la Fundación Valle del Lili y fue en la

Institución donde conoció a las doctoras Marcela Vallejo y Diana Currea, a quienes les tiene un gran aprecio y admiración. "Cuando me confirmaron que el nuevo cáncer era un primo hermano del cáncer de mama, pedí que me recomendaran un especialista y ser humano especial, así que me hablaron de la Dra. Marcela Vallejo quien luego me presentó a la Dra. Currea. Durante mis visitas a la clínica veo que ambas trabajan de la mano, se interconsultan y tienen un trato humano e ideal con los pacientes. Quiero resaltar de la Dra Vallejo que es una mujer positiva y no le deja caer el ánimo al paciente".

Clementina aún está asistiendo a sus sesiones de quimio y radio. La fuerza y el empuje que la caracterizan le han permitido ponerle una buena cara a su situación. "Quiero destacar a las enfermeras del servicio de radioterapia, es un servicio excelente. Cada día es más agradable estar allá y se siente la amabilidad y generosidad del equipo de trabajo de radio y quimio".

"Quiero decirle a las pacientes con cáncer que la vida no se termina, pero es la paciente la que decide si se va a deprimir, si va a llorar todos los días, si va a programar su muerte, o si al contrario acompañada de esa vida espiritual, acompañada de un trabajo mental va a salir adelante". Finaliza.

Para Clementina ha sido muy valioso trabajar su interior y vivir en permanente oración con el Espíritu Santo.

Elvira Leonor Delgado Rebolledo es una luchadora de la vida, su empuje, talante y carisma le han permitido sobrepasar las adversidades. Es amante de la buena cocina y prepara los más deliciosos platillos. Durante la entrevista tuvimos la oportunidad de conocer su exitoso restaurante y entre risas y alegría nos compartió su experiencia.

Ya hace 5 años que fue diagnosticada, comenta que fue una afortunada por haber detectado a tiempo el cáncer de mama. "Lo descubrí por medio de una mamografía y agradezco a Dios que tuve un diagnóstico temprano". Eso le permitió atacar la enfermedad de una manera poco agresiva, fue intervenida quirúrgicamente y después de su recuperación recibió tratamiento con radioterapia. Su caso fue todo un éxito.

Después de pasar por esta prueba les aconseja a todas las mujeres tener conciencia del auto cuidado. "Nunca debemos descuidarnos con los chequeos y exámenes de rutina. Jamás pensé que me iba a tocar a mí". Di con la gran fortuna de estar en manos de la Dra. Currea y eso para mí ha sido una bendición, su trato, el calor humano y su calidad profesional ha sido esencial durante mi proceso, además le tengo gran cariño y gratitud a la Fundación Valle del Lili". Cuenta Elvira.

Durante estos 5 años no ha sentido ningún malestar, ni ha vivido contratiempos frente al cáncer. Hoy en día es consciente de que la medicina preventiva es lo más importante. Se siente feliz y así lo demuestra, tiene la libertad de disfrutar cada momento y hacer lo que más le gusta para llevar la vida de la mejor manera posible.

## El diagnóstico a tiempo es una bendición



## Debemos aceptar el cáncer

María Cristina Solanilla Ayala es una apasionada por la vida y la música, disfruta tocar el piano y sus tardes de té con las amigas. Su actitud positiva, su fe en Dios y el amor de su esposo y familia fueron las herramientas con las que superó el cáncer de mama. Con actitud valiente, nos abrió su corazón y las puertas de su casa para contarnos su proceso durante la enfermedad.

Menciona que una noche mientras veía televisión sintió una bola en el pezón, razón por la cual pidió cita con un especialista quien le indicó que debía tomarse una mamografía; preocupada por la situación, acudió donde otro especialista para ver el resultado y conocer su diagnóstico, durante la consulta la especialista no vio nada malo.

Un tiempo después mientras dormía, un dolor muy fuerte en su seno la despertó. Esta vez buscó ayuda con la Dra. Currea, quien inmediatamente y después de analizar la mamografía le ordenó una biopsia, la cual indicaba que tenía cáncer. El 14 de abril de 2011 fue intervenida quirúrgicamente, luego de su cirugía inició el tratamiento con quimioterapia y durante este vivió un proceso de aprendizaje personal al ver pacientes en condiciones muy diferentes a las de ella.

"A pesar del cáncer cada día me convencía de que era una privilegiada. Tengo un esposo que estuvo a mi lado apoyándome y toda mi familia estuvo presente durante mi enfermedad". Hoy en día María Cristina le da gracias primeramente a Dios pues fue diagnosticada a tiempo, también se siente muy agradecida con la Dra. Currea y el respaldo institucional de la Fundación Valle del Lili; menciona con agrado la excelente atención y calidad de servicio de todo el cuerpo médico, asistencial y administrativo.

# Solicite su cita:

Consulte aquí la extensión de su especialista (Medicina Prepagada y Particular)

## ALERGOLOGÍA

Olaya Hernandez Manuela **7454**  
Ramírez Zuluaga Luis Fernando **7454**  
Serrano Reyes Carlos Daniel **7454**

## ANESTESIOLOGÍA

Afanador Pinzón Carlos Ernesto **7428**  
Ariza Cadena Fredy Giovanni **7428**  
Benavides Serralde Pablo José **7428**  
Betancur Franco Luis Ángel **7428**  
Billefals Vallejo Einar Sten **7428**

Blanco Solano Luisa Fernanda **7428**  
Bonnet Maldonado Andrés Felipe **7428**  
Burbano Hurtado Mauricio **7428**  
Chaparro Mendoza Katherine **7428**  
Cuervo Solano Juan Andrés **7428**

Cujiño Álvarez Indira Fabiana **7428**  
Díaz Ante Yesid **7428**  
Figuera Perdomo Rodrigo **7428**  
González Arboleda Luis Fernando **7428**  
Herrera Figueroa Christian **7428**

Jaramillo Gómez Hernán Darío **7428**  
Jaramillo Valencia Sergio Andrés **7428**  
Jordán Valencia Jaime Humberto **7428**  
Lozano Vallejo Lyda Constanza **7428**  
Mejía Mantilla Jorge Humberto **7428**

Molina Ruiz Angela María **7428**  
Pérez Espinosa Mauricio **7428**  
Quintero Cifuentes Iván Fernando **7428**  
Salas Jiménez Carlos Eduardo **7428**  
Santos Cerquera Raúl Darío **7428**

Suárez De La Pava Laura Aguitdza **7428**  
Tejada López Etebert **7428**  
Torres Tascón Ana María **7428**  
Torres Vargas Germán **7428**  
Villegas Pineda Mario Hernán **7428**

**AUDILOGÍA**  
Panesso Méndez Clara Inés **7325**  
Pérez Schmalbach Sandra Patricia **7325**  
Beatriz Lucila Pérez Villar **7325**

**CARDIOLOGÍA ELECTROFISIOLOGÍA**  
Pava Molano Luis Fernando **7454**  
Perafán Batista Pablo Eduardo **7454**

**CARDIOLOGÍA HEMODINAMIA**  
Ochoa Franco Julián Andrés **7454**  
Velásquez Noreña Jorge Guillermo **7454**

**CARDIOLOGÍA MEDICINA INTERNA**  
Flórez Alarcón Noel Alberto **7454**  
Gómez Mesa Juan Esteban **7454**  
Gutiérrez Jaramillo Javier **7454**  
Ochoa Franco Julián Andrés **7454**  
Olaya Rojas Pastor **7454**  
Sánchez Blanco Jairo **7454**  
Velásquez Noreña Jorge Guillermo **7454**  
Wartenberg Villegas Martín Bertram **7454**  
Vesga Reyes Carlos Enrique **7454**

**CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA**  
Gutiérrez Gil Jaiber Alberto **7335**  
Mosquera Álvarez Walter **7335**

**CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**  
Borrero Rengifo Álvaro José **7454**  
Cadavid Alvear Eduardo Alberto **7454**

PBX citas: 6805757

Ahora también pida su cita los sábados de 8am a 12m.

## CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

Vélez Moreno Juan Fernando **3205**

## CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Kestenberg Himelfarb Abraham **7454**

## CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Espinosa Restrepo Federico **7324**  
Molano Gonzalez Julian Andres **7324**  
Revelo Motta Efraín Andrés **7324**  
Tintinago Londoño Luis Fernando **7324**  
Victoria Morales William **7324**

## CIRUGÍA DE COLUMNA

Barreto Perea Jaime Andrés **7428**  
González Tenorio Mario Germán **7428**  
Lobato Polo Javier Mauricio **7428**  
Uribe Arango Juan Alfonso **7428**  
Velásquez Lasprilla Fernando **7428**

## 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 **7324**  
Franco Flórez María Josefa **7324**  
García Marín Alberto Federico **7324**  
Ordóñez Delgado Carlos Alberto **7324**  
Pino Oliveros Luis Fernando **7324**  
Toro Yepes Luis Eduardo **7324**

## CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA - BARIÁTRICA

Dorado Albán Evelyn Astrid **7454-7324**

## CIRUGÍA ONCOLÓGICA

Bastidas Andrade John Faustino **7324**  
Curra Perdomo Diana Felisa **7324**

## CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Montaña Hoyos Diego Leonardo **7179**  
Muñoz Pino Carlos Arturo **7179**  
Soto Naranjo Edgar Julián **7179**

## CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Aguilar Franco Maudy Suset **7335**  
Astudillo Palomino Raúl Ernesto **7335**  
Franco Agredo Otoniel **7335**  
Hinaoui Salazar Marisol **7335**  
Palta Uribe Diego Alfredo **7335**

## CIRUGÍA PLÁSTICA

Córdoba Castrillón Adriana Milena **7428**  
Dorado Olarte Clara Inés **7428**  
Hidalgo Ibarra Carmen Elvira **7428**  
Ramírez Folleco Alexander **7428**

## CIRUGÍA VASCULAR

Bravo Ceballos Carolina **7324**  
Carbonell Caicedo Juan Pablo **7324**

## CIRUGÍA HEPATOBILIAR Y TRASPLANTES

Caicedo Rusca Luis Armando **7550**  
Echeverri Junca Gabriel **7550**  
Jaime Villegas Otálora Jorge Iván **7550**

## CLÍNICA DEL DOLOR

Benavides Serralde Pablo José **7428**  
Herrera Figueroa Christian **7428**  
Villegas Pineda Mario Hernán **7428**

Citas Consulta Externa Medicina Prepagada: Ext. 7900

Citas Consulta Externa POS (EPS S-C, ARL, SOAT): Ext.7901

Consulta Oncología: Ext. 7902

Consulta Trasplantes: Ext. 7903

## CUIDADOS INTENSIVOS

Bautista Rincón Diego Fernando **4040**  
Flórez Alarcón Noel Alberto **4040**  
García Marín Alberto Federico **4040**  
Gómez García Mónica **4040**  
Granados Sánchez Marcela **4040**  
González Ruiz Lina María **4040**  
Gutiérrez Giraldo Alejandro **4040**  
Martínez Buitrago Jorge Eduardo **4040**  
Mejía Mantilla Jorge Humberto **4040**  
Muñoz Buitron Evelyn **4040**  
Ochoa Ardila María Elena **4040**  
Oliveros Hernández María del Pilar **4040**  
Ordóñez Delgado Carlos Alberto **4040**  
Ospina Tascón Gustavo Adolfo **4040**  
Salas Jiméñez Carlos Eduardo **4040**  
Toro Yepes Luis Eduardo **4040**  
Umaña Perea Mauricio **4040**  
Vargas Ordóñez Mónica Patricia **4040**  
Varón Arenas Janer **4040**

## DERMATOLOGÍA

González Tenorio Martha Lucía **7179**  
Herrera Marcelos Melba Cristina **7179**  
Muñoz García Liliana Eugenia **7179**  
Sandoval Pereira Fabián **7179**  
Vidal Cagigas Andrés **7179**

## DERMATOLOGÍA - PATOLOGÍA

Muñoz García Liliana Eugenia **7179**

## ENDOCRINOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Arango Vélez Luis Guillermo **7449**  
Casas Figueroa Luz Ángela **7449**  
Feriz Bonelo Karen Milena **7449**  
Guzman Gomez Guillermo Edinson **7449**

## ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA

Angulo Mosquera Mario **7335**  
Mejía Zapata Liliana María **7335**

## ENDOSCOPIA - VIAS 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**  
Sepúlveda Copete Mauricio **4126**

## ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA

Botero Osorio Verónica **4126**  
Franco Agredo Otoniel **4126**  
Sánchez Pérez Maira Patricia **4126**  
Zamorano Castro Cecilia **4126**

## FONOAUDILOGÍA

Álvarez Montenegro Adriana **7335**  
Bermeo Cardona Maribeth **7335**  
Montoya Camargo Zamira **7335**  
Navas García Claudia Ximena **7335**  
Ojeda Yela Rocio del Pilar **7335**  
Sanz García Claudia Mercedes **7335**  
Valencia Zúñiga Juliana **7335**

## GASTROENTEROLOGÍA - HEPATOLOGÍA

García Abadía Jairo Alberto **7454**  
Jiménez Rivera Diego Fernando **7454**  
Sepúlveda Copete Mauricio **7454**

## GASTROENTEROLOGÍA MEDICINA INTERNA

García Abadía Jairo Alberto **7454**  
Jiménez Rivera Diego Fernando **7454**  
Rojas Rodríguez Carlos Arturo **7454**  
Sepúlveda Copete Mauricio **7454**

## GASTROENTEROLOGÍA - HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Botero Osorio Verónica **7335**  
Franco Agredo Otoniel **7335**  
Sánchez Pérez Maira Patricia **7335**  
Zamorano Castro Cecilia **7335**

## GASTROENTEROLOGÍA - HEPATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Botero Osorio Verónica **7335**

## GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA

Botero Osorio Verónica **7335**  
Franco Agredo Otoniel **7335**  
Sánchez Pérez Maira Patricia **7335**  
Zamorano Castro Cecilia **7335**

## GENÉTICA CLÍNICA

Pachajoa Londoño Harry Mauricio **7435**  
Rodríguez Rojas Lisa Ximena **7449**

## GINECOLOGÍA - ALTA COMPLEJIDAD OBSTÉTRICA

Carvajal Valencia Javier Andrés **7323**  
Escobar Vidarte María Fernanda **7323**  
Messa Bryon Adriana **7323**  
Nieto Calvache Albaro Jose **7323**

## GINECOLOGÍA LAPAROSCÓPICA

Escobar Flórez Álvaro José **7323**  
Nasser José **7323**

## GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Avila Sánchez Fernando Alfonso **7323**  
Benavides Calvache Juan Pablo **7323**  
Burgos Luna Juan Manuel **7323**  
Carvajal Valencia Javier Andrés **7323**  
Congote Arango Lina María **7323**  
Escobar Flórez Alvaro José **7323**  
Escobar Vidarte María Fernanda **7323**  
López Tenorio Jaime **7323**  
Martínez Peña Adriana **7323**  
Messa Bryon Adriana **7323**  
Nasser José **7323**  
Oliveros Concha Diana Soley **7323**  
Piñeros Pachón Jorge Arturo **7323**  
Tabares Blanco Mario Fernando **7323**  
Victoria Borrero Alejandro **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**  
Jaramillo Echeverry Francisco Javier **7324**  
Rosales Martínez Joaquín Donaldo **7324**

## HEMATO-ONCOLOGÍA CLÍNICA

Restrepo Molina Juan Guillermo **7324**  
Zambrano Harvey Ángela Regina **7324**

## HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Lotero Díaz Viviana **7324**  
Martínez Banquez Piedad Sofía **7324**  
Medina Valencia Diego **7324**

## INFECTOLOGÍA MEDICINA INTERNA

García Goetz José Fernando **7449**  
Moncada Vallejo Pablo Andrés **7449**  
Rosso Suárez Fernando **7449**  
Vélez Londoño Juan Diego **7449**

## MEDICINA DE URGENCIAS

Carvajal Gómez Sandra Milena **3276 - 3278**  
Torres Muñoz Angela Patricia **3276 - 3278**  
Zarama Córdoba Virginia **3276 - 3278**

## MEDICINA FAMILIAR

Bromet Shumm Arnoldo **7324**  
Chavarro Domínguez Carlos Alfonso **7324**  
Giraldo Calderón María Edith **7324**  
Guevara Cuellar César Augusto **7324**  
Tejada Martínez Elsa Lucía **7324**

## MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Catacolí Samayoa José Germán **7449**  
Dujque Villalobos Angélica Rocío **7449**  
Obando Trejos Ángela María **7449**

Solicite su cita también al correo electrónico **centraldecitas@fcvl.org**

## Quintero Flórez Orlando

Serpa Serpa José Mauricio **7449**

## MEDICINA INTERNA

De la Hoz Albán Adolfo León **7449**  
Gómez García Mónica **7449**  
Largo Rojas Uriel **7449**  
Martínez Calvache Veline **7449**  
Otero Berrocal Carmelo José **7449**  
Velasco Bayuelo Carlos Alberto **7449**  
Morales Sanclemente Sergio **7449**  
Carrillo Gómez Diana Cristina **7449**

## MEDICINA NUCLEAR MOLECULAR

Álvarez Páez Ana Melissa **3159**  
Pabón Castilla Luz Maritza **3159**

## NEFROLOGÍA MEDICINA INTERNA

Durán Rebolledo Carlos Eduardo **7324**  
Mesa Ramírez Liliana **7324**  
Posada Chávez Juan Guillermo **7324**  
Schweineberg López Johanna **7324**

## NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

Londoño Correa Hernando **7335**  
Restrepo Restrepo Jaime Manuel **7335**

## NEUMOLOGÍA MEDICINA INTERNA

Fernández Trujillo Liliana **7449**  
Martínez Guzmán William **7449**  
Sanabria Arenas Fernando **7449**

## NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Duarte Dorado Diana María **7335**

## NEUROCIROLOGÍA

Alvarado Torres María Teresa **7428**  
Lobato Polo Javier Mauricio **7428**  
Uribe Arango Juan Alfonso **7428**  
Velásquez Lasprilla Fernando **7428**

## NEUROLOGÍA CLÍNICA

Amaya González Pablo Felipe **7253**  
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 **7335**  
Gómez Castro Juan Fernando **7335**

## NEUROPSICOLOGÍA

González Flórez Sandra Liliana **7253**  
Muñoz Ospina Beatriz Elena **7253**

## NEURO INTERVENCIONISMO VASCULAR

Rosero Guerrero Alberto León **4036**  
Velásquez Lasprilla Fernando **4036**

## NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Lara Carvajal Catalina **7325**  
Lemos Riaño Martha Lucía **7325**  
Vallejo Arias Aixa Leldy **7325**

## ODONTOLOGÍA

Arango Jaramillo Luz María **7179**  
Arias Cadavid Ana Milena **7179**

## ODONTOLOGÍA - ENDODONCIA

Escobar Villegas Paola Andrea **7179**

## ODONTOLOGÍA - PERIODONCIA

Delgado Mora Lorena **7179**

## ODONTOLOGÍA - REHABILITACIÓN ORAL

Caicedo Rusca Luis Fernando **7179**

## ODONTOPEDIATRÍA

Franco Castaño Luz Helena **7179**

## ORTODONCIA

Castro Cabal Adriana **7179**  
Franco Quintero Germán **7179**

## OFTALMOLOGÍA

Araujo Martínez Martha Luz **7325**  
Galvis Villarreal Andrea **7325**  
Guzmán Rojas Ana María **7325**

## Ossma Gómez Iván Leonardo

**7325**

## OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

Polanía Esparza Rodrigo Alberto **7325**

## OFTALMOLOGÍA - RETINA Y VITREO

García Ramirez Sandra Myleth **7325**  
Muñetón Abadía Hernando Antonio **7325**

## OPTOMETRÍA

Alvernia Lobo Claudia **7325**  
Rodríguez Gaitán Héctor David **7325**

## ORTÓPTICA

Barrios Acosta Inelsa Marina **7325**

## ONCOLOGÍA CLÍNICA MEDICINA INTERNA

Franco Climent William Alberto **7324**  
Vallejo Fajardo Marcela **7324**

## ONCOLÓGICA - GASTROENTEROLOGÍA

Argüello Arias Pedro Tomás **7454**  
Rojas Payán Óscar Andrés **7454**

## ONCOLÓGICA - GINECOLOGÍA

**7324**

## ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA

**7800**

## ONCOLOGÍA CLÍNICA MEDICINA INTERNA

Ver GINECOLOGÍA Y OB. ONCOLÓGICA **7800**

## ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

Barreto Perea Jaime Andrés **7122**  
Campo Martínez Hugo Dar



## Unidades y Servicios

Llame al conmutador: 331 9090

Banco de Sangre	3156 - 3061 - 3016 - 4203-3067	Fisioterapia y Rehabilitación	3234
Cardiología No Invasiva	3205 - 3212	Hemodinamia - Cateterismo	4025
Chequeo Médico Preventivo	3223-3215	Hospitalización-Admisiones	3031 - 3120
Cirugía	4105	Imágenes Diagnósticas	3175 - 3182
Cirugía Ambulatoria	4110 - 4132 - 4219	Infectología	7449
Cirugía Cardiovascular	4025	Laboratorio Clínico	3153-3154-3067
Cirugía Vascul y Endovascular	7324	Laboratorio Biología Molecular	4215 - 4231
Clínica del Dolor	7428	Laboratorio de Sueño	7463
Clínica de Heridas	7901	Medicina Nuclear Molecular	3159
Clínica de Anticoagulación	7426	Patología	4261-3170
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	Rehabilitación Pulmonar	7463
Cuidado Intensivo Intermedio	4753 - 4754	Rehabilitación Cardíaca	3234
Cuidado Intensivo Pediátrico	4324 - 4316	Sala de partos	4224 - 4223
Cuidado Intensivo Neonatal	4224 - 4222	Terapia Ocupacional Física	3234
Cuidados Paliativos	7324	Terapia Ocupacional de Salud Mental	7121
Densitometría Ósea	7449	Terapia Respiratoria	7463
Electroencefalograma	7253	Unidad de Cáncer (Oncología)	7760
Endoscopias - Vías digestivas	4126	Unidad de Trasplantes	7521-7550
Epidemiología	3304	Urgencias	3275 - 3276 - 3278
		Vacunación	7336

## TRABAJE CON NOSOTROS

registre su hoja de vida en

[www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

Ahora puede realizar sus pagos en línea

por nuestra página web [www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

# UNIDAD DE INTERVENCIONISMO VASCULAR

Porque los problemas cardioneurovasculares no dan espera; la Fundación Valle del Lili cuenta con un recurso humano altamente calificado; compuesto por médicos cardiólogos hemodinamistas; cardiólogos pediatras; electrofisiólogos; neurocirujanos; radiólogos; cirujanos vasculares, anestesia y medicina del dolor.

Cuenta con 3 salas dotadas con equipos de última tecnología en donde se realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad

[www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

## COMITÉ EDITORIAL

### Miembros del Comité Editorial

Jorge Mario Madriñán Tascón, MD.  
Alfredo Martínez Rondanelli, MD.  
Melissa Uribe Angel, DG  
Yuri Takeuchi Tan, MD.  
Enf. Betty Gómez Rodríguez  
Diana Prieto Hurtado, MD.  
Ing. Luz Helena Moreno Narváez  
Danny Viviana Moreano Hurtado, MD.  
Óscar Alfonso Escobar Bastidas  
Catalina Aristizabal Mejía  
Ludwig Luis Albornoz, MD.  
Zamira Montoya, Fonoaudióloga.

### Comité Asesor

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

Dg. Melissa Uribe Angel  
Camilo A. Cabal Dorado

### Redacción

Comunicaciones  
Fundación Valle del Lili

### Preprensa e Impresión

Prensa Moderna Impresores S.A.  
Cali - Colombia



FUNDACIÓN VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad



/FVLCali



@FVLCali



/FVLTV

Suscríbase Gratis a Nuestra Revista  
por nuestra página web



Visítenos en:

[www.valledellili.org](http://www.valledellili.org)

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.

Escríbanos a los correos electrónicos: [comunicacionesfvl@fcvl.org](mailto:comunicacionesfvl@fcvl.org) • [comunicacionesfvl@gmail.com](mailto:comunicacionesfvl@gmail.com)





# Club de donantes de plaquetas

Banco de sangre  
Fundación Valle del Lili



El Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili cuenta con un Club de Donantes de Plaquetas conformado por **400 miembros** que con su tiempo y solidaridad permiten el autoabastecimiento y garantizan la calidad de este componente para los pacientes con enfermedades como cáncer, leucemia y pacientes trasplantados cuya médula ósea no produce las plaquetas necesarias.

Los invitamos a salvar vidas uniéndose al **Club de Donantes de Plaquetas** del Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili ¡El más grande del país!



☎ 3319090 Ext: 4203 / 3016

@ Bancodesangre@fcvl.org



La Sangre para la gente,  
sólo viene de la gente.  
**Dona Sangre**  
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI



FUNDACIÓN  
VALLE DEL LILI

Excelencia en Salud al servicio de la comunidad



/bancodesangrefvl



@bancosangreFVL