

COMPROMETIDOS CON LA SALUD DE TODOS

Cirugías de Beneficencia
en Clínica Universidad de los Andes

Comprometidos con la salud de todos

Clínica Universidad de los Andes

Coordinación General
Dirección de Comunicaciones
Clínica Universidad de los Andes
Av. Plaza 2501, Las Condes
comunicaciones@clinicauandes.cl

Editor general
Pablo Márquez

Redactor
Jorge Velasco

Corrección de estilo
Juan Rauld (español / spanish)

Dirección de arte y diseño
María de los Ángeles Correa
Edición Limitada Diseño & Contenidos

Producción fotográfica
Álvaro de la Fuente
Manuel Morales
Leopoldo Pigarro

Impresión
Ograma Impresores
Noviembre, 2021
Santiago, Chile



Índice

Bienvenida /	07
Una clínica comprometida con la vida /	10
Testimonios /	19
Alonso Vásquez /	20
Julio Olivares /	28
Yasna Cartagena /	36
Víctor Toro /	44
Graciela Catrilef /	56
Paula Osses /	60
Carolina Durán /	68
Marco Osses /	76
Sandra Castillo /	84
Eduardo Marambio /	92
Sello UANDES /	101
Agradecimientos /	109
También puedes ser parte /	110





Bienvenida

Quienes vean el contenido de este documento seguramente compartirán con nosotros la ilusión de un sueño que se está haciendo realidad.

En efecto, como parte de los objetivos estratégicos asociados a la creación de una clínica universitaria, estaba el poder atender gratuitamente a pacientes de escasos recursos, con los más altos estándares de seguridad, calidad y confort, en un ambiente de alta competencia tecnológica y profesional, que combina la asistencia sanitaria con la docencia y la investigación.

Gracias a Dios y al esfuerzo de muchos, Clínica Universidad de los Andes es hoy una realidad conocida y valorada por nuestros pacientes y por profesionales del mundo de la salud.

Junto con concretar este esfuerzo, se ha constituido una fundación de beneficencia sin fines de lucro, cuyo objetivo es administrar donaciones para atender gratuitamente a pacientes vulnerables de las listas de espera de hospitales del sector público. En este afán de beneficencia, se ha contado también con un aporte muy significativo de Fundación Careno, todo lo cual ha permitido realigar anualmente un ambicioso programa quirúrgico, que en promedio ha favorecido a 300 personas anuales, aquejadas de diversas patologías de mediana y alta complejidad.

Estamos partiendo. Este propósito nos entusiasma y nos mueve. Ojalá muchos se motiven con estas vivencias y nos ayuden económicamente, porque gracias a esos aportes podremos seguir ayudando a recuperar la salud a más personas que lo necesitan.

Un cordial saludo

José Antonio Guzmán C.
*Rector Universidad de los Andes
Presidente del Directorio de
Clínica Universidad de los Andes*





UNA CLÍNICA COMPROMETIDA CON LA VIDA

Desde la fundación de la Universidad de los Andes, se soñó con crear una Clínica dentro del campus universitario para dar continuidad al proceso de docencia de las carreras del área de la salud y, al mismo tiempo, ofrecer una atención especializada con el sello UANDES, que pone a las personas en el centro de todo el quehacer.

Este sueño se hizo realidad en mayo de 2014 con la apertura de la Clínica Universidad de los Andes. Se trata de un hospital universitario asistencial-docente, sin fines de lucro, que busca llevar la atención de salud con el sello UANDES a la mayor cantidad de personas, incluidas aquellas que no cuentan con los recursos para acceder a instituciones privadas.

Para cumplir con esta misión, se suscribió un convenio con el Ministerio de Salud para la atención de pacientes derivados de hospitales públicos, Ley de Urgencia o convenios GRD; se entregan prestaciones gratuitas a algunas instituciones y se apoyan operativos médicos en hospitales de la Región Metropolitana y regiones, en que se realizan cirugías de forma gratuita y/o enseñan técnicas quirúrgicas.

Adicionalmente, la Clínica comenzó a realizar cirugías de beneficencia a personas que, por diversos motivos, no habían accedido a ellas en el sistema público.

Cuando se presentaban estos casos, se contactaba a un laboratorio que donaba los medicamentos, otro proveedor aporta-

ba algún insumo, y así se echaba a correr una cadena de solidaridad que permitió que en la Clínica se realizara cerca de un centenar de cirugías de beneficencia, previas a la constitución de la fundación que llegó a formalizar este deseo de colaborar con la solución de un problema país, como son las listas de espera y los problemas de acceso a cirugías de mediana y alta complejidad.

En mayo de 2019 se constituyó la Fundación de Beneficencia para la Salud UANDES, con la misión de lograr el financiamiento para cirugías dirigidas a personas de escasos recursos que se en-

cuentran en listas de espera quirúrgicas en hospitales del sector público y que poseen una categorización inferior al 60% en la ficha de estratificación del Ministerio de Desarrollo Social.

Para llegar a estas personas, la Fundación UANDES ha establecido convenios con distintos centros que derivan sus pacientes en listas de espera, como el Hospital Sótero del Río, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital Regional de Rancagua, Hospital San José, Hospital El Carmen, Hospital Clínico Félix Bulnes, el Hospital Barros Luco y el Centro de Salud San Bernardo, entre otros.

Los hospitales en convenio son los responsables de seleccionar a los pacientes de acuerdo a los criterios definidos por la Fundación, privilegiando cirugías que son de difícil acceso en el sistema público y cuyo impacto en la calidad de vida de las personas es sustantivo.



En mayo de 2019 se constituyó la Fundación de Beneficencia para la Salud UANDES, con la misión de lograr el financiamiento para cirugías dirigidas a personas de escasos recursos que se encuentran en listas de espera quirúrgicas en hospitales del sector público.

Los hospitales en convenio son los responsables de seleccionar a los pacientes de acuerdo a los criterios definidos por la Fundación, priorizando cirugías que son de difícil acceso en el sistema público y cuyo impacto en la calidad de vida de las personas es sustantivo, como son las traumatológicas, cardíacas y ginecológicas, entre otras. También se han privilegiado las cirugías materno fetales o intrauterinas, en las cuales la Clínica Universidad de los Andes tiene una capacidad resolutive única en el país. Esto es, además, consistente con el compromiso institucional con la defensa de la vida desde la concepción hasta la muerte natural, principio que forma parte del ideario de la Universidad de los Andes como obra corporativa del Opus Dei.

Para financiar estas cirugías, la Fundación UANDES busca donaciones de personas naturales e instituciones, como la Fundación Careno, que ha brindado un importante apoyo a esta causa.

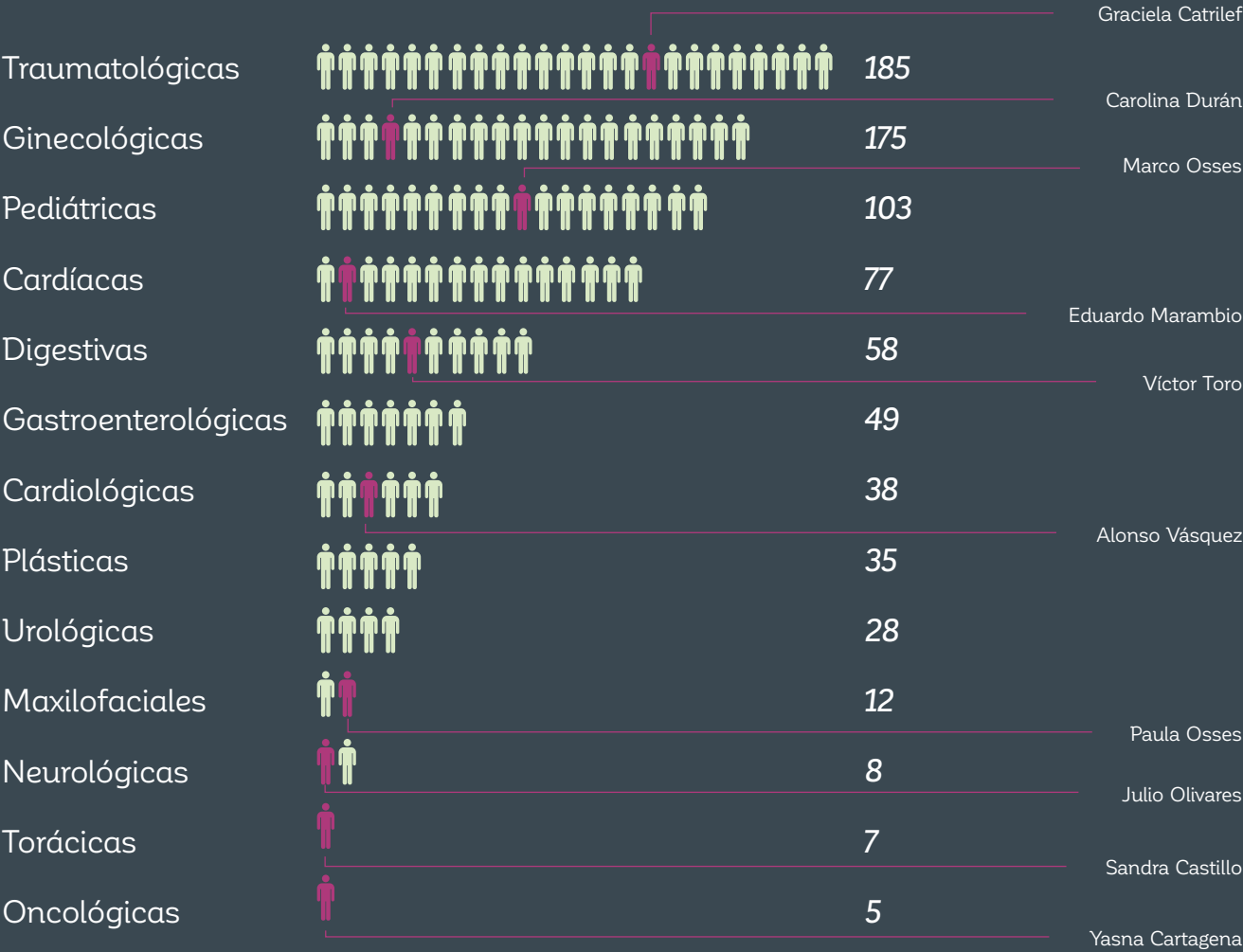
En este libro se reúnen las historias de diez pacientes y familias que relatan cómo, gracias a estas cirugías largamente esperadas, sus vidas cambiaron definitivamente.

Nuestro compromiso en cifras

780

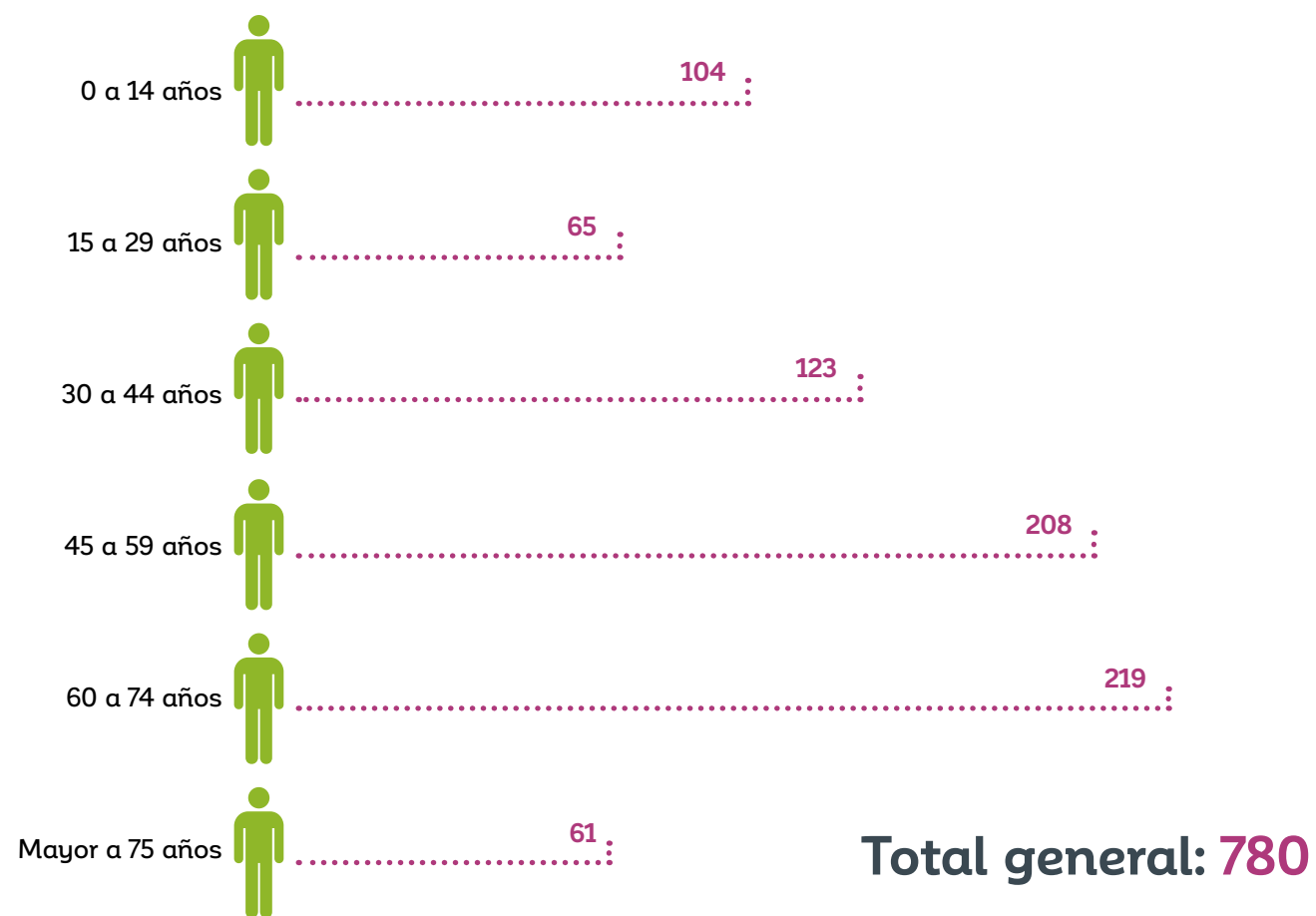
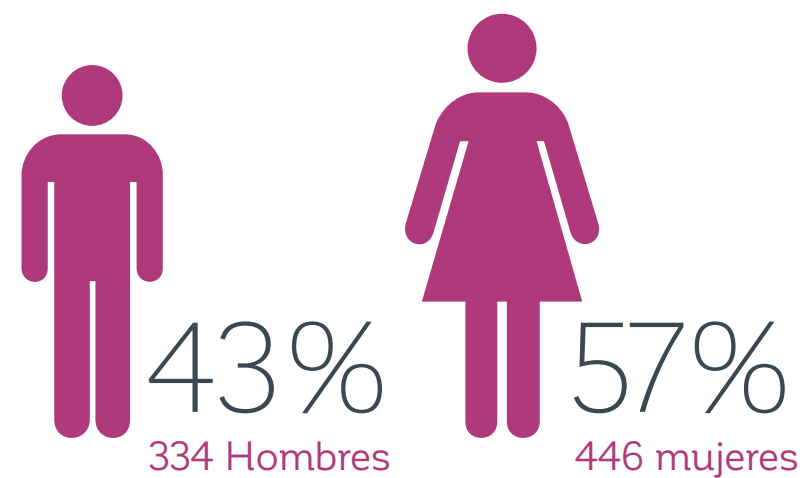
pacientes lograron salir de la lista de espera del sistema público y atenderse en nuestra Clínica.

Cirugías realizadas a octubre de 2021.

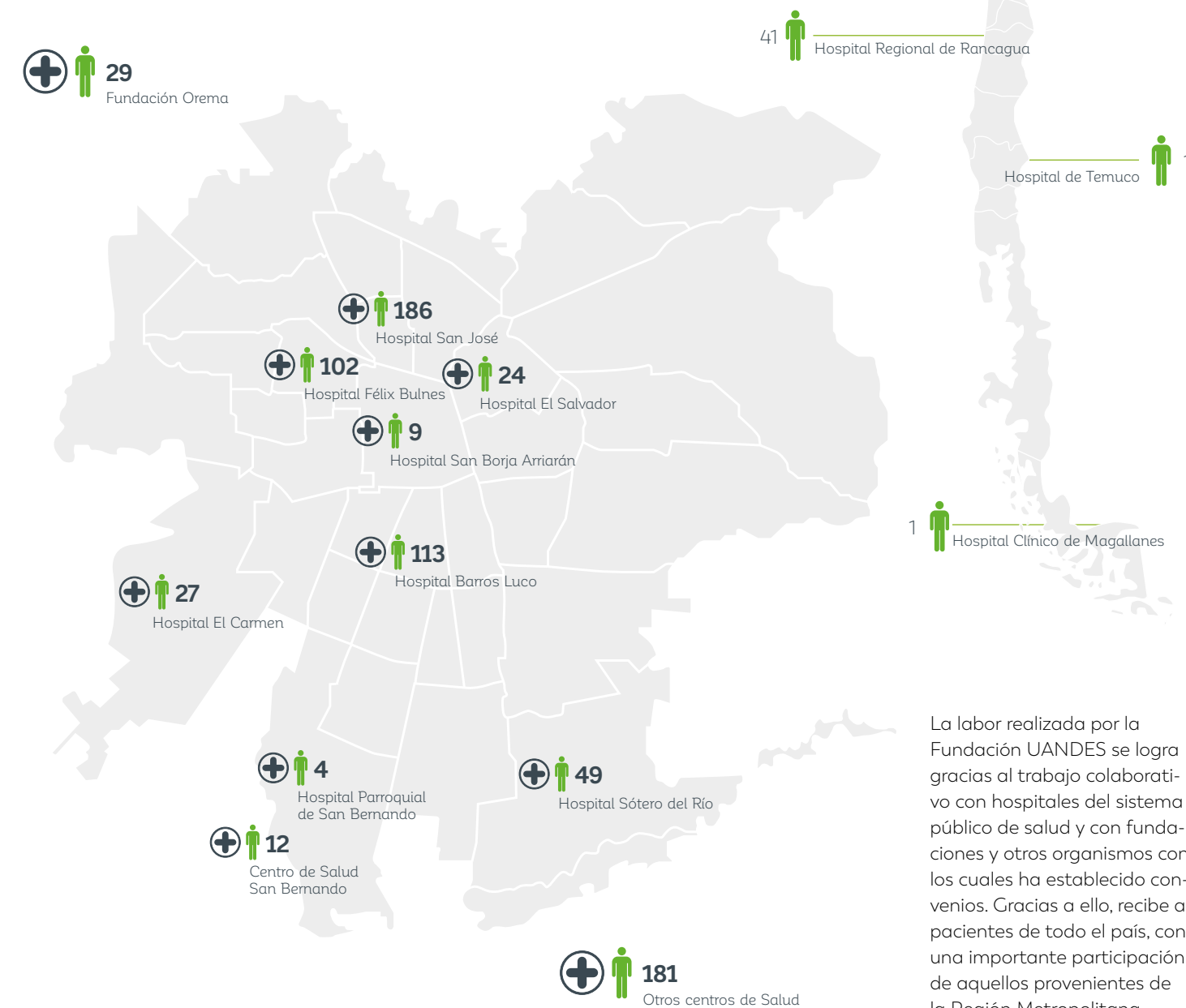


Prestaciones por sexo y edad

Cirugías realizadas a octubre de 2021.



Presencia en todo el territorio



La labor realizada por la Fundación UANDES se logra gracias al trabajo colaborativo con hospitales del sistema público de salud y con fundaciones y otros organismos con los cuales ha establecido convenios. Gracias a ello, recibe a pacientes de todo el país, con una importante participación de aquellos provenientes de la Región Metropolitana.



TESTIMONIOS

Alonso Vásquez Cirugía materno-fetal, mielomeningocele <i>Concepción</i>	20
Julio Olivares Neurocirugía, Parkinson <i>Santiago</i>	28
Yasna Cartagena Cirugía oncológica, poliposis y cáncer colorrectal <i>Santiago</i>	36
Víctor Toro Cirugía digestiva, hernia inguinal <i>Santiago</i>	44
Graciela Catrilef Cirugía traumatológica, artrosis, displasia de cadera <i>Punta Arenas</i>	52
Paula Osses Cirugía plástica, labio fisurado <i>Los Ángeles</i>	60
Carolina Durán Cirugía ginecológica, urológica y coloproctológica, endometriosis <i>Santiago</i>	68
Marco Osses Cirugía pediátrica, enfermedad de Hirschsprung <i>El Laja</i>	76
Sandra Castillo Cirugía de tórax, cáncer pulmonar <i>Santiago</i>	84
Eduardo Marambio Cirugía cardíaca, enfermedad coronaria <i>Rancagua</i>	92



Alonso Vásquez

Mantenerse firme

A las 18 semanas de gestación, Carolina Henríquez y Ricardo Vásquez se enteraron de que su hijo tenía espina bífida abierta, lo que complicaría la movilidad de sus extremidades inferiores en el futuro. Una innovadora técnica de cirugía fetal endoscópica, que en Chile solo se realiza en la Clínica Universidad de los Andes, les ha permitido tener la esperanza de que Alonso podrá llegar a mantenerse en pie e, incluso, caminar.

Cuando se reencontraron, no sabían lo que les depararía el futuro. Ricardo Vásquez y Carolina Henríquez se conocían desde chicos por amigos y familiares en común. Pero no fue hasta que Ricardo se fue a vivir desde Santiago a Concepción, en 2007, cuando volvieron a verse. De ahí en más, la carrera parecía corrida: se casaron después de tres años de pololeo, tuvieron a su hija María Ignacia sin mayores complicaciones y Carolina ingresó a estudiar Ingeniería Comercial de noche mientras trabajaba en el día. Dio su examen de título en enero de 2019 y estaban listos para su próxima aventura: tener otro hijo. “Tenía 38 años. Todavía estábamos en una edad en que yo podía tener otro bebé. Siempre he sido sana, nunca he tenido ninguna enfermedad de base ni nada. Y así fue como, a fines de marzo, estábamos esperando a Alonso”, relata Carolina. Hicieron una ecografía a las diez semanas y vieron que todo iba sin inconvenientes. En mayo, con ocasión del cumpleaños de María Ignacia y ya con tres meses de gestación, le contaron la buena noticia a familiares y amigos. “Yo me sentía muy bien, salvo por los malestares propios de un embarazo, como náuseas, pero nada extraño, nada distinto”, cuenta Carolina. Hasta que a las 18 semanas llegó la segunda ecografía. Lleva-

ron a María Ignacia para saber si iba tener un hermanito o una hermanita, verle la cara y conocer cómo era. Pero al mirar la pantalla hubo un tenso silencio. “Me di cuenta de que la cabecita del bebé, el cráneo, era diferente. No se veía redondo, como habitualmente aparecen en las ecografías”, recuerda Carolina. El ecografista les dijo que algo andaba mal. Que, al parecer, el bebé venía con una malformación en la columna. Tenía espina bífida abierta, también conocida como mielomeningocele, que afecta la movilidad de los niños después de nacer. Tenía también la malformación de Chiari 2, una afección en la cual el tejido cerebral se extiende hacia el canal espinal y que acompaña la hidrocefalia (acumulación de líquido en el cerebro). Fue un balde de agua fría que Ricardo y Carolina tuvieron que aguantar estoicos frente a su hija de siete años.



1 de cada 10.000

recién nacidos sufren esta enfermedad.

Espina bífida abierta o Mielomeningocele

La espina bífida, una patología que ocurre en uno de cada 10.000 nacimientos, es un defecto congénito en el tubo neural y se produce cuando la columna vertebral y la médula espinal del bebé no se forman adecuadamente.

El tubo neural corresponde a la estructura de un embrión en desarrollo, que luego se convierte en el cerebro, la médula espinal y los tejidos que lo rodean. Por lo general, el tubo neural se forma en el principio del embarazo y se cierra alrededor de los 23 a 28 días de edad del embrión. Pero, en estos casos, una porción no lo hace adecuadamente, lo que genera defectos en la médula espinal y en los huesos de la columna.

Existen tres tipos de espina bífida. La mielomeningocele o espina bífida abierta es el más grave. El canal medular queda abierto a lo largo de varias vértebras en la parte baja o media de la espalda.

En el nacimiento, las membranas y los nervios raquídeos empujan a través de esta abertura y forman un saco en la espalda del bebé, en el que normalmente los tejidos y nervios quedan expuestos. Esto hace que el niño sea propenso a infecciones potencialmente mortales, como también a parálisis y disfunción de la vejiga y el intestino.

La principal causa de la espina bífida es un aporte insuficiente de ácido fólico durante el embarazo, debido a alteraciones en el metabolismo materno o a una dieta poco adecuada de la madre. A su vez, algunos medicamentos para la epilepsia, la obesidad o la diabetes son considerados factores de riesgo para generar defectos en el tubo neural. Antecedes familiares de problemas en el tubo neural, obesidad y diabetes también pueden ocasionar este tipo de aflicción.

La principal causa de la espina bífida es un aporte insuficiente de ácido fólico durante el embarazo, debido a alteraciones en el metabolismo materno o a una dieta poco adecuada de la madre.

La cirugía fetal endoscópica para corregir la espina bífida abierta o mielomeningocele se realiza en 10 centros en el mundo. La Clínica Universidad de los Andes es uno de ellos y el primero en Chile.

| NUEVA TÉCNICA

“Cuando nos contó el especialista lo que venía, no entendíamos nada, porque jamás habíamos escuchado qué era todo eso”, cuenta Ricardo. Tuvieron que abrirse a un nuevo mundo. Ubicaron a la Corporación Espina Bífida (CORPEB) en Santiago, un centro de rehabilitación enfocado en esta patología, que los orientó en los pasos a seguir.

Al mismo tiempo, su médico tratante les comentó que tenía un conocido en la capital que estaba utilizando una nueva técnica para corregir la espina bífida abierta: la cirugía fetal endoscópica, que permite cerrar la malformación de la columna con menores riesgos para la madre y similares mejoras neurológicas a la cirugía prenatal abierta. Esta intervención reduce a la mitad la probabilidad de insertar una válvula para derivar el líquido cerebral en los casos de hidrocefalia. Además, entre otros beneficios, aumenta en 40% la posibilidad de caminar.

Se planteaba como una alternativa más segura y eficaz frente a los procedimientos habituales: una cirugía realizada en el periodo postnatal inmediato, durante las primeras 24 horas de vida, o una intrauterina abierta, en la que se abre el abdomen y el útero de la embarazada para corregir el defecto del niño.

El contacto era el Dr. Masami Yamamoto, ginecólogo y obstetra de la Clínica Universidad de los Andes, quien también había sido ubicado por la CORPEB. Invitó a Carolina y a Ricardo a visitarlo a la Clínica, para hablar sobre el tema y hacer una evaluación. Los recibió el sábado 29 de junio de 2019. Los Vásquez Henríquez viajaron por el día a Santiago. El doctor hizo dos ecografías y confirmó el diagnóstico. Les comentó que la operación con la nueva técnica no podía realizarse más allá de las 27 semanas de gestación y que la Clínica contaba con un programa de beneficencia. “Si estábamos de acuerdo, me podían operar en agosto. No lo pensamos dos veces”, recuerda Carolina.

| EN BUENAS MANOS

La cirugía fetal endoscópica para corregir la espina bífida abierta o mielomeningocele, se realiza solo en diez centros en el mun-

do. La Clínica Universidad de los Andes es uno de ellos y el primero en Chile. Así, acordaron la fecha de la operación con el Dr. Yamamoto: sería el 24 de agosto de 2019. Carolina se internó dos días antes para realizarse exámenes previos que permitieran analizar las condiciones de Alonso. La cirugía demoraría tres horas, pero tardó cinco.

El equipo quirúrgico lo conforman, además del Dr. Yamamoto, los Drs. Felipe Moyano (neurocirujano), Horacio Figueroa (medicina matemofetal), y Stefano Biancardi y Fernando Rojas, anestesiólogos.

“Luego de cerca de dos horas de operación, el útero se desinfló completamente. No teníamos una cavidad para poder operar. Al mismo tiempo, se salieron los trócares, que impidieron reinflar el útero. Es decir, luego de dos horas, estábamos como al inicio. Hubo que recrear la cavidad aérea para realizar la cirugía intrauterina, reubicar el feto, posicionar la cirugía, descomprimir el abdomen materno y concluir la operación”, relata el Dr. Yamamoto. “Pero eso no ocurrió, gracias a la calma y paciencia del equipo médico”, apunta el especialista en cirugía fetal.

Afuera, en la sala de espera, Ricardo esperaba, tratando de mantenerse tranquilo. Escuchaba música para relajarse. “Yo sabía que estábamos en buenas manos”, afirma. Los Drs. Yamamoto y Moyano salieron del pabellón para contarle que Carolina se encontraba bien y que sería derivada a la UTI para recuperarse mejor. En la intervención



“

El único lugar donde se puede hacer esta cirugía en Chile es en la Clínica Universidad de los Andes. Aproximadamente la mitad de los casos que operamos por espina bífida han sido a través de la Fundación UANDES. Si no fuese por ella, no podrían haber tenido acceso a esta operación. Los padres y madres quedan muy agradecidos porque, operando a los niños in utero, las probabilidades de que tengan complicaciones en el futuro disminuyen en forma importante”.

*Dr. Horacio Figueroa,
Jefe Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Clínica Universidad de los Andes.*



“

El tratar de hacer el bien a otros depende de nuestras acciones. Para ello necesito estar consciente, activo, con paciencia, inteligencia y capacidad de resolver las más impredecibles circunstancias que pueden aparecer en una cirugía. En este caso, se notó esta necesidad, pues la cirugía fue compleja y pudimos, junto a todo el equipo, salir adelante”.

“

Nuestra Clínica y nosotros, como equipo médico, hemos podido entrenarnos y recibir el apoyo de otras instituciones internacionales para desarrollar una técnica que en Chile no se realizaba. Contar con el apoyo de la Dirección Médica fue fundamental y, sobre todo, la confianza y la esperanza de las madres. Nuestro deseo era poder dar esta solución a nuestras pacientes. Nos debemos a los pacientes para entregarles lo que se ha aprendido”.

*Dr. Masami Yamamoto,
Ginecólogo especialista en medicina materno-fetal.
Clínica Universidad de los Andes.*

había tenido una rotura de membranas, por lo que empezó a perder líquido amniótico lentamente. Fue por ello que los médicos decidieron que se quedara en la clínica hasta el parto.

Alonso nació por cesárea el 7 de octubre, a las 33 semanas de gestación, pesando 2.160 gramos y midiendo 41 centímetros. Los médicos neonatólogos y neurocirujanos comprobaron que la operación que le habían hecho al niño había tenido buenos resultados, pero que era necesaria una nueva intervención para cerrar una parte que todavía estaba abierta en su espalda y por la que perdía líquido encefálico.

“Eso fue muy terrible, porque yo estaba recién operada. De mis partos, ese fue el más doloroso. Tenía la pena de no haber visto a mi hijo, porque se lo tuvieron que llevar a la incubadora mientras yo estaba con anestesia”, dice Carolina, quien se mantuvo un mes y medio internada.

| REHABILITÁNDOSE

Alonso estuvo dos semanas en la incubadora y totalizó un mes en el área de neonatología. Luego del alta, la familia pudo retomar a Concepción el 31 de octubre. Alonso logró revertir la malformación de Chiari y que la hidrocefalia quedara estabilizada. También venía con vejiga neurogénica e intestino neurógeno (que pueden causar pérdida del control de su funcionamiento e infecciones urinarias) y pie bot (“pie deformado”, en francés).

“No sabíamos si iba a tener movilidad en las piernas. El kinesiólogo de la clínica le empezó a hacer ejercicios y descubrió que Alonso sí podía moverlas un poco hasta la altura de la rodilla”,

cuenta Ricardo. “Gracias a la cirugía, puede moverse hasta la rodilla. Con terapia de rehabilitación y el uso de una órtesis o un soporte, podría ser que logre pararse”, agrega Carolina. Al mes y medio de vida, llevaron a Alonso a la Teletón.

Hoy tiene dos años y sus padres están esperanzados en que logrará mantenerse en pie, pues los expertos señalan que lo habitual es que los niños con espina bífida lo logren a los tres años, aproximadamente. De hecho, Alonso aprendió a gatear y realiza diariamente una rutina de ejercicios kinesiológicos. “Le gusta jugar con sus autos, le gusta la música y dice muchas palabras. Para nosotros es un niño bastante normal y eso es gracias a la operación”, destaca Ricardo.

“Creo que Dios y la vida –reflexiona la madre de Alonso– nos pusieron en el camino a los profesionales de la Clínica Universidad de Los Andes. De verdad que fueron pura luz para nosotros. Quiero extender mis agradecimientos a todo el personal de la Clínica. Fueron como una familia para nosotros, sobre todo para mí, que estuve tanto tiempo allá sola”.



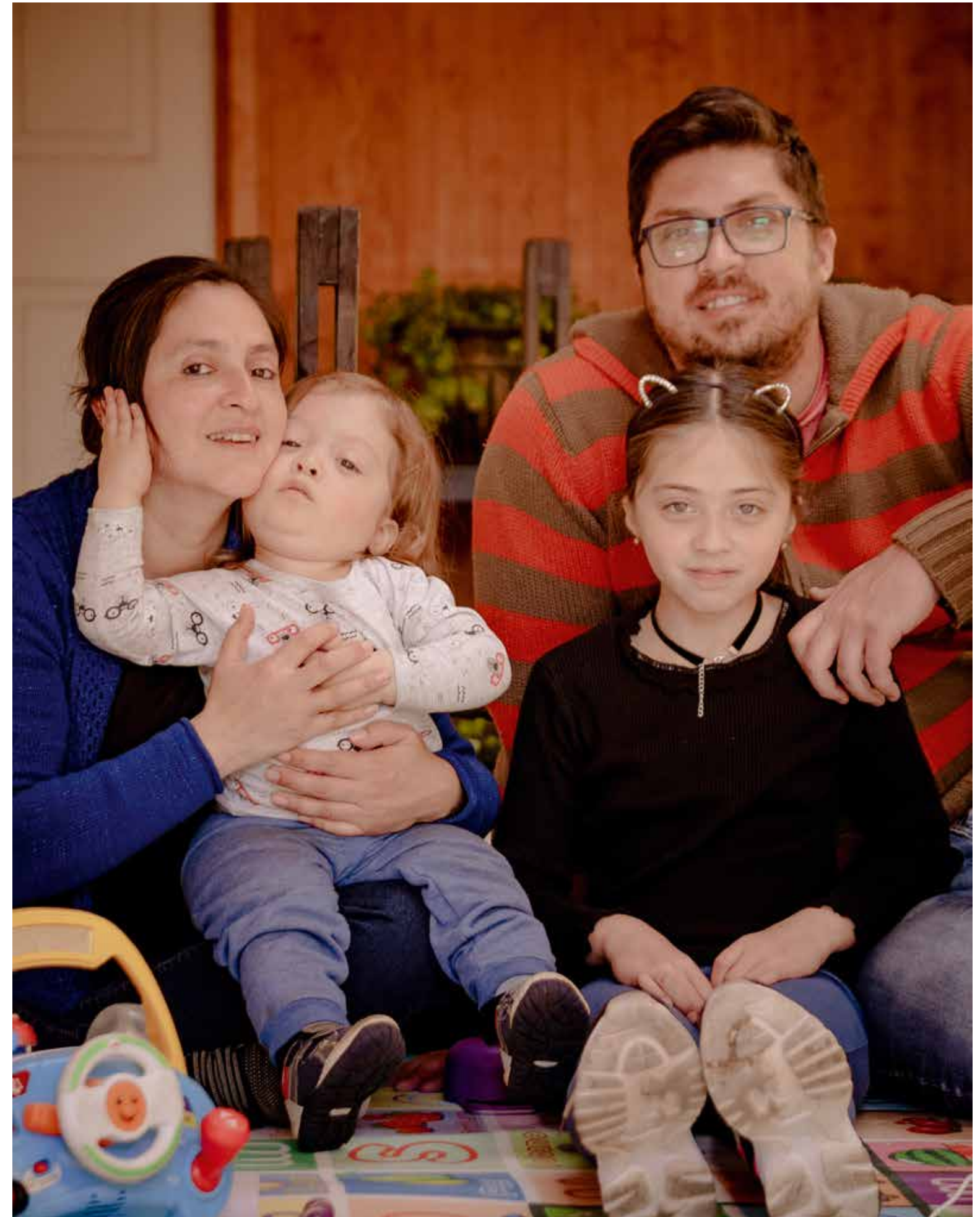
“

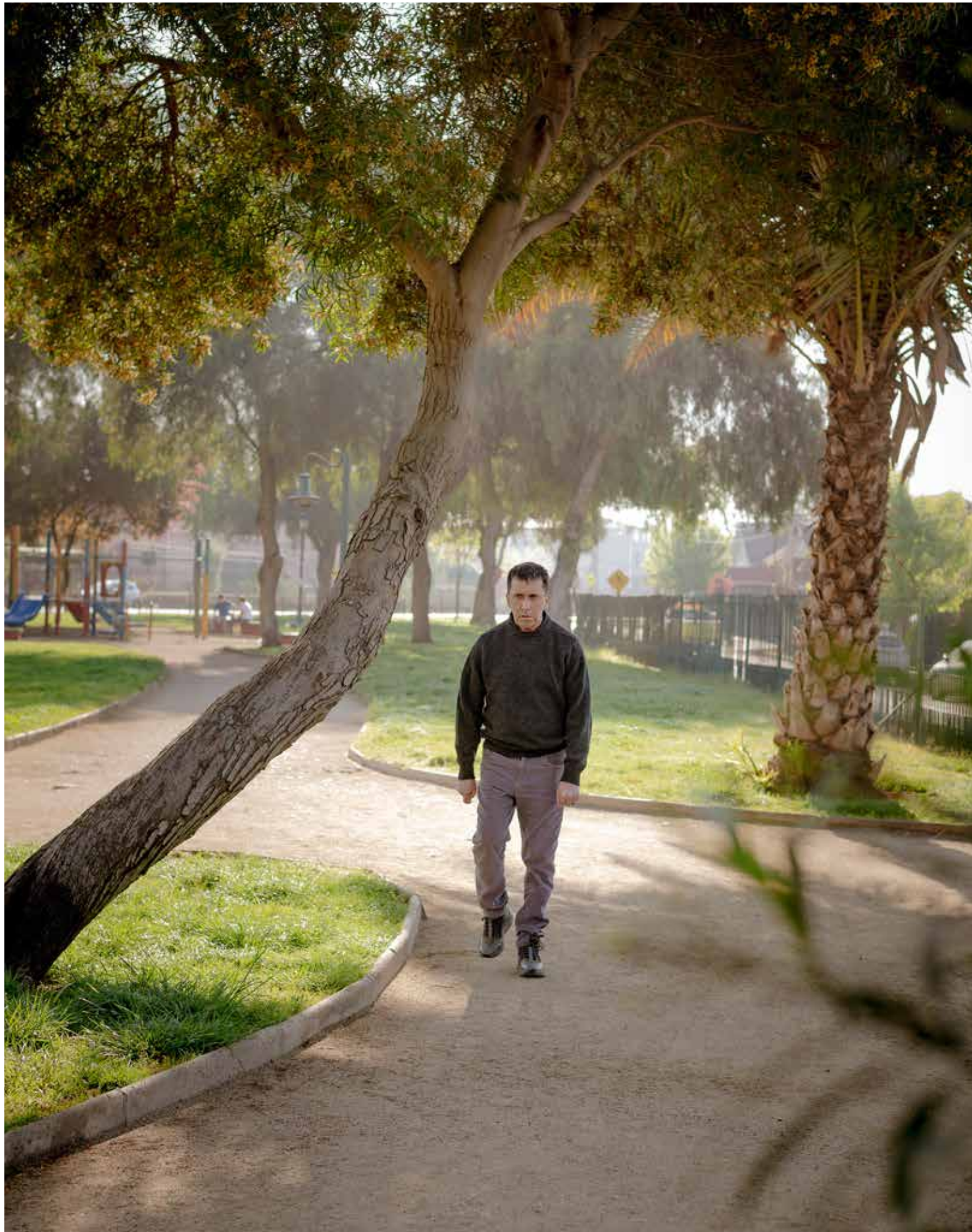
Somos el único equipo en Chile que realiza esta cirugía. Tenemos el deber de ser extremadamente rigurosos en la indicación quirúrgica, en la cirugía misma y, sobre todo, en el seguimiento y control de nuestros pacientes”.

“

Es importante dar apoyo emocional y contención a una familia completa, aportar con un grano de arena en el desarrollo y rehabilitación de los niños, buscando con nuestra labor que esa gran carga familiar sea llevada con amor y alegría”.

Dr. Felipe Moyano,
Neurocirujano.
Clínica Universidad de los Andes.





Julio Olivares

Recuperar el control

El Parkinson llegó temprano a la vida de Julio Olivares y, en poco tiempo, fue tan fuerte que hizo imposible que desarrollara hasta las tareas más rutinarias. Los medicamentos fueron perdiendo efecto, ya no podía caminar ni hablar.

[29

Hombre de pocas palabras, Julio Olivares intercala miradas a los ojos de sus interlocutores con prolongadas vistas al vacío. Desde los 30 años que la enfermedad de Parkinson ha sido una compañera indeseada con la que ha tenido que convivir de manera forzada.

Temblores, espasmos, dolores y dificultad para mover sus extremidades formaron parte de su rutina diaria hasta el 16 de marzo de 2020. Ese día se sometió a una cirugía para la instalación de un DBS, un estimulador cerebral profundo que se ubica en algunos núcleos del cerebro para corregir y regular la actividad anormal de este órgano, producida por trastornos como el Parkinson. A sus 50 años, hoy está reiniciando su vida.

Julio es un hombre de campo. Nacido y criado en la localidad de Cárcamo, en la comuna de Illapel, Región de Coquimbo, desde joven se dedicó a sembrar porotos, maíz y papas en un predio familiar para vender la producción a almacenes y verdulerías de la zona. En sus ratos libres, le gustaba salir a caminar e ir a mirar los animales –cabras y vacas, principalmente– que tenía.

Hasta que un día, según confiesa, “se me enchuecó el cuello”.

Se le puso rígido. Esperó un tiempo para ver si se recuperaba, pero como no presentaba mejoría alguna acudió al Servicio de Salud de Illapel. Sin una respuesta clara sobre el mal que lo aquejaba, los doctores pidieron que lo revisaran en el Hospital San Pablo de Coquimbo. Los exámenes –de sangre y un escáner cerebral, entre otros– entregaron un diagnóstico tajante: Parkinson. La sorpresa, sin embargo, tenía antecedentes: su madre también había padecido esta enfermedad desde temprana edad, pero la pudo controlar bien con algunos medicamentos.

En el hospital le recetaron remedios que, en un comienzo, le ayudaron a sobrellevar los dolores y mejorar la movilidad. Pero, al cabo de un año, empezó a tener problemas para caminar. Se caía. Le temblaban las manos.



En los mayores de 60 años

se manifiesta en uno de cada cien y se da principalmente en hombres.

Parkinson

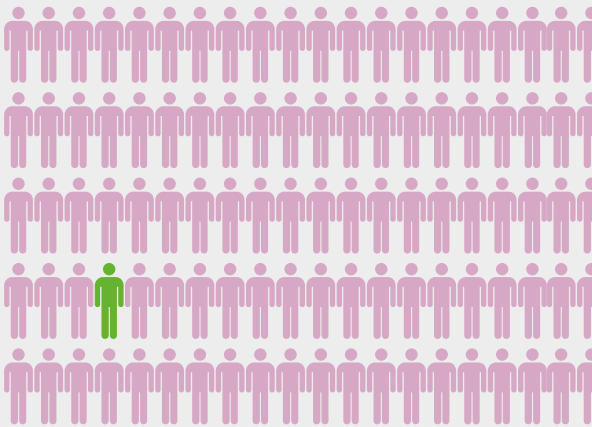
La enfermedad de Parkinson es una patología progresiva que afecta el movimiento del cuerpo. Es la segunda enfermedad degenerativa más común del sistema nervioso después del Alzheimer. Impacta a una de cada cien personas mayores de 60 años y se da principalmente en hombres.

Se produce debido a la disminución de la dopamina, un neurotransmisor producido por algunas neuronas. En el Parkinson, muchas de estas neuronas mueren y, al haber menos dopamina, se provoca una alteración en la actividad cerebral. Este fenómeno puede darse por factores genéticos o ambientales, como la exposición a elementos tóxicos.

Sus primeros síntomas suelen ser leves y hasta pueden pasar desapercibidos, pero con el tiempo se intensifican. Entre ellos destacan los temblores, que habitualmente comienzan en una mano o en los dedos; la rigidez muscular, que puede alterar el movimiento y producir dolores; lentitud de movimiento, que dificulta la realización de actividades básicas que antes se efectuaban de manera normal, como sentarse, pararse o caminar; y cambios en el equilibrio y la postura, ya que la columna se empieza a encorvar.

Puede tratarse por medios farmacológicos, a través de la administración de medicamentos que ayudan a controlar los síntomas, como levodopa, pramipexol y amantadina. También se puede contrarrestar a través de una cirugía de estimulación cerebral, implantando electrodos en el cerebro.

Sus primeros síntomas suelen ser leves y hasta pueden pasar desapercibidos, pero con el tiempo se intensifican. Entre ellos destacan los temblores, la rigidez muscular, la lentitud de movimiento y cambios en el equilibrio y la postura corporal.



“La mayoría de los pacientes retoma sus actividades. Lo que uno logra con la cirugía es que los momentos de buena calidad se prolonguen”, dice el Dr. André Fassler, neurocirujano, quien encabezó la operación.

En solo tres años, su calidad de vida se fue deteriorando progresivamente hasta que comenzó a precisar de la ayuda de su familia para realizar las actividades más rutinarias, como ir al baño, comer y moverse. Le daban ataques similares a los de la epilepsia. “Bailaba en el suelo”, dice Miguel Bruna, su sobrino, quien vive con su madre, María Olga, y con Julio en un departamento en Maipú, Santiago.

| CUERPO SIN CONTROL

Cuando los medicamentos comenzaron a no ser suficientes para nivelar los movimientos bruscos de su cuerpo, Julio dejó a su señora, Mima, y a su hijo e hija en Illapel –quienes continuaron con su trabajo y estudios, respectivamente–, y se trasladó a Valparaíso a vivir con unas tías que lo podían cuidar. Comenzó a controlarse en el Hospital Carlos Van Buren, en la ciudad porteña, donde le contaron sobre la existencia de una cirugía al cerebro que lo ayudaría a contrarrestar los efectos del Parkinson. Quedó en lista de espera. Sin embargo, comenzaron a pasar los años, su condición seguía empeorando, no había respuesta sobre la operación y no tenía recursos para financiar la intervención en una clínica privada.

Su familia decidió hacer algo al respecto. Su hermana, María Olga, lo trasladó a vivir a su departamento en Maipú para cuidarlo. Y, al mismo tiempo, comenzó a movilizarse para buscar ayuda por otros medios, porque los públicos no llegaban. En esos años,

ella se hacía cargo de su madre y de su único hermano, costearo remedios y pañales, por lo que en ocasiones tenía que compatibilizar hasta tres trabajos. Uno era en la casa de una persona vinculada a la televisión, quien le ayudó a que el caso de Julio apareciera en el matinal de Chilevisión en septiembre de 2016. “No puedo controlar los movimientos. Es imposible. Me la gana. Cada día es más fuerte”, decía Julio ante las cámaras.

Lograron reunir algunos fondos, pero no alcanzaban para la operación. A partir del reportaje, Julio llegó a la consulta de un neurólogo que lo hospitalizó para estabilizarlo, le cambió los remedios y sus dosis, y lo puso en contacto con el laboratorio y con el equipo de neurocirugía de la Clínica Universidad de los Andes.

| UNA VIDA NORMAL

Julio Olivares por fin podría acceder a la cirugía que estaba esperando hacía tantos años. La Clínica Universidad de los Andes facilitó las instalaciones, el equipo anes-

tésico, la UTI y el período postoperatorio. En tanto, el implante (Vercise DBS System) fue donado por el laboratorio encargado de traerlo.

“Hacía tiempo que estaba esperando esta oportunidad”, dice Julio, quien llegó a internarse a la Clínica el domingo 15 de marzo de 2020. La operación comenzó cerca de las 8:00 y culminó alrededor de las 16.00 horas. Los médicos instalaron el DBS, que consta de núcleos que van al cerebro y que se conectan, por dentro del cuerpo del paciente, con un generador de pulso recargable que se implanta en el pecho. Dos días más tarde, fue dado de alta.

Tras ser colocado, el DBS se dejó apagado durante siete días, esperando que todo evolucionara correctamente. Al finalizar ese lapso, el equipo médico lo encendió y comenzó a regular su funcionamiento en diferentes puntos del cerebro de Julio para obtener los mejores resultados. Este tiempo de regulación se extendió por tres meses.

Como el Parkinson es una enfermedad progresiva, los médicos supervisan el funcionamiento del equipo cada cierto tiempo, cambiando –si es necesario– los puntos de estimulación o la intensidad del voltaje.

“La mayoría de los pacientes retoma sus actividades. Lo que uno logra con la cirugía es que los momentos de buena calidad se prolonguen”, dice el Dr. André Fassler, neurocirujano, quien encabezó la operación. Hoy, Julio vive tranquilo, ya no sufre ataques y puede hacer sus labores rutinarias en forma normal y quedarse solo sin problemas. Puede sentarse a comer, tomarse un vaso de jugo o bañarse sin asistencia. Su mayor preocupación está en recargar su DBS cada dos días, a través de un moderno sistema inalámbrico. Tiene que seguir tomando sus medicamentos habituales y controlarse cada seis meses.

Julio piensa buscar algún trabajo liviano, que no ponga en riesgo el funcionamiento del equipo que tiene instalado. “Me cambió la vida, porque antes no podía caminar ni hablar. Estoy muy agradecido de los doctores y de la Clínica. Si no, todavía estaría esperando la operación o juntando el dinero necesario para hacerla”, concluye.



Hoy, Julio vive tranquilo. Ya no sufre ataques y puede hacer sus labores rutinarias en forma normal, como sentarse a comer, servirse un vaso de jugo o bañarse sin asistencia.



“La operación consiste en colocar un estimulador cerebral profundo en un núcleo específico del cerebro, lo que ayuda a mejorar la modulación de los movimientos. Es una cirugía que se hacía muy poco en Chile y principalmente a personas con acceso económico. Esto viene a cambiar un paradigma”.

“Uno colabora en que los pacientes puedan retomar su vida. Son personas que, en general, están muy limitadas en sus actividades diarias. Muchos de ellos logran, al menos, mejorar sus condiciones basales”.

Dr. André Fassler,
Neurocirujano.
Clínica Universidad de los Andes.

En solo tres años, su calidad de vida se fue deteriorando progresivamente hasta que comenzó a precisar de la ayuda de su familia para realizar las actividades más rutinarias, como ir al baño, comer y moverse. Le daban ataques similares a los de la epilepsia.

Julio piensa buscar algún trabajo liviano, que no ponga en riesgo el funcionamiento del equipo que tiene instalado. “Me cambió la vida, porque antes no podía caminar ni hablar. Estoy muy agradecido de los doctores y de la Clínica”.





Yasna Cartagena

Herencia de familia

La poliposis adenomatosa familiar es una mutación genética que puede terminar en cáncer de colon, estómago o recto. Desde niña, Yasna Cartagena sabía que tenía esta enfermedad hereditaria: su padre había fallecido a los 43 años por esta causa.

[37

Boris Cartagena Ríos falleció de cáncer al colon, hígado y pulmón en 2017. Tenía 43 años. Sabía que varios integrantes de su familia materna habían padecido la misma enfermedad, poliposis adenomatosa, aunque con distintos resultados según el momento en que se la detectaron. Se trata de una mutación genética (en el gen APC) que predispone al desarrollo de pólipos en lugares del cuerpo, como estómago, recto y colon. Si bien por lo general son benignos, pueden dar paso a tumores nocivos. Fue lo que le sucedió a Boris y lo que en el futuro le podría pasar a su hija Yasna.

Las alarmas se habían prendido en la familia Cartagena Ríos cuando una tía abuela de Boris falleció de cáncer al colon. Entonces, la madre de Boris comenzó a investigar cómo habían muerto algunos parientes suyos. Ahí descubrió que tenían la tendencia a desarrollar poliposis adenomatosa familiar. En ese momento, se contactó con especialistas en esta área, entre quienes estaba la Dra. Karin Álvarez. Ella es la coordinadora del Programa Oncológico Heredo Familiar de la Clínica Universidad de los An-

des, que identifica pacientes que pudiesen tener una condición hereditaria para desarrollar diversos tipos de cáncer, les hace seguimiento y evita su evolución.

Con ese objetivo, se hicieron algunos análisis para saber quiénes de la familia tenían el gen hereditario. De las tres hijas de Boris, solo Yasna dio positivo al examen. “Conocemos a su familia desde el año 2004, cuando hicimos estudios genéticos. Sabíamos que Yasna tenía esta condición, que la había heredado y que, por lo tanto, iba a desarrollar la enfermedad a futuro”, cuenta la Dra. Álvarez.

Yasna tenía 19 años cuando comenzaron los dolores de estómago y el sangramiento. Después se sumaron puntadas y el estar fuera de la casa –y lejos de un baño– se le hacía cada vez más difícil.



Entre un **3% y 5%**

de todos los cánceres pueden tener un comportamiento heredo familiar.

Poliposis Adenomatosa Familiar

Se estima que aproximadamente entre un 3% y 5% de todos los cánceres pueden tener un comportamiento heredo familiar. En el caso de la poliposis adenomatosa familiar (PAF), se trata de una mutación genética (en el gen APC) que se caracteriza por la presencia de cientos a miles de pólipos en el colon y el recto, que pueden convertirse en un cáncer colorrectal si no se extirpan.

Este síndrome se asocia también a otras manifestaciones extracolónicas (benignas y malignas), entre las que se encuentran alteraciones de la retina, tumores desmoides, quistes sebáceos, lipomas, tumores óseos benignos, dientes supernumerarios, cáncer de tiroides y tumores en el tracto gastrointestinal, como en el estómago, duodeno, páncreas, vía biliar e intestino delgado.

La historia natural de la PAF muestra que, a los 15 años de edad, un 50% de los pacientes tiene más de 100 pólipos en el intestino grueso y, alrededor de los 25 años, un 95% de ellos presenta la poliposis. Aproximadamente entre los 40 y 45 años hay un 100% de probabilidad de desarrollar cáncer a partir de estos pólipos si no se extrae el colon.

El manejo terapéutico de esta enfermedad es con cirugía profiláctica (antes de que se desarrolle el cáncer colorrectal) y la realización de un seguimiento de por vida. Dado que esta enfermedad es hereditaria (autosómica dominante), se debe entregar un asesoramiento genético al paciente y su familia para determinar a otros familiares en riesgo.

Es una mutación genética (en el gen APC) que se caracteriza por la presencia de cientos a miles de pólipos en el colon y el recto, que pueden convertirse en un cáncer colorrectal si no se extirpan.



“

Si se detecta a una persona que tiene esta mutación y se le ofrece un seguimiento en forma anticipada, se pueden tomar decisiones oportunas y salvar vidas, ya que se va a evitar el desarrollo del cáncer. Yasna tenía un pólipo. Se encontraba en una etapa in situ, que se trata con cirugía. Pero si hubiéramos llegado en una etapa cuatro, la probabilidad de cura hubiera sido de un 5%”.

*Dra. Karin Álvarez,
Coordinadora del Programa
Oncológico Heredo Familiar.
Clínica Universidad de los Andes.*

Para aliviar el dolor, tomaba medicamentos pero su efecto empezó a declinar paulatinamente.

En mayo de 2020, la Dra. Karin Álvarez buscó a la joven para saber cómo estaba y detectó que no estaba controlando su enfermedad. “No aceptaba que tenía que hacerme exámenes todos los años. Trataba de eludir el tema”, dice Yasna.

Pero hubo un momento en que no dio más. En noviembre de 2020 los dolores eran insoportables y a Yasna le era muy difícil asistir regularmente a las clases de tercer año de la carrera de Kinesiología. En ocasiones, incluso, no podía sostener objetos pesados, porque la sola tensión del abdomen que ello significaba era un calvario.

Sabía que no tenía escapatoria. Llamó, entonces, a la Dra. Álvarez. Tendría que hacerse los exámenes (endoscopia alta, colonoscopia, rectoscopia) y someterse a una cirugía. Los primeros los pudo costear gracias al esfuerzo familiar, pero la operación parecía inalcanzable. Por intermedio del Programa Oncológico Heredo Familiar, su caso fue considerado crítico por la Fundación UANDES. Tenía poliposis adenomatosa familiar en el colon, estómago y en el recto.

Hubo que operar a Yasna en dos ocasiones, en febrero y junio de 2021, para quitarle el colon, extraer los pólipos del recto y, posteriormente, para terminar de reconstruir su sistema digestivo. El equipo multidisciplinario que la trató consideró que, como los pólipos del estómago eran pequeños, no era necesario sacarlos. Bastaría con un examen anual para su monitoreo.

“Dado que es una enfermedad difusa que afecta a todo el intestino grueso, se le practicó la extirpación completa del colon y del recto, y reconstruimos esta parte de almacenamiento, que es el recto, con intestino delgado. Quedó transitoriamente protegida con una osteomía (abertura creada quirúrgicamente para conectar los intestinos a la pared abdominal y llevar

las deposiciones a una bolsa externa). Afortunadamente, después fue reconstituida y pudo funcionar en forma natural”, explica el Dr. Francisco López, cirujano coloproctólogo y director del Centro del Cáncer de la Clínica Universidad de los Andes, quien estuvo a cargo de la intervención quirúrgica.

| **RECUPERÁNDOSE PARA EL FUTURO**

Las primeras dos semanas tras la operación tuvo que mantener los cuidados que le indicó el equipo médico y se mantuvo en casa. En plena cuarentena, contagiarse con COVID-19 o alguna otra enfermedad podía complicar fuertemente su salud.

Hoy ya se encuentra bien. A sus 23 años, Yasna Cartagena se ve una joven tranquila, alegre y, lo más importante, puede hacer una vida normal. “Estoy muy agradecida con las personas de la clínica: los doctores que me trataron, las enfermeras, las nutricionistas y las personas del aseo. Estuvieron siempre todos atentos a mi situación. Nunca me sentí sola”.

En lo inmediato, debe ir paso a paso hacia la recuperación total de su operación y controlar cada cierto tiempo los pólipos que tiene en el estómago. El retorno a la universidad es incierto. No pudo continuar las clases de Kinesiología a fines de 2020 y terminó retirándose. Sin embargo, le gustaría trabajar y hacer todas las cosas que se había propuesto, como ayudar en su casa y viajar con su madre. “Tengo proyectos que siempre había estado postergando. Me di cuenta de que si uno no los cumple cuando puede, después no va a servir de nada cuando ya no esté. Lo que quiero hacer ahora es disfrutar de todo”, dice.

La operación parecía inalcanzable. Por intermedio del Programa Oncológico Heredo Familiar, su caso fue considerado crítico por la Fundación UANDES. Tenía poliposis adenomatosa familiar en el colon, estómago y en el recto.



“

Para nosotros es un orgullo el poder contar con el apoyo de la Fundación UANDES, dado que muchas de las familias portadoras de mutaciones genéticas que predisponen al cáncer, pertenecen al sistema público, donde no tienen acceso a estas tecnologías. Gracias a ella, pudimos adelantarnos y ayudar a una persona como Yasna”.

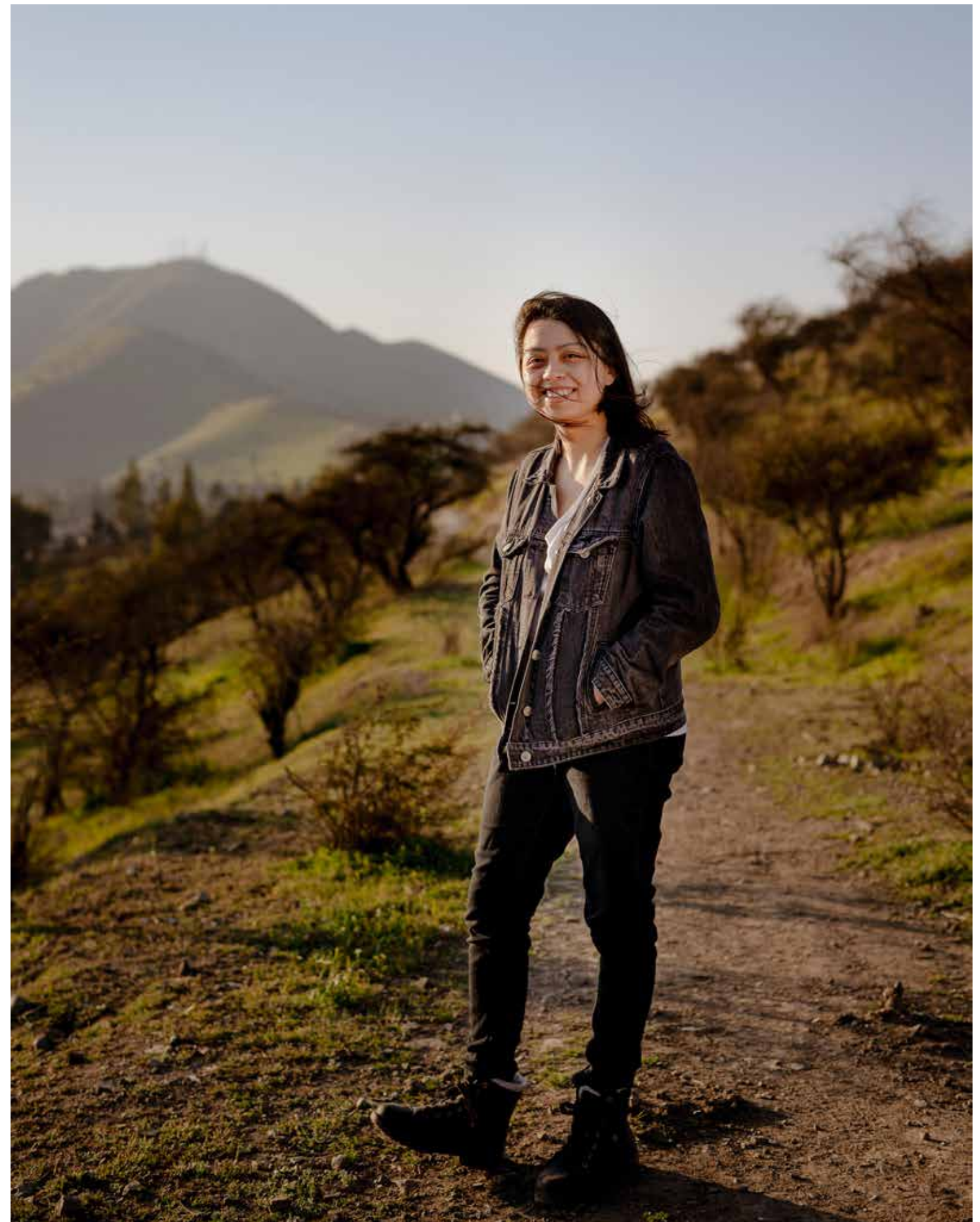
“

La tecnología nos permite identificar mutaciones o alteraciones que predisponen al desarrollo del cáncer, como es el caso de Yasna, a quien le sugerimos que se hiciera una operación preventiva o de reducción de riesgos. En Chile hay muy pocos programas heredofamiliares y el de mayor experiencia lo tenemos en el Centro del Cáncer de la Clínica Universidad de los Andes”.

Dr. Francisco López,
Cirujano coloproctólogo y Director del
Centro de Cáncer.
Clínica Universidad de los Andes.

Las alarmas se habían prendido en la familia Cartagena Ríos cuando una tía abuela de Boris falleció de cáncer al colon. Entonces, la madre de Boris comenzó a investigar cómo habían muerto algunos parientes suyos. Ahí descubrió que tenían la tendencia a desarrollar poliposis adenomatosa familiar.

“Tengo proyectos que siempre había estado postergando. Me di cuenta de que si uno no los cumple cuando puede, después no va a servir de nada cuando ya no esté. Lo que quiero hacer ahora es disfrutar de todo”, dice.





Víctor Toro

Caminar sin dolor

Víctor Toro fue un reconocido maratonista durante las décadas de 1960 y 1970. Gracias a una de estas competiciones, se ganó un kiosco de diarios que ha mantenido por más de cinco décadas en el centro de Santiago. A sus 81 años, superó una hernia inguinal y se mantiene activo.

[45

Víctor Toro busca, de alguna forma, recuperar la vida que llevaba antes de la pandemia del COVID-19 y, especialmente, antes de que una hernia afectara su cadera. En julio de 2021, luego de 14 meses prácticamente encerrado, volvió al kiosco de diarios que ha atendido por 54 años en la calle San Antonio, entre Merced y el Paseo Huérfanos, en pleno centro de Santiago.

El reencuentro con su lugar habitual de trabajo fue duro. Se agachó con dificultad para abrir cada uno de los candados que cuidan su negocio, guardado literalmente bajo siete llaves. Mientras lo hacía, varios transeúntes pasaban y lo saludaban: “¿Cómo está, don Víctor?”, le dicen. “Tanto tiempo que no lo veía por acá, don Víctor”, le recuerdan. “Me gusta la gente. Tengo tantos amigos aquí. Muchos han cambiado, se han muerto o se han ido”, cuenta este antiguo suplementero.

El último candado –el séptimo– no abrió. El tiempo había dejado la cerradura inutilizada. Un vecino la agarró a martillazos,

pero de todas formas hubo que conseguir un cerrajero. Adentro, el kiosco estaba oscuro, pero –de alguna manera– el reverso de la puerta lo iluminaba con una serie de fotografías y recortes de diario en blanco y negro o con colores gastados. “En mi época, yo era muy famoso. Pasaban por aquí, me tocaban la bocina y me saludaban”, comenta.

En el collage aparecen imágenes de su participación en diferentes maratones: una de la revista *El Gráfico* en Buenos Aires y otra en Bahía Blanca en Argentina. Don Víctor figura con los brazos en alto, en andas, tras vencer por cuarta vez consecutiva en la Maratón de los Barrios en Santiago. Ahí está también subiéndose a un avión para viajar a la competencia de



“

Es una tremenda oportunidad que tenemos, como médicos y como profesionales en la Clínica, de poder ayudar a pacientes que están esperando una cirugía que los alivie. Como deportista de fin de semana fue un privilegio haber conocido a don Víctor, deportista profesional, y haber podido ayudar en disminuir sus molestias, lo que le permite mantenerse activo y en buenas condiciones de salud”.

*Dr. Álex Escalona,
Jefe del Servicio de Cirugía,
Clínica Universidad de los Andes.*

Montevideo o recibiendo el galardón por haber vencido en la de Carabineros. Son casi una veintena de fotos que resumen una vida en movimiento que pudo haberse detenido, si no hubiera sido por la intervención de la Fundación UANDES.

| CORRIENDO AL KIOSCO

Víctor Toro era “de los de más abajo” de 11 hermanos. Vivía con su familia en la Población Manuel Montt, en la comuna de Independencia. Compuesta por 365 viviendas distribuidas en 14 manzanas, esta Zona Típica comenzó a construirse en 1925 al alero de la denominada Ley de Habitaciones Baratas, destinada a los obreros de aquel entonces. Todavía reside en ese sector.

¿Cómo llegó a atender el kiosco? “Corriendo maratones”, responde con cierta picardía. Comenzó a correr a los 21 años, siguiendo los pasos de uno de sus hermanos mayores. Empezó con carreras de 10 kilómetros y fue progresando a 21 y 42. En la primera maratón en la que compitió, llegó décimo entre 805 atletas. Mientras mejoraba, se hizo miembro del Club Atlético Suplementeros y entrenaba regularmente en el Estadio de la Quinta Normal.

Hasta que, a mediados de la década del sesenta, ganó una maratón organizada por la Municipalidad de Santiago. “No recuerdo cuánto tiempo hice para llegar a la meta”, cuenta. Según

relata, al día siguiente del triunfo el alcalde le instaló un kiosco en la misma ubicación donde está ahora.

“He corrido más de 200 maratones”, afirma. Sin embargo, algunos recuerdos aparecen difusos. “Ahora ya uno no quiere ni acordarse”, dice con cierta melancolía. De sus tres hijos, tiene dos de diferentes matrimonios que se llaman Víctor Manuel. Luego hace recuerdos de su segunda esposa, Julia, quien falleció a comienzos de 2021. A los 75 años se cayó, se fracturó la cadera y nunca pudo recuperarse.

Pero las carreras, a ratos y en forma aleatoria, vuelven a su memoria. Compitió en Argentina, Perú, Brasil y Uruguay. Fue campeón sudamericano en el Estadio Nacional de Santiago en tres categorías: en 5, 10 y 21 kilómetros. Se retiró a los 42 años de la alta competencia para enseñar en el ex Estadio Chilectra en Independencia, el Estadio de Recoleta y en el de Quinta Normal. Después de atender el kiosco

75%

de todas las hernias se presentan en la región inguinal.



Hernia Inguinal

La hernia inguinal es la salida al exterior del contenido de una cavidad, generalmente a través de un orificio natural o de una zona de debilidad de la pared que lo contiene. Cerca del 75% de todas las hernias se presentan en la región inguinal, por lo que se trata de una salida del contenido de la cavidad abdominal que produce un bulto en la zona.

El síntoma más habitual es dolor en relación a la aparición de un bulto en la pared abdominal. Algunos pacientes que no se tratan oportunamente pueden presentar dolor intenso, debido al atascamiento de la hernia. Esto requiere una evaluación médica y muchas veces cirugía de urgencia.

Por lo general, su origen puede ser congénito (cinco de cada 100 niños presentan hernias inguinales) o pueden formarse durante el transcurso de la vida. En este caso, existen factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar una hernia de la pared abdominal, tales como historia familiar de hernias, fibrosis quística, criptor-

quidia, sobrepeso u obesidad, tos crónica, estreñimiento crónico, esfuerzo en las evacuaciones y crecimiento de la próstata.

El síntoma más habitual es el dolor, que puede ser leve o intenso, según su grado de evolución. La hernia puede traer como consecuencia algunas complicaciones como el compromiso de la circulación sanguínea del intestino. Su tratamiento definitivo es una cirugía que consiste en la reintroducción del contenido abdominal y reparación o reforzamiento de la pared inguinal, generalmente con uso de malla o prótesis.



Jorge Velasco C

partía a esos lugares a mostrarles las técnicas del running a niños y adultos mayores.

LLEGANDO APENAS

Comenzó a vender diarios con su hermano y después lo acompañó su señora, Julia. Desde su casa caminaba todos los días, ida y vuelta, las 30 cuadras que lo separaban del kiosco. "Me voy a pie y me vuelvo a pie, feliz y contento, porque me gusta andar", dice. Llegaba a las 9:00 y después arribaba Julia, quien traía el almuerzo. Alrededor de las 15.00 o 16:00 se iban.

Hasta que le empezó a molestar la cadera. "No podía andar yo. Llegaba apenas, pero llegaba", afirma. Tenía que caminar lento y usar una muleta, aguantando el dolor. "No tomaba ni una pastilla, iba así no más", relata. Un amigo médico le tomó una radiografía y supo que se trataba de una hernia. Víctor acudió entonces al Hospital San José, en Independencia, para operarse, pero lo tuvieron esperando ocho meses.

Hasta que, del mismo hospital, que tiene convenio con la Fundación UANDES, lo derivaron a la Clínica Universidad de los Andes. "Me llevaron para allá y me operaron al tiro", dice Víctor. Fue a comienzos de 2020. En total, estuvo internado tres días.

"El diagnóstico era una hernia inguinal del lado derecho, que era de muchos años de evolución y muy sintomática. Le complicaba mucho esta hernia por el aumento del volumen y el dolor, principalmente", explica el Dr. Álex Escalona, jefe del Servicio de Cirugía de la Clínica.

La operación era compleja debido al gran tamaño de la hernia, a la avanzada edad de don Víctor y a su respuesta a la anestesia. Pero salió todo bien. "Tuvo una buena evaluación desde el punto de vista anestésico, probablemente su historia de deportista de toda la vida le ayudó a estar en muy buenas condiciones cardiovasculares y de recuperación, lo que junto a la cicatrización fue muy satisfactorio", relata el Dr. Escalona.

Víctor Toro solo tiene palabras de admiración ante la oportu-

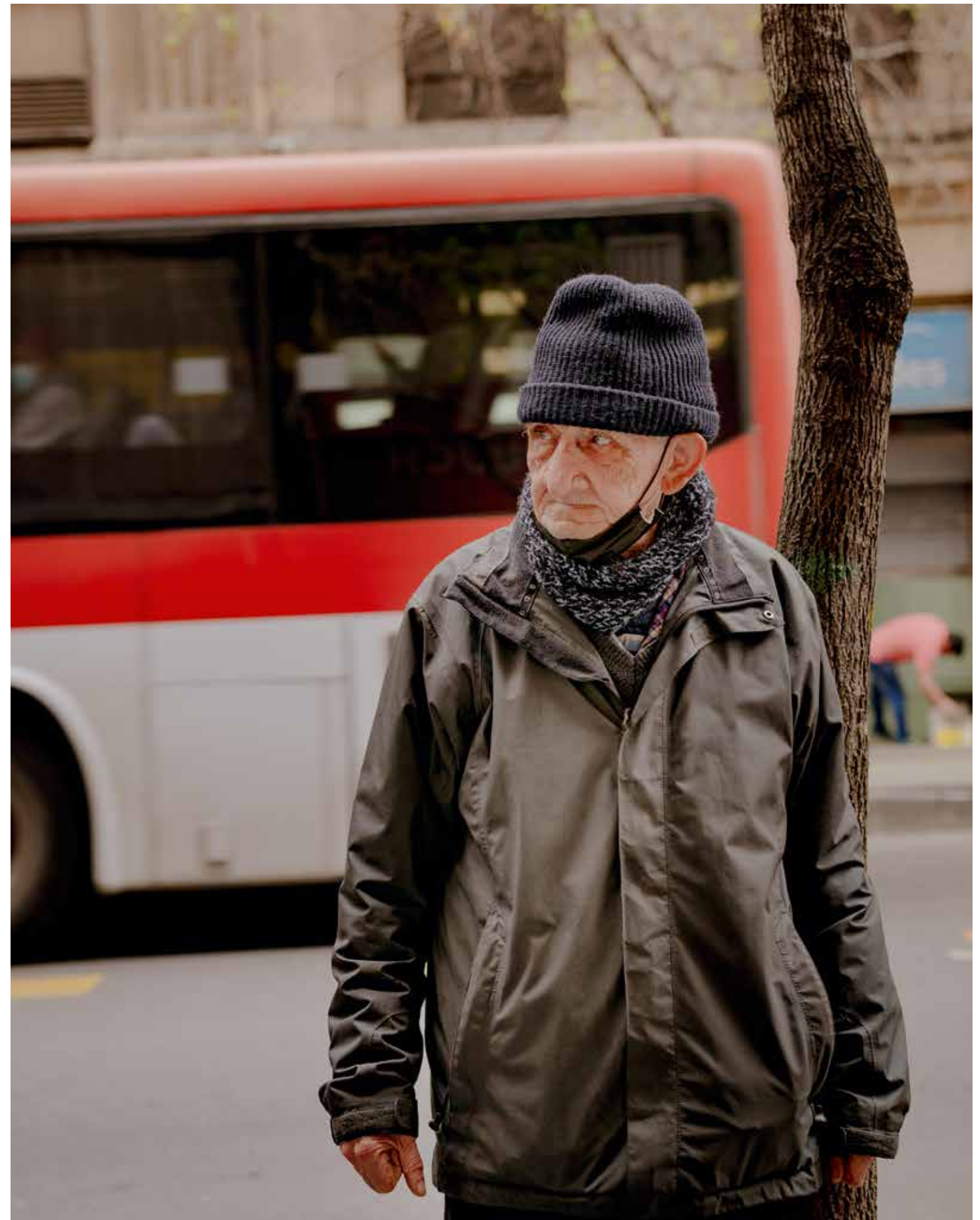
Hace algunos años le empezó a molestar la cadera. "No podía andar yo. Llegaba apenas, pero llegaba", afirma. Tenía que caminar lento y usar una muleta, aguantando el dolor. "No tomaba ni una pastilla, iba así no más", relata. Un amigo médico le tomó una radiografía y supo que se trataba de una hernia.

nidad que le entregaron la Fundación y la Clínica. "Para mí, fue extraordinario. Había otro trato. Todos eran respetuosos. Los doctores eran un siete. Toda la gente estaba contenta. Quiero darles las gracias", comenta. Tardó dos meses en volver a caminar sin dolor, aunque con un bastón que mantiene hasta el presente.

Actualmente, está haciendo los trámites en la Municipalidad de Santiago para tener un kiosco nuevo y volver a vender. Vive solo, pero no se queja. "Yo me las arreglo. Soy tranquilo. No tomo y no tengo vicios", dice. Mientras, sale habitualmente a caminar, se junta con algunos amigos y se entretiene con su nieto Víctor, de diez años.

La operación era compleja debido al gran tamaño de la hernia, a la avanzada edad de don Víctor y a su respuesta a la anestesia. Pero salió todo bien.

Víctor Toro solo tiene palabras de admiración ante la oportunidad que le entregaron la Fundación y la Clínica. “Para mí, fue extraordinario. Había otro trato. Todos eran respetuosos. Los doctores eran un siete. Toda la gente estaba contenta. Quiero darles las gracias”, comenta.





Graciela Catrilef

Fin a ocho años de espera

De niña cojeaba un poco y siempre pensó que algo no funcionaba bien en su cuerpo. Recién supo, pasados los cuarenta años, que tenía displasia de cadera. Tras casi una década esperando una operación en el sistema público, había perdido las esperanzas de curar esta dolencia.

[53

C onversa de pie mientras cocina. Parece rutinario, pero para Graciela Catrilef no lo es. Casi la totalidad de sus 56 años sufrió dificultades para estar de pie y para caminar debido a una displasia de cadera, enfermedad que se produce cuando la cabeza del fémur y la cavidad articular de la pelvis no se desarrollan correctamente, lo que genera un desplazamiento anormal y dolor.

La displasia se da principalmente en recién nacidos y se trata durante la infancia temprana. Pero no fue lo que ocurrió con Graciela. "Me sacaron mal de la guatita de mi mamá. En esa época no había las herramientas que tiene la medicina hoy. Entonces, me tiraron un poco más y me fregaron la cadera", dice.

De niña cojeaba un poco, pero nadie le dio mayor importancia. Ocasionalmente sentía dolores leves, pero nada que no se pasara con algún analgésico. Tras quedar huérfana a los ocho años, ella y sus cuatro hermanos fueron repartidos a distintos

lugares. Graciela quedó bajo el cuidado de sus padrinos de bautizo, Uberlinda y Federico. "Yo creo que ellos no tenían conocimiento de que existiera la displasia", cuenta.

A los diez años los problemas empezaron a intensificarse. No podía correr ni saltar, como el resto de los niños. "Sentía que algo no andaba bien en mi cuerpo", recuerda Graciela. Pero fue con su primer embarazo que la situación se puso más compleja. Mientras avanzaban los meses y aumentaba el peso de gestación de su hija, Viviana, los dolores se intensificaban. Tras el parto, los doctores le dijeron que podría tener displasia, pero no hubo un diagnóstico concreto.

| ETERNA ESPERA

Oriunda de Fresia, Provincia de Llanquihue, Región de Los Lagos, Graciela Catrilef se radicó en Punta Arenas hace 33 años. “Siempre, desde jovencita, tuve el anhelo de llegar a vivir aquí”, dice.

“Seguimos acá luchando”, afirma Graciela y agrega que se ganó un proyecto del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), lo que le permitió construir un invernadero de 2.500 m2 en una parcela que arrendaba para “cultivar los alimentos de la tierra”: papas, lechugas y tomates, entre otras hortalizas.

Pero la aflicción en la cadera continuó aumentando y Graciela fue al Hospital Clínico de Magallanes, donde le tomaron algunas radiografías. Esta vez sí le dieron un diagnóstico certero: displasia de cadera. La pusieron en lista de espera para una operación. Pero pasaron ocho años sin que el proceso avanzara, la intervención quirúrgica se veía imposible y Graciela ya casi no podía caminar. “No daba más. No podía hacer las labores que acostumbraba dentro de la parcela”, recuerda. Solo le quedó confiar en un milagro. Y este llegó.

| UN MILAGRO

Un día de 2018 le enviaron un mensaje desde el Hospital Clínico de Magallanes, que le comunicaba que sería operada de su cadera diez días más tarde en la Clínica Universidad de los Andes en Santiago. Graciela había estado hacía mucho tiempo en la capital, cuando tenía 18 años. “Estaba muy feliz, pero también asustada. No sabía a dónde me llevarían y no conocía la Clínica. No sabía cómo iba a poder llegar. Entonces, me explicaron que era por beneficencia y que no tenía que preocuparme de nada. Fue una gran oportunidad, perfecta”, comenta.

Viajó acompañada de su hijo Fernando (22 años) y se internó en la Clínica. Al tercer día de haber arribado, la operaron. “Es el único lugar en el que me han explicado las cosas. El Dr. Joaquín Valenzuela, muy amoroso, me contó qué es lo que me iban a instalar, qué me iban a quitar y por qué. Me dijo que la cadera estaba gastada desde hacía muchos años. Además, la

“*Es el único lugar en el que me han explicado las cosas. El doctor Joaquín Valenzuela, muy amoroso, me dijo que la cadera estaba trizada desde hacía muchos años. Además, el nervio ya no estaba en el centro y rozaban hueso con hueso. Me dijo que no sabía cómo yo todavía podía caminar”.*

Esta dolencia es **3 a 5** veces



más frecuente en mujeres que en hombres.



Displasia de cadera

La displasia de cadera se produce cuando la cabeza del fémur y la cavidad articular de la pelvis no se desarrollan correctamente, lo que genera una incongruencia de la articulación y puede darse en grados diferentes de severidad.

La displasia de cadera es una de las enfermedades del desarrollo del sistema musculoesquelético más frecuentes en los recién nacidos. Tiene un componente hereditario, se presenta entre el 0,1% y el 3% de la población y es tres a cinco veces más frecuente en mujeres que en hombres. Si es diagnosticada durante la infancia temprana, se puede corregir con un tratamiento ortopédico, a través del uso de un dispositivo de inmovilización flexible y cómodo. Sin embargo, los casos leves de displasia de cadera no muestran síntomas hasta que la persona

Según la edad, los síntomas pueden variar. En lactantes, se puede identificar si una pierna es más larga que la otra o si al momento de la muda se siente una cadera menos flexible. En niños, se manifiesta en forma de cojera. Y en adolescentes y adultos, puede generar dolor y grados variables de impotencia funcional, llegando.

alcanza la adolescencia o la adultez, comenzando a esa edad con dolor y generando artrosis precozmente. En el caso de los niños, si bien no les duele ni les molesta, se aprecia una asimetría en los pliegues (rollitos) de las piernas y, a veces, se puede percibir un acortamiento de una de las piernas (en las caderas luxadas solamente). También se puede producir un chasquido o rigidez al mover la cadera. En tanto, en adolescentes o adultos jóvenes aparece dolor en la zona de la ingle cuando realizan actividad deportiva y, en ocasiones, pueden percibir la cadera como inestable.

“

Fueron ocho años de espera con dolor. Que Dios cuide a esos doctores y les dé más sabiduría. Tienen unas manos de ángel. Ojalá que puedan ayudar a muchas personas que están pasando por esto”.

cabeza femoral ya no estaba en el centro y rozaban hueso con hueso. Me dijo que no sabía cómo yo todavía podía caminar”, cuenta.

La intervención duró dos horas. La convalecencia en la Clínica se extendió por una semana, período en el cual su hijo la acompañó permanentemente. “Me atendieron como a una reina. El doctor subía como dos o tres veces al día para revisar cómo estaba. Al otro día de la operación ya me visitaban una kinesióloga y otros especialistas. Me hacían sentarme en la cama, me movían las piernas y me hacían masajes”, relata Graciela.

Tuvo que aprender a caminar de nuevo. Lo hizo, primero, con ayuda de un par de

muletas y una kinesióloga, que la visitaba tres veces diarias para dar algunos pasos por su habitación. Poco a poco fue tomando confianza hasta que al cuarto día salió a pasear a los pasillos. Después de ser dada de alta, el doctor le dijo que debía cuidarse a lo largo de todo un año para que las prótesis se asentaran bien.

A los seis meses de haberse operado, logró soltar un bastón. Al finalizar el primer año, dejó el otro. Nunca más tuvo que usarlos. Los dolores a la cadera prácticamente desaparecieron, aunque en los días más helados, sobre todo en invierno, vuelven. “Capto al tiro cuando viene el frío, porque me empieza a molestar la cadera. Pero me abrigo o me pongo un guatero y se me pasa”, relata Graciela.

Graciela vive con su marido –quien trabaja en una estancia– y su hijo Fernando. Está enfocada en el cuidado de sus cuatro nietos, que dan vueltas a su alrededor mientras conversa. Se emociona al recordar la operación. “Estoy muy agradecida de la Clínica. Fue un milagro para mí. No esperaba esa atención y esa recuperación tan pronta. Fueron ocho años de espera con dolor. Que Dios cuide a esos doctores y les dé más sabiduría. Tienen unas manos de ángel. Ojalá que puedan ayudar a muchas personas que están pasando por esto. Ojalá que Dios les permita seguir apoyando a gente que no puede operarse en forma particular. Gracias a Dios, a esos doctores y a esa institución me siento realizada”, finaliza Graciela Catrilef.



“

Realizamos una prótesis total de cadera, que es una cirugía bastante frecuente. La paciente tenía displasia y artritis reumatoide, lo que hacía que el hueso tuviera peor calidad, que fuera más blando, lo que dificultaba un poco la cirugía”.

“

Ella llevaba varios años en lista de espera. Uno ve a pacientes que están muy limitados en sus actividades de la vida cotidiana, que no pueden trabajar o que incluso tuvieron que hacer una jubilación anticipada. Después de estas cirugías, vuelven a tener una vida normal y a integrarse a sus actividades de la vida diaria con completa normalidad e independencia. En ese sentido, siempre es gratificante resolver un problema con algo que uno sabe hacer y que los pacientes agradecen mucho”.

*Dr. Joaquín Valenzuela,
Traumatólogo del equipo de
cadera y pelvis.
Clínica Universidad de los Andes.*

En el Hospital Clínico de Magallanes le dieron un diagnóstico certero: displasia de cadera. La pusieron en lista de espera para una operación. Pero pasaron ocho años sin que el proceso avanzara y la intervención quirúrgica se veía imposible. Solo le quedó confiar en un milagro. Y este llegó.





Paula Osses

Recuperar la sonrisa

A las 20 semanas de embarazo, a Letsy Rodríguez le dijeron que su hija Paula tenía labio fisurado. A partir de entonces, comenzó un camino marcado por tres cirugías que le han permitido corregir exitosamente su labio y el paladar. La última de ellas fue realizada gracias a la Fundación UANDES. Hoy, a los ocho años, Paula tiene una vida completamente normal.

[61

“

Tu hija tiene labio fisurado”. Las palabras del doctor fueron como una bofetada para Letsy Rodríguez y Miguel Ángel Osses, los padres de Paula. En la semana 20 de embarazo habían ido a controlar la evolución de una brida amniótica –una banda fibrosa dentro del útero que puede enredar partes del cuerpo del niño/a–, que no revestía mayor peligro, cuando el doctor vio algo extraño durante la ecografía.

“Ahí nos derrumbamos”, dice Miguel Ángel. Tan pronto pudo, Letsy salió de la consulta para llorar y soltar “toda esa emoción de que algo le estaba pasando a mi hija”. Nunca habían tenido algún caso de labio fisurado en la familia. Los Osses Rodríguez no sabían a lo que se enfrentaban. En el caso de Paula, además tenía comprometido el paladar.

Lo primero que hicieron sus padres, que viven en Los Ángeles, fue realizarle una ecografía 4D para tener mayores detalles. Luego consultaron a un especialista en Concepción, quien les

advirtió que el camino sería largo y les recomendó asesorarse por los especialistas de la Fundación Gantz, en Santiago. Y es que, si bien el labio fisurado está incluido en el Plan AUGE, es difícil encontrar a los especialistas adecuados en el sistema público y, además, cumplir con los tiempos requeridos para realizar las cirugías correctivas. Estas deben hacerse en ciertos momentos clave del crecimiento de los niños.

“Llegamos a la Fundación Gantz y nos acogieron súper bien. Era como entrar a una casa. Les mostramos las ecografías que teníamos. Nos dieron una charla espectacular. ‘Cuando nazca Paula, que no la entuben. Ella no tiene conocimiento de cómo viene y solita debe alimentarse’, nos

“

Las otras cirugías tenían costos. Entonces, cuando nos dijeron que la Fundación UANDES los cubriría, para nosotros fue una bendición”.

dijeron. Todo tenía que ser lo más normal posible. Ellos sabían todos los pasos que había que dar y lo que teníamos que hacer”, recuerda Miguel Ángel.

| OTRA NIÑA

El primer paso, desde luego, sería el parto. Programaron la cesárea para el 20 de septiembre de 2012 en el Hospital de Los Ángeles. Gracias a las recomendaciones de la Fundación, Paula pudo tomar leche. Sin embargo, la situación era complicada. “Los primeros tres meses fueron difíciles. Se ahogaba, la leche se le salía por todos lados”, cuenta Letsy.

En la Fundación Gantz le realizaron la primera cirugía a Paula, a los tres meses, para cerrar el labio y levantar un poco la nariz. Un año después tuvo lugar otra operación reconstructiva. No hubo mayores complicaciones tras esta segunda cirugía y, con el tiempo, la herida sanó: Paula pudo tragar y empezó a comer con normalidad. “Le cambió la vida a ella y a nosotros”, afirma su padre. Comenzaron, entonces, con tratamientos con un otorrinolaringólogo y una fonoaudióloga para que aprendiera a hablar bien y a mejorar su voz. Fueron tres años de tratamiento hasta que, justo al ingresar a kínder, la dieron de alta.

| QUEILOPLASTÍA SECUNDARIA

Paula necesitaba una tercera cirugía. A medida que iba creciendo, su nariz tendía a caerse y, además, la cicatriz del labio se iba moviendo. En el intertanto, Paula fue vista en la Fundación Orema por la Dra. Estefanía Enríquez, especialista en cirugía plástica y reparadora, que también pertenecía a la Clínica Universidad de los Andes. La doctora les explicó en qué consistiría la intervención: “La cirugía se llama queiloplastia secundaria. Eso quiere decir que es la corrección de la primera cirugía que le hicieron del labio. No porque hubiese estado mal hecha, sino porque el crecimiento facial va haciendo que queden cicatrices que lo deforman un poco. Por lo tanto, hay que reposicionar el labio y la nariz en la ubicación en la que debiesen ir para que tengan una buena proyección. Cuando la Paula termine su crecimiento, entre los 16 y

En el 65% de los casos

no se ha determinado una causa precisa para este tipo de malformación.



Labio fisurado

Las fisuras labio palatinas son alteraciones del desarrollo de la cara que se producen en etapas precoces de la gestación: por lo general, al segundo mes de embarazo se detiene la formación de la boca y la nariz. Estos defectos se presentan con diversos grados de compromiso, desde una fisura que afecta solo el labio en forma unilateral hasta la del labio bilateral asociada a fisura del paladar completo.

En Chile, la fisura labio palatina tiene casi el doble de frecuencia que en el resto del mundo. En el 65% de los casos no se ha

A medida que el niño/a crece con fisura labial se podrían apreciar dificultades en el habla (voz nasal), alteraciones de la audición por acumulación de líquido en los oídos, ausencia de dientes en la zona de la fisura y una deficiente posición de los dientes cercanos.

determinado una causa precisa para este tipo de malformación, aunque se calcula que el 25% corresponde a causas hereditarias. Alrededor del 20% de los diagnósticos ocurre en forma prenatal.

La fisura labial por sí sola no ocasiona problemas de alimentación del bebé. Sin embargo, si la fisura incluye el paladar será necesario adoptar una técnica de alimentación diferente. A medida que el niño/a crece, se podrían apreciar dificultades en el habla (voz nasal), alteraciones de la audición por acumulación de líquido en los oídos, ausencia de dientes en la zona de la fisura y una deficiente posición de los dientes cercanos.

En general, el cronograma de operaciones depende del tipo de fisura que se presente. En el caso de la fisura de labio, debe operarse entre los tres y seis meses de vida; la de paladar blando (velo), entre los seis y doce meses, y la fisura completa de paladar, entre los 12 y 18 meses.



“

Para realizar un manejo integral de la fisura labio palatina se requiere de un equipo multidisciplinario y especializado, desde que el niño nace hasta que cumple la mayoría de edad. Por ejemplo, hay que descartar que tenga otro tipo de malformaciones, especialmente cardíacas. Por lo tanto, se necesita a un cardiólogo y a un genetista, porque el 30% se puede asociar con otros síndromes genéticos. Y también a ortodoncistas, otorrinolaringólogos, fonoaudiólogos y cirujanos maxilofacial, entre otros”.

“

Un tratamiento bien hecho le cambia la vida a un niño desde sus primeros meses de vida. Es un proceso muy largo, que debe tener un compromiso de toda la familia del paciente. Hablar le va a ayudar a enfrentarse ante la sociedad en su futuro. Por eso, si es bien acompañado, el paciente quedará agradecido para siempre”.

*Dra. Valentina Broussain,
Cirujana plástica pediátrica.
Clínica Universidad de los Andes.*

En Chile, la fisura del labio palatina tiene casi el doble de frecuencia que en el resto del mundo. En el 65% de los casos no se ha determinado una causa precisa para este tipo de malformación, aunque se calcula que el 25% corresponde a causas hereditarias. Alrededor del 20% de los diagnósticos ocurre en forma prenatal.

18 años, va a necesitar una nueva cirugía un poco más agresiva en su nariz”.

Era febrero de 2019. Letsy, Miguel Ángel y Paula arribaron a la Clínica. La niña ingresaría al quirófano a las ocho de la mañana del día siguiente. Sus padres, confían, estaban “entregados”. “Estábamos asustados, porque en las cirugías anteriores ella era una bebé y no sabía a lo que iba. Primero tenía tres meses, después un año. Pero acá era grande, tenía seis años. Tuvimos que prepararla psicológicamente para operarse. Llegó con mucho miedo

pero se le pasó al llegar, porque se sintió muy acogida. Le inspiraron confianza”, explica su papá.

En la sala del preoperatorio, Paula se subió a un automóvil de juguete. A bordo de un Mini blanco y negro deambulaba por los pasillos camino al quirófano, flanqueada por doctores y asistentes de la Clínica. La operación fue un éxito y solo debieron volver al cabo de siete días para sacar los puntos. Un mes más tarde acudieron a un control.

Hoy, a los ocho años, Paula lleva una vida normal. “Sus oídos y su boca están bien. Ahora estamos viendo el tema dental”, relata Letsy. Sin embargo, esa cirugía será para más adelante, cuando tenga 14 o 15 años, y después vendrá la rinoplastia final.

Las palabras de los Osses Rodríguez son solo de agradecimiento. “Las otras cirugías tenían costos. Entonces, cuando nos dijeron que la Fundación UANDES los cubriría, para nosotros fue una bendición. Nunca esperamos algo así, porque sabíamos que para todo había que pagar. Fue una gran ayuda. La Clínica nos atendió muy bien, los enfermeros, los administrativos, todos. Fue una acogida muy linda”, dice Letsy. “Ha sido difícil, pero aquí estamos. Gracias al proyecto de la Fundación, pudimos salir adelante”, agrega Miguel Ángel.

Hoy, a los ocho años, Paula lleva una vida normal. “Sus oídos y su boca están bien. Ahora estamos viendo el tema dental”, relata su madre. Sin embargo, esa cirugía será para más adelante, cuando tenga 14 o 15 años, y después vendrá la rinoplastia final.





Carolina Durán

Vivir en equilibrio

A los 18 años, Carolina Durán comenzó con un fuerte dolor en la parte baja del abdomen durante el período menstrual, el cual fue en aumento con el paso del tiempo. Tenía endometriosis, una patología que, además de dolor, puede producir daño renal y reducir las posibilidades de ser madre.

[69

“Veía estrellas”, dice Carolina Durán. No era por mirar el cielo, sino debido a que padecía endometriosis, un trastorno en el útero que se manifiesta durante el período menstrual. Los dolores habían comenzado cuando tenía 18 años.

“En este tiempo estaba estudiando Técnico Veterinario. Muchas veces, cuando me llegaba la menstruación y tenía que dar alguna prueba, trataba de hacerme la valiente, pero me devolvía. No me dejaba estudiar bien. Como a los 25 o 26 años empecé con vómitos y a veces sentía la sensación de que me iba a desmayar. Era horrible”, recuerda Carolina.

No sabía que padecía una endometriosis severa que le estaba comprometiendo los uréteres (los conductos que llevan la orina desde el riñón a la vejiga). “No tenía idea de que esta enfermedad pudiera existir”, afirma. Pero se enteró cuando se tomó una radiografía en un centro médico en La Cisterna. “Al momento de hacérmela, la doctora me dijo que tenía unos endometriomas (quistes) que eran demasiado grandes. Me tenía que operar, sí o sí”, recuerda.

Fue ahí cuando comenzó un periplo que se extendió por cuatro años. Del consultorio local la derivaron a diversos hospitales de las

comunas de San Bernardo y San Miguel. Iba de un lado a otro buscando quien la pudiera operar, pero nunca le respondían. “Estaba como una pelota, dando bote en todos lados. En la última interconsulta esperé un año completo y nunca me llamaron. Cuando fui a preguntar, me dijeron que no sabían qué había pasado y que tenían enredos con las operaciones”, dice Carolina.

FUTURO ESPERANZADOR

Hasta que un día empezó a ver una salida. Una persona de uno de los hospitales a los que asistía le dijo que, muy cerca, en el Centro de Salud Universidad de los Andes, en San Bernardo, había gente que la podía ayudar. Uno de ellos era el Dr. Manuel Donoso, especialista en ginecología y obstetricia, y que también es médico de la Clínica Universidad de los Andes.



2%

de las mujeres
sufre endometriosis.

Endometriosis

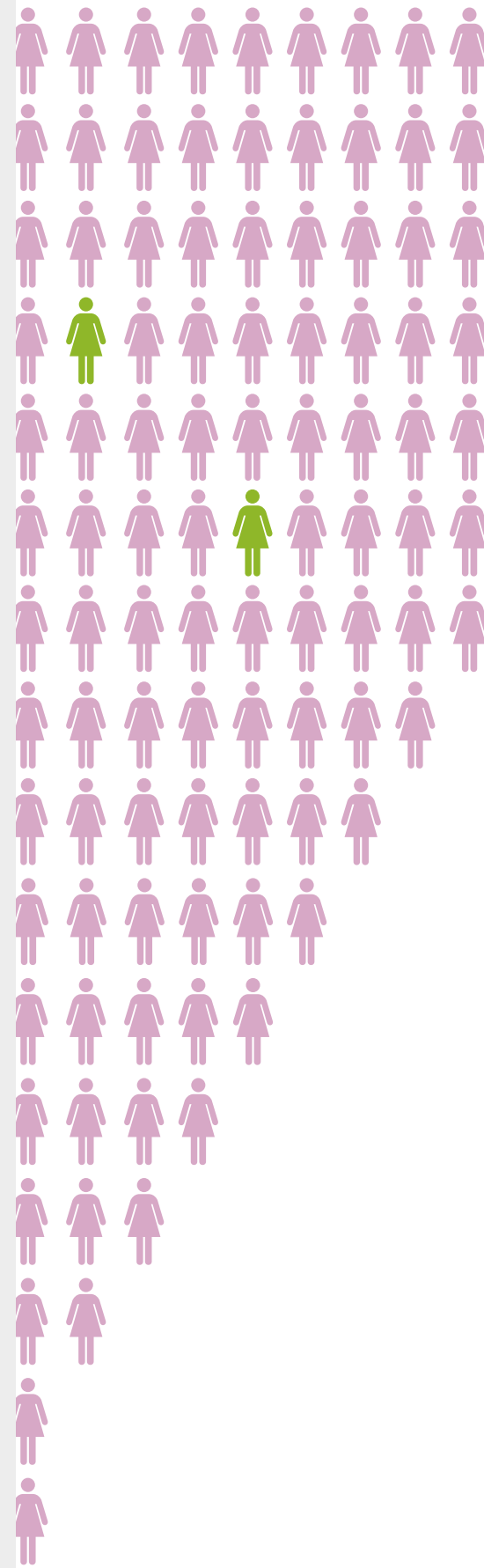
Las cifras oficiales indican que entre el 5 y 10% de las mujeres en edad reproductiva presenta endometriosis, una enfermedad en que el endometrio se implanta en zonas donde no debería estar, como ovarios, peritoneo y tabique rectovaginal. Un 10% de las mujeres presenta compromiso intestinal, principalmente del recto y sigmoides, y un 1% tiene compromiso ureteral. De manera ocasional, puede haber endometriosis en lugares alejados de la pelvis, como el cerebro y los pulmones, así como en heridas operatorias luego de una cesárea o un parto normal.

La causa exacta de la endometriosis aún no se conoce a cabalidad, pero en el caso de la endometriosis pelviana debe existir la llegada de tejido endometrial a los distintos lugares donde se implanta y esto ocurre por reflujo de este tejido por las trompas a la pelvis durante cada menstruación, lo que se conoce como menstruación retrógrada. Esta ocurre en el 100% de las mujeres, pero solo un 10% desarrolla endometriosis. Esto es debido a factores propios del tejido endometrial que, en algunas mujeres, puede tener características de mayor invasividad y/o alteraciones de los mecanismos de limpieza peritoneal a cargo de los macrófagos peritoneales.

El principal síntoma es el dolor menstrual, que habitualmente no cede con analgésicos. Este se ubica en la parte baja del abdomen (bajo el ombligo) y las molestias pueden extenderse por varios días (antes y durante el sangrado). También puede haber dolor durante las relaciones sexuales e infertilidad.

El tratamiento consiste en remover el tejido endometrial de los lugares donde se instaló de manera anormal y, además, tratar de bajar la cantidad de flujo menstrual usando medicamentos. Las hijas o hermanas de mujeres con endometriosis tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, y por ello tienen que estar prevenidas y evaluar con su médico algún mecanismo para reducir el flujo menstrual.

El principal síntoma es el dolor menstrual, que se ubica en la parte baja del abdomen y que no cede con analgésicos. También puede haber dolor durante las relaciones sexuales e infertilidad.



El diagnóstico era extremo. “Me atendió en San Bernardo. Me mandó a hacerme exámenes y me explicó todo lo que estaba pasando. Me hice una resonancia magnética, una colonoscopia y una ecografía trasvaginal. Arrojabán que estaba todo complicado”, relata Carolina.

Pero llegó el estallido social y encontrar un hospital para operarse se hizo imposible. Para empeorar las cosas, en noviembre le dio una infección al riñón. Estuvo internada tres semanas en el Hospital El Pino, donde le hicieron una nefrostomía y le pusieron una sonda para facilitar el drenaje de la orina. Sin embargo, llegaron los confinamientos por el COVID-19, el catéter se le salió y no pudo ir a hacerse los controles. “En el caso de Carolina, cuando el compromiso de los uréteres es muy intenso y ha pasado mucho tiempo, la obstrucción del uréter genera una insuficiencia renal que la llevó a perder el riñón del lado derecho”, explica el Dr. Donoso.

En septiembre de 2020, cuando comenzaron a flexibilizarse las cuarentenas, Carolina volvió a llamar al Dr. Donoso, quien le comentó de la Fundación UANDES. La cirugía se realizó el 1 de marzo de 2021. Duró 10 horas y en ella participó un equipo multidisciplinario, formado por un ginecólogo, un urólogo y un coloproctólogo, además de anestelistas y personal de enfermería. Fue en aquella oportunidad en que los doctores se enteraron de que el riñón derecho ya no servía y que el izquierdo estaba dañado.

“Es una enfermedad benigna por definición, pero que se comportaba muy agresiva con Carolina. Por lo tanto, no teníamos mucho margen de error. Hicimos la cirugía

“*Fueron un siete en todo. Siempre estuve preocupados de los exámenes, de los dolores, de cómo estaba. El Dr. Donoso me llamaba todos los días. En la Clínica todos se portaron súper bien conmigo”, comenta Carolina.*



“

En enfermedades como la de Carolina es muy importante el trabajo en equipo. Teníamos que conversar y dialogar ginecólogos, cirujanos coloproctólogos, urólogos, médicos intensivistas. Había una necesidad de ponerse de acuerdo en cuál era la mejor opción para ella para resolver los problemas al momento de operarla”.

Dr. Manuel Donoso,
Ginecólogo.
Clínica Universidad de los Andes.

más simple, con una técnica de shaving, que consiste en afeitar el recto para retirar el nódulo endometriósico y, después de eso, reforzar la pared con algunos puntos de sutura. Todo eso lo hicimos por vía laparoscópica, por lo cual Carolina tuvo una recuperación mucho más rápida a si se hubiera sometido a una cirugía abierta tradicional”, explica el urólogo Alfredo Domenech.

Tras cinco días de recuperación, Carolina dejó la Clínica y se fue a vivir con sus padres. “En la Clínica fueron un siete en todo. Siempre estuvieron preocupados de los exámenes, de los dolores, de cómo estaba. El Dr. Donoso me llamaba todos los días. Todos se portaron súper bien conmigo”, comenta.

Hoy, mira el futuro con esperanza. “Quiero vivir una vida mejor. Mi sueño era ser mamá, porque esto me lo impedía”, decía al finalizar la operación. Los dolores desaparecieron y en abril volvió a trabajar en la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile, donde desde hace siete años se desempeña en el bioterio, donde se realizan investigaciones con animales. “Es un trabajo súper a full, así que mucho tiempo no tengo”, afirma mientras mira de frente con su delantal blanco. Sin embargo, sí se da el espacio para una última frase de agradecimiento: “Si no hubiera llamado al doctor Donoso, hubiera perdido los dos riñones”.



“

Es una actividad preciosa el poder ayudar, en la medida en que uno pueda, a gente que, por distintas razones, no logra un acceso a la salud tan expedito. Es muy importante esta labor. Por eso, cuando se me ofreció la posibilidad, no lo dudé. Me sentí honrado de poder hacerlo”.

Dr. Alfredo Domenech,
Urólogo.
Clínica Universidad de los Andes.



“

Las consecuencias que tiene esta enfermedad, en múltiples órganos, obliga a que se generen equipos multidisciplinarios. Son cirugías altamente complejas y demandantes, con riesgo de complicaciones, lo que implica un compromiso entre los distintos miembros del equipo y con el paciente”.

Dr. Alejandro Barrera,
Cirujano coloproctólogo.
Clínica Universidad de los Andes.

La cirugía se realizó el 1 de marzo de 2021. Duró 10 horas y en ella participó un equipo multidisciplinario, formado por ginecólogos, urólogos y coloproctólogos, además de anestesistas y personal de enfermería. Fue en aquella oportunidad en que los doctores se enteraron de que el riñón derecho ya no servía y que el izquierdo estaba dañado. “Es una enfermedad benigna por definición, pero que se comportaba muy agresiva con Carolina. Por lo tanto, no teníamos mucho margen de error”, explica el urólogo Alfredo Domenech.





Marco Osses

Preocupación y cuidado total

Daniela Rivera y Marco Andrés Osses pasaron varios meses buscando una solución para operar a su hijo de una afección poco frecuente: la enfermedad de Hirschsprung, que afecta al sistema digestivo. Gracias al trabajo de los médicos especializados que lo atendieron en Clínica Universidad de los Andes, hoy todo es optimismo en su proceso de recuperación.

[77

Marco Osses nació el 10 de enero de 2020 en Los Ángeles: pesó 3,7 kilos, midió 51 centímetros y tomó leche materna. Pero algo no andaba bien. Estaba obstruido, como con flema, dice Daniela, su mamá, e incómodo. En un principio, ella y su marido, Marco Andrés Osses, pensaron que no se trataba de algo de cuidado y, al ser dado de alta, se lo llevaron a su casa. Nadie les había dicho que, en los dos días que había pasado en el hospital, “Marquito” no tuvo deposiciones.

La situación se complicó rápidamente. Al tercer día de vida, su barriga comenzó a inflarse de manera visible. Lloraba y estaba decaído. “No quería tomar leche, vomitaba. Entonces lo llevamos a Urgencias, al hospital en Los Ángeles, y no me lo querían ingresar. Me decían que tenía cólicos de lactante”, recuerda Daniela.

A pesar del diagnóstico de los doctores, ella sabía lo que podría estar ocurriendo: la enfermedad de Hirschsprung, un mal intestinal poco frecuente que afecta a los recién nacidos. Cuan-

do era pequeña, hace 20 años, su cuñada la había padecido. Fue un verdadero suplicio para ella y su familia, ya que, al ser un problema muy poco conocido, pasó por muchos hospitales y fue operada varias veces.

“Fue algo que marcó mucho su dinámica familiar. El solo imaginamos que nuestro hijo pudiera sufrir eso, era horrible. Tenía en mi cabeza ese temor, pero ni siquiera lo quería decir en voz alta. Sabíamos lo que había sufrido la familia de Marco Andrés con esa enfermedad”, comenta Daniela.

“Las primeras veces que lo llevábamos al hospital, buscaban en Google para saber en qué consistía”, recuerdan los Osses Rivera. A Marquito le tomaron radiografías —donde se veían algunos indicios de que

Con mayor frecuencia en varones



1 de cada 5.000

niños sufre esta condición.

Enfermedad de Hirschsprung

Se trata de una alteración del aparato digestivo de los recién nacidos, que afecta a uno de cada cinco mil niños. Se da con mayor frecuencia en varones y puede provocar estreñimiento persistente e incluso obstrucción intestinal.

Dos de cada tres casos son diagnosticados durante los tres primeros meses de vida. En algunas ocasiones, los síntomas no se manifiestan hasta la edad

adulta. El diagnóstico más frecuente se realiza por una biopsia que muestre la ausencia de células ganglionares.

Esta enfermedad consiste en una aganglioneosis, lo que implica que una porción del recto y parte del colon no tienen células ganglionares. Esto quiere decir que las células del sistema nervioso del intestino no se desarrollan en ese sector, por lo cual la parte afectada no se mueve y no tiene ondas peristálticas. En consecuencia, el intestino no puede contraerse y relajarse en forma normal, quedando contraído y haciendo una obstrucción fisiológica que impide defecar adecuadamente.

La falla que origina esta patología se da durante las primeras etapas del desarrollo fetal. Por lo general, el recién nacido no realiza su primera deposición durante las primeras 48 horas. Además, vomita en forma frecuente y en ocasiones se aprecia el abdomen distendido o hinchado.

Esta enfermedad puede provocar estreñimiento persistente y obstrucción intestinal. Por lo general, el recién nacido no realiza su primera deposición durante las primeras 48 horas, vomita con frecuencia y presenta un abdomen distendido.

“algo raro” sucedía– y lo enviaron a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) Neonatal, donde estuvo internado diez días. Ahí confirmaron el diagnóstico.

La única solución a la enfermedad de Hirschsprung es una intervención quirúrgica. En el hospital les dijeron que, para operarlo, debía pesar al menos seis kilos. Sin embargo, tenía recién dos semanas y lo que estaban viviendo como familia ya era un calvario. Mientras, en el recinto asistencial les enseñaron a extraer las deposiciones de su hijo por medio de una sonda. Había que hacer este procedimiento con una frecuencia de alrededor de dos horas y podría ser dos a tres veces al día, según lo que necesitara.

Pero algo no les cuadraba. Marquito seguía hinchado, sufriendo. “No me quedé conforme con lo que me decían en el hospital”, cuenta Daniela. Fue por ello que comenzaron a buscar nuevas respuestas.

| APOYO ESPECIALISTA

Daniela y Marco Andrés ubicaron el grupo “Enfermedad de Hirschsprung en Chile” en Facebook. Las mamás que pertenecían a él agregaron a Daniela a un grupo de Whatsapp, en el que también había especialistas de Chile y otros países. Fue ahí donde conoció al cirujano pediátrico de Clínica Universidad de los Andes, el Dr. Mario De Giorgis. Marco tenía tres meses.

“Él nos empezó a ayudar por telemedicina. Nos enseñó a usar bien la sonda. Nos pidió una radiografía y nos comentó que Marquito estaba haciendo una infección y que había que darle antibióticos. Yo tenía algo de temor, porque era todo a distancia, pero el tratamiento funcionó y dejó de vomitar. El doctor me atendía por video, Whatsapp, sin importar la hora que fuera. Era súper dedicado”, relata Daniela.

Marco llegó a pesar los seis kilos que precisaba la intervención. Pero comenzaron la pandemia, las restricciones de movilidad y la saturación del sistema hospitalario. Supuestamente lo iban a operar en Concepción, con un especialista que viajaría para

“

Cómo nos contuvieron y cómo nos acogieron. Nos atendieron como si estuviéramos pagando. Jamás hicieron la diferencia. Y salvaron la vida de nuestro hijo. Si hubiéramos esperado un poco más, su colon hubiera reventado. Damos gracias a Dios por haber conocido al doctor De Giorgis”, cuentan sus padres.

hacer la cirugía. Los Osses Rivera llamaban al hospital y respondían que “ellos se pondrían en contacto”. Pasaron meses sin novedades. “Nunca tuvimos respuesta. Nunca nos llamaron. Incluso hasta ahora no nos han llamado para saber qué pasó con el bebé, si está vivo o no. Nunca más tuvimos ayuda”, dice Marco Andrés.

Fue entonces que el Dr. De Giorgis les comentó la existencia de la Fundación UANDES. “Yo lo puedo operar”, les dijo. Les explicó qué papeles debían presentar y cómo realizar el proceso administrativo.



“

Por problemas de la pandemia, no pudimos atender a Marco en el tiempo que correspondía. Teníamos programado hacer un descenso intestinal para operarle el colon a los seis meses, pero finalmente se agendó para tres meses después. En el intertanto, por la espera, el colon se inflamó y tuvimos que agregar una nueva cirugía: una ileostomía, para desinflamarlo y seguir con el plan... Se tomó la mejor decisión y, gracias a la Fundación, pudimos realizar las cirugías programadas en los tiempos que necesitaba Marco”.

“

Lo más significativo y destacable es poder ayudar y atender a personas de regiones que no tienen la posibilidad de ser tratados por un especialista que conozca el manejo de este tipo de enfermedad. Cuando uno hace las cosas bien en beneficio del paciente, es increíble el agradecimiento que uno siente de los papás y familiares”.

Dr. Mario De Giorgis,
Cirujano pediátrico.
Clínica Universidad de los Andes.

A pesar del diagnóstico de los doctores, la madre de Marco sabía lo que podría estar ocurriendo: la enfermedad de Hirschsprung, un mal intestinal poco frecuente que afecta a los recién nacidos. Cuando era pequeña, hace 20 años, su cuñada la había padecido.

| OPERACIÓN EN TRES TIEMPOS

El primer paso consistió en realizar una biopsia que confirmara que el colon no tuviera las células ganglionares que lo llevan a contraerse y relajarse en forma normal. Los exámenes, además, mostraron que el colon de Marquito estaba muy inflamado, lo que obligaba a realizar el proceso en tres tiempos: ileostomía, descenso intestinal y cierre de la ileostomía.

En septiembre de 2020, cuando tenía nueve meses, se realizó la ileostomía para que el colon se desinflamara, que consistió en una incisión en el abdomen para que las heces pasaran del intestino a una bolsa exterior. El niño vivió así durante cuatro meses hasta que, cuando cumplió un año, fue el turno del descenso intestinal. La operación, que se realizó el 14 de enero de 2021, demoró seis horas y en ella le extirparon cerca del 70% del colon, mucho más de lo estimado inicialmente por los médicos.

“El doctor nos explicó que, al estar el colon sin funcionar, tuvo que limpiar y sacar las heces que aún quedaban. Por eso fue que se demoraron tanto en la cirugía. Y dejaron el intestino listo para cuando tuvieran que hacer la reconstrucción, la unión de los intestinos, de nuevo”, dice Daniela. Fueron súper cuidadosos frente a cualquier síntoma de alarma. Estaban siempre pendientes. Nunca habíamos visto tanto cuidado hacia una persona”, agrega Marco Andrés.

Marquito continuó con su bolsita por otros tres meses, mientras se realizaba el programa de dilataciones que debía cumplir antes de efectuar la última cirugía.

En abril de 2021 fue la última intervención, que correspondió a la reconstrucción del tránsito intestinal. Los primeros días el niño comía alimentos livianos, como sopa y jalea, pero no tenía deposiciones. “Tengan paciencia, esto es lento. Cuando comience a comer sólido va a empezar a hacer”, les decía el Dr. De Giorgis. Daniela sonríe con cierta candidez: “Dicho y hecho. Empezó a comer sólido y comenzó a hacer caquita... Sus primeros gases y sus primeras caquitas. ¡Las enfermeras aplaudían y celebraban!”.

Los Osses Rivera están muy agradecidos de la Fundación UANDES y de la Clínica Universidad de los Andes. “Cómo nos contuvieron y cómo nos acogieron. Nos atendieron como si estuviéramos pagando. Jamás hicieron la diferencia. Y salvaron la vida de nuestro hijo. Si hubiéramos esperado un poco más, su colon hubiera reventado. Damos gracias a Dios por haber conocido al doctor De Giorgis”, finalizan.



“Fue algo que marcó mucho su dinámica familiar. El solo imaginarnos que nuestro hijo pudiera sufrir eso, era horrible. Tenía en mi cabeza ese temor, pero ni siquiera lo quería decir en voz alta. Sabíamos lo que había sufrido la familia de Marco Andrés con esa enfermedad”, comenta Daniela.



Sandra Castillo

Un nuevo aire

Sandra Castillo parecía una mujer sana, salvo por un detalle: tosía mucho. Tras varios exámenes, le encontraron un nódulo cancerígeno en un pulmón. En el intertanto, el hospital donde se iba a operar, el San Borja Arriarán, se incendió y cerró algunas instalaciones. La Fundación UANDES llegó a ayudarla en el momento preciso.

Se podría decir que el COVID-19 le salvó la vida. Viuda y jubilada hace 16 años, Sandra Castillo se ve una mujer jovial y activa. Pero, de todas formas, cuando comenzó la pandemia su hija Virginia se preocupó por ella. No quería que estuviera sola ni que saliera a hacer las compras y se expusiera al virus. Por eso, se mudó a su departamento en Santiago Centro para acompañarla. “Si no fuera por mi hija, no hubiera tenido idea de que tenía cáncer al pulmón”, reflexiona Sandra.

Algunos meses después de iniciar la convivencia madre-hija, en noviembre de 2020, Virginia se dio cuenta de que su mamá tosía de manera frecuente. “Estás tosiendo mucho”, le decía. Pero Sandra no le daba demasiada importancia al asunto. “No tenía molestias. Hacía ejercicios y no me cansaba. Me hacían exámenes y radiografías, y no tenía nada. Esta lesera no avisa. La gente se da cuenta cuando el cáncer pasó a mayores”, recuerda.

Comenzó a fumar alrededor de los 22 años. Cuando quedó embarazada de su única hija, dejó el cigarrillo por un lustro. Pero volvió. “Soy de la generación en la que fumar era una choreza. El que no fumaba era ganso”, dice Sandra. Fumaba cerca de una cajetilla al día, y más si había algún panorama. Fue dejando el ci-

garrillo de a poco, reduciendo la cantidad, hasta que lo abandonó definitivamente en 2011. Quería mantenerse saludable para ver crecer a su hija.

DIAGNÓSTICO: CÁNCER

Decididas a saber si tenía alguna enfermedad, Sandra y su hija visitaron a un broncopulmonar, quien le pidió hacerse un escáner. Apareció un nódulo de menos de un centímetro en el pulmón izquierdo y la indicación fue volver a controlarse en seis meses. Sin embargo, ellas no se quedaron tranquilas y le comentaron la situación a un familiar que también es médico. “Tienes que operarte. Esto no se puede dejar así. En seis meses puede ser mucho peor”, le dijo.

Le dio una orden para hacerse un examen PET –una tomografía de alta tecnología que analiza tejidos y órganos para

detectar enfermedades de manera temprana– y el resultado fue claro: cáncer. “Cuando te nombran la palabra, se te complica todo. Una se imagina lo peor”, afirma Sandra. Su hija, recuerda, lloraba todos los días. Pero ella trataba de mantenerse fuerte, al menos por fuera.

Posteriormente, consiguió una hora con un broncopulmonar del Hospital San Borja Arriarán, quien pidió más exámenes para analizar el estado de los ganglios en el pulmón. No estaban contaminados con células cancerígenas, por lo que –en teoría– bastaba solo la operación del nódulo para que Sandra quedara curada.

Pero la suerte, al menos en un comienzo, no estaba de su lado. “Veía todo negro, que todas las puertas se cerraban. No sabía para dónde avanzar”, recuerda Sandra. El Hospital San Borja Arriarán, donde se iba a realizar inicialmente la operación quirúrgica, tuvo un incendio en enero de 2021 y debió cerrar algunas de sus instalaciones, limitando su capacidad para atender intervenciones como la de Sandra.

Ella “quedó en el aire”. No sabía muy bien a quién acudir y el tiempo seguía corriendo. Además, ni siquiera estaba incluido en el AUGÉ. Hasta que el doctor del Hospital San Borja Arriarán la contactó con el cirujano José Miguel Clavero de la Clínica Universidad de los Andes. Le dijo que había una fundación de beneficencia que podría ayudarla.

| LAS PUERTAS DEL CIELO

Gracias a las buenas condiciones generales en las que estaba el pulmón, la operación podía ser exitosa y le dieron hora para el viernes 12 de marzo. “Tenía un nódulo pulmonar en el lóbulo superior izquierdo. Era hipermetabólico. Es decir, había una alta sospecha de que era un cáncer pulmonar. En etapas iniciales, como en este caso, las cirugías pueden

“
Veía todo negro, que todas las puertas se cerraban. No sabía para dónde avanzar”, recuerda Sandra.

3.500

personas



murieron en 2020 en Chile por esta enfermedad.



Cáncer de Pulmón

Es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia a personas mayores de 50 años. En el 85% de los casos, se da en fumadores o exfumadores y, menos frecuentemente, en quienes nunca estuvieron expuestos al cigarrillo. Según The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) de la OMS, en 2020 murieron 3.500 personas por esta causa en Chile, lo que lo sitúa como el cáncer más letal.

Los síntomas son vagos e inespecíficos: tos, tos con sangre, falta de aire, dolor en el pecho, ronquera, baja de peso, dolor de cabeza y en los huesos, entre otros. En general, se manifiestan en una etapa avanzada, por lo que en la mitad de los pacientes el diagnóstico es tardío.

Como en todos los cánceres, el diagnóstico en etapas tempranas permite realizar un tratamiento con intención curativa. En el cáncer

pulmonar esto se realiza al pesquisar un nódulo pulmonar en un estudio radiológico (especialmente TAC de tórax), ya sea en un programa de detección precoz o como hallazgo en un examen solicitado por otra razón.

Si bien la mayoría de los nódulos pulmonares pesquisados no corresponde a un cáncer, hay elementos que permiten sospecharlo y solicitar estudios complementarios al TAC. Aun sin elementos claros de malignidad, todos estos nódulos deben

seguirse en el tiempo para ver su evolución y, en el caso de que cambien sus características, realizar otros estudios o una biopsia.

El tratamiento de elección en etapas tempranas es la resección quirúrgica del tumor con amplios márgenes de tejido pulmonar circundante. Esto se realiza mediante una resección anatómica de un lóbulo o segmento pulmonar (lobectomía o segmentectomía pulmonar) junto con la extirpación de todos los ganglios regionales que pudiesen albergar metástasis. La resección oncológica es curativa en etapas iniciales en, aproximadamente, un 80% de los pacientes. Se realiza actualmente en el 95% de ellos, con técnicas mínimamente invasivas, es decir, a través de pequeñas incisiones que permiten una recuperación más rápida y con menos complicaciones”, explica el Dr. José Miguel Clavero, cirujano de tórax y jefe del Programa Pre-Pulmón de la Clínica Universidad de los Andes.

Es una enfermedad que afecta con mayor frecuencia a personas mayores de 50 años. Entre sus síntomas están tos, tos con sangre, falta de aire, dolor en el pecho, ronquera y baja de peso.

El cáncer no se había esparcido y Sandra se había sanado. Hoy anda en bicicleta de lunes a viernes en sesiones de 45 minutos, sin ningún cansancio y con la esperanza de disfrutar esta nueva etapa de su vida.

ser curativas. La paciente puede mejorarse de este cáncer para siempre”, explica el Dr. Clavero.

Sandra asistió a la Clínica un día antes para hacerse un test PCR. Salió negativo y quedó lista para realizar la operación el mismo viernes. El equipo médico le realizó una cirugía oncológica a través de una videotoroscopia, una técnica de cirugía pulmonar asistida por video (VATS, video-assisted thoracoscopic surgery), que permite acceder al tórax por una o varias pequeñas incisiones, sin necesidad de abrirlo. En el caso de Sandra, se hizo por técnica uniportal, es decir, por una incisión de tres centímetros por la cual se introducen los instrumentos y realiza toda la intervención. Se efectuó una lobectomía (resección del tercio superior del pulmón que contiene el nódulo y todos los ganglios torácicos).

“La atención fue maravillosa. La pieza era preciosa, con una vista hermosa. Todo lindo, todo bueno. La gente era encantadora”, recuerda Sandra. Al mes, estaba realizando ejercicios sin problemas, para recuperar el pulmón y que este volviera a su tamaño inicial. La biopsia del nódulo confirmó que el cáncer era pequeño, sin

compromiso de los ganglios. Por lo tanto, la cirugía bastó para curarla y desde entonces solo necesita realizar algunos controles periódicos para seguir observando su estado.

Al cumplirse un mes, los médicos la dieron de alta y le entregaron algunas indicaciones. El cáncer no se había esparcido y Sandra se había sanado. Hoy anda en bicicleta de lunes a viernes en sesiones de 45 minutos, sin ningún cansancio y con la esperanza de disfrutar esta nueva etapa de su vida.

“Se me abrieron las puertas del cielo. La operación me salvó la vida, porque en el sistema público habría esperado por lo menos un año más y, tras ese tiempo, la situación habría sido peor. Fue algo providencial el poder operarme con un doctor excelente. Fue un regalo de Dios”, dice Sandra.

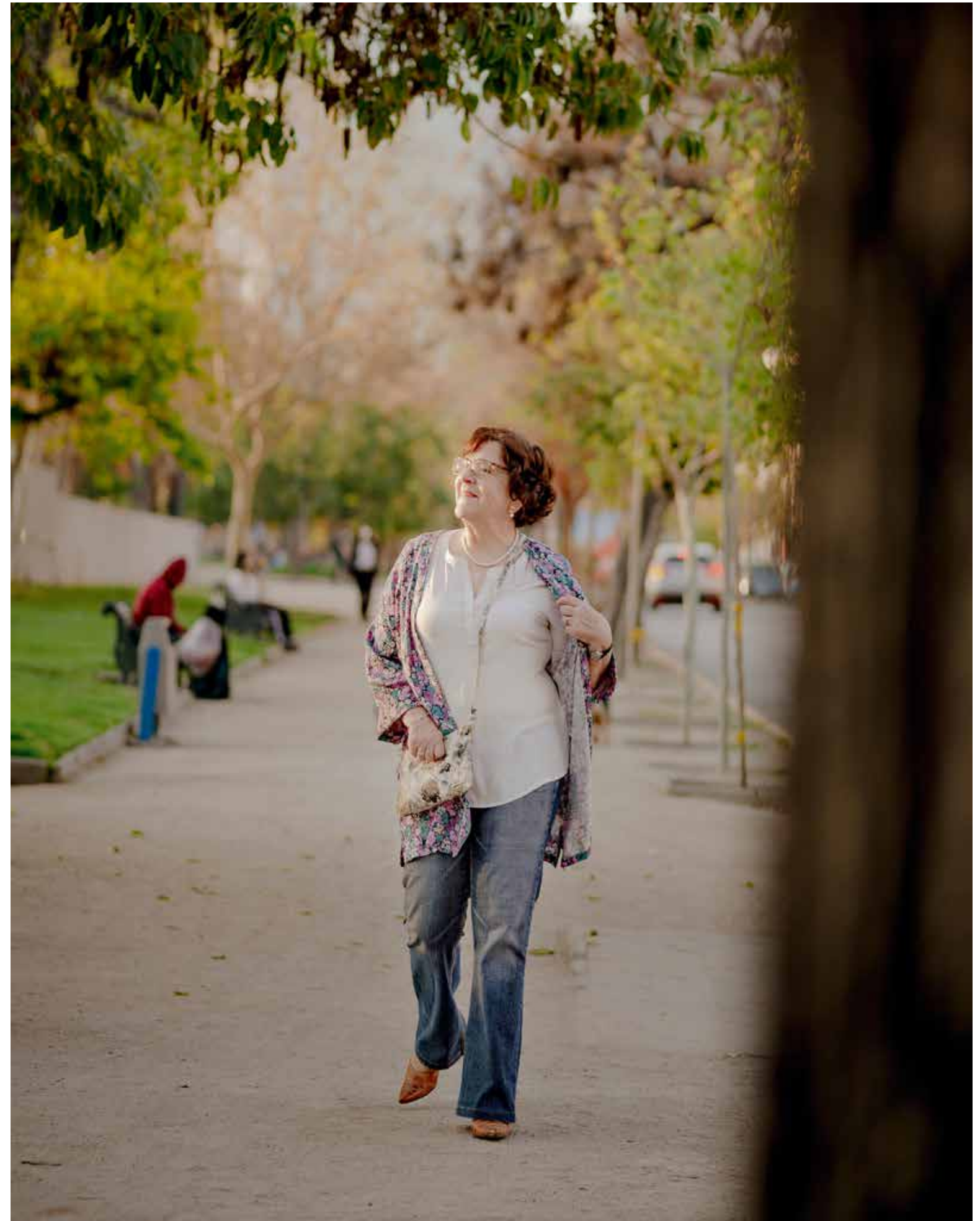


“Para mí, como médico, es un privilegio participar en la Fundación UANDES y poder realizar cirugías de primer nivel y de alta tecnología a pacientes con mayor dificultad en el acceso a la salud y que tienen, muchas veces, que estar en lista de espera”.

“En cirugía torácica, muchos de los tumores están avanzados cuando se los diagnostica. El cáncer pulmonar tiene un comportamiento generalmente agresivo, por lo que, al sospechar el diagnóstico y pesquisar un nódulo, hay que realizar el estudio y tratamiento lo antes posible. Pocos centros públicos cuentan con las condiciones y especialistas para esto. En el caso de Sandra, era un cáncer en etapa inicial, de manera que con esta cirugía logramos curarla y solo deberá mantenerse en controles periódicos”.

Dr. José Miguel Clavero,
Cirujano de tórax
Jefe del Programa Pre-Pulmón.
Clínica Universidad de los Andes.

“Se me abrieron las puertas del cielo. La operación me salvó la vida, porque en el sistema público habría esperado por lo menos un año más y, tras ese tiempo, la situación habría sido peor. Fue algo providencial el poder operarme con un doctor excelente. Fue un regalo de Dios”, dice Sandra.





Eduardo Marambio

Retomar el pulso

Vivía de su jubilación, con tranquilidad, en su casa de Rancagua. Pero un día sufrió varios pre-infartos como consecuencia de tres arterias ocluidas. La ayuda de la Fundación UANDES fue esencial para operarlo de manera oportuna y salvarle la vida.

A sus 67 años, la vida de Eduardo Marambio transcurre tranquila. Pasa los días en su casa ubicada en Villa Las Cumbres, Rancagua, junto a su pareja, María Luisa. Ahí, en el living, se sienta en el sillón café que está junto al televisor de 32 pulgadas. Se acerca a él lo suficiente como para poder “ver empañado”, ya que hace 35 años que tiene una miopía severa y uno de sus ojos es de vidrio. Le gustan las “comedias”, señala. “Me falta el puro tejido no más”, dice mientras ríe con picardía.

Cuando no está viendo algún programa, se levanta pesadamente para dirigirse hacia su taller, ubicado en una habitación contigua. Ahí arregla sillas o cajones mientras escucha rancheras. “No hago mucho. Le ayudo a hacer las cosas a mi ‘vieja’ aquí, pero soy re bueno para quebrar los platos y los vasos, porque no veo bien”, comenta.

A veces toma su bastón para ir a una plaza cercana o para caminar lentamente las cuatro cuadras que lo separan del super-

mercado, aunque no puede volver cuando oscurece porque se pierde. “No puede salir a comprar solo. Tengo que andar con él, porque puede volver con cualquier cosa”, afirma María Luisa. Un día, cuenta, llegó orgulloso con la nueva compra que estrenaría a la mañana siguiente: unas pantuflas de mujer.

Sus problemas oculares lo obligaron a jubilarse de su trabajo como auxiliar de servicio del Liceo Óscar Castro, donde se mantuvo por 14 años. “A medida que fui avanzando en edad, se me fue cortando más la vista. Me molestaba mucho, así que me fui a la casa”, apunta Eduardo con la respiración entrecortada.

Pero, en realidad, la falta de visión ha sido el menor de sus problemas de salud.

Con la idea de bajar de peso, iba frecuentemente a hacer ejercicios a unas máquinas que hay en su barrio. Gastaba energía, quemaba calorías y transpiraba. Pero un día las cosas se complicaron un poco. “A la vuelta se cansó mucho, como que se ahogó”, recuerda María Luisa. Tenía problemas de presión arterial y tomaba medicamentos para controlarla. Sin embargo, algo no estaba funcionando bien y cuando fue a una consulta al Hospital Regional de Rancagua se lo dijeron: era el corazón.

| **DOLOR EN EL PECHO**

Eduardo tuvo suerte de que la situación se precipitara mientras estaba en un recinto asistencial. “Sentí que me ahogaba. Tenía un dolor al lado izquierdo...”, rememora. Al asistir a un control médico, sufrió tres pre-infartos: estaban ocluidas las arterias coronarias. “El médico me dijo que no se atrevía a operarlo, porque tenía tres válvulas tapadas y ahí no tenían los medios para hacerlo. Fue por eso que nos mandaron a Santiago”, relata su pareja.

Sin embargo, la pandemia lo obligó a esperar por la operación definitiva. “Alcancé a ir a dos interconsultas y me llamaron después de un año y tanto”, recuerda Eduardo. Gracias al convenio que tiene este sanatorio con la Fundación UANDES, fue trasladado a la Clínica de la Universidad de los Andes. “Fui con mi hija, porque yo no conocía Santiago. Ella hizo todos los papeles en admisión. Durante dos días me hicieron exámenes, hasta que estaba listo para operarme. A las ocho de la mañana me llevaron para pabellón. Ahí me prepararon: me pusieron todos los catéteres. El doctor me dijo que la operación era de cuidado. En el momento en que yo entré, me dieron otros dos pre-infartos”, relata Eduardo. La intervención quirúrgica se llevó a cabo el 13 de marzo de 2021. Le pusieron dos *bypass* y le destaparon una arteria. Estuvo 12 días internado.

“A don Eduardo se le realizó una cirugía de *bypass* coronario, con el

“*La operación es lo más lindo que me ha pasado. Gracias a eso, hoy estoy recuperado”, dice. Se emociona y le tiembla la voz: “Fue muy buena la atención, sobre todo de la gente y el personal del cuarto piso de la UCI. Si tuviera que decir qué nota les pondría del uno al siete, diría que un diez o un doce”.*



En Chile, cada hora muere

1 persona por infarto al corazón.



Infarto al Miocardio

Esta patología es la principal causa de muerte de hombres y mujeres en el mundo. En Chile, en tanto, fallece una persona por hora por infarto al corazón.

Se trata de una interrupción del flujo sanguíneo en una o más arterias coronarias, que son las que suministran sangre al músculo del corazón. De esta manera, deja de recibir oxígeno y glucosa y pierde su capacidad de contraerse.

El infarto, que puede ocurrir en cualquier momento, se vincula con un proceso gradual llamado aterosclerosis, que consiste en la acumulación de grasa en las arterias. Las causas pueden deberse a antecedentes genéticos, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad, sedentarismo y estrés.

Las causas de un infarto pueden deberse a antecedentes genéticos, tabaquismo, diabetes, hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad, sedentarismo y estrés.

cho, en los brazos y en la mandíbula; náuseas y dolor abdominal; mareos, fatigas y falta de aire.

Para evitar un infarto es importante tener un estilo de vida sano, manteniendo el peso bajo y realizando deporte. A su vez, se pueden tomar medicamentos para controlar algunos factores de riesgo (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia). En tanto, ante la necesidad de reestablecer la circulación coronaria, se realiza la intervención coronaria percutánea (ensanchamiento del vaso sanguíneo con el uso de *stents*) o la instalación de un *bypass*, redirigiendo el flujo de sangre por fuera de la arteria obstruida.



“

Don Eduardo sufría de una enfermedad coronaria que limitaba tremendamente su calidad de vida. Esta consiste en que, progresivamente, se cierran las arterias que llevan sangre al corazón, provocando dolor e incrementando el riesgo de sufrir infartos. El tratamiento ayuda a llevar sangre nuevamente, a través de un puente o bypass coronario”.

“

Resulta muy reconfortante poder ayudar a una persona con nuestro trabajo. Durante la pandemia, el acceso al sistema de salud fue muy limitado, especialmente en pacientes de escasos recursos. La Fundación, a través de este programa, ayudó a un gran número de familias en el momento que más lo necesitaban”.

Dr. Gabriel Olivares,
Cirujano cardiovascular.
Clínica Universidad de los Andes.

Con la idea de bajar de peso, iba frecuentemente a hacer ejercicios a unas máquinas que hay en su barrio. Gastaba energía, quemaba calorías y transpiraba. Pero un día las cosas se complicaron un poco. Algo no estaba funcionando bien y los doctores se lo dijeron: era el corazón.

objetivo de aliviar su dolor al pecho y prevenir infartos en el futuro. Esta es una de las más frecuentes en nuestra especialidad. Tiene muy buenos resultados inmediatos y excelente pronóstico a largo plazo”, comenta el Dr. Gabriel Olivares, médico cirujano especialista en cirugía cardiovascular y quien fue el encargado de la operación.

| REPOSO Y TRANQUILIDAD

Eduardo despertó de la anestesia alrededor de las seis de la tarde. “Me sentía mucho mejor, más aliviado, aunque me tenían con todas las máquinas puestas. Cuando me sacaron de pabellón estuve en la UCI intermedia y al otro día me llevaron a una habitación de hospitalización”, cuenta.

La recuperación, le dijo el Dr. Olivares, llevaría entre dos y tres meses. Desde entonces, ha tomado la costumbre de llevar su vida con más calma: irse a dormir temprano, cerca de las 19.00 horas, levantarse tarde y dormir siesta.

Entre las medidas para mantenerse en forma, los doctores le recomendaron tener una dieta sana: verduras cocidas, legumbres, carnes magras. Y nada de grasa. Eduardo tuvo que decirle adiós al azúcar, el café, la mantequilla, el cerdo y todos los embutidos. Pero, con el tiempo, la ansiedad y el buen apetito han hecho que los límites se estiren. “Mi vieja siempre me reta por lo mismo, pero el pan no lo puedo dejar”, dice.

A su lado, con una sonrisa, está María Luisa. Ella ha sido su guardiana: la encargada de darle los remedios, de ayudarlo a moverse, trasladarlo a los controles y de tratar que lleve una vida más sana. “A mí me da susto. Por eso, siempre le pido que se cuide. De repente peleamos, porque se me pone porfiado. ¡Es muy neurasténico!”, confiesa.

Desde la operación, Eduardo ha tenido que acudir a controles periódicos. En abril viajó a Santiago para el primero de ellos. “El doctor me encontró excelente y me dio de alta”, dice. A partir de entonces, los exámenes se los hace en Rancagua. Confiesa que se ha sentido bien y que espera terminar de recuperarse para realizar alguna actividad productiva. María Luisa se mantiene cocinando empanadas por encargo y él vive de su pensión, pero quiere levantar un negocio propio: un kiosco o un carrito de comida. “Si Dios quiere, me gustaría trabajar en algo, aunque la vista me falle. Algo que sea mío”, dice.

Ambos están conscientes de la suerte que tuvieron con la operación. “Es lo más lindo que me ha pasado. Gracias a eso, hoy estoy recuperado”, dice. Se emociona y le tiembla la voz: “Fue muy buena la atención, sobre todo de la gente y el personal del cuarto piso de la UCI. Si tuviera que decir qué nota les pondría del uno al siete, diría que un diez o un doce. Les quiero mandar un mensaje a todo el personal de la clínica, al doctor Olivares, a los paramédicos, a los auxiliares y a todo el personal que trabaja ahí: les agradezco todo lo que hicieron por mí”.

“Durante dos días me hicieron exámenes, hasta que estaba listo para operarme. A las ocho de la mañana me llevaron para pabellón. Ahí me prepararon: me pusieron todos los catéteres. El doctor me dijo que la operación era de cuidado. En el momento en que yo entré me dieron otros dos pre-infartos”, relata Eduardo.

Eduardo vive de su pensión, pero quiere levantar un negocio propio: un kiosco o un carrito de comida. “Si Dios quiere, me gustaría trabajar en algo, aunque la vista me falle. Algo que sea mío”, dice.



| SELLO UANDES

Todos los días, nuestros profesionales de la salud se entregan por completo a la atención de los pacientes. Y el trabajo de cada uno, desde su respectiva área, es fundamental en nuestro compromiso por la vida.

“Desde mi profesión como enfermera, puedo ejercer mi vocación de servicio, tener la satisfacción de relacionarme de manera directa con los pacientes y resolver e impactar en sus vidas en función de las limitaciones que puedan tener en las atenciones habituales en sus distintos centros de salud. La gratitud que se recibe de ellos es una paga enorme para todos quienes estamos involucrados en esto”.

*Carolina Navarrete,
Servicio al Paciente.*



“No hay diferencia entre los pacientes habituales y los de beneficencia. Las profesionales tienen muy buena disposición y amabilidad con cada uno de ellos. Es un equipo en el que cada integrante cumple con sus debidos servicios lo mejor posible. Así lo han hecho notar los pacientes, que se van muy agradecidos. Muchos nos dejan presentes, como chocolates, tortas o dulces”.

*Daniela Olave,
Auxiliar de Limpieza.*



“Para mí, a los pacientes que se acogen al programa de beneficencia de la Clínica se les ve muy agradecidos y en su mayoría aceptan y quieren la atención espiritual que podemos ofrecer, ya sean católicos o de otros credos. A todos los atendemos por igual”.

*P. Hernán Garcés,
Capellán.*



“Nosotros no tenemos contacto directo con los pacientes, pero sí nos llegan las solicitudes de su alimentación. Formamos una parte importante dentro de su recuperación: ayudamos a que su estadía sea un poco más agradable. Se trata de darles el mismo servicio a los de beneficencia que a quienes pagan, para que tengan una buena experiencia dentro de la hospitalización”.

*Nicole Zamorano,
Maestra Primera de Cocina.
Central de Alimentación.*



“Es importante, tanto para los pacientes como para la Clínica, realizar las cirugías de beneficencia. Al hacerlas, marcamos un hito importante en las vidas de los pacientes y en las de sus familiares, ya que se encuentran afectados por la larga espera de sus seres queridos. Estamos formados para darles la mejor atención a todos ellos”.

*Fabiola Caro,
Técnico en Enfermería Nivel Superior.
Pabellón.*



“A veces, antes de la pandemia, nos tocaba tener a la familia completa dentro de las piezas. Siempre, todos los días, sin falta y a toda hora, uno de sus integrantes te miraba y agradecía de corazón lo que estábamos haciendo. Te daban ganas de quedarte ahí en la pieza con ellos y que te contaran su historia. Son años de espera para una cirugía, con mucho dolor y sufrimiento. Es reconfortante ser parte de un alivio después de muchísimo tiempo”.

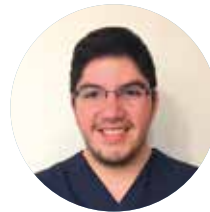
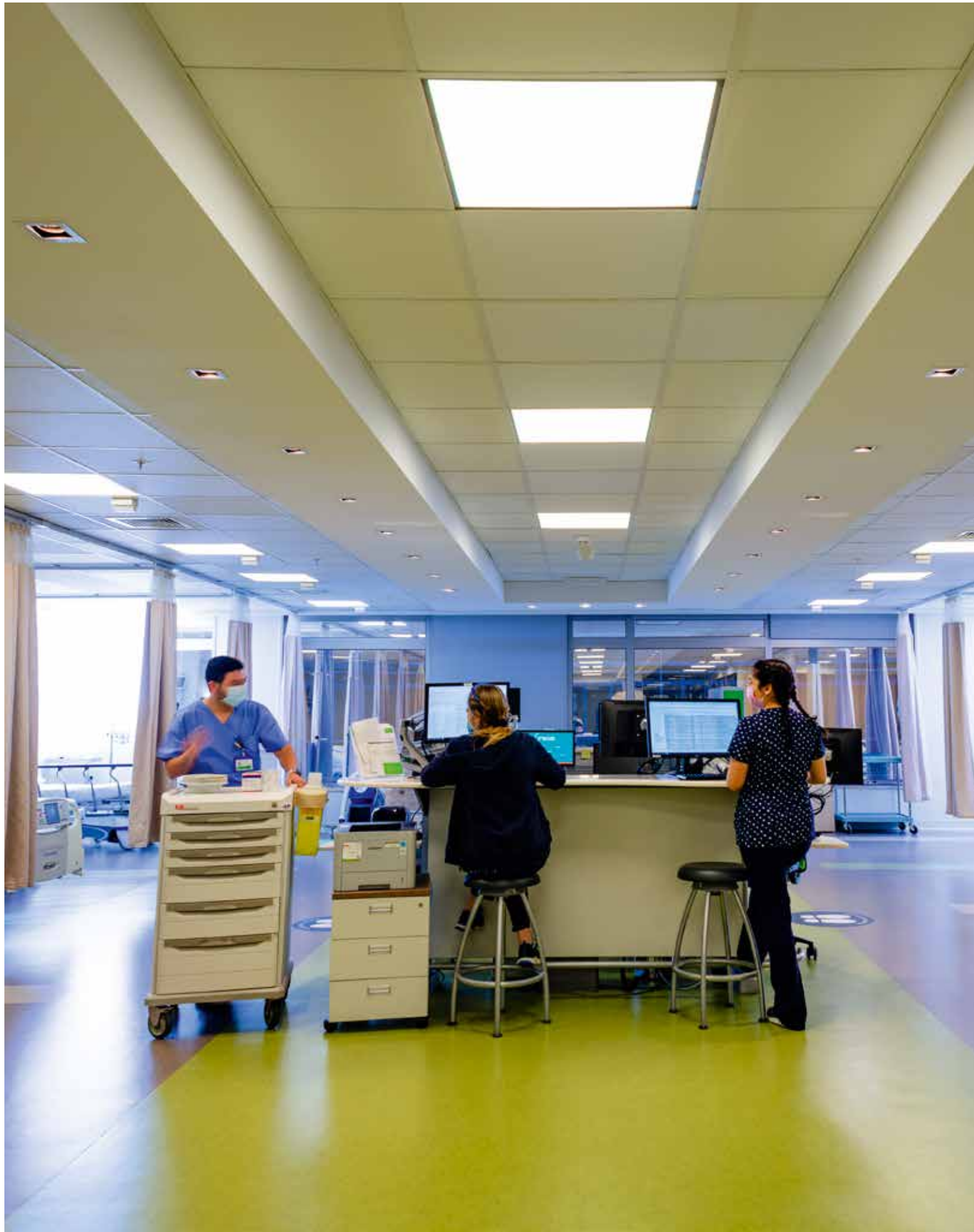
*Valentina Penna,
Enfermera Hospitalización.
Médico Quirúrgico.*



“El Programa de Beneficencia es muy lindo y muy solidario, porque se basa en pensar en el otro. Es una tremenda oportunidad para que los pacientes puedan ser atendidos y a tiempo, recibiendo una atención de calidad y segura. Realizar estas prestaciones, sabiendo que hay gente que las necesita y que quizás no puede acceder a ellas por un tema económico, potencia mucho a la Clínica y la destaca sobre otras instituciones de salud”.

*Patricia Valdebenito,
Supervisora de Maternidad.*





“Esta iniciativa otorga una solución quirúrgica a muchos niños, jóvenes y adultos que llevan años esperando en sus centros de salud. Por otro lado, como enfermero y partícipe de la Unidad de Recuperación, puedo aportar en todo el proceso perioperatorio, contribuyendo al cuidado integral de la persona y de su familia”.

*Luis Carrasco,
Enfermero de Recuperación Central.*



“En Admisión recibimos a los pacientes, les explicamos cómo va a ser el proceso durante la hospitalización y los derivamos a la habitación o al operatorio. La mayoría viene con una patología que sufren desde hace muchos años y, cuando les dicen que se van a operar, eso provoca que ya vengan con otro chip. Llegan desorientados y muchas veces preguntan si les van a cobrar. Valoran mucho la calidad de la atención que nosotros entregamos, que es personalizada. Terminan agradecidos y sorprendidos”.

*Jonatan Lastra,
Ejecutivo de Admisión y Cuentas.*



“Al trabajar en la UCI atendemos pacientes más de cuidado, por los dispositivos invasivos que tienen o por la evaluación que hay que realizar de ellos en las 24 horas después de la cirugía, lo que requiere tenerlos monitorizados. Uno atiende a todos los pacientes de la misma forma, pero los de beneficencia son más cálidos y agradecidos con nosotros”.

*Mariela Moya,
Técnico en Enfermería Nivel Superior.
Unidad de Paciente Crítico Adulto.*



Agradecimientos

Lo que han visto en estas páginas, nos motiva y emociona. La alegría que brindamos a quienes muchas veces están postrados y abatidos por la enfermedad no tiene precio. Les da humanidad, sentido y plenitud a todos los esfuerzos desplegados detrás de esta iniciativa. Nos hace mejores personas.

Por cierto, agradecemos a la Fundación UANDES y al Directorio de la Fundación Careno por confiarnos la responsabilidad de cumplir con esto, que es su propósito también.

Queremos agradecer muy especialmente al cuerpo médico, a las enfermeras y en general a todo el personal de salud, quienes muchas veces sacrifican su tiempo y beneficio personal en aras de esta noble iniciativa. A tantos proveedores que se hacen presentes ofertando sus productos a precios especiales, y a todos quienes nos apoyan con su trabajo para hacer de este un mundo mejor.

Muchas gracias

Jorge Laso B.
Director General
Clínica Universidad de los Andes

También puedes ser parte

Al finalizar este libro, queremos hacerles una invitación para que se unan a nuestro sueño y nos ayuden así a que más personas dejen de esperar por esa cirugía que les mejorará la vida.

Esperamos contar con la generosidad de cada uno de ustedes para seguir adelante con este importante proyecto.

Toda la información para el contacto con la Fundación UANDES se encuentra en nuestro sitio www.fuandes.cl. Ahí podrán inscribirse para donar con cargo mensual a la cuenta corriente o tarjeta de crédito.

Para donaciones vía transferencia, los datos son:

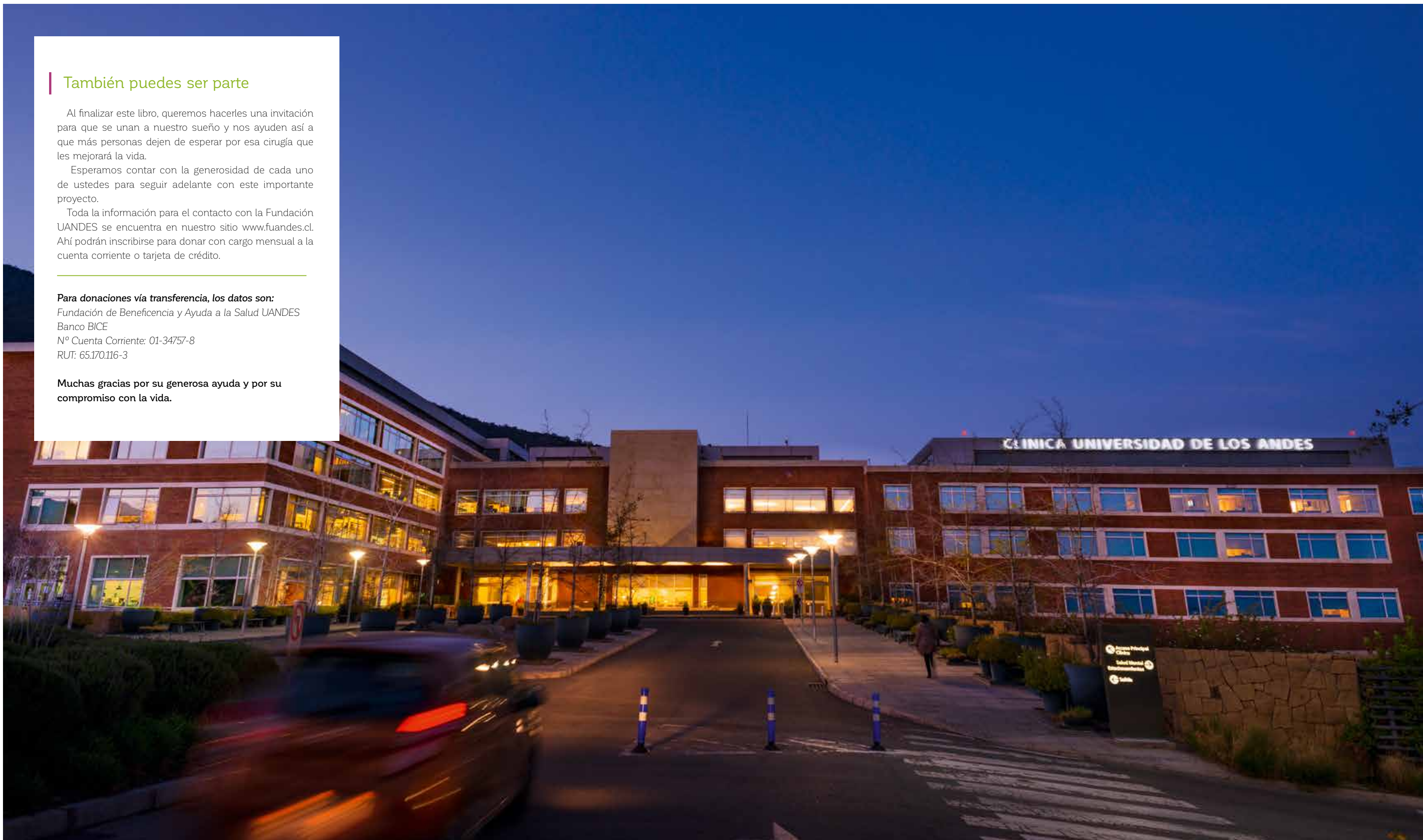
Fundación de Beneficencia y Ayuda a la Salud UANDES

Banco BICE

Nº Cuenta Corriente: 01-34757-8

RUT: 65.170.116-3

Muchas gracias por su generosa ayuda y por su compromiso con la vida.





FUNDACIÓN**UANDES**
Comprometidos con la salud de todos



Clínica
Universidad
de los Andes