



ASAGIO

ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Lo que es digno de hacerse, es digno de que se haga bien. Conde de Chesterfield

Boletín

78

Julio - Septiembre 2015

Junta Directiva 2014 - 2016

Presidente:
Dr. Augusto Isaza Estrada
augustoisaza@hotmail.com

Vocales:
Dra. Ana María Ángel De La Cuesta
anangelmd25@hotmail.com

Vicepresidente:
Dr. Carlos Arturo Buitrago Duque
buitragobach@une.net.co

Dr. Luis Fernando Escobar Aguilera
feamon2@gmail.com

Secretaria:
Dra. Nora Leidy Higueta Molina
nora24m@gmail.com

Dr. Carlos Ignacio Uribe Pardo
ciuribe85@hotmail.com

Tesorero:
Dr. Juan Carlos Restrepo Álvarez
juancrpo@une.net.co

Fiscal:
Dr. Jorge Alberto Tirado Mejía
jatm@une.net.co

Coordinadores

Coordinador Editorial:
Dr. Emilio Restrepo Baena
emilioestrepo@gmail.com

**Coordinador Programa
Educación Médica Continuada, EMC-ASAGIO:**
Dr. Luis Javier Castro Naranjo
ljcastro@hotmail.com

Tels.: 2623513 - 2627515 Cel.: 3136841417

E-mail: asagio@une.net.co / educacionmedica@asagio.org

Web: www.asagio.org

Dirección: Calle 33 No. 42B-06 Torre sur, oficina 1001
Centro Comercial Sandiego
Medellín - Colombia

Editorial

Estimados asociados:

El primer semestre tiene un balance muy positivo para Asagio, pues tenemos un buen desempeño económico, casi 200 asociados a paz y salvo y 10 laboratorios participantes, además de una excelente asistencia al simposio de piso pélvico y una asistencia de 104 médicos al mini-simposio "Nuevos retos en alto riesgo obstétrico", dirigido por el Dr. Juan Carlos Restrepo al cuál quiero agradecerle el éxito de este evento y destacar su alta calidad académica. Los laboratorios quedaron impresionados con el certamen y sigo insistiendo que ellos participan si ven respuesta en la asistencia.

Quiero destacar los laboratorios que nos apoyan en la educación médica de Asagio en mayor orden de participación: Euroetika, Tecnoquímicas, Bayer, Reckitt, M.S.D, Glaxo, Gynopharm, Lafrancol, Procaps, Sanofi. Sigamos diciéndole a los visitantes que aún no están, para que participen con Asagio.

El 4 de julio estuve en Bogotá como representante de Antioquia en la aprobación de los estatutos del Sindicato Gremial de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología -FECOLSOG-, el cual tiene como objeto promover los intereses profesionales, económicos y de bienestar de sus afiliados. Los estatutos se evaluaron en Junta Directiva y se hicieron algunas precisiones a presentar en Bogotá.

En octubre o noviembre realizaremos la fiesta de integración de Asagio, también reuniones para discusión de los nuevos estatutos de Asagio y algunos otros eventos puntuales.

Solicito su opinión y participación sobre eventos, actividades, temas médicos a tratar, conferencias, etc. para beneficio de la asociación.

Vamos bien pero podemos mejorar.

Augusto Isaza Estrada
Presidente - Junta Directiva

 **EuroEtika**



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



MERCK SHARP & DOHME



Gynopharm



PROCAPS



SANOFI

Los servicios de obstetricia: un parto

Por **Luis Javier Castro Naranjo**
Representante profesoral ante el consejo de la
Facultad de Medicina



Ilustración Juan Andrés Álvarez Castaño

(<http://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/4647-nacimientos-2013>)

Hace cincuenta años cuando apenas era un niño decía a mis familiares y amigos que cuando fuera grande quería ser médico especializado en la atención de partos. Claro que como todo niño de aquella época también me gustaba ser bombero o policía. Con el paso del tiempo aquel deseo se fue haciendo más fuerte, tal vez porque en televisión veíamos una serie muy interesante donde el protagonista era un médico llamado el doctor Kildare. Este galeno era apuesto, tenía gran éxito en su vida profesional y socialmente era bien aceptado. Años más tarde la Universidad de Antioquia me brindó la posibilidad de ser médico y especializarme en Obstetricia y Ginecología y desde hace 24 años tengo el privilegio de ser profesor de la Alma Máter.

Durante mi formación profesional y como especialista tuve la fortuna de estar en grandes hospitales como la maternidad Luz Castro de Gutiérrez ahora llamada Hospital General de Medellín, la clínica León XIII del Seguro Social, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, entre otras importantes instituciones. Los tres atendían la mayoría de los partos en la ciudad. Parece increíble, pero en el Seguro, ahora IPS universitaria, se atendían entre 10.000 y 15.000 partos al año y un número parecido de antioqueños nacían en la Luz Castro. Para las emisoras era una noticia matutina obligatoria contar cuántos niños y niñas habían nacido el día anterior en esas instituciones.

Hoy el panorama de la atención de partos en Medellín es completamente distinto. En la clínica León XIII un niño tiene la misma posibilidad de nacer que en el metro o en un taxi, es decir, sería un accidente porque hace varios años el servicio de maternidad de esta clínica fue cerrado en forma definitiva y ya las gentes no dirán con orgullo que nacieron en el Seguro o en la IPS universitaria. Sucederá como con los bachilleres de Medellín que desde hace 25 años ya no se forman en la Universidad de Antioquia, en el Liceo Antioqueño. No habrá más nacidos en el Seguro como tampoco hay más bachilleres de la Universidad.

El Hospital Universitario San Vicente Fundación, aunque conoce perfectamente que pierde mucho dinero con la atención de la maternidad, fiel a sus principios de atender a los más necesitados, de acuerdo a lo establecido por don Alejandro Echavarría cuando lo fundó hace 100 años, continúa con la atención de maternas y niños. También hay que reconocer el trabajo que realizan la clínica del Prado, tal vez donde mayor número de partos se atiende actualmente, las clínicas de Saludcoop, la SOMA y otras instituciones privadas.

Metrosalud también contribuye a la atención de los partos y en especial los correspondientes al régimen subsidiado. Por una decisión administrativa desde hace varios años concentraron los nacimientos en la Unidad Hospitalaria de Manrique que dispone de médicos especialistas en anestesia, obstetricia y ginecología y pediatría. Anteriormente, las madres se atendían muy cerca al lugar de su residencia, en ocasiones, la materna vivía al frente de la unidad de salud o a unas cuantas cuadras. Los niños nacían entonces en San Antonio de Prado, San Cristóbal, Buenos Aires, Santa Cruz, Belén, San Javier, Castilla. En cualquier momento la familia podía estar en contacto con la madre. Afortunadamente, la empresa social del Estado ha decidido reabrir el servicio en San Javier y espero que para el bienestar de las comunidades, de los habitantes de las comunas, en todos los sitios arriba mencionados se vuelva a parir.

No son simples comentarios, es que los habitantes de esta ciudad se están quedando sin donde tener los hijos. Como lo proponen la Organización Mundial de la Salud y el ministerio de Salud y Protección Social debe ser en los hospitales y clínicas. Paradójicamente se predica una cosa y se hace otra. Se están cerrando las camas para la atención de los niños y las maternas. Ya no hay camas para la atención de las embarazadas en la Clínica del Sagrado Corazón, en la IPS universitaria, en la Clínica Antioquia y el último golpe lo recibimos ahora en 2014 cuando venden la clínica Comfenalco y al parecer los nuevos dueños no tienen ningún interés en la atención obstétrica; atender maternidad no es rentable. En esta institución las mujeres eran atendidas con esmero y mucho profesionalismo. La atención del parto era por especialistas, se disponía de la mejor tecnología, de analgesia epidural para todas las embarazadas en trabajo de parto y en cualquier momento si fuere necesario se podría realizar una cesárea. Ahora estas camas están cerradas y probablemente en forma definitiva.

Conoce la manera inteligente de tener el control de tu plan de vida

Recordatorio

Te recuerda cuando tomar tu comprimido recubierto.

Orienta

Te recomienda qué hacer si se te olvida tomar tu comprimido recubierto. Y te aconseja medidas anticonceptivas no hormonales adicionales cuando sea necesario.

Postergación

Te ayuda a controlar el número y el intervalo de tus periodos.



Pregúntale a tu médico por Clyk

Clyk es un dispensador digital inteligente.

Línea gratuita de atención: 01 8000 910858 | Teléfono fijo Colombia: (1) 364 9270

Clyk debe ser recomendado por un médico.



LCO MKT GM 06 2015 0765

El problema es grave y se generaliza. Entre 2009 y 2011 las clínicas Medellín, Sagrado Corazón, Bolivariana, Las Vegas, Noel y León XIII cerraron camas de pediatría y de maternidad para servicios de cuidado intensivo y hospitalización (El Tiempo, 23 de julio de 2012). Con este proceder ¿cómo cumpliremos las metas del milenio? ¿Cómo lograremos disminuir las altas tasas de mortalidad materna y perinatal? ¿Cómo mejorar la salud de las madres y los recién nacidos?

En cuanto a camas de obstetricia, la cantidad no es suficiente, pues la recomendación es de 0.45 por cada mil habitantes. Aquí se cuenta con 0.19. “Tenemos menos del estándar y eso tiene que ver con que hay una queja permanente de las clínicas y hospitales de que las tarifas de la atención ginecobstétrica son muy reducidas. “Además, la titular de la dirección de Salud de Antioquia, doctora Luz María Agudelo, manifestó su preocupación porque en camas de pediatría se cuenta con 0.21 unidades por cada mil personas, incumpliendo las directrices de la autoridad mundial”. (El colombiano, 23 de agosto de 2012).

A pesar de las múltiples razones que esbozan los administradores de los centros asistenciales para solicitar la autorización del cierre de camas ante la autoridad competente, en definitiva solo se cierran porque atender las gestantes y los niños desde el punto de vista económico no es rentable. Se pierde bastante dinero con estos paquetes de atención porque en los manuales tarifarios no se valoran adecuadamente estos servicios. Sale mejor para hospitales y clínicas la atención de urgencias, ortopedia, trasplantes, enfermedades catastróficas. En el sector salud se dice que ahora existen en el país farmacias con camas, queriendo decir que el alto costo de los medicamentos para atender las enfermedades aseguran la rentabilidad financiera de estas instituciones. El tema incluye escándalos, ya conocidos en el país, los famosos recobros que las EPS, las clínicas y hospitales le hacen al Fosyga.

El cierre de camas para maternas y niños continúa en todo el país, no es únicamente en Medellín y Antioquia. También sucede en Quindío, Cundinamarca, en otros departamentos. Esto se debe a la baja rentabilidad que representa para las clínicas y hospitales tener habilitados dichos servicios, que han sido sustituidos por otros para pacientes con enfermedades de alto costo como cáncer y trasplantes. “Consultados algunos expertos coinciden en que la situación obedece a problemas estructurales del sistema de salud en el que la ginecobstetricia es una de las

especialidades que tiene tarifas más bajas”. (El tiempo, 14 de junio de 2012)

También es importante un análisis somero de lo que sucede con los médicos especialistas que atienden los partos, es decir, los obstetras. El mercado ha hecho que en la actualidad y en palabras del doctor Carlos Arturo Buitrago, presidente de la Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología, sean los especialistas a los cuales se les paga más mal. El valor de la hora es muy inferior al que devengan sus colegas cirujanos, anestesiólogos, internistas y en general frente a cualquier especialista; el partero recibe una menor asignación salarial. No obstante, su labor es delicada y debe garantizar que madre y niño queden en perfectas condiciones so pena de ser sancionado de acuerdo con sentencia de la Corte Constitucional.

Según las estadísticas del DANE, en 2013 nacieron en Colombia 587.504 personas, de estas 66.948 abrieron los ojos por primera vez en Antioquia y de ellas 35.762 en Medellín, la mayoría como dice la norma dentro de los hospitales y clínicas. No es cierto, entonces, como creen algunos colegas, que los nacimientos en Medellín están alrededor de 25.000. Insisto que según el Departamento Nacional de Estadística fueron 35.762 partos en la ciudad el año pasado y de seguir cerrando camas para la atención de las gestantes no habrá camas para tanta gente y los servicios que todavía permanecen abiertos estarán cada día más congestionados.

Octubre
23 y 24 - 2015

Simposio

Endocrinología para el ginecólogo

Organiza:



Hora:

Viernes, 23 de octubre:
8:00 a.m. a 12:30 p.m.
y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.

Sábado, 24 de octubre:
8:00 a.m. a 12:00 m.

Lugar:

Teatro, librería Panamericana
(Cra. 43A 6sur-150 - Av. Poblado)
Medellín - Colombia

Informes e Inscripciones
ASAGIO: (4) 2627515 - 2623513
Cel. 313-6841417
asagio@une.net.co
educacionmedica@asagio.org

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es una condición frecuente en las mujeres, con una prevalencia aproximada de 15% (1,2). Existen varios tipos de IU: incontinencia urinaria de urgencia, de esfuerzo y mixta. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina con el aumento de la presión abdominal (tos, estornudo, valsalva) (3), clasificada en 1988 por Blaivas y Olson basándose en 2 mecanismos anatómicos (4), el primero es el mecanismo de soporte o componente extrínseco integrado por la vagina en su porción anterior, la fascia endopélvica, el arco tendinoso fascia pelvis y el elevador del ano; su falla genera alteración del soporte del cuello vesical produciendo hipermovilidad uretral. El segundo mecanismo o componente intrínseco consiste en el sistema de cierre del esfínter uretral, compuesto por los músculos estriados y lisos uretrales, además de elementos vasculares, los cuales contribuyen al cierre de la uretra en reposo. La alteración del mecanismo intrínseco genera deficiencia intrínseca del esfínter (DIE) (5); puede haber daño de los 2 mecanismos descritos coexistiendo así, una hipermotilidad uretral asociada a DIE (6).

Fisiopatología:

La base fisiopatológica de la DIE está relacionada con el daño del mecanismo intrínseco uretral que depende del plexo submucoso, las capas longitudinal y circular de músculo liso y el esfínter estriado externo. La alteración de este mecanismo se ha asociado a fibrosis y denervación secundaria a cirugías pélvicas o uretrales previas y radioterapia, lo que se acompaña además de uretras fijadas. El hipoestrogenismo también está asociado como consecuencia de la pérdida del tono basal de la uretra o pérdida del mecanismo de sello (7).

Diagnóstico y clasificación:

El concepto de DIE fue descrito por McGuire en 1980 (6). Estos autores, mediante la realización de estudios uro-dinámicos, fluoroscopia y video-urodinamia establecieron los criterios para la clasificación de la severidad de la IUE y DIE, tales como la presión máxima de cierre uretral (PMCU) y la presión de fuga abdominal.

Para el diagnóstico de DIE, la medida más utilizada hoy en urodinamia es la presión de fuga abdominal, la cual diagnostica DIE cuando es <60 cms H₂O (8–11). Por otra parte Ghoniem propone clasificar la DIE en grados A, B y C (7) de acuerdo a la apertura del cuello vesical, la hipermotilidad uretral definidos por videofluorodinamia y presión de fuga definida por él con una PCUM <10 cmsH₂O). Esta clasificación es importante, pues permite guiar el tratamiento según la presencia o no de hipermotilidad uretral.

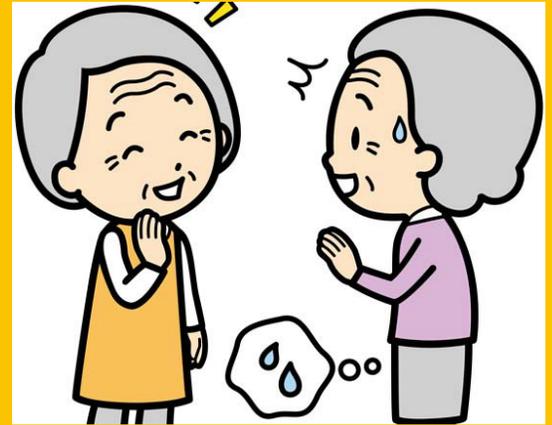
DIE-A se refiere a la pérdida funcional del sello uretral en pacientes con cuello vesical cerrado en reposo, DIE-B se refiere a una uretra con cuello vesical abierto en forma de pico e hipermotilidad con estrés y la DIE-C es una uretra fija no móvil con cuello vesical abierto e IU severa, que sugiere historia quirúrgica o radiación previa.

Tratamiento:

Según la clasificación expuesta, se propone el manejo quirúrgico con cabestrillo suburetral en las pacientes que presentan hipermotilidad uretral, es decir las clasificadas en DIE-A y DIE-B. Cuando no hay hipermotilidad uretral (uretra fija) se sugiere iniciar el manejo con la liberación de la uretra (uretrolisis) y según la evolución, continuar con la uretrocolpopexia con cabestrillo suburetral (11).

Deficiencia Intrínseca Esfinteriana (Die)

Por **Luis Guillermo Echavarría Restrepo**
Tomado del libro de memorias del congreso de residentes U.de.A. 2015



Nuevo

Dispepsia Reflujo Gastroesofágico

GAVISCON
DOBLE ACCIÓN
Suspensión oral

Doble alivio del reflujo gastroesofágico y la dispepsia

Es un medicamento, no exceder su consumo. Leer indicaciones y contraindicaciones. Si persisten los síntomas consulte a su médico. Gaviscon Doble Acción Líquido Reg. INVIMA 2012M-0012808 Gaviscon Doble Acción Líquido Sachet Reg. INVIMA 2012M-0013657. SERVICIO DE ATENCIÓN AL CONSUMIDOR: Colombia: 018000-513499.

GVS-037-0714

Estimado asociado;

Recuerde que...

...Usted es la razón de ser de la asociación, es el pilar y motor, su constante y activa participación en cada una de las actividades académicas y gremiales organizadas por la Junta Directiva, hacen posible el apoyo continuo de la Industria Farmacéutica e Instituciones.

Tenga presente que...

...Si usted aún no se encuentra activo con la asociación le invitamos a que realice su pago de cuota de sostenimiento y contribuya con el apoyo económico para el funcionamiento administrativo de la asociación.

Bancolombia, cuenta corriente No.
021-007081-13
a nombre de ASAGIO

Por favor informe su pago cuando lo realice a los teléfonos: 2623513, 2627515 o 3136841417 o enviando copia de su consignación o transferencia al correo electrónico: asagio@une.net.co

No olvide que...

...Para disfrutar del beneficio de asistencia a actividades académicas de manera gratuita, debe estar a Paz y Salvo con ASAGIO al año 2015.

En los pocos estudios que tienen en cuenta la hipermotilidad uretral en pacientes con DIE, se ha evidenciado mayor riesgo de falla en aquellas pacientes que presentan uretras fijas y DIE, en comparación de pacientes con DIE e hipermotilidad uretral asociada. En el 2008, José L. Poza, publica un estudio donde evalúa 254 mujeres con IUE llevadas a manejo quirúrgico con cabestrillo TOT, tiene en cuenta la hipermotilidad uretral y la presencia de DIE (definida con una PCUM <20cm H₂O), con resultados más favorables en las pacientes que tenían solo hipermotilidad uretral previo a cirugía, en comparación con las pacientes con uretras fijas. Al año de seguimiento en su cohorte de estudio, encontró un porcentaje de falla del 10.6% en el grupo de hipermotilidad uretral, en comparación con el 20.7% de falla en el grupo de uretra fija. (13)

De otra parte, hay varios estudios que avalan el uso preferencial del TVT sobre el TOT para el manejo de la DIE, los cuales al comparar las dos técnicas reportan tasas de curación superiores y necesidad menor de reintervención quirúrgica a los tres años de seguimiento (11–14). Sin embargo, estos estudios no informan sobre la presencia o no de hipermotilidad uretral y no definen parámetros similares de estandarización en el diagnóstico de DIE.

Las mallas vaginales o cabestrillos suburetrales a libre tensión (TVT) fueron introducidas en 1990, utilizadas para el manejo quirúrgico de la IUE, dando soporte a la uretra. Ulmstein, en 1996, reportó una tasa de éxito de 85% en pacientes con IUE y de 75% en pacientes con IUE asociada a DIE luego de ser manejadas con cabestrillos TVT (15). En el 2001 el urólogo Francés E. Delorme introduce por primera vez la vía transobturatriz (TOT) para el manejo de la IUE (16).

Existen varios estudios que comparan la eficacia de los cabestrillos TVT y TOT, donde se han encontrado resultados similares con respecto al uso del TOT con una eficacia equiparable al cabestrillo TVT, con tasas de curación reportadas de 93.2% (12,14,17); se resaltan en los estudios algunas ventajas de la técnica con menor tiempo operatorio, menor sangrado y menos síntomas obstructivos postoperatorios (12).

En le DIE, como en los otros tipos de incontinencia, el manejo debe ser acompañado de terapia conductual, la cual incluye pérdida de peso y micción programada. El uso de estrógenos tópicos es de especial importancia en esta patología ya que aumenta la vascularización al plexo submucoso y músculos uretrales, favoreciendo así el mecanismo de cierre uretral (18–20).

La inyección periuretral ha sido utilizada también en esta patología con el objetivo de lograr una coaptación de la luz uretral. Se han visto buenos resultados pero en la mayoría de casos requiere repetir el tratamiento. Se sugiere su uso en las pacientes con DIE sin hipermotilidad uretral, en las cuales tiene mejores resultados, o en aquellas en las que los cabestrillos mediouretrales han fallado (21,22).

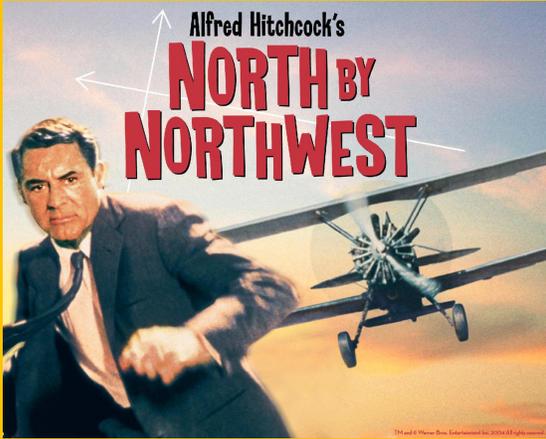
Conclusión:

El diagnóstico de DIE es esencialmente urodinámico, pero durante su evaluación debe tenerse en cuenta que las medidas usadas son indirectas y el procedimiento para obtenerlas no está estandarizado, lo que hace difícil la interpretación de estudios sobre su manejo. El tratamiento debe incluir medidas conductuales y estrógenos locales. El tratamiento de elección son los cabestrillos suburetrales en los casos que coexista con hipermotilidad uretral o la uretrolisis con o sin posterior cabestrillo suburetral en los casos de uretra fija. Aunque la literatura muestra superioridad del cabestrillo TVT sobre TOT para el manejo de DIE, la mayoría de los estudios no tienen en cuenta la hipermotilidad uretral y existe gran diferencia en cuanto a criterios diagnósticos entre ellos. La inyección periuretral es una buena opción en las pacientes con DIE con uretra fija o en aquellas en las que los cabestrillos mediouretrales han fallado.

Una imagen postergada y por muchos años anhelada

(A propósito de una obra maestra)

Por **Emilio Alberto Restrepo**
Coordinador Editorial ASAGIO



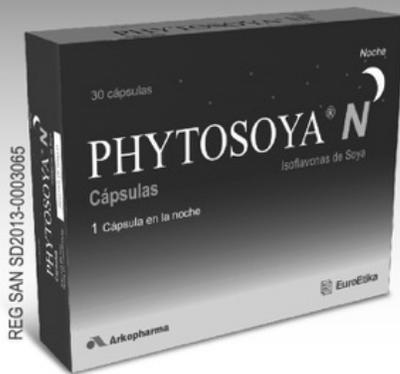
Coda:
Una recopilación de las mejores frases y consejos del maestro Hitchcock en:
<http://decalogosliterarios.blogspot.com/2015/05/consejos-y-frases-de-alfred-hitchcock.html>

Cuando era un niño, en una programación en blanco y negro de las 10 pm del único canal que emitían en Colombia por aquel entonces (Iniciaba a las 17 h y terminaba a las 24 de la noche), yo quedé absorto frente a la pantalla observando cómo el tipo más valeroso, elegante y apuesto que hasta entonces había visto, Cary Grant, por supuesto, corría desaforado por un desierto mientras que un avión lo perseguía para llenarlo de agujeros a punta de metrallata.

Me tienen que creer: en ese momento preciso, hubo un corte de la electricidad, el televisor y la corriente se apagaron, quedando con mi hermano a oscuras y en la más profunda de las intrigas. No sabía cómo se llamaba la película, mucho menos el director ni los protagonistas. Solo sé que quedé tallado por el hambre de historias como esas, obnubilado por la aventura, completamente capturado por la estética de esa película perfecta que atrapó todos nuestros sentidos y nos dejó una sed que hasta ahora nunca se me ha quitado por las buenas películas, por las buenas historias bien contadas.

Me demoré quince años en volver a encontrarme con esta obra maestra, o mejor, con algo de ella: el afiche promocional que congelaba la escena en el mismo punto en que la dejé cuando era un niño y me quedé colgado de mi fantasía lleno de dudas y de asuntos sin resolver. Ahí supe que era de Hitchcock, que tenía varios nombres (Intriga Internacional, Con la muerte en los talones, North by Northwest) que los secundarios después fueron superestrellas (Eva Marie Saint, James Mason, Martin Landau, Edward Platt), que Cary Grant era uno de los más característicos y representativos actores del star system del Hollywood dorado y que su director era uno de los más grandes genios del cine. El rey del suspenso, el mago del entretenimiento. Tardé otros cinco años soñando con vérmela otra vez, completa, pues en mi ciudad era muy difícil conseguir clásicos del cine. Cuando lo logré, casi lloro de la emoción.

Entendí por qué oculta razón un chico de provincia de escasos recursos y oportunidades termina siendo fanático del cine, por qué sin tener otras motivaciones había escrito ocho novelas y publicado cinco, por qué mi afición por las buenas historias y el buen cine. Creo que mi mayor deuda es con esta película inolvidable. Un derroche estético y técnico. Gracias maestro Alfred.



Nuevo

Una fórmula enriquecida

ES UN SUPLEMENTO DIETARIO, NO ES UN MEDICAMENTO Y NO SUPLE UNA ALIMENTACION EQUILIBRADA



EuroEtika

Tome nota

21 Agosto
Jornada de Actualización

22 Septiembre
Jornada de Actualización

23 y 24 Octubre
Simposio Endocrinología para el ginecólogo

13 Noviembre
Jornada de Actualización