



ASAGIO

ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Boletín 80

Enero - Marzo 2016

La esperanza es el sueño de los están despiertos. Carlomagno

Junta Directiva 2014 - 2016

Presidente:

Dr. Augusto Isaza Estrada
augustoisaza@hotmail.com

Vicepresidente:

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

Secretaria:

Dra. Nora Leidy Higuera Molina
nora24m@gmail.com

Tesorero:

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

Vocales:

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

Dr. Luis Fernando Escobar Aguilera
feamon2@gmail.com

Dr. Carlos Ignacio Uribe Pardo
ciuribe85@hotmail.com

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

Editorial

Estimados asociados:

Lo primero es desearles que en este año 2016 se realicen todos sus anhelos y deseos en lo personal, profesional y familiar.

El 2015 fue muy satisfactorio en cuanto a la actividad académica desarrollada, destacando una gran asistencia a los eventos. Este año iniciamos la actividad académica con el Simposio Internacional de Endometriosis profunda, destacando la participación internacional del Dr. Marcello Ceccaroni, a quien traemos desde Verona (Italia); se trata de un connotado especialista, considerado una autoridad mundial en el tema. Es de anotar que Asagio va a realizar una gran inversión económica en el desplazamiento del Dr. Ceccaroni, pero se justifica en razón del conocimiento que puedan recibir los asistentes. Lo acompañan excelentes expositores locales y nacionales.

El balance económico del año anterior fue ligeramente positivo, lo cual es satisfactorio debido a la situación que está padeciendo la industria farmacéutica. Para este año tenemos actualmente aprobada la participación de Tecnoquímicas y la promesa de otros laboratorios en el proyecto académico de la Asociación.

En marzo tendremos la asamblea ordinaria de Asagio en la cual se elegirá Presidente, Junta directiva y Fiscal. La postulación a Presidente debe ser enviada con antelación a la fecha de la asamblea, incluyendo el programa de trabajo propuesto para ser publicado en la página de Asagio. Posteriormente enviaremos la citación.

Extendemos una moción de agradecimiento a todos los miembros de junta, ya que con su trabajo se ha podido llevar a Asagio a una posición distinguida, reconocida y respetada entre las asociaciones del país; lo mismo al personal administrativo, a los laboratorios, a los asociados, y en especial a los asistentes a los eventos que son la razón de existir de Asagio. La participación activa y la asistencia a los eventos es la principal solicitud que les hago para este nuevo año.

*Augusto Isaza Estrada.
Presidente Asagio*

26-27 Febrero

**Simposio Internacional
Endoscopia ginecológica
Endometriosis profunda:
desafío multidisciplinario**

Hora: 7:00 - 7:00 p.m. (Viernes)
7:00 - 1:00 p.m. (Sábado)
Lugar: Audiotiro H.G.M.

29 Abril

Jornada de actualización

Hora: 4:00 - 7:00 p.m.
Lugar: Centro comercial Sandiego,
torre norte, piso 11

15-16 Julio

**Simposio
Actualización en ecografía
en ginecología y obstetricia**

Hora: 8:00 - 6:00 p.m. (Viernes)
8:00 - 1:00 p.m. (Sábado)
Lugar: Centro comercial Sandiego,
torre norte, piso 11

MANEJO MÉDICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA

Neider Cuadrado Jiménez

Urólogo, Hospital Universitario San Vicente Fundación

Tomado de las memorias del congreso de residentes U de A 2015

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es definida por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) como la pérdida involuntaria de orina.

Hay tres subtipos de incontinencia urinaria primaria identificados: De urgencia, de esfuerzos y mixta (1).

INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA: IUU

Caracterizada por un deseo abrupto de orinar, acompañado por una pérdida involuntaria de orina. Este tipo de incontinencia es más común en mujeres ancianas. Generalmente se encuentra asociada al Síndrome de Vejiga Hiperactiva, aunque éste puede presentarse sin incontinencia. La IUU puede ser no neurogénica, la cual ocurre en mujeres con infección del tracto urinario, ingestión de irritantes vesicales o de causas desconocidas. Esta última puede llamarse Vejiga Hiperactiva (VH) / Detrusor Hiperactivo (DHA).

INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: IUE

Caracterizada por una pérdida episódica de orina asociada con los esfuerzos o la actividad física. Ocurre cuando el esfínter urinario está alterado por debilidad del piso pélvico, alteración en la inervación esfinteriana o por daño intrínseco del esfínter.

INCONTINENCIA URINARIA MIXTA: IUM

Caracterizada por la presencia de síntomas tanto de urgencia como de esfuerzo.

IMPACTO

La IU tiene un considerable impacto social y económico, superando el impacto en la calidad de vida de la gran mayoría de enfermedades crónicas. Representa más de 1 millón de las consultas al año en USA, con un costo total de 19,5 billones de dólares. Afecta del 30 al 45% de las mujeres mayores de 60 años, mientras que solo afecta al 10-35% de los hombres, así como el 80% de la población de los hogares geriátricos. En las mujeres mayores de 60 años es más común la Incontinencia de Urgencia Mixta, representando hasta el 36% de todas las incontinencias.

FISIOPATOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO

Edad	Cirugía pélvica
Raza blanca	Parto con o sin instrumentación
Multiparidad	Menopausia
Embarazo	Obesidad
Anticonceptivos orales	Condiciones médicas (DM; Alt neurológicas)
Deportes de alto impacto	Alto consumo de líquidos, irritantes vesicales y cafeína

La IU aparece como consecuencia de la alteración en los mecanismos fisiológicos que controlan el llenado y vaciamiento vesical. El adecuado funcionamiento depende de una actividad coordinada del músculo liso y estriado de la vejiga, con la uretra y el piso pélvico. La vejiga y uretra constituyen una unidad funcional, la cual es controlada por eventos neuromusculares del complejo sistema nervioso central, periférico y autónomo. La falla en algunos de estos niveles resultará en alteraciones del llenado o vaciamiento vesical. Las alteraciones del llenado serán asociadas con IUU o IUE. Y alteraciones en el vaciamiento pueden llevar a retención urinaria, lo cual resulta en incontinencia por rebosamiento.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se debe realizar una adecuada exploración tanto del estado de ánimo como físico, que incluya evaluación de la presencia de un estado depresivo, exploración abdominal, pélvica y perineal. En el examen físico debe realizar una prueba de esfuerzo (Valsalva) para detectar incompetencia esfinteriana; identificar prolapso de órgano pélvico o atrofia genitourinaria; también es importante evaluar la función voluntaria de los músculos del piso de la pelvis mediante exploración vaginal y rectal.

Recomendaciones de evaluación en mujeres ancianas o débiles

	GR
Evaluación funcional (Movilidad, destreza manual, capacidad de ir al baño con éxito)	A
Evaluación de la Depresión	B
Evaluación cognitiva para ayudar a planear el tratamiento	C
Exploración rectal para identificar impactación fecal	C

GR= Grado de Recomendación

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial consiste en asesoramiento adecuado sobre los hábitos de vida, fisioterapia, pauta miccional programada, terapia conductual y medicación.

TERAPIAS CONSERVADORAS

Modificación de los hábitos de vida, fisioterapia, pauta miccional programada, terapia conductual.

FARMACOLÓGICO

El tratamiento óptimo debe individualizarse, teniendo en cuenta las enfermedades coexistentes, medicamentos concomitantes y el perfil farmacológico de los diferentes medicamentos.

Medicamentos usados en tratamiento de IUU (VHA/DH)

	GR
ANTIM USCARINICOS Tolterodina Darifenacina	A
ANTIDEPRESIVOS Duloxetina	B
HORMONAS Desmopresina Estrógenos Conjugados Locales	A C
TOXINAS Toxina Botulínica inyectada en el músculo detrusor.	A

GR= Grado de Recomendación

Medicamentos usados en tratamiento de IUE (Baja eficacia)

	GR
ANTIDEPRESIVOS Duloxetina	B

TRATAMIENTO INICIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES

Incontinencia con la actividad física

Incontinencia con síntomas mixtos

Incontinencia, o polaquiuria, con o sin incontinencia de urgencia

Evaluación general
Evaluación de síntomas urinarios
Evaluación de calidad de vida y deseo de tratamiento
Prueba de tos
Citoquímico de orina, urocultivo: y tratamiento si hay infección
Evaluación de estado estrógeno y tratamiento
Valoración de contracción voluntaria de músculos de piso pélvico
Evaluación de orina residual postmiccional

Supuesta incontinencia de esfuerzo, por incompetencia esfinteriana.

Incontinencia Mixta (tratamiento de síntomas en primer lugar).

Supuesta vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia de urgencia por detrusor hiperactivo.

Intervenciones sobre los hábitos de vida
Entrenamiento de musculatura de piso de pelvis (Vejiga hiperactiva e IUE)
Reentrenamiento vesical para la Vejiga hiperactiva
Duloxetina (IUE), antimuscarínicos (vejiga hiperactiva e IUU)

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

Incontinencia Complicada:
- Incontinencia recurrente
- Incontinencia asociada a:
Dolor, hematuria, infección recurrente, síntomas miccionales significativos, irradiación pélvica, cirugía pélvica radical, sospecha de fístulas

INDICACIONES DE REMISIÓN A ESPECIALISTA

- Cualquier paciente con Incontinencia de Urgencia.
- Cualquier paciente con Incontinencia y afectación clara de su calidad de vida.
- Dolor, hematuria, infecciones recurrentes, disfunción miccional, prolapso de órgano pélvico, sospecha de fistulas, fracaso de cirugía anti-incontinencia, radioterapia y cirugía pélvica previa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Female mixed urinary incontinence a Clinical Review. JAMA 2014; 311(19): 2007 – 2014 Deborah L. Myers.
2. The management of overactive bladder refractory to medical therapy. Dudley. Robinson. Maturitas 75 (2013); 386 – 390.
3. Incontinence Med Clin N Am 95 (2011) 539 – 354.
4. Guía Clínica Sobre La Incontinencia Urinaria. European Association of Urology 2010.
5. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence. A Systematic review. European Urology 65 (2014) 79-95.



ASAGIO

CITACIÓN A LA ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA DE SOCIOS ASOCIACIÓN ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, ASAGIO

Lunes, 14 de marzo/2016 - Hotel Four Points By Sheraton
06:00 p.m - 09:00 p.m.

Elección Nueva Junta Directiva Período 2016-2018

Enviar al correo electrónico: asagio@une.net.co

1. Carta de postulación como candidato a la presidencia - ASAGIO
2. Programa de trabajo
3. Planchas

Fecha máxima de envío 01 de marzo 2016

Recuerde!!!

Tienen voz y voto todos los asociados que se encuentre a Paz y Salvo con ASAGIO, al 31 de diciembre de 2015.

ASAGIO - Asociación Antioqueña de
Obstetricia y Ginecología
Teléfono: 2627515 - Telefax: 2623513
Celular: 313-6841417
asagio@une.net.co
educacionmedica@asagio.org
Medellín / Colombia

www.asagio.org



Tecnoquímicas

Ginecólogos piden a Minsalud no restringir uso de misoprostol

Tomado de: <http://www.elspectador.com/noticias/salud/ginecologos-piden-minsalud-no-restringir-uso-de-misopro-articulo-570540>

Federación Colombiana de Ginecología asegura que Colombia podría retroceder en control de mortalidad materna por las limitaciones impuestas a este medicamento que también se utiliza en interrupciones del embarazo.

El misoprostol es uno de los fármacos más utilizados por los ginecólogos. Lo usan cuando necesitan evacuar un feto muerto, lo usan para inducir un parto cuando las cosas no marchan bien y es una alternativa muy eficaz cuando sobreviene una hemorragia después del parto. Además, el misoprostol es uno de los caminos más seguros a la hora de interrumpir un embarazo.

Édgar Iván Ortiz, presidente de la Federación Colombiana de Ginecología, dice que las restricciones impuestas por el Ministerio de Salud a este medicamento están perjudicando la práctica médica, y sospecha que esto eventualmente tendrá repercusiones en la lucha por reducir la mortalidad materna, que actualmente ronda las 54,62 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

“Lo que estamos planteando es que hemos avanzado en la reducción de la mortalidad materna, pero estamos preocupados porque hay medidas que nos pueden echar para atrás”, dice Ortiz refiriéndose a la “banda violeta” que se impuso al uso del misoprostol. La banda violeta identifica los medicamentos de control especial en Colombia.

De acuerdo con el presidente de la Federación de Ginecología, “la banda violeta dificulta el acceso. Antes bastaba la prescripción del médico. Hoy se requieren una formulación especial y una serie de controles. Esto lo hace engorroso para los usuarios”.

Más que el Ministerio de Salud, el responsable de esta situación fue el Consejo de Estado. En 2013 una sentencia de este tribunal le ordenó al Invima mantener el uso del misoprostol en programas de salud pública, es decir, permitió que permaneciera dentro del Plan Obligatorio de Salud, pero “con controles”. Así, fueron los jueces quienes pensaron que la banda violeta resolvería el dilema entre la necesidad de este medicamento y el mal uso que le venía dando una parte de la población en la interrupción de embarazos.

Ortiz dice que el gremio de ginecólogos, así como Profamilia, están intentando promover una reunión con las autoridades de salud para buscar alternativas que no restrinjan el uso del medicamento. Quieren demostrar con evidencia médica que el misoprostol no puede estar al mismo nivel de los estupefacientes.

El Ministerio de Salud se encuentra evaluando el tema y por ahora no ha hecho ningún pronunciamiento.

La queja de los ginecólogos coincide con la presentación del informe final de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El quinto de los ocho objetivos propende por mejorar la salud materna. A pesar de los avances, Colombia quedó con una gran deuda. En 1998, cuando se trazó la línea base, ocurrían 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), este índice a 2013 era de 54,62 muertes por cada 100.000. Una cifra que oculta disparidades regionales. En 2011, por ejemplo, el Chocó registró una tasa de 357,97 mujeres muertas por cada 100.000 nacidos vivos: casi siete veces el promedio nacional. En La Guajira ese mismo año la cifra llegó a 166,85 mujeres muertas por cada 100.000 nacidos vivos.

Ortiz dice que la percepción que existe hoy entre grupos de mujeres y especialistas en ginecología es que detrás de esta serie de controles se esconde un interés en poner barreras al derecho de la mujer para decidir sobre su propio cuerpo y su embarazo. De hecho, el procurador, Alejandro Ordóñez, fue uno de los primeros en oponerse a la inclusión del misoprostol en el POS.

APUNTES LITERARIOS. Emilio Alberto Restrepo Baena

VARGAS LLOSA Y GARCÍA MARQUEZ: SIMILITUDES LLAMATIVAS

Si bien el famoso puñetazo propinado por Vargas Llosa a García Márquez en 1976 los separó para siempre, la vida de ambos escritores tiene una serie de semejanzas y paralelismos que haría las delicias de un cabalista, un numerólogo o un especialista en bioritmos.

El Premio Nobel de Literatura entregado al primero en 2010 volvió a hacer confluir las carreras de Mario Vargas Llosa y Gabriel García Márquez, ganador del mismo en 1982, quienes se habían conocido en Venezuela, en 1967 y, (y aquí empiezan las semejanzas) fueron las dos figuras más emblemáticas del “Boom Latinoamericano”.

Para comenzar, ambos fueron ganadores del premio Rómulo Gallegos, el peruano en el año en que se conocieron y el colombiano, posteriormente, en 1972, con “Cien Años de Soledad”, que se convertiría además en núcleo de la tesis doctoral de Vargas Llosa, “Historia de un deicidio”, con la cual se graduó en la Universidad Complutense de Madrid.

Dice Salvador García:

“Así que no parece meramente fortuito que las dos primeras entregas del Premio Rómulo Gallegos, el más prestigioso entonces de la lengua castellana, recayera en las mejores novelas de estos autores: La Casa Verde y Cien años de soledad, y que los discursos y las actitudes políticas asumidos por ambos durante la entrega de aquéllos constituyeran dos de los mayores escándalos político-literarios de América Latina de los años sesenta y setenta.” (http://blogs.periodistadigital.com/aeu.php/2007/03/27/gabriel_y_mario_dos_amigos)

Citamos a Jacobo Dolano:

“Al trazar un paralelo entre ambos autores surgen una serie de extrañas coincidencias biográficas que parecen sacadas de sus propias novelas y marcan el contenido de sus obras. Viven desde hace décadas vidas entrelazadas; contemporáneos, ambos nacidos en el mes de marzo, escritores y periodistas con una vasta creatividad y rica narrativa. Compañeros primero, amigos íntimos después y finalmente protagonistas de un enfrentamiento, que terminó con un ojo morado del colombiano y le puso punto final a una de las simpatías más fructíferas de la historia de la literatura.” (<http://elpilon.com.co/vargas-llosa-vs-garcia-marquez/>)

Hay que recordar que en sus inicios, ambos vivieron varios años en París y en Barcelona.

Dice Dasso Saldívar en la obra sobre Gabo, “El viaje a la semilla”: “Esta admiración mutua tenía su origen no sólo en el hecho evidente de ser ambos dos grandes de la novela latinoamericana, sino tal vez en el hecho mágico del soterrado paralelismo de sus vidas, un paralelismo que parece sacado de las páginas del divino Plutarco.

Ambos habían sido criados por sus abuelos maternos con todas las complacencias y habían sido dos niños mimados y caprichosos que perdieron el paraíso de su infancia a los diez años; Ambos conocieron tarde a sus padres y su relación con ellos sería una relación de desencuentro, entre otras razones, porque éstos expresaron su reserva o su oposición a la vocación de sus hijos; Ambos estudiaron en colegios religiosos y cursaron el bachillerato como internos en centros de régimen monacal o castrense, abrazando la literatura como refugio y como afirmación de su identidad frente a un ambiente que les es hostil o repugnante; Ambos encontraron en el teatro y la poesía los pilares iniciales de su formación literaria y escribieron versos en su adolescencia y publicaron su primer cuento casi a la misma edad; Ambos leyeron con fervor a Alejandro Dumas y a Tolstoi, a Rubén Darío y a Faulkner, a Borges y a Neruda;

Ambos empezaron a ganarse la vida en periódicos de provincia en condiciones muy precarias y llegaron muy jóvenes a Europa atraídos por el mito literario de París, donde siguieron viviendo del periodismo, padeciendo en la Ciudad Luz los días tal vez más oscuros de sus vidas; Ambos pudieron seguir escribiendo sus libros gracias a las buhardillas que los mismos esposos M. y Mme. Lacroix les fiaron durante meses en dos hoteles del Barrio Latino y ambos vieron rechazadas sus primeras novelas por editoriales de la misma ciudad de Buenos Aires; de orientación marxista, los dos eludieron siempre la militancia política en partidos de izquierda y eran defensores confesos de la revolución cubana; Ambos serían amigos y defines del gran poeta de las Américas, Pablo Neruda, y terminarían siendo los «hijos» predilectos de la misma Mamá Grande, Carmen Balcells; y, como punto de convergencia, los dos llegarían a ser las estrellas más rutilantes del firmamento de la nueva novela latinoamericana, del impropia y tópicamente llamado “Boom.”

Desde el punto de vista de parentesco familiar, dadas sus excelentes relaciones de aquellos años, llegaron hasta el compadrazgo:

“El padrino de bautizo del segundo hijo de Gabo, Gabriel Rodrigo, es Vargas Llosa, de hecho.”

(<http://www.elpais.com.co/elpais/cultura/noticias/historia-puno-parti-o-amistad-entre-vargas-llosa-y-garcia-marquez>)

García Márquez hizo de padrino en el bautizo del segundo hijo de los Vargas Llosa, a quien pusieron de nombre Gabriel Rodrigo Gonzalo.

(<http://www.elmundo.es/suplementos/cronica/2007/593/1173567605.html>)

Una de las mejores y más impresionantes anécdotas, es la que sigue.

Dice Oscar Alarcón:

“Así les ha sucedido innumerables veces, infinidades, desde cuando varios años atrás ambos habrían de recordar los albergues parisinos en donde, sin saberlo, estuvieron en épocas distintas, pobres e indocumentados, esperando ellos el trabajo o la ayuda para conseguir lo que siempre deseaban lograr y lo obtuvieron: ser escritores. Esa es la increíble y triste historia de estos dos grandes novelistas latinoamericanos, llena de paradoja pero que siempre confluyen...”

Cuando en los años cincuenta García Márquez viajó a París, como enviado especial de éste diario, llegó al hotel Flandre, en rue Cujas. El periódico lo cerraron y como el coronel de su novela, que entonces la escribía desde allí, y en la que reflejó su propia situación del momento, él no esperaba una pensión sino algo con que pagar la pensión. La dueña le permitió quedarse de gratis, hasta cuando pudiera ponerse al día, siempre que se ubicara en la guardilla y arreglara diariamente sus propias cosas. Igual le pasó a Vargas Llosa años después, entonces con su tía Julia, pero en el hotel Wetter, muy cerca del otro –ambos en el barrio latino–, en rue du Sommerard. Con el tiempo se dieron cuenta de que quien le había fiado al primero era la misma que años después dio albergue al segundo, la señora Lacroix. Después, mucho después, cuando la “madame” vio al colombiano, lo reconoció enseguida y con admiración exclamó: “¡Claro que lo conozco! Es el señor Márquez, el periodista del último piso”.

(<http://blogs.elspectador.com/elmagazin/2010/10/08/los-derechos-de-vargas-llosa/>)

Otra referencia: <http://quijote.skynetblogs.be/novela/>

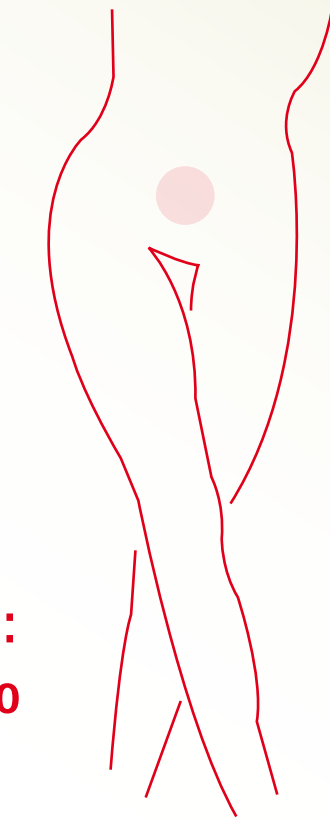
26 y 27
Febrero/2016

Medellín - Colombia
Hospital General

Simposio Internacional

Endoscopia
Ginecológica
ASAGIO 2016

Endometriosis profunda:
Desafío multidisciplinario



Conferencistas

Invitado Internacional:

Dr. Marcello Ceccaroni (Italia)

Invitados Nacionales:

Dr. Juan Diego Villegas (Pereira)
Dr. Jean Pierre Vergnaud Córdoba
Dr. Carlos Contreras
Dr. Carlos Mario Gonzalez
Dr. Jose Fernando De Los Rios Posada
Dr. Juan David Castañeda Roldan
Dr. Juan Ricardo Marquez
Dr. Luis Alberto Almanza Payares
Dr. Luis Alberto Jimenez
Dr. Ricardo Adolfo Vasquez Ruiz
Dr. Sergio Hernandez
Dra. Adriana Maria Arango Martinez
Dra. Claudia Cristina Lopez Ruiz
Dra. Claudia Huertas
Dra. Martha Carolina Cifuentes Pardo

Viernes, 26 de febrero/2016 - Mañana

Sesión 1:

Aspectos generales y diagnóstico por imágenes

Objetivo de la sesión: Ofrecer al público información clara y puntual acerca de la incidencia, fisiopatología y métodos diagnósticos usados para enfocar la patología y definir las estrategias de manejo.

Publico objetivo:

Ginecólogos.

Ginecólogos laparoscopistas.

Cirujanos generales.

Coloproctólogos.

Radiólogos.

Ecografistas.

Residentes de dichas especialidades.

- 7:00 presentación del simposio
7:10 magnitud del problema (epidemiología)
Dr. Luis Alberto Almanza Payares
- 7:40 Fisiopatología, clínica.**
Dr. Luis Alberto Jimenez
- 8:10 La importancia de las imagenes dependiendo del protocolo usado para tomar decisiones quirúrgicas, cuales datos son útiles para el cirujano?**
Dr. Jose Fernando De Los Rios
- 8:40 Cofee Break
- 9:00 Resonancia magnética nuclear**
Dra. Claudia Huertas
- 9:30 Mapeo de endometriosis profunda por ultrasonido.**
Dr. Carlos Contreras
- 10:00 Endosonografía transrectal**
Dr. Sergio Hernandez
- 10:30 Colon por enema.**
Dr. Carlos Mario Gonzalez
- 11:00 Discusion.** cual hacer entonces? todos? en que orden? cual brinda la información mas completa al cirujano? cual complementa a cual? tiene algun papel la colonoscopia?
- 11:30 Almuerzo (Libre)

Viernes, 26 de febrero/2016 - Tarde

Sesión 2:

Técnicas quirúrgicas y resultados

Objetivo de la sesión: Presentar en detalle y discutir sobre las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas para abordar la endometriosis rectal.

Publico objetivo:

Ginecólogos.

Ginecólogos laparoscopistas.

Cirujanos generales.

Coloproctólogos.

Residentes de dichas especialidades.

- 1:45 Presentacion de la sesión
2:00 Indicaciones quirúrgias. quien requiere y quien no requiere cirugia. como y cuando se decide el tipo de cirugia. prequirúrgico? en el intraoperatorio?
Dra. Claudia López
- 2:30 Afeitado o nodulectomia**
Dr. Ricardo Adolfo Vásquez Ruiz
- 3:00 Resección discoide.**
Dr. Juan Diego Villegas
- 3:30 **Resección segmentaria y anastomosis terminoterminal: guia paso a paso dictada por un experto.**
Dr. Marcello Ceccaroni
- 4:15 Coffe break.
- 4:40 Mesa redonda: tips quirurgicos.**
Dr. Marcello Ceccaroni
Dr. Jean Pierre Vergnaud
Dr. Juan Diego Villegas
Temario: tips para resecciones ultrabajas – cuando hacer ileostomia – ileostomia vs colostomia – preparacion de colon previa si o no?- parche de epiplon cuando hay otras lineas de sutura? – nivel de la disección proximal – como evitar la tension en el muñon? – como evitar denervacion? – que tan pelado debe quedar el recto - anastomosis terminoterminal o terminolateral? – prueba neumatica o con azul? – cuanto tiempo la derivación? colon por enema previo al cierre de la ileostomia? – manejo pop: fast track? – que hacer cuando hay multifocalidad? – si no se hace ileostomia dejar un dren? – utilidad del stent colonico para proteger la anastomosis?. es el afeitado una cirugia adecuada?
- 5:40 Manejo de la endometriosis ileocecal**
Dr. Marcello Ceccaroni
- 6:25 Manejo medico en endometriosis profunda.**
Dra. Carolina Cifuentes Pardo

Sábado, 27 de febrero/2016 - Mañana

Sesión 3:

Experiencias y complicaciones

Objetivo de la sesión: Presentar y conocer la experiencia y casuística de los distintos grupos que trabajan en Endometriosis rectal. Enumerar, explicar y reconocer las diferentes complicaciones de los tratamientos y las posibles formas de evitarlas y/o tratarlas.

Publico objetivo:

Ginecólogos.

Ginecólogos laparoscopistas.

Ginecólogos oncólogos.

Cirujanos generales.

Coloproctólogos.

Residentes de dichas especialidades.

7:45 Presentación de la sesión.

Experiencia nacional

8:00 **Pereira** *Dr. Juan Diego Villegas*

8:20 **Medellin** *Dr. Jean Pierre Vergnaud*

Experiencia internacional

8:40 **Verona – Italia.** *Dr. Marcello Ceccaroni*

9:10 **resultados a largo plazo de las pacientes post. cirugía rectal por endometriosis.**
(fistulas, estenosis, tenesmo rectal, calidad de vida, recaídas). origen de las complicaciones.
Dr. Juan David Castañeda Roldan

9:40 Coffee break

10:00 **Se justifica un procedimiento tan agresivo para una enfermedad benigna?**

Dr. Juan Ricardo Marquez

10:30 **Endometriosis en los nervios pelvicos: pudendo y ciatico.**

Dr. Marcello Ceccaroni

11:00 **Técnica quirúrgica de neuroconservación en endometriosis y oncología.**

Dr. Marcello Ceccaroni

11:30 **Endometriosis profunda e infertilidad.**

Dr. Adriana Arango Martinez