



ASAGIO

ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Boletín **81** Abril - Junio 2016

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 Higueta 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

"Somos lo que somos día a día; de modo que la excelencia no es una acto, sino un hábito". Aristóteles

Editorial

29

Abril

Jornada de actualización

Hora: 4:00 - 7:00 p.m.

Lugar: Centro comercial Sandiego,
torre norte, piso 11

Cordial saludo:

El pasado 14 de marzo se realizó la asamblea anual ordinaria en la cual se presentó un balance económico al 2015, estable para ASAGIO. Se destacó la buena respuesta en asistencia a los 8 eventos realizados en 2015, con un promedio de 85 asistentes por reunión. Se resalta que los eventos no tuvieron costo para los asociados, pues se sabe que este es un buen incentivo, además de presentar charlas de gran contenido académico, actualizadas para el buen desempeño de nuestra especialidad.

Se eligió la nueva junta directiva conformada por los Dres. Ana Ángel, Jaid Alexis Cardona, Luis Fernando Escobar, Juan Carlos Restrepo, Carlos Ignacio Uribe, Jorge Tirado; como Fiscal el doctor Edgar Adel Noreña y como presidente fui reelegido en el cargo. Esta junta iniciará labores el mes de julio próximo. Quiero dar los agradecimientos al doctor Carlos Buitrago por su gran colaboración y entrega en la elaboración y desarrollo del programa académico en los 2 años como vicepresidente de ASAGIO. También agradecer a la doctora Nora Higueta su colaboración como secretaria de la junta.

El simposio de endometriosis profunda realizado el 26 y 27 de febrero tuvo 120 asistentes y 16 expositores; de otros departamentos vinieron 36 asistentes, lo que resalta la importancia académica y la calidad de Antioquia en la realización del evento.

Les recuerdo que al momento están participando con ASAGIO en nuestra educación médica los laboratorios: Grupo Abbott, Bayer, Grunenthal, M.S.D., Procaps y Tecnoquímicas. Por favor tengan en cuenta a quienes nos apoyan e inviten a los otros laboratorios a que participen de nuestras actividades académicas.

La tarde académica del 29 de abril tiene unas charlas interesantes; premiaremos su asistencia si se encuentra a paz y salvo en ASAGIO con la rifa de 3 bonos de \$400.000 para asistir al XXX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología en Cali. Recuerden que el requisito para poder asistir al Congreso es estar a paz y salvo con ASAGIO. En su agenda tenga presente el Simposio de ecografía en obstetricia y ginecología el 15 y 16 de julio en el Centro Comercial Sandiego, el cual es gratis para los asociados a paz y salvo.

Voy a participar como Vocal de la zona Centro que representa Antioquia, Caldas, Quindío y Risaralda en la próxima junta de FECOLSOG. Es importante que Antioquia vuelva a tener participación y representación nacional en los eventos y ese será mi propósito. También se está trabajando por parte de FECOLSOG en el Sindicato Nacional de ginecología y obstetricia; estaremos esperando nuevas directrices para conformar el sindicato en Antioquia.

Se tiene en programación la reforma de los estatutos de ASAGIO. Incluiremos en la Junta de ASAGIO a un Residente invitado permanente, con el fin de que conozcan mejor la asociación y nos den ideas para el futuro.

*Augusto Isaza Estrada
Presidente ASAGIO*

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

Cirugía bariátrica y embarazo

Tomado del libro de memorias del XXIV
CURSO de Residentes U de A, 2016, con permiso de su editor

Dr. Félix Mauricio Carmona Vargas
Residente de III año de Ginecología y Obstetricia U de A

Introducción

La prevalencia de la obesidad está aumentando en cifras alarmantes en todo el mundo y es preciso ahora pensar en ella como un problema de salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 1.000 millones de personas en el mundo padecen exceso de peso, y de ellas, 300 millones son obesas

El continuo incremento en la prevalencia de la obesidad en los últimos años en países como EE.UU, Gran Bretaña e incluso en algunos otros en vías de desarrollo, no puede ser atribuido solo a factores genéticos. Por el contrario, este aumento indica más bien que son la conducta y los cambios en el estilo de vida de las sociedades modernas los que han llevado a un claro desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas por el metabolismo y la actividad física.

Las consecuencias negativas sobre la salud, el impacto en la economía y los problemas psicosociales que acarrea el desproporcionado incremento en la incidencia de la obesidad, hasta ahora son incalculables con un estimado preciso.

La obesidad está asociada con un sin número de complicaciones médicas que van desde lo estrictamente mecánico, como la artrosis y otras situaciones de gran deterioro corporal, hasta vivir con el temor de desarrollar o finalmente padecer condiciones crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, depresión, entre otras.

Obesidad y embarazo

La prevalencia de la obesidad en el embarazo también ha aumentado notablemente en rangos del 10 al 35%, con el agravante de generar factores de riesgo adicionales para desenlaces maternos y perinatales adversos, dentro de los cuales se destacan en la madre: hipertensión (gestacional y pre eclampsia), diabetes, inducción del parto, parto por cesárea, hemorragia posparto, eventos trombo-embólicos, morbilidad infecciosa posoperatoria y aborto; en el feto: parto pre término, anomalías del neuro desarrollo, defectos del tubo neural, cardíacos, onfalocelo, macrosomía, trauma obstétrico, obesidad infantil, entre otros.

Manejo de la obesidad

De todas las enfermedades que existen hasta el momento en la medicina moderna, quizás una de las más desafiantes desde el punto de vista del tratamiento es la obesidad; por tanto, los cuidados en esta entidad deberían ser enfocados con más énfasis hacia la prevención.

Existen diferentes estrategias de manejo que van desde la modificación en las conductas y estilos de vida (dieta, ejercicio), la farmacoterapia y finalmente la cirugía bariátrica. El tratamiento médico que intenta disminuir el exceso de peso en pacientes obesos se basa en el manejo endocrinológico especializado con modificaciones en estas conductas. Los resultados de estos tratamientos a largo plazo son muy pobres, puesto que más del 90% de los pacientes vuelven a ganar peso en los años siguientes al tratamiento. Desafortunadamente, de todas estas estrategias, la única que genera una reducción significativa y un efecto duradero en el tiempo con pérdida del exceso de índice de masa corporal de más del 60 % a largo plazo, corrección de condiciones comórbidas y mejoría en la supervivencia en general, es la cirugía bariátrica.

Las indicaciones actuales para este procedimiento incluyen: terapia médica por mínimo 6 meses y un índice de masa corporal igual o mayor a 40 kg/m², o 35 kg/m² con comorbilidades asociadas a la obesidad.

El número de estos procedimientos ha incrementado notablemente en la última década y las mujeres representan un 84 % de los pacientes sometidos a ellos.

No existen contraindicaciones en lo que respecta a edad, cirugías abdominales previas o la falla de la cirugía bariátrica previa; se consideran contraindicaciones absolutas la adicción a sustancias de abuso, depresión no controlada, esquizofrenia, personalidad limítrofe, y el no cumplimiento de un régimen médico previo.

Tipos de cirugía bariátrica

A lo largo de la historia se han descrito diferentes procedimientos quirúrgicos en el campo de la cirugía bariátrica, los cuales se basan en dos principios, restrictivo y malabsortivo, que pueden combinarse en algunas técnicas llamadas restrictivas/malabsortivas (3)

Herrickson en 1952, empleó por primera vez la resección intestinal para el tratamiento de la obesidad y posteriormente en la década de los 50, Payne introdujo el bypass yeyuno cólico, que más adelante fue abandonado por la alta tasa de complicaciones (malabsorción grave, desnutrición, falla hepática) (4,3). El procedimiento malabsortivo de bypass yeyuno ileal propuesto por Varc, Krimer, Lenner y Nelson en 1953, dominó la cirugía bariátrica por 20 años, debido a la excelente pérdida de peso lograda, pero tuvo que dar paso al bypass gástrico por sus complicaciones (síndrome de burbuja gaseosa, diarrea, desequilibrio de electrolitos, falla hepática, nefrolitiasis, estados febriles, y alteraciones cutáneas) (5,3)

En 1967, Masson e Ito preconizaron el uso del bypass gástrico, que con algunas modificaciones (convirtiéndolo en un bypass gástrico en forma de gastroyeyunostomía en Y de Rouss) persiste hasta la actualidad y es de hecho una de las cirugías más frecuentemente realizadas para el tratamiento de la obesidad mórbida, e incluso para algunos es el estándar de oro (6,3)

La implementación de esta técnica por vía laparoscópica, se ha convertido en la cirugía bariátrica más prevalente en Norteamérica, a través del abordaje mínimamente invasivo (5)

En 1986, Kuzmak introdujo la banda gástrica ajustable, que además de dividir en compartimentos el estómago, añadía las ventajas en el control del calibre del estoma según las necesidades del paciente, mediante la insuflación o deflación de la banda constrictora, mediante punción percutánea del reservorio. (3)

Las cirugías restrictivas muestran un porcentaje menor de pérdida de peso al compararlas con los procedimientos de bypass; pero tienen como ventaja ser cirugías menos radicales, con menores deficiencias metabólicas y nutricionales. (7)

Embarazo después de cirugía bariátrica Nutrición y anemia

Los pacientes de cirugía bariátrica requieren un seguimiento permanente de los parámetros hematológicos. La anemia por deficiencia de hierro es una de las complicaciones más comunes a largo plazo y ocurre en 6-50% de los pacientes después de RYGB. Las razones de esta incluyen la disminución de la ingesta alimentaria, debido a la intolerancia a ciertos alimentos (carnes rojas), disminución de la secreción de ácido gástrico (atribuido a un menor número de células parietales) y la exclusión del duodeno dentro de este nuevo circuito. La deficiencia de ácido fólico puede ocurrir como resultado de la disminución de la producción gástrica de ácido clorhídrico, que permite la absorción de este elemento en el tercio superior del intestino. La deficiencia de ácido fólico se presenta aproximadamente en un 38% de los pacientes después de RYGBP. Además de las deficiencias de hierro y ácido fólico, uno de los factores importantes a considerar en el embarazo son las deficiencias de vitaminas liposolubles y vitamina B12. (2)

De pacientes frustrados y médicos agredidos

Tomado de: www.elespectador.com (Editorial del 18 de enero de 2016)

Es deber de los colombianos hacer uso responsable de las urgencias, y del Estado abrir más puertas de acceso al sistema de salud

“Nos acostumbramos tanto a que nos traten a los putazos, que parece que fuera nuestro pan de cada día”. Ese es el testimonio que un médico le dio a El Espectador sobre las agresiones que él y sus colegas reciben por trabajar en los servicios de urgencias de clínicas y hospitales. Un informe sobre este tema, publicado por la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACCH), parece resumir todos los problemas que tiene el sistema de salud colombiano. Si bien el diagnóstico parece claro, la solución aún se encuentra lejos de ser implementada.

En total, la ACCH examinó 56 hospitales y clínicas. El resultado: 15 de cada 100 empleados reciben algún tipo de agresión mientras están de turno. La violencia, por lo general, es verbal (98%), seguida por la física (27%) y la sexual (1,6%). El 28,2% de quienes pertenecen al segundo grupo dañan los recintos y el 8,3% utiliza armas. La mayor parte de los agredidos fueron auxiliares de enfermería (40,8%) y médicos generales (25,6%). Increíble e inaceptable.

¿Qué sucede? Más allá de algunos casos de mal comportamiento típico (borrachos que entran y causan estragos), la mayoría de las situaciones puede explicarse por la frustración que produce un sistema de salud desbordado. Aquí es donde este informe se encuentra con las fallas estructurales que desde hace años se vienen denunciando.

Lo confirma Juan Carlos Giraldo, director de la ACCH: “los usuarios encontraron en las urgencias las puertas para acceder al sistema, porque otras están cerradas. Es un signo de desesperación”.

Lo mismo dice el Ministerio de Salud. Luis Fernando Correa, jefe de la oficina de Emergencias y Desastres de esa cartera, repite las fallas identificadas: el número de camas hospitalarias es mucho menor del que el país requiere, los pacientes no tienen claridad sobre lo que es una urgencia, las entidades promotoras de salud (EPS) deben crear horarios extendidos, a veces no hay disponibilidad de especialistas, y los usuarios no entienden que no pueden ser atendidos por orden de llegada sino por la complejidad de su urgencia. Un informe de la Personería de Bogotá menciona, por citar los casos más graves, que el hospital de Kennedy tiene un sobrecupo en urgencias del 538%.

En otras palabras, todas las partes involucradas tienen una porción de la culpa. Bien, el problema está identificado. ¿Y la solución?

El debate está atrasado, entre varias razones, porque el problema de las agresiones nunca se había documentado con seriedad antes de este informe de la ACCH. Y, sin embargo, pese a que ahora existen cifras, la frustración parece ser el común denominador entre los involucrados. Se habla de reformas, sí, pero es lo mismo que se viene diciendo desde hace años. Pese a que el Ministerio de Salud ha iniciado un proyecto de intervención en el sistema que hemos celebrado en este espacio, falta mucho por hacer.

Es evidente, por lo menos, que debe hacerse una campaña de concienciación sobre los tipos de hospitales y sus respectivas urgencias. Es deber de los colombianos hacer uso responsable de ellos. Los de mayor especialización pueden encargarse de los casos más graves, y el resto de las demás situaciones.

De la mano con lo anterior, es necesario que se extiendan los horarios de consultas prioritarias. Eso abriría una de las puertas de acceso al sistema que, por no estar disponible, colapsa las urgencias.

Con seguridad, estos serían apenas paños de agua tibia para los problemas de la prestación de salud en Colombia, pero empezaría a tratar uno de los peores síntomas de todo este asunto: la frustración de los pacientes en su demanda de atención.

Complicaciones quirúrgicas

Algunas de las complicaciones quirúrgicas conocidas de la cirugía bariátrica, incluyen: hernias internas (1% -5%), bandas adhesivas, hernias encarceladas, y fugas anastomóticas. Después de cirugías restrictivas, obstrucciones del estoma esofágico y gástrico, puede ocurrir deslizamiento o migración de la banda. Algunas series han informado mayor prevalencia de migración de la banda durante el embarazo, 2,4 % en el lapso de tiempo de 40 semanas, en comparación con el 6% a más de 10 años en pacientes no embarazadas. La presentación de estos problemas pueden incluir disminución del apetito, náuseas, vómitos, dolor abdominal, cambios en el hábito intestinal; todo lo cual puede ocurrir en un embarazo de curso normal. Varios resultados adversos, incluyendo obstrucciones intestinales, erosiones de la banda y muerte durante el embarazo se han descrito en reportes de caso. Las mujeres embarazadas pueden tener un mayor riesgo de obstrucción intestinal debido a un aumento de la presión abdominal asociado con un útero grávido, sin embargo algunas de estas complicaciones se han presentado también en el primer trimestre. (2)

Recomendaciones para el cuidado durante el embarazo

En general, no existen directrices basadas en la evidencia o algún consenso en relación con el manejo nutricional de un embarazo después de la cirugía bariátrica, por lo que las recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento son similares a la población bariátrica no embarazada.

Las deficiencias de nutrientes son menos comunes después de los procedimientos puramente restrictivos, pero pueden ocurrir especialmente en pacientes que tienen intolerancia a ciertos alimentos específicos o consumen el exceso de calorías en forma líquida. Las deficiencias de proteínas son menos comunes con los procedimientos bariátricos que se realizan hoy en día. Si la anemia por deficiencia de hierro se diagnostica, el tratamiento y las pruebas de seguimiento que se recomiendan son iguales que en cualquier otra paciente embarazada; las formulaciones de hierro ferroso, debido a que se absorben más fácilmente, deben ser prescritas (es decir, el sulfato ferroso 325 mg o fumarato ferroso 200 mg, ambos proporcionan 65 mg de hierro elemental por comprimido). Una o dos veces al día, es suficiente para prevenir la deficiencia de hierro, y 3 o 4 veces la dosis diaria se recomienda para restaurar el hierro (2)

Las necesidades de calcio para el embarazo normal son de 1200 mg por día y esta dosis también es apropiada para los pacientes de cirugía bariátrica. Para la protección contra los defectos del tubo neural del feto y otras anomalías congénitas, se aconseja diariamente 400 µg de ácido fólico; la recomendación para la ingesta de proteínas es la misma, independiente de la condición de la cirugía bariátrica: 60 g día.

El tamaño de la píldora para cualquier suplemento o cualquier otro medicamento oral debe ser inferior a 11 mm, de modo que puedan pasar a través de la zona restringida. No hay consenso en cuanto a la ingesta calórica durante el embarazo después de cirugía bariátrica, pero la pérdida de peso durante la gestación nunca ha sido recomendada.

FANTASMAGORÍA

Emilio Alberto Restrepo
www.emiliorestrepo.blogspot.com
<http://about.me/emiliorestrepo>

Durante muchos años evoqué las tibias vibraciones de ese tranvía que rodaba por Ayacucho, atravesaba el río y me llevaba hasta la América.

En esa época yo visitaba a mi prometida de entonces. Yo no sabía que cuando nos despedíamos y abordaba de nuevo el vagón para regresar a mi barrio, ella se dedicaba a recibir a aquel sujeto bigotudo, de traje presuntuoso y sombrero bombín que llegaba en su propio auto. Con el tiempo se convertiría en su esposo, pero no le duró mucho la dicha, porque a los pocos meses yo me encargué de que hiciera la transición a viuda sin que apenas nadie me relacionara con los hechos. Todo pasó como un desafortunado accidente. Era una simple cuestión de reparación que me debía la engañera.

Esa ha sido mi mayor ventaja: paso desapercibido, casi nadie nota mi presencia y casi nadie me echa una segunda mirada. Todavía hoy, sigue siendo de la misma forma. Incluso se ha acentuado más con el paso del tiempo. Es apenas natural.

Por eso me era tan fácil escabullirme tras de aquellos malandros que atracaban borrachos o campesinos en la Plaza de Cisneros o en Guayaquil y luego de despojarlos de sus sueldos o hasta de apuñalarlos, se montaban con toda la tranquilidad en el tranvía para llegar a sus casas como si nada perturbara su conciencia. Por aquellos días, yo gastaba mi tiempo en hacer el recorrido y mirar la gente y la ciudad a través de sus ventanas y ver pasar todo tipo cosas y aburrirme de tener que quedarme callado viendo abusos, robos y maltratos sin poder hacer nada al respecto. Hasta que no me aguanté y con sigilo empecé a detectar a cada sujeto que hacía una cosa mala y entonces lo acechaba, muchas veces siguiéndolo hasta calles oscuras en las barriadas, haciéndole pagar por haber atracado a ese anciano, o a ese obrerito o a esa salonera que había infamado su cuerpo con alientos y sudores de borrachos para llevarles comida a su madre y hermanitos.

Durante años, a falta de otra ocupación y totalmente convencido de la bondad de mis acciones, ejercí la justicia por mis propios medios, librando a la ciudad de muchas de esas alimañas que tanto mal le hacían a las gentes de bien, que estaban desprotegidas ante la iniquidad y el crimen. Casi nunca tuve problemas, jugaba con ventaja y al terminar la ruta llegaba a mi cuartico con la satisfacción del que hace las cosas bien hechas, con compromiso y criterio social.

Nadie lo sabía, pero me había convertido en un héroe anónimo que defendía al ciudadano del abuso y la agresión de los rufianes. Me había quedado con nadie, así que nadie me

esperaba al llegar por las noches; estaba curado en asuntos de malos amores y soledades y en el tranvía tenía todo lo que necesitaba para pasar mi tiempo y detectar aquellos que le hacían mal al prójimo, haciéndoles pagar por ello.

Tuve que parar, cuando me gané una cuchillada de un ladronzuelo de dedos ágiles más escurridizo que todos, que terminó clavándome su daga en todo el pecho. Fui a dar con mis carnitas al Hospital de San Vicente, literalmente vi el túnel, recorrí oscuros e insondables senderos, pero al volver a mis andanzas no descansé hasta que el maldito terminó bajo las ruedas de una volqueta, empujado por un par de brazos obstinados contra su espalda en una de las curvas bruscas que daba el tranvía al cambiar de ruta, retomando el sentido del Bosque de la Independencia hacia el centro.

Luego de eso, el nuevo orden de vida arrasó con muchos aspectos de la ciudad, entre ellos el tranvía de Ayacucho, que se había vuelto parte mi existencia. Sin él, muchas cosas no tenían sentido, todo flotaba como en medio de una nube, la gente pasaba por mi lado sin apenas verme y me tocó conformarme con ser un sujeto pasivo contra una muchedumbre de pillos que crecía y crecía al vaivén loco de una ciudad que no hacía sino multiplicarse sin control, a un ritmo de vértigo que me hizo cruzar los brazos en una desazón de me hería de impotencia.

Ahora escucho en todas partes que el tranvía vuelve, es una realidad que vuelve y no veo la hora de montar en él y divisar de nuevo esta mole de ciudad que tanto se ha transformado. Yo no he cambiado para nada, lo he extrañado demasiado, no veo la hora de que arranque

nuevamente, me imagino que a más velocidad y con menos vibraciones, pero tranvía es tranvía. Tiene una magia que no sé explicar.

Ardo en deseos de volver a montarme en él, de apoderarme de un asiento y una ventanilla y dar vueltas y vueltas en un circuito que nunca es igual al otro ni rutinario. Me veo discreto, callado, haciéndome el desentendido, pero sin bajar la guardia, siempre alerta y vigilante. No veo la hora de estar pendiente y ver con disimulo a los malos que siempre están rondando a los buenos para tratar de dar el zarpazo, pretendiendo pasar impunes y sin un rasguño. Después de su golpe vendrá el mío, de eso pueden estar seguros y ya no tengo nada que perder.

Extraño los buenos tiempos, los buenos momentos y sé que puedo recuperar las sensaciones de los mejores años y volver a sentir todo eso que sentía, ese regocijo, ese aturdimiento, esa pasión que me embargaba cuando hacía justicia con mis manos, incluso cuando todavía estaba vivo. Ahora con mayor razón.

Ese ha sido mi destino desde siempre: vivir para regocijarme de la venganza justiciera que me alimentaba y morir en mi ley nadando en esas pantanosas aguas de la revancha. En este instante ya no veo la hora de tener una nueva oportunidad en el tranvía de Ayacucho, ahora que mis carnes se han vuelto inmunes a los cuchillos, a los golpes, a las balas, al olvido...





PROCAPS



Tecnoquímicas

Laboratorios vinculados con ASAGIO 2016

XXXVII ASAGIO 2016

Jornada de Actualización

Abril - 29 Centro Comercial Sandiego, Torre norte, piso 11.
04:00 p.m.

Programa académico:

4:00 p.m.

-Manejo quirúrgico de la incontinencia urinaria de urgencia.

Dr. Juan Manuel Aristizabal Agudelo - Urólogo

4:30 p.m.

-¿Qué esperar de la ecografía del piso pélvico?

Dr. Luis Carlos Serna Hoyos - Ginecobstetra

5:00 p.m.

-Refrigerio - visita muestra comercial

5:30 p.m.

-Progesterona y Reproducción

Dr. Jorge Alberto García Ortega - Ginecobstetra.

Especialista en Reproducción Humana

6:00 p.m.

-Relación de las pruebas funcionales espermáticas con la fertilidad (Experiencias del grupo de Reproducción SIU)

Walter Dario Cardona Maya - Bacteriólogo MSc, PhD

6:30 p.m.

-Nuevos enfoques en el manejo de la pareja con pérdidas gestacionales recurrentes.

Dra. Angela Cadavid - MD. MSc. Dr. Sci



Rifa:

Tres bonos de \$400.000 para gastos del XXX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Mayo 25 al 28 de 2016

Indispensable inscribirse

ASAGIO - 2627515/2623513/313-6841417/asagio@une.net.co

