



# ASAGIO

ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

## Boletín 82 Julio - Septiembre 2016

*“El progreso no es un accidente, es una necesidad, una parte de la naturaleza”. Herbert Spencer*

### Junta Directiva 2016 - 2018

**Presidente:**

Dr. Augusto Isaza Estrada  
augustoisaza@hotmail.com

**Vicepresidente:**

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

**Secretario:**

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

**Tesorera:**

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

**Vocales:**

Dr. Luis Fernando Escobar Aguilera  
feamon2@gmail.com

Dr. Carlos Ignacio Uribe Pardo  
ciuribe85@hotmail.com

Dr. Jaid Alexis Cardona Aristizabal  
jaidcardona@gmail.com

**Fiscal:**

Dr. Edgar Adel Noreña Mosquera  
edgarnorena@gmail.com

### 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

ASAGIO, felicita al doctor:  
**Fabio Sánchez Escobar**  
por su título de

### **Maestro Colombiano de la Obstetricia y Ginecología**

Otorgado por la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia, FECOLSOG, en el marco del XXX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, Cali - 26 de mayo de 2016.

ASAGIO, extiende sus condolencias a la señora Libiadriana, esposa del fallecido **Dr. Byron Ríos Castro**, el padado 14 de junio de 2016.

Ginecólogo Obstetra - Fundador del Centro de Fertilidad CEFES, en donde desempeñó el cargo de Director, hasta el día de su muerte.

La Asociación siente la pérdida de este gran profesional, dejándonos como legado el amor por su profesión, por la vida. Un hombre con visión y ante todo un caballero, que sabía dar valor a los pequeños y grandes detalles.

ASAGIO, envía un abrazo, cargado de bendiciones y con anhelos profundos por la pronta recuperación de nuestros colegas:

**Dr. Jorge Elías Peláez Vallejo**  
**Dr. Hernán Zuluaga Jaramillo**

Cordial saludo:

Finalizado el primer semestre de 2016 quiero darles un mensaje de satisfacción, pues las actividades académicas realizadas han sido muy bien evaluadas y el balance económico de ASAGIO es positivo. Se rifaron bonos para asistir al congreso de Cali por 3 millones y procuraremos continuar con los beneficios hacia los asociados.

Se han unido a nuestro programa de educación médica el Laboratorio clínico Abad y la multinacional EXELTIS. Ingresaron como patrocinadores del simposio de ecografía el grupo CEDIMED - imágenes diagnósticas- y PROMEDCO -representantes de ecógrafos.

Les recomiendo ingresar a [www.fecolsog.org](http://www.fecolsog.org), para realizar el censo nacional de ginecólogos, lo cual dará el conocimiento de las condiciones de trabajo en toda Colombia, permitiendo trazar políticas para mejorar dichas condiciones.

Es importante visitar [www.asagio.org](http://www.asagio.org) donde encontrara: 1- Boletín, 2- Temas de estudios del programa EMC (Educación Médica Continuada) y a través de la participación activa con el envío de las respuestas podrá acceder a beneficios económicos, 3- Calendario de eventos académicos, 4-Estatutos, 5- Consentimientos informados, y 6- Descarga de certificados. Además de otras informaciones de su interés.

La Junta Directiva 2016 - 2018, inició labores el 13 de junio, contando con la participación de la residente invitada, Dra. Verónica García Bedoya, R-2 del CES.

Invito a todos los asociados que tengan conferencias listas para exponer y las puedan compartir con sus colegas en las actividades de ASAGIO nos lo hagan saber, así mismo, como la proposición de temas de su interés.

El segundo semestre tendrá 5 actividades académicas, iniciando el 15 y 16 de julio con el Simposio de Actualización en Ecografía Obstétrica y Ginecológica, contando a la fecha con una gran demanda de inscripciones y excelente calidad académica.

Recuerde que estar a paz y salvo le da el beneficio de ingresar a los eventos de ASAGIO sin costo, así también participar en inscripciones a otros eventos de terceros que tienen convenio con ASAGIO. El propósito de la junta directiva es mejorar las condiciones de sus asociados.

## Editorial

Augusto Isaza Estrada  
Presidente ASAGIO

# Manejo de insulinas en la gestación

Juan David Gómez Corrales  
Especialista en Endocrinología

La insulina se utiliza para el manejo de todas las pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y en algunas pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En las pacientes con diabetes gestacional, aproximadamente el 20% van a requerir el uso de insulina. La mayoría de las pacientes con diabetes gestacional se controlarán solo con cambios en la alimentación y ejercicio. Es fundamental que todo el personal médico este familiarizado con el uso de insulina. Identificar mujeres con diabetes gestacional y realizar un manejo óptimo es importante para disminuir la morbilidad materna y neonatal.

El manejo adecuado de la diabetes incluye:

1. Terapia nutricional.
2. Ejercicio
3. Monitoreo de la glucosa sanguínea.
4. Administrar insulina en los pacientes que no se controlan solamente con dieta.

Terapia nutricional:

Objetivos de la terapia nutricional: alcanzar el estado de normogluceemia, prevenir cetosis, lograr un peso corporal adecuado, contribuir al bienestar fetal. Los requerimientos calóricos dependen del índice de masa corporal así:

- Peso ideal: 30 Kcal/Kg/día
- Sobrepeso: 22 – 25 Kcal/Kg/día
- Obesidad: 15 – 20 Kcal/Kg/día
- Obesidad mórbida: 12 – 14 Kcal/Kg/día

Lo ideal es que las pacientes con diabetes gestacional sean evaluadas por un nutricionista con experiencia en conteo de carbohidratos.

Ejercicio:

El ejercicio que incrementa la masa muscular mejora el control glucémico al aumentar la sensibilidad a la insulina, disminuyendo la glucosa en ayunas y la glucosa postprandial. En ocasiones esto puede evitar el uso de insulina

Monitoreo de glucosa sanguínea:

Cuando a una mujer se le diagnóstica diabetes gestacional se le debe explicar la importancia de realizarse las glucometrías, al menos 4 veces al día (en ayunas y 1 hora luego de comidas).

Los objetivos de la glucosa son:

- Glucosa en ayunas < 95 mg/dL
- Glucosa postprandial a la hora: < 140 mg/dL
- Glucosa postprandial a las 2 horas: < 120 mg/dL

La hemoglobina glicada (HbA1C) se debe realizar cada mes.

Terapia farmacológica:

Si los objetivos de glucosa no se logran luego de iniciar la terapia medica nutricional y el ejercicio, se debe considerar la terapia farmacológica (insulina y algunos agentes antihiperlipemiantes).

El medicamento de elección en diabetes gestacional es la insulina. Es muy importante la educación para el paciente que requiere insulina. No es necesario el manejo intrahospitalario para iniciar la terapia con insulina.

La dosis de insulina depende de varios factores como por ejemplo: la raza, obesidad y grado de hiperglucemia. La mayoría de los estudios reportan una dosis total de insulina que varía entre 0.7 y 2 unidades por kilogramo para alcanzar el control glucémico. Sin embargo, se debe iniciar con una dosis baja y posteriormente titular según las glucometrías.

Si la glucosa en ayunas está fuera de metas, se debe iniciar insulina basal (insulina NPH o insulina detemir) a una dosis de 0.2 unidades/Kg.

Si la glucosa postprandial está alta se debe iniciar insulina regular, insulina aspart o insulina lispro antes de las comidas, calculando la dosis así:

- Desayuno: 1.5 unidades por 10 gramos de carbohidratos
- Almuerzo y cena: 1 unidades por 10 gramos de carbohidratos

Por lo anterior es fundamental el entrenamiento en conteo de carbohidratos por un nutricionista con experiencia en el tema.

Tipos de Insulina:

Existen varios tipos de insulina:

Insulina basal (insulina NPH, insulina glargina, insulina detemir, insulina degludec), Insulina preprandial (insulina regular, insulina lispro, insulina aspart, insulina glulisina). Los análogos de insulina han demostrado una menor incidencia de hipoglucemias. En el embarazo se ha estudiado más el uso de insulina NPH, insulina detemir, insulina regular, insulina lispro e insulina aspart, por lo que estas son las insulinas que se recomiendan utilizar.

Insulinas y categorías en el embarazo:

Insulina	Categoría
NPH	B
Regular	B
Glargina	C
Detemir	B
Degludec	C
Lispro	B
Aspart	B
Glulisina	C

Aspectos a tener en cuenta en las pacientes diabéticas tipo 1:

- En el primer trimestre hay un aumento en el riesgo de presentar hipoglucemia; estas están asociadas con retardo en el crecimiento intrauterino.
- En las pacientes que presentan retinopatía, un control rápido de las glucometrías puede empeorar dicha retinopatía.
- Luego de la expulsión de la placenta se disminuye la resistencia a la insulina y las mujeres se vuelven más sensibles al medicamento, requiriendo menos cantidad de la que se venía utilizando.

Aspectos a tener en cuenta en las pacientes diabéticas tipo 2:

- La diabetes tipo 2 pregestacional está relacionada con la obesidad.
- La ganancia de peso que se recomienda en el embarazo es:
  - o Mujer con sobrepeso: 7 a 12 Kg
  - o Mujer con obesidad: 4.5 – 9 Kg
- El control glucémico es más fácil lograrlo en la diabetes tipo 2 que en la diabetes tipo 1.
- La hipertensión y otras comorbilidades en ocasiones vuelve de mayor riesgo la diabetes tipo 2 que la tipo 1.

Por último, es importante mencionar que lo más importante en los pacientes que requieren insulina es la educación en diabetes por personal calificado y el adecuado seguimiento de las glucometrías.

Lecturas recomendadas:

1. Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer B, Donovan L. *Ann Intern Med.* 2013;159(2):123.
2. Maternal glucose at 28 weeks of gestation is not associated with obesity in 2-year-old offspring: the Belfast Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) family study. Pettitt DJ, McKenna S, McLaughlin C, Patterson CC, Hadden DR, McCance DR. *Diabetes Care.* 2010;33(6):1219.
3. Comparing daily versus less frequent blood glucose monitoring in patients with mild gestational diabetes. Mendez-Figueroa H, Daley J, Lopes VV, Coustan DR. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2013;26(13):1268.
4. Guerin A, Nisenbaum R, Ray JG. Use of maternal GHb concentration to estimate the risk of congenital anomalies in the offspring of women with prepregnancy diabetes. *Diabetes Care* 2007;30:1920–1925 .
5. Management of Diabetes in Pregnancy. American Diabetes Association. *Diabetes Care.* 2016 Jan;39 Suppl 1:S94-8.

# Médicos de segunda

LA medicina en Colombia está cada vez más manoseada porque se ha convertido en el mejor de los negocios, desde cuando se aprobó la Ley Cien, con el vapor que en ese entonces le aplicó el senador Alvaro Uribe.

Ha llegado a insospechables niveles de deterioro y desprecio, donde un profesional que era considerado como el abanderado de las familias colombianas ha pasado a ser un simple operario, al que se utiliza como cedazo para llevar a los enfermos hacia los especialistas.

Los profesionales que conocemos como médicos generales, esos que se quemaron las pestañas durante muchos años y salen con ánimo, entereza y apostolado a salvar vidas, a mejorar la calidad de la existencia de sus pacientes, se estrellan con los negociantes de la salud, que les dan tratamiento de segunda y los oprimen con irrisorios salarios, pésimas instalaciones y abusivos horarios.

Antes de que aparecieran centenares de especializaciones eran los médicos generales quienes atendían a los pacientes, les ordenaban exámenes, les practicaban los primeros auxilios, las primeras atenciones y les prescribían medicamentos, por costosos que ellos fueran. Pero los comerciantes de la salud les prohibieron ejercer su profesión, como se la inculcaron durante sus estudios. Son hoy, simples remitentes de pacientes hacia los especialistas. A duras penas les permiten utilizar el fonendoscopio, el termómetro y el baja lenguas. Cuidado con tomar un electro o una placa, por elementales que sean.

Esa la razón para que los pacientes tengan que esperar semanas y meses para ser atendidos por un especialista, ante una enfermedad que puede resolver con lujo, un médico general mal remunerado y despreciado.

Estos profesionales eran los médicos de la familia, apreciados, respetados y queridos por la comunidad. Ingresaban al seno de los hogares en donde impartían consejos elementales que mejoraban la calidad de vida de las gentes.

Ese apoyo familiar desapareció por cuenta de los mercaderes de la salud y la falta de apoyo de un Estado que se ha afianzado en la Ley Cien, para garantizar monumentales utilidades a quienes hoy manejan ese lucrativo negocio. Solo manejan el signo pesos, poco les importa el ser humano. Entre tanto, los médicos generales, seguirán siendo profesionales de segunda.

Tomado de: <http://app.eltiempo.com/opinion/columnistas/pequenos-proyectos-de-vida-actifo-zabieh-duran-columna-el-tiempo/16611158>

## Pequeños proyectos de vida

Estoy dedicado a los pequeños proyectos de vida, a las tareas de entrecasa. No se trata de ganarse un Nobel, ni siquiera un Simón Bolívar, sino de lograr triunfos pequeños. Labores en las que el rival es uno, no los demás, porque los retos interesantes no son con el resto del mundo.

Ayer arreglé la puerta del baño, que no ajustaba bien, e hice un arroz que no me quedó soplado. Hacer arroz es muy difícil, cualquier persona que haya tratado de hacer uno lo sabe. Lo curioso es que el mundo está lleno de arroz, todos los restaurantes y muchas de las casas lo preparan a diario, y no los ve uno celebrando semejante logro, como si hacer un arroz de fideos como Dios manda fuera sencillo.

La pequeña grandeza es mantener la barriga a raya, cuidarse la piel, no colgarse en los recibos, estar en contacto con las personas que significan algo y con las cosas que alguna vez fueron importantes. Uno vive procurando no perder amigos, prometiéndose volver a verlos, cuando si se alejaron fue por algo. Yo

no soporto a mis

viejos amigos, y aunque los recuerdo con cariño, creo que ya fue todo para ellos. La amistad, como el amor, no es eterna.

La otra noche pasaron por televisión 'Hechizo de un beso', una película de éxito moderado con Alec Baldwin y Meg Ryan. La vi después de 20 años y entendí que la tráquea de Ryan era preciosa, y que la gente no usa la palabra 'preciosa' porque le parece fea. De 'Hechizo de un beso' aprendí también que la vida es muy corta como para pasársela odiando, y que hay que cuidar los dientes. Yo empecé tarde y hoy veo como un pequeño triunfo cada vez que me pongo mi protector contra el bruxismo antes de dormir. La gente tiene los dientes disminuidos de tanto bruxar por las noches porque está llena de miedo.

Y cada mañana, cuando me despierto y los miedos de la noche anterior parecen poca cosa, digo que voy a ser mejor persona, que voy a leer más y a ver menos televisión, que voy a ser más considerado con los desconocidos, mejor hijo y mejor hermano, mejor amigo, mejor trabajador. Luego aparece algo para hacer y dejo todo para última hora, por eso las cosas me salen como me salen, que no me salen mal, pero sí ahí, y ahí es una forma de decir que son aceptables, pero que podrían ser mejor.

Otro pequeño gran proyecto de vida por estos días es reír. Reírse es el mejor plan. Tener sexo, irse de vacaciones y comer no está mal, pero son apenas excusas para la risa. Y lo bonito de reírse es que no es necesario ser feliz para hacerlo. Uno ve gente golpeada por la vida, gente que ha visto a sus seres queridos ser asesinados, gente caída en desgracia, y aun así se ríen. No tiene nada que ver con el dinero. El dinero no hace la felicidad; facilita la vida, pero no garantiza que te vayas a reír. La risa es tan poderosa que de una de ellas puedes enamorarte para siempre.

Otra conquista que me he procurado es no dejarme ganar del miedo. Es el miedo, no la

Reírse es el mejor plan. Y lo bonito de reírse es que no es necesario ser feliz para hacerlo.

pereza, lo que nos inmoviliza. Es lo que no nos deja hacer las cosas, por eso es más fácil quedarse en la casa comiendo y perdiendo el tiempo que salir a la calle a buscar lo que queremos, que ni idea de lo que sea. Y aunque en teoría queremos ser felices, ignoramos lo que sea tal cosa. Cuando buscamos la felicidad y fallamos, quedamos más tristes que antes.

Hasta hace años creí que la felicidad era viajar, por eso recorrí el mundo entero, pero no sirvió de mucho, más allá de ver muchas ciudades con las que soñé de pequeño. Consumí aviones sin filtro en una carrera que no podía ganar. Y aunque suene a un estilo de vida envidiable, terminó siendo un sinsentido. Yo me iba a morir en uno de esos aviones. Hoy entiendo que felicidad no es pasársela montado en un avión rumbo al próximo destino exótico, sino que el avión aterrice y tener a alguien a quién contarle que llegué bien.

# A solas con el Abogado Carlos Castro

Extractos de unas conversaciones del Doctor Carlos Castro, apoderado de la parte demandante.

Este es un capítulo del libro CRÓNICA DE UN PROCESO, publicado por la Universidad CES, que toca el aspecto humano de las demandas médico legales.

Se consigue en el CES o con el autor en [emilioestrepo@gmail.com](mailto:emilioestrepo@gmail.com)

**Emilio Alberto Restrepo**  
[www.emilioestrepo.blogspot.com](http://www.emilioestrepo.blogspot.com)  
<http://about.me/emilioestrepo>  
[@emilioarestrepo](https://twitter.com/emilioarestrepo)

Si desea conocer MIS LIBROS:  
<http://emilioestrepo.blogspot.com.co/p/libros-de-emilio-alberto-restrepo.html>

el caso y por supuesto quede recompensado desde el punto de vista económico, que va de la mano con el punto de vista moral, pues, no nos engañemos, lo que uno busca es el billete, que es lo que da la felicidad, pues lo moral o lo ético o lo sentimental son sólo un recurso retórico que sirve para reforzar lo argumental con miras a ganar el caso. Si por eso fuera, entonces los asesinos capturados en flagrancia, o los secuestradores o los terroristas o los violadores no tendrían derecho a una defensa, pues todo el mundo sabe que son culpables y al abogado le toca clavarse con ellos, voltear las evidencias, desacreditar los testimonios, si es posible alterar las pruebas porque si no, cómo hace uno para ganar un caso que de entrada está perdido y si el fulano tiene todo el derecho a tener una defensa y si lo contrataron a uno, la obligación es tratar a toda costa lograr la liberación, demostrar la inocencia o minimizar la pena. Ahí no importa la verdad, lo que importa son los resultados al precio que sea, valiéndose de los recursos que sean. O si no qué clase de abogado es uno, que por llenarse de escrúpulos morales o reatos de conciencia permite que le ganen los juicios. No faltaba más, queda uno desprestigiado y sin un peso.

A mí no me vengan con cuentos de satisfacción personal, o de bienestar emocional. No señor, las cosas en derecho se arreglan es con dinero, que es en último término lo que mueve el mundo.

Sobre todo en los asuntos médico-legales, eso sí es una mina, pues a la larga alguien tiene que pagar, o el médico implicado o la aseguradora o las clínicas o el cliente que lo contrató a uno. Yo siempre cobro mi parte por adelantado, analizo el caso, veo las posibilidades reales de ganar o no, le explico a la familia o a los dolientes y siempre les dejo en claro que se puede ganar o perder. Si perdemos, de todas formas cobro mis honorarios y si ganamos, pues la cantidad casi siempre es generosa, porque las demandas son millonarias, uno va con porcentaje y no nos digamos mentiras, los médicos trabajan con mucho riesgo implícito en su profesión y aunque no quieran dañar a nadie o sean juiciosos, tarde o temprano se la cagan y se complican y ahí es donde cae uno y les mete todo el rigor en una demanda y alguna cosa pesca uno, aunque hay que reconocerlo, ganarle es difícil pues los gabinetes de abogados especialistas en defenderlos son poderosos, a las aseguradoras no les gusta perder ningún caso. Pero eso sí, me gusta derrotar a los médicos, bajarles esa arrogancia, ese tonito con que demuestran que se creen mejores que los demás seres humanos, esa manera desafortunada de ganar dinero, esa forma de encubrir sus errores.

Además es muy fácil conseguir casos y pruebas. No es sino tener buenos contactos dentro de las clínicas y el mismo personal lo documenta a uno, le pasa copia de la historia clínica, le cuenta de las complicaciones. Uno les pasa un billetico, los mantiene motivados y a lo último ellos mismos son los que lo buscan a uno en la oficina para mantenerlo actualizado. Y como todo mundo tiene sus malquerientes, no falta el que se quiera sacar su clavito con tal o cual colega y le cuenta con lujo de detalles todo el prontuario, todas las veces que de una u otra manera la embarraron y cometieron errores graves, voluntarios o involuntarios, con culpa o sin ella, pero lo cierto del caso es que el paciente terminó con algún resultado adverso.

Yo al médico Lotero lo conozco en el caso. Lo vi como suavecito y se la metimos toda en la demanda por la muerte de doña Floralba. Si es o no culpable, ya le dije, no me importa. Hay muerto de por medio y alguien tiene que pagar, por eso yo represento a la familia, entiendo su dolor, lo valoro y trato de sacarle un precio que lo recompense. Que se encarguen ellos de demostrar si es inocente o no. Eso es lo que menos importa en ese momento.

De los detalles de la demanda no le puedo contar nada muy profundo, pues estamos actualmente en mitad de ella, pero todo parece favorable para enmendar de alguna manera los errores cometidos. Por ahora no le puedo adelantar nada más...”

“... es que la gente no entiende el papel de los abogados. A uno lo buscan porque alguien siente dentro de su fuero interno que ha sido violentado por una injusticia, algo premeditado o inequitativo que pone en peligro o su vida o su patrimonio o su salud. Y el trabajo de uno es tratar de que esa sensación de malestar interior no se quede impune. No es problema de uno si es verdad o mentiras, si es justo o no.

El papel de uno no es impartir justicia ni llegar a la verdad, para eso está Dios. El papel de uno es ganar los casos, pues para eso lo contrataron y perdónenme la franqueza, hay que utilizar los recursos que sean necesarios, pues si no el cliente se va a sentir estafado y si él lo buscó a uno como jurista, es porque está insatisfecho con alguna conducta que lo vulneró y el objetivo de uno es tratar de obtener una reparación que minimice el malestar y eso, no nos digamos mentiras, se mide y se valora en plata, pues el daño ya está hecho, con o sin culpa, eso ya no es mi problema. Mi problema es tratar de que la persona que me contrató quede contenta con los resultados de mi gestión, es decir que gane

# Simposio de Actualización

## EN ECOGRAFIA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA

### 15-16 julio 2016

Centro Comercial Santiago, torre norte, piso 11

Viernes, 15 de julio de 07:00 a.m. a 6:00 p.m.  
Sábado, 16 de julio de 08:00 a.m. a 01:00 p.m.

### Inversión

\$150.000

Asociados a FECOLSOG y Otras especialidades

\$250.000

Ginecólogos colombianos NO Asociados

Entrada libre

Asociados a ASAGIO (paz y salvo al año 2016) y Residentes de Ginecología y Obstetricia.

Reserve y separe su cupo con el pago de la inversión!!!

Bancolombia, Cuenta corriente No. 021-007081-13 A nombre de ASAGIO. Enviar copia al correo electrónico: [asagio@une.net.co](mailto:asagio@une.net.co) / Fax: (057-4) 2623513. Anexar: Nombre y apellidos (completos), cédula, celular, dirección, ciudad, e-mail y especialidad.

Organizado por: ASAGIO Avalado por: FECOLSOG



Programa de recertificación voluntaria de FECOLSOG: Cursos o Simposios locales de las filiales de FECOLSOG - con conferencistas nacionales: 25 créditos.

Teléfonos: 2627515 / 2623513 / 313-6841417

E-mail: [asagio@une.net.co](mailto:asagio@une.net.co)

Web: [www.asagio.org](http://www.asagio.org)

### Viernes, 15 de julio de 2016

- 8:00 Inscripciones y Presentación
- 8:10 Actualización en el manejo de los defectos de pared abdominal. **Dr. Natalia Lucía Gómez Marulanda**
- 8:35 Errores frecuentes en la ecografía de primer trimestre. **Dr. Juan Carlos Villa Londoño**
- 9:00 Zika y otras infecciones del SNC. **Dr. José Enrique Sanín Blair**
- 9:25 Anomalías de columna vertebral. **Dr. Jorge Hernán Gutiérrez Marín**
- 9:50 Descanso - Visita muestra comercial
- 10:30 Patologías pulmonares. **Dr. Raúl Alejandro García Posada**
- 10:55 Marcadores de aneuploidia del segundo trimestre. Interpretación. **Dra. Ana Lucía Arango Gómez**
- 11:20 Anomalías esqueléticas abordaje ecográfico. **Dr. Carlos Alberto Mejía Escobar**
- 14:00 Gemelar: Clasificación y manejo de las complicaciones. **Dr. Arturo Cardona Ospina**
- 14:25 Evaluación del crecimiento fetal. **Dr. Miguel Antonio Parra Saavedra - CEDIFETAL Barranquilla**
- 14:50 Corazón normal y anormal. **Dra. María Clara Escobar Díaz y Raúl Alejandro García Posada**
- 15:40 Descanso - Visita muestra comercial
- 16:20 Resultados perinatales basados en la nueva clasificación de RCIU. **Dr. Juan Carlos Ramírez Villa**
- 16:55 Nuevos conceptos: diagnóstico del acretismo placentario. **Dr. Hernán Arturo Cortés Yepes**
- 17:20 Cervicometría y prematuridad nuevos conceptos, interpretación y manejo. **Dra. María Nazareth Campo Campo**
- 17:55 Pruebas de diagnóstico fetal invasivas y no invasivas. **Dr. Juan Carlos Restrepo Álvarez**

### Sábado, 16 de julio de 2016

- 8:00 Interpretación ecográfica de la ecografía mamaria. **Dr. Oscar Alejandro Bonilla Sepúlveda**
- 8:25 Evaluación ecográfica del piso pélvico. **Dr. Carlos Contreras**
- 8:50 Enfoque práctico de masa pélvica. **Dr. Edwin Rafael Salcedo**
- 9:15 Papel de la ecografía en la HUA. **Dr. Jaime Gómez Díaz**
- 9:40 Descanso - Visita muestra comercial
- 10:20 Endometriosis profunda. Papel del diagnóstico ecográfico. **Dr. Luis Carlos Serna Hoyos**
- 10:55 Ecografía en infertilidad. Aspectos prácticos. **Dr. Juan Luis Giraldo Moreno**
- 11:20 Evaluación ecográfica de la pubertad precoz. **Dr. Carlos Ignacio Uribe Pardo**

Temas de Obstetricia

Temas de Ginecología



PROCAPS



Tecnoquímicas



Laboratorios vinculados con ASAGIO 2016