



ASAGIO

ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Boletín **86** Julio - Septiembre 2017

"Pierdan tiempo con sus hijos para mostrar la "gratitud" del amor". Papa Francisco

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

Editorial

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 2017.

Estimado asociado;

Cordial saludo.

Nuestra asociación sigue presentando unos balances académicos y económicos que nos diferencian, con una gran figuración local y nacional, lo cual nos permite continuar con nuestra política de educación médica en beneficio de nuestras pacientes; todo ello con el apoyo de la industria farmacéutica y nuestros asociados, la razón de ser de ASAGIO.

El 22 y 23 de septiembre se realizará el simposio de endocrinología, contando con la participación de excelentes conferenciantes del área de endocrinología y ginecología. Se revisarán todos los aspectos actualizados de nuestra especialidad. En el marco del simposio se rifaran los 2 paquetes completos para el XXII Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia - FLASOG 2017- que se llevará a cabo en la ciudad de Cancún, México, del 05 al 09 de noviembre.

El 6 y 7 de octubre realizaremos en conjunto con el Hospital General de Medellín el 1er simposio de "Trauma Obstétrico y Piso Pélvico", coordinado por el doctor Luis Fernando Cadavid. Se dictarán temas de actualidad, con la participación en calidad de conferenciante del doctor Julio Álvarez - Uroginecólogo de Chile, además de urologos, coloproctólogos, ginecólogos y fisioterapeutas de la ciudad.

Recuerde que si usted esta a paz y salvo con ASAGIO, tiene ingreso sin costo a nuestras actividades.

Eres ASAGIO, ASAGIO eres tú

*Augusto Isaza Estrada
Presidente ASAGIO*

Laboratorios que nos siguen apoyando en el 2017:

Tecnoquimicas, Bayer, EuroEtika, Aspen, Reckitt Benckiser, Gedeon Richter, Cedimed, Abbott, Procaps, M.S.D., Exeltis, Ropsohn y Amolca

Programa con nosotros los temas académicos 2018!.
Envíanos tu propuesta.

Monitoreo fetal intraparto. ¿Cómo interpretarlo a la luz de la fisiología fetal?

con o sin aceleraciones (4) (ver figura 1). Una variabilidad normal de la FCF incluye periodos alternantes de variabilidad reducida. La actividad fetal cíclica es un estado característico del feto a término o cerca del término y sugiere integridad neurológica y cardiovascular, así como ausencia de acidosis. El "Ciclismo" puede estar ausente en la hipoxia, corioamnionitis, infección fetal, síndrome de aspiración

Artículo científico

Este artículo hace parte de las memorias del curso de actualización de la UdeA 2017, publicado con autorización personal del autor.
Laura Victoria Enciso Chaves. Residente III año GO UdeA

severa de meconio, exposición a drogas, incluyendo la oxitocina y los opiáceos, reacción a sustancias, importantes anomalías neurológicas o cromosómicas, hemorragia intracraneal u otras formas de daño cerebral, y en fetos <28 a 32 semanas de la gestación.

La monitorización intraparto del estado fetal es un asunto que causa preocupación constante en quienes atienden partos. El acceso al estado fetal es limitado y se presume complejo. La monitorización externa de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es un instrumento útil que permite acceder al estado fetal, al comportamiento y la regulación del sistema cardiovascular fetal durante el parto. La respuesta fisiológica al estrés del trabajo de parto y la capacidad de adaptación a los diferentes fenómenos que suceden por la privación de oxígeno durante las contracciones, suelen relacionarse con los patrones de la FCF en la monitorización externa. Aunque el monitoreo es una ayuda en la vigilancia del estado fetal durante el trabajo de parto, es sobrevalorada su capacidad para predecir desenlaces adversos como la parálisis cerebral; así mismo aumenta las intervenciones guiadas a la prevención de desenlaces adversos como la cesárea y el parto instrumentado. **(1) (ver cuadro1)**

Un asunto que tiene gran importancia a la hora de la toma de decisiones relacionadas con el estado fetal, es el desenlace neurológico, lo cual ha sobredimensionado el temor a la parálisis cerebral(PC). La mayoría de los casos de recién nacidos que desarrollan parálisis cerebral no está relacionada con el momento del parto, solo 1 de cada 1000 fetos con un patrón de FCF patológico desarrollarán PC. Es así que el valor predictivo positivo del MF para predecir PC es muy bajo, por el contrario, la tasa de falsos positivos es extremadamente alta, alrededor del 99%. Eso se ha demostrado con el tiempo, puesto que la introducción generalizada del MF para la vigilancia fetal intraparto no ha modificado la tasa de PC en la población general y solo 4% de los casos de encefalopatía puede atribuirseles a los eventos desencadenados del parto. **(2)**

Cuadro 2

Parámetros para valorar monitoreo fetal externo	
Linea de Base	Bradicardia = por debajo de 110 latidos por minuto Normal = 110 a 160 bpm Taquicardia = más de 160 latidos por minuto LPM redondeado a 0 o 5 en un intervalo de 10, identificables por dos minutos durante el intervalo
Variabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Ausente o amplitud indetectable Mínimos de amplitud de 0 a 5 lpm Moderado 5 a 25 lpm Marcado más de 25 lpm En 10 minutos. La amplitud se mide máximo al mínimo.
Aceleraciones (aumento abrupto de la FCF)	<ul style="list-style-type: none"> Un aumento brusco en la frecuencia cardíaca fetal. Antes de las 32 semanas ≥ 10 segundos y pico ≥ 10 lpm A partir de 32 semanas ≥ 15 segundos y pico ≥ 15 Una aceleración prolongada es ≥ 2 minutos pero menos de 10 minutos. Una aceleración de 10 minutos o más se considera un cambio en la línea de base.
Desaceleraciones (descenso abrupto o gradual de la FCF)	<ul style="list-style-type: none"> Tardías: El inicio, el nadir y la recuperación de la desaceleración por lo general se producen después del comienzo, el pico y la terminación de una contracción. Tempranas: El inicio, nadir y la terminación de la desaceleración son generalmente coincidente con el comienzo, pico y final de la contracción. Variable: La disminución abrupta es de ≥ 15 lpm/ 15 o más segundos y <2 minutos para volver a la línea de base. No se relaciona con las contracciones uterinas sucesivas. Prolongadas: La disminución de ≥ 15 por minuto de al menos 2 minutos pero <10 **Una desaceleración prolongada de 10 minutos o más se considera un cambio en la línea de base.

Adaptación del Instituto de Salud Infantil y Desarrollo Humano; Informe del Taller sobre Monitoreo Fetal Electrónico: Actualización sobre definiciones, interpretación y directrices de investigación. Gynecol Obstet 2008; 112: 661.

Cuadro 1

MFE en comparación con la auscultación intermitente	Riesgo relativo [RR] - Intervalo de confianza del 95% [IC]
Aumentó la tasa de parto por cesárea	RR 1,66 - IC (1.30-2.13)
Aumentó parto vaginal operatorio	RR 1,16 - IC (1,01 - 1,32).
FCF anormal o acidosis	RR 2,37- IC (1,88-3,00).
No redujo la mortalidad perinatal	RR 0,85 - IC (0,59 - 1,23).
Riesgo de convulsiones neonatales	RR 0,50 - IC (0,31 - 0,80).
NO redujo el riesgo de Parálisis	(RR, 1,74; IC del 95%, 0,97 - 3,11).

Cochrane Database Syst Rev. - 2006 . 2013.

Consideraciones generales para la monitorización intraparto

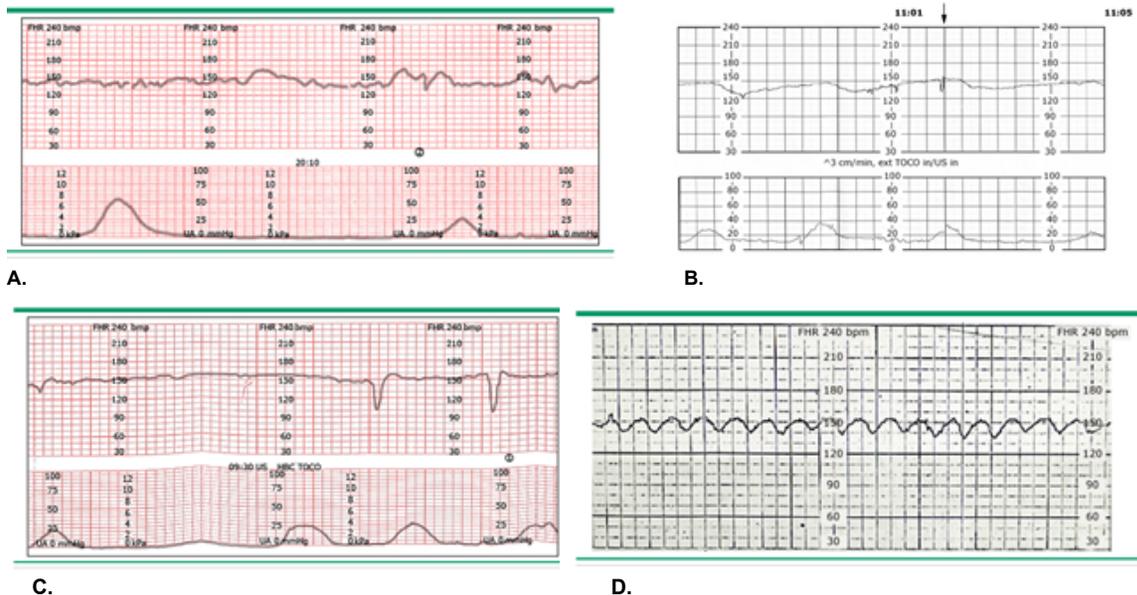
Cuando el MF se utiliza continuo durante el trabajo de parto, debe ser revisado frecuentemente y esto debe documentarse en la historia clínica con el fin de ver la respuesta del feto en los diferentes momentos. Por lo general, en un paciente sin complicaciones el rastreo de la FCF debe realizarse cada 30 minutos en la primera etapa del parto y cada 15 minutos durante la segunda. En los pacientes con complicaciones previas (RCIU, preeclampsia), este intervalo es menor, cada 15 minutos en la primera etapa del trabajo de parto y cada 5 minutos durante la segunda etapa. **(3)**

Definición de conceptos.

Monitoreo normal

Un monitoreo fetal normal muestra lo que se conoce como comportamiento cíclico, es decir que tiene una Línea Basal (LB) de 110-160 latidos por minuto(lpm), sin desaceleraciones significativas, una variabilidad de 5-25 lpm y los períodos de disminución de la variabilidad de la FCF se alternan con períodos de incremento de esta

Figura 1. A Línea de base y variabilidad normal B. Desaceleraciones tardías. C. Desaceleraciones variables. D Patrón sinusoidal en un paciente con hemorragia fetomaterna espontánea con disminución de los movimientos fetales. Tomado de "Management of intrapartum category I, II, and III fetal heart rate tracings", UpToDate 12/2016



Variabilidad de la línea basal.

Una línea de base con variabilidad normal sugiere integridad de la corteza cerebral, mesencéfalo, nervio vago, y los tejidos conductivos cardíacos del feto, lo que corresponde a un sistema de respuesta y compensación intactos para enfrentarse a la hipoxia del trabajo de parto. Un feto que exhibe una LB / variabilidad normal, incluso con la presencia de desaceleraciones o periodos de bradicardia tiene un muy bajo riesgo de acidemia, muerte inminente o daño cerebral por asfixia. (4)

Por el contrario, la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal ausente o reducida se asocia con acidemia en el recién nacido convirtiéndose en el más consistente predictor de acidemia para el neonato; por este motivo se deben considerar algunos aspectos a la hora de evaluar la línea de base: a) Las reducciones de la variabilidad intermitentes o sostenidas, pueden significar la descompensación cuando se asocian a desaceleraciones de la FCF intraparto. b) Un feto con una variabilidad previamente normal de la FCF no presentará reducción o ausencia de la misma durante el parto sin presentar también desaceleraciones ocasionadas por asfixia. c) Es importante establecer el estado ácido base inicial del feto para poder distinguir entre patrones sugestivos de asfixia de simples disminuciones de la variabilidad de la FCF.

Desaceleraciones

Como ya se mencionó en el recuadro de parámetros de lectura del MF, existen diferentes tipos de desaceleraciones que corresponden en sí mismo a diferentes tipos de respuestas y situaciones por las que puede atravesar el feto durante el trabajo de parto, pero no todas las desaceleraciones hablan de un daño inminente del feto. El énfasis debe hacerse en la respuesta fetal y la compensación a las desaceleraciones y su interpretación depende del contexto fisiológico que esté atravesando el feto. Las desaceleraciones por compresión del cordón umbilical y posteriores a las contracciones son mediadas por quimiorreceptores del sistema parasimpático, como resultado de la transferencia transplacentaria reducida de oxígeno que somete al feto a periodos cortos de hipoxia; el propósito de las mismas es reducir la carga de trabajo y la demanda miocárdica de oxígeno en contraste con las desaceleraciones causadas por la depresión miocárdica, donde el feto ya no es capaz de utilizar sus mecanismos de compensación (5). Las desaceleraciones en respuesta a las contracciones uterinas son uniformes y lentas; al contrario, las que se originan porque el flujo sanguíneo a través del cordón umbilical se interrumpe, son inmediatas y agudas. (ver figura 1).

Secuencia de monitorización fetal intraparto

1. Establecer un estado basal o inicial

Si el monitoreo es normal, es muy probable que el feto esté neurológicamente intacto, normoxémico, sin acidemia o acidosis, en bajo riesgo de asfixia durante el parto y sea capaz de reaccionar y defenderse contra la hipoxia intraparto, por lo tanto requerirá del seguimiento habitual con MFE o auscultación intermitente. Por el contrario, si la línea basal inicial de la FCF es ≥ 160 lpm con desaceleraciones y reducción de la variabilidad, en particular en asociación con líquido amniótico teñido de meconio en el trabajo de parto prematuro, se debe considerar la infección fetoplacentaria, el síndrome de aspiración de meconio, la hipoxia crónica, o el antecedente de lesión cerebral, enfermedad materna sistémica, drogas, o anomalía cromosómica.

Cuadro 2

Hipoxia en evolución lenta: Episodios intermitentes de privación de oxígeno (compresión del cordón, excesivo uso de oxitocina) se manifiesta con:	
Desaceleraciones de la FCF	<ul style="list-style-type: none"> En un feto con un monitoreo previamente normal es muy poco probable que se evidencie este patrón por las contracciones o la compresión del cordón. Las desaceleraciones persistentes o un <i>gressive rise</i> in the FHR suggests additional cardiovascular - aumento progresivo en la frecuencia cardíaca fetal sugieren la adaptación and fetal 'stress', but any rise in the FHR adaptación cardiovascular adicional y estrés fetal
LB y variabilidad	<ul style="list-style-type: none"> Siempre que la frecuencia cardíaca fetal basal y la variabilidad are maintained, the fetus is well compensated (Figure 1). se mantengan, el feto está bien compensado. Incremento progresivo del valor inicial de la línea basalline FHR if the stressor is persistent and threatening. de la FCF, si el estrés es persistente y es amenazante. Variabilidad reducida se asocia a hipoxia en evolución si fue precedida por desaceleraciones o aumento progresivo o caída aguda de la FCF. Dado que. As the fetal myocardium el miocardio fetal fails the FHR may fall slowly towards a terminal brady-falla la frecuencia cardíaca fetal puede caer lentamente hacia la bradycardia. This should not be mistaken for recovery. y esto no debe confundirse con la recuperación.
**Se debe tener en cuenta el orden y la relación temporal entre estos patrones, puesto que The important point is the order la recuperación sigue el mismo orden, y sólo puede ser confirmed when the decelerations have disappeared and confirmada cuando las desaceleraciones han desaparecido y the baseline FHR and variability have normalised. la FCF basal y la variabilidad se han normalizado. The duration of time that an individual fetus can spend at its tiempo que un feto puede gastar para llevar a su maximum FHR without damage is variable and host máximo la FCF sin daños es variable y dependiente de cada individuo. Fleischer et al.	

2. Reconocimiento de la compensación / descompensación fetal

El feto que ingresa al trabajo de parto con un patrón normal en la MF mostrará patrones de FCF en respuesta al estímulo de la hipoxia, que pueden ayudar a predecir el desarrollo de lesiones hipóxicas isquémicas durante el parto (4) (Ver cuadro 2 - 3).

Cuadro 3

Hipoxia subaguda: variables de desaceleración complejas con amplitud ≥ 60 lpm, duración ≥ 90 segundos, y una fase de recuperación de la línea de base que dura < 60 segundos	
Intervalo interdeceleración muy breve	<ul style="list-style-type: none"> Es insuficiente para eliminar del feto la carga de dióxido de carbono acumulado durante la desaceleración, que transporta rápidamente a las vías respiratorias y, produciendo acidosis metabólica El feto es incapaz de elevar la FCF basal por tanto su gasto cardíaco. Siempre que la variabilidad sea normal y el intervalo de interdeceleración ≥ 60 segundos, el feto se compensa. Se asocia con una rápida disminución de pH de 0,01 cada 2-4 minutos.
** El reconocimiento temprano y medidas correctivas son esenciales, ya que puede haber tiempo suficiente para su posterior evaluación, por ejemplo, para obtener, analizar y reaccionar al resultado de muestra de cuero cabelludo fetal.	
Hipoxia aguda: desaceleración prolongada y bradicardia	
FCF se estabiliz 80 a 100 lpm con la variabilidad normal	<ul style="list-style-type: none"> Asociados con eventos vagales, y no por asfixia, precedidos de patrones normales de FCF Prolapso de cordón u oclusión, mayor desprendimiento de placenta, ruptura uterina, colapso materno, o infusión de un bolo de oxitocina, 90% de estos episodios se recuperará o mostrará signos de recuperación a los 6 minutos, y el 95% se recuperará a los 9 minutos <p>***Manejo expectante: DLI (decúbito lateral izquierdo), rehidratación si la madre está hipotensa</p>
FCF cae < 80 lpm, con una pérdida de la variabilidad de la línea de base	<ul style="list-style-type: none"> Considerar el parto inmediatamente, especial cuidado si antecedente de monitoreo inicial anormal. El protocolo NICE sobre desaceleraciones prolongadas define como línea de base anormal FCF < 100 lpm y sospechosa entre 100-109 lpm en lecturas de < 3 o 3-10 minutos está abierto a interpretaciones erróneas.

4. Interpretación, categorización y escenarios de toma de decisiones

El sistema de tres niveles para la categorización de los trazos de la frecuencia cardiaca fetal intraparto es un medio útil de sistematizar que permite orientar los escenarios para tomar decisiones, la interpretación de los cambios en la FCF enfocados en la fisiología de la adaptación (compensación) fetal a los cambios en la oxigenación/ hipoxia. (6) (ver cuadro4).

Cuadro 4

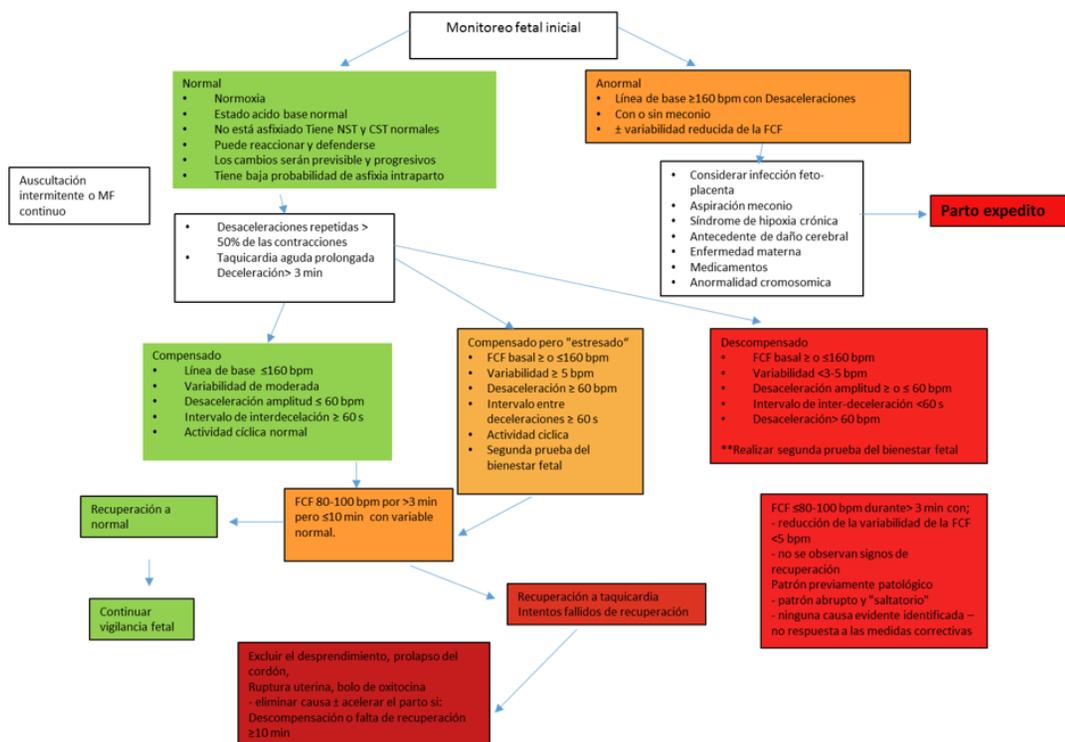
Categoría	Descripción	
I. Todos los siguientes criterios deben estar presentes. **Predictivos de equilibrio normal ácido-base fetal en el momento de la observación.	<ul style="list-style-type: none"> LB: 110 a 160 bpm Variabilidad moderada No hay desaceleraciones tardías o variables Desaceleraciones tempranas pueden estar presentes o ausentes Aceleraciones pueden estar presentes o ausentes 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorización habitual
II. Patrón intermedio de la FCF o no clasificado como categoría I o III **No predictivo de estado ácido-base anormal	<ul style="list-style-type: none"> Patrones no clasificados en la categoría I ni III 	<ul style="list-style-type: none"> Rehidratar / cambio de posición Determinar la causa iatrogica y eliminarla Repetir MF y reclasificar
III. Trazados predictivos del estado ácido-base fetal anormal	<ul style="list-style-type: none"> Desaceleraciones tardías recurrentes Desaceleraciones variables recurrentes Bradycardia Patrón sinusoidal 	<ul style="list-style-type: none"> **Evaluación rápida / intervención rápida Suministro de oxígeno suplementario Cambio de posición Tratar hipotensión Suspender uterotonicos Determinar inminencia del parto Cesárea ???

En conclusión, la interpretación del estado fetal durante el trabajo de parto debe estar guiada por la comprensión de los diferentes estados fisiológicos que el feto expone a la noxa que se le presente. El siguiente algoritmo es una propuesta que presentó la revista británica de Ginecología y Obstetricia en 2014, que permite hacer el análisis desde la capacidad de compensación que tenga el feto, partiendo de una valoración inicial al empezar al trabajo de parto. Entendiendo que un feto intacto con un MF inicial normal puede mostrar un conjunto de respuestas y secuencias predecibles si se expone a lesiones hipóxico-isquémicas durante el parto, al contrario, un MF anormal usando las tendencias en las respuestas defensivas / compensatorias fetales para la interpretación, le permite al médico discriminar entre el feto en riesgo de acidosis de uno que no está en riesgo, con lo cual se pretende disminuir la tasa de partos quirúrgicos en bebés no acidóticos y con bajo riesgo de daño.(ver figura 2)

Bibliografía

- Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. M. (2013). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. The Cochrane Library.
- Vintzileos, A. M., Nochimson, D. J.. (1995). Comparison of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation in detecting fetal acidemia at birth. American journal of obstetrics and gynecology, 173(4), 1021-1024.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. 114(1), 192.
- Ugumadu, A. (2014). Are we (mis) guided by current guidelines on intrapartum fetal heart rate monitoring? Case for a more physiological approach to interpretation. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 121(9), 1063-1070.
- Cahill AG, Caughey AB, Roehl KA, et al. Terminal desaceleraciones cardíacas fetales y neonatales. Gynecol Obstet 2013; 122: 1070.
- Sholapurkar, S. L. (2015). Intermittent Auscultation in Labor: Could It Be Missing Many Pathological (Late) Fetal Heart Rate Decelerations? Analytical Review and Rationale for Improvement Supported by Clinical Cases. Journal of clinical medicine research, 7(12), 919.

Figura 2



Laboratorios vinculados con ASAGIO 2017



Ética y formación del talento humano

Tomado de: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia>
Por: Juan Guillermo Londoño Cardona, médico ginecoobstetra, UdeA

Artículo Gremial

"... El problema del sistema de salud colombiano no es económico. Es ético. La quiebra de cientos de hospitales, los servicios de urgencias reventados, un sistema centrado en la enfermedad, los médicos con salarios de hambre o sin salario, los paseos de la muerte que a diario se repiten desde hace 23 años, ..."

La ética de la que hablo, es la que se sabe afrontada en la manifestación discriminatoria de raza, genero, clase. Es por esta ética inseparable de la práctica Educativa, no importa si trabajamos con niños, jóvenes o adultos, por la que debemos luchar". Paulo Freire.

A raíz del rotundo fracaso del sistema de salud colombiano, se ha venido hablando de reformas sustanciales a la ley: que se requiere un sistema integral, que la solución es la medicina familiar, que se requieren mas especialistas, que es necesario la implementación de atención primaria en salud, de redes integrales e integradas, que lo importante no es investigar por que nos enfermamos sino como mantenernos sanos etc.

Tal vez el asunto está por otro lado y la frase de Paulo Freire puede darnos pistas sobre lo que en realidad necesita el sistema de salud colombiano, en particular la formación del recurso humano en salud y en general la formación de todos los profesionales, puesto que la crisis ética que azota a Colombia, no afecta solo a la salud, es general.

El problema del sistema de salud colombiano no es económico. Es ético. La quiebra de cientos de hospitales, los servicios de urgencias reventados, un sistema centrado en la enfermedad, los médicos con salarios de hambre o sin salario, los paseos de la muerte que a diario se repiten desde hace 23 años, la falta de integralidad y fragmentación en la atención, la falta de regulación, la epidemia de hambre que mata a diario niños en todo el país y en especial en la Guajira, no ocurren por razones económicas sino éticas.

Desde su concepción, la Ley 100 que creó el Sistema General de Salud en Colombia desconoció la salud pública, la investigación, la educación médica, la ética y priorizó el "negocio de la salud". Un sistema de salud creado por neoliberales adoradores y promotores del capitalismo salvaje, no podía ser de otra forma.

Las grandes EPS que quebraron y arrasaron con IPS y con cientos de vidas, no fueron víctimas de un sistema sin recursos, fueron víctimas de un ejército de corruptos que robaron y dilapidaron los dineros del sistema. Para estos corruptos lo más atractivo de ese sistema de salud son los 20.8 billones de pesos de su presupuesto y no la oportunidad de crear mejores condiciones de vida para los colombianos. Entregar billones de pesos del sistema de salud a los corruptos es como amarrar perros con longaniza como demostración de indolencia, opulencia y derroche. Uno se pregunta donde esta la famosa "austeridad inteligente" que pregona el gobierno. Al menos de inteligente muy poco, más bien cómplice, que no ingenua.

Desconociendo la raíz del problema, el Ministerio de Salud presenta otra reformita promoviendo la integralidad en la atención como si ese fuera el problema. Cuando quienes manejen el sistema sean individuos con una sólida formación en ética, en salud pública y en derechos humanos, la atención en salud será de carácter integral, no habrá más paseos de la muerte, será prioritario cancelar la deuda a los hospitales, no se desviarán los dineros de la salud para viajes de turismo, obras de arte, canchas de golf ni automóviles lujosos y la atención a los enfermos tendrá como prioridad mejorar sus condiciones de vida y no enriquecer a unos pocos con ganancias vulgarmente altas en medicamentos como ocurre actualmente y de manera impune con la atención a enfermos con cáncer y otras enfermedades de alto costo.

Solo una reforma requiere el sistema de salud en Colombia: la incorporación en los currículos de las facultades de la salud de la ética, el humanismo, los derechos humanos y la salud pública como ejes transversales en la formación del talento humano. Cuando eso ocurra y el sistema sea dirigido por profesionales idóneos, seguramente se reducirá la corrupción que reina en todos los sectores y con ella los paseos de la muerte, habrá atención oportuna en los servicios de urgencias, no se cerrarán más hospitales, se respetará la autonomía médica y no habrá más muertes de niños por hambre.

La salud y la vida de los colombianos depende de un cambio radical en la formación del talento humano en salud y en la forma como se seleccionan quienes tendrán las riendas del sistema. No pueden ser los políticos corruptos ni instituciones con conflicto de intereses quienes decidan quienes dirijan el sistema de salud. Una reforma en este sentido reducirá costos en dinero y en vidas de los colombianos más vulnerables.

Por último, la Superintendencia de Salud que ha sido testigo mudo de esta debacle del sistema, tendría un papel todavía más pasivo que el que ha desempeñado hasta la fecha y hasta podría reducirse a la mínima expresión, de todas formas de poco o nada ha servido.

Colega, cuidado con esas verdades reveladas

Dr. Emilio Restrepo Baena, director boletín ASAGIO Artículo Variedad

Es muy común notar que, con el paso del tiempo, muchos colegas van adquiriendo una entonación pontifical que les marca el tono de la voz, como si en realidad pensarán que son los dueños de la verdad revelada.

Con los años y los méritos y los triunfos personales y profesionales se va perdiendo ese tono respetuoso y discreto que permitía interactuar en condiciones de tú a tú con los semejantes, y se adquiere un insufrible aire de superioridad impostada, o autoinflingida, que, en lugar de ganarse el respeto, más bien atrae la animadversión y el rechazo.

Muchos colegas se la van creyendo que por aquello de la "edad, dignidad y gobierno" pueden alzar la voz, pueden dirigir la vida de los demás, pueden andar descalificando los conceptos y la forma de ser del otro, que pueden ir por el mundo dando cátedra de moral, poniéndose como ejemplo de seres "bien-pensantes".

"Usted está sesgado, mi amigo"... "Es ridículo lo que usted piensa"... "A sus años y diciendo esas sandeces, ¿es que no va a madurar?" "Está equivocado, el que tengo la razón soy yo, lo que usted piensa va en contravía de la verdad" "Cómo se le ocurre no ir a la marcha, o votar por Fulano, o no apoyar a Zutano, colega, ¿usted en qué mundo anda? Revítese, ¿cómo puede usted conciliar el sueño después de eso?"

Y ese egocentrismo de palabra, pensamiento y obra los va llevando a concluir y a sentir realmente que el que no piense como ellos está errado y va en contravía de la lógica y la verdad. Es muy común observarlo en los grupos de chat por Whatsapp o por Facebook ver las descalificaciones gratuitas y los matoneos al que se atreve a pensar distinto, o a plantear dudas o a interrogar un comportamiento de la mayoría que él considera que tiene muchas cosas discutibles o se atreve a cuestionar las actitudes de algún líder del cual se piensa que no actúa con toda la ética y la transparencia que se estima sana y equilibrada para dirigir un movimiento.

Este sacralismo se vuelve epidémico en tres esferas: la política, los deportes y la música. En el espíritu de muchos ciudadanos se esconde un brillante técnico de fútbol o del deporte que esté de moda, un politólogo con aires de estadista que se las sabe todas (y las que no se las inventa) y un crítico musical severo y excluyente que le lleva a desdeñar todo lo que se salga de la esfera de sus afectos: "Yo no sé qué le ven a ese ruido, quien dijo que el vallenato o el reguetón eran música, en mis tiempos sí que

había armonías, en mi época los bailes si eran decentes, no ese restregón de hebillas, deberían pagar motel" o "yo no sé ese idiota porqué insiste en colocar a tales en el equipo o ese vergajo debería jugar más lateralizado, no sé porque ese imbécil insiste con él, debe tener comisión en el pase de compraventa" o "el que vote por tal y pascual es un guerrillero encubierto, cómo se les ocurre apoyar ese asunto, no sean idiotas carajo, no ven que llevan el País derecho a convertirlo en una cloaca como X o Y república, ¡animales!, ¡atarvanes!"

Y se enojan genuinamente con el colega de toda la vida, se cuestiona hasta la inteligencia del contertulio, se le pisotean los principios de formación, se tira al aire un manto de duda de sus reales intereses al apoyar la iniciativa con la que no se está de acuerdo.

Colega, créame, no vale la pena. ¿En dónde quedó su buen humor, su capacidad de negociar la diferencia, su respeto por la opinión de los demás? ¿No cree que esa actitud le estrangula la úlcera y le trombosa las hemorroides, mientras acaba con la camaradería que alimentó durante tantos años?

¿Sí vale la pena acabar amistades de toda la vida por defender actitudes de políticos que lo usan a usted a su antojo, que lo manipulan para enriquecerse y hacerse al poder para satisfacer sus intereses personales, mientras brindan complacidos por tener hordas de idiotas útiles como los que en las calles se revientan por apoyarlos? ¿Si cree usted que los resultados de la selección van a cambiar por sus comentarios de sabio de pacotilla? ¿Cree usted que los estadios se van a dejar de llenar en los conciertos del artista que usted desprecia y que la juventud, por esa razón, va a dejar de disfrutarlos? Me atrevo a pensar que no, pero podría estar equivocado, para que no entremos en contradicción.

Colega, hay que volver a la tertulia risueña y afectuosa, al respeto por el otro, al disfrute de la buena charla y los mejores tragos, a la complacencia del deporte sano y la cadencia melodiosa de las canciones bellas. Hay que recuperar el liderazgo asertivo, para defendernos del opresivo. Colega, hay que entender que no tenemos la verdad revelada, no vale la pena creer que, porque lo digamos, somos mejores o sabemos más que los demás. Bajémosle al volumen, que, como decían los viejos, "por el tonito se dañan los matrimonios"

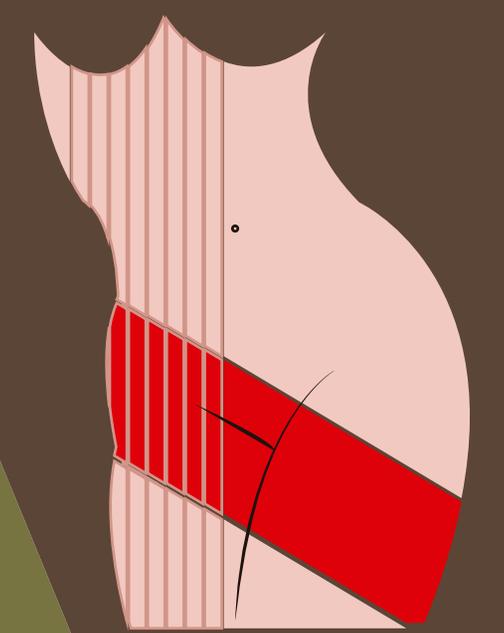
¡ATENCIÓN!

Incentivo académico

ASAGIO premia su compromiso, apoyo y participación constante en las actividades académicas!

1 Simposio Trauma obstétrico Piso pélvico

Medellín - Colombia **Octubre: 6 y 7**
Auditorio Hospital General de Medellín
08:00 a.m. - 02:00 p.m. / viernes y sábado



Visítanos en:

www.asagio.org



@asociaciondeobstetriciayginecologia



313-6841417

NUEVO

Vitamina D₃ FEROL

2000 UI y 7000 UI

3Dimensiones DE USO EN UNA SOLA TERAPIA

- 1 Cuenta con el único portafolio **COMPLETO y ADECUADO** para cada necesidad.
- 2 Viene en **CÁPSULA BLANDA DE GELATINA**, fórmula diseñada para Vitamina D liposoluble lo que permite una mayor absorción.
- 3 Tiene **BENEFICIOS ESQUELÉTICOS y NO ESQUELÉTICOS**.

Caja x 30
Caja x 60

Caja x 4
Caja x 8

PROCAPS