

## INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

# EL CLINICO ANTE UNA EPIDEMIA, CONSIDERACIONES, FUNCIONES Y REQUERIMIENTOS

Francisco Zamora Ubieta <sup>1</sup>

### ACLARACIÓN PREVIA

Se afirma que Sydenham recomendaba la lectura del Quijote a todo aquél que quisiera practicar a cabalidad el ejercicio de la medicina. A su consejo me atengo "... sin acotaciones en las márgenes y sin anotaciones en el fin ...", porque ni tengo que acotar en el margen ni que anotar en el fin, ni menos sé que autores sigo en el prólogo de la primera parte de Don Quijote y a las Medidas de Salud publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1987. Ninguna otra fuente definida ha de servir de apoyo a esta exposición, salvo publicaciones o conferencias del redactor de estas páginas quien prefiere no ser autorreferente, si se hace abstracción del ámbito puramente anecdótico que la intención del texto impide evadir.

Esto no quiere decir que no aparezcan expresiones o contribuciones de diferentes autores y personalidades de la medicina sino que, después de más de 30 años de bregar médico, se confunden las fuentes y puede cometerse una injusticia o un error al momento de redactar la cita. Por otra parte, este modesto trabajo intenta transmitirles, dentro de cierta estructura lógica, situaciones vivenciales que las circunstancias concretas, siempre variables y, a menudo, inesperadas de una epidemia deparan al clínico, entendido éste en su aceptación más amplia y rigal: todo médico que atiende directamente a enfermos.

Como quiera que las enfermedades provocadas por agentes biológicos constituyen una causa de epidemia y es la que está más en consonancia con la experiencia del autor, se hará referencia fundamentalmente a las mismas sin menoscabo de reconocer que enfermedades crónicas no transmisibles puedan, y, de hecho, lo hacen, dar lugar a epidemias.

Una última inquietud la constituye el título mismo de esta comunicación que pudiera inclinar a pensar en trabajo delimitado, sectorizado o por parcelas. Es cierto que cada especialista ha de desempeñar en su esfera de acción, pero, a la vez en ninguna otra situación como la que genera una epidemia de importante magnitud resulta tan indispensable la integración coherente de las funciones clínicas, epidemiológicas, del laboratorio, de las autoridades de salud, de los gobiernos, de la sociedad en su conjunto y a veces de la colaboración internacional, para determinar el éxito.

### INTRODUCCIÓN

La medicina actual se ha desbordado a sí misma y del arte de curar; su origen etimológico, no exento de optimismo, ha devenido ciencia y arte de contri-

buir a fomentar la salud, prevenir la enfermedad, ayudar a la recuperación de los afectados y participar de modo significativo en su rehabilitación.

---

<sup>1</sup> Profesor medicina interna, La Habana Cuba

El médico de hoy conserva, o debiera conservar, ante su paciente algo del hechicero que le antecedió, pero la sociedad espera de él un desenvolvimiento acorde con las exigencias que el momento impone. El análisis histórico de la medicina revela que esto es conceptualmente semejante en diferentes épocas y culturas; varía el fenómeno, más no su esencia.

El clínico contemporáneo debe estar en condiciones de percibir los detalles del árbol y, simultáneamente, no perder de vista el bosque. El excesivo biologismo limita el ejercicio profesional. Ignorar los elementos inherentes a la sociedad es renunciar al conocimiento mismo del hombre. No se niega que por ese camino pueda hacerse ciencia, pero es muy difícil alcanzar sabiduría.

Una epidemia es un fenómeno médico y un fenómeno social. Puede definirse como la aparición de un número de casos de una enfermedad u otro daño a la salud superior al acostumbrado o previsto para una época y un lugar determinados.

### **FUNCIONES DEL CLÍNICO ANTE UNA EPIDEMIA**

Una enfermedad que provoque una epidemia puede ser detectada a través de un sistema de vigilancia previamente establecido, por notificación o por reporte médico ante el hallazgo de algún caso o por cualquier otra fuente proveniente de la sociedad.

Dentro de las múltiples y variadas actividades en las que la contribución del clínico resulta fundamental, merecen destacarse las referentes a la definición de caso, la identificación del síndrome o la enfermedad, la notificación o informe de los enfermos, la colaboración para elaborar un programa de atención, el uso racional del laboratorio, el cuidado directo de los pacientes, la función educativa y la investigación.

### **DEFINICIÓN DEL CASO**

Generalmente, hay una definición inicial clínica que se perfecciona en la medida en que se obtienen datos epidemiológicos y de laboratorio así, como el propio enriquecimiento de los conocimientos y la experiencia en la atención de los enfermos que, en su conjunto, logran precisar una definición final de caso. Por otra parte, debe contemplarse la aparición de distintas formas clínicas con diferente grado de intensidad, compromiso orgánico y gravedad. Durante la epidemia cubana de fiebre hemorrágica

Tres requisitos son necesarios para que se produzca: peligro, riesgo y vulnerabilidad. Por peligro se entiende la presencia o posible introducción de elementos determinados capaces de producir daño a la salud. Riesgo es la probabilidad de obtener un resultado adverso y se encuentra relacionado con diferentes condiciones, factores de riesgo, que hacen posible ese resultado; en este caso, la aparición de un número elevado de personas afectadas. La presencia de una población humana susceptible constituye la vulnerabilidad.

Una vez desencadenada una epidemia, es común su rápida propagación por lo que se requiere reaccionar lo antes posible. Adquiere connotación de emergencia en su acepción de fenómeno infortunado de consecuencias graves que necesita ser atendido o enfrentado de modo apremiante, sin retraso, debido a la severidad de la enfermedad, su rápida propagación; a la elevada repercusión política, social y económica: a que pueda sobrepasar la capacidad de respuesta o al peligro de transmisión a otros países.

por dengue en 1981, se establecieron para la atención de los adultos tres definiciones de caso de acuerdo con la información disponible, la experiencia acumulada y las circunstancias concretas que se debían enfrentar.

Se ha sugerido clasificar la definición de caso desde el punto de vista del clínico de acuerdo con dos aspectos fundamentales: el grado de certidumbre y el estado de los pacientes.

Por el grado de certidumbre un caso puede ser sospechoso, probable o presunto y confirmado. Se considera sospechoso si presenta los síntomas y signos clínicos compatibles con la enfermedad sin prueba alguna de laboratorio que demuestre la infección. Probable o presunto es aquél que, además de manifestar los síntomas y signos clínicos, muestra pruebas de laboratorio que sin ser concluyentes indican la presencia de una infección reciente. Confirmado es el caso que presenta datos de laboratorio concluyentes de una infección actual o reciente en presencia o no de síntomas y signos clínicos.

Este tipo de clasificación puede parecer al clínico quizás demasiado para ser completamente útil, sobre todo en epidemias de enfermedades de rápida

propagación y de diagnóstico clínico fácil y evidente, varicela, por ejemplo. De hecho, en estos casos, los clínicos y también las estadísticas trabajan fundamentalmente con casos sospechosos y probables. Los casos confirmados suelen usarse durante la epidemia para el diagnóstico de la misma y para eventuales estudios e investigaciones que así lo requieran. No ocurre lo mismo con otro tipo de epidemias, como se verá más adelante.

Si se toma como punto de partida el estado de los pacientes, cabe clasificarlos en leves y graves. Puede incluirse un grado intermedio o moderado, así como también grados extremos como muy leves o inaparentes y muy graves. La importancia de este enfoque radica en las diferentes conductas terapéuticas que puedan requerir los pacientes, así como facilitar el establecimiento de un sistema de prioridades que permitan una distribución racional de los recursos disponibles.

### **IDENTIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD O EL SÍNDROME**

El diagnóstico de la enfermedad casual en ocasiones es estable inmediatamente como ocurren en las de influenza o, en la ya citada, de varicela.

Otras veces puede resultar más complejo, especialmente cuando se trata de una afección no conocida o de la que no tengan experiencia previa los médicos del lugar. Por otra parte, las epidemias suelen aparecer con más frecuencia y en forma más severa en los países subdesarrollados con cobertura de salud insuficiente, recursos limitados, carencia alimentaria y presencia de situaciones endémicas u otras epidemias locales concurrentes que dan lugar a un verdadero mosaico. No resulta infrecuente encontrar un enfermo carencial con paludismo crónico que contrajo una leptospirosis, por sólo citar un ejemplo.

En epidemias de enfermedades más raras y menos conocidas, es útil la identificación del síndrome como paso previo a la formulación de la hipótesis diagnóstica, además de servir de apoyo a la investigación epidemiológica y de microbiología. De acuerdo con Brés, los síndromes que suelen observarse en las epidemias de enfermedades transmisibles son nueve: enfermedad sistémica febril sin exantema característico como la brucelosis; exantema febril como el sarampión; fiebre hemorrágica como la del dengue; linfadenopatía febril como la mononucleosis infecciosa; enfermedad neurológica febril como la

meningitis meningocócica; enfermedad febril de las vías respiratorias como la influenza; enfermedad febril gastrointestinal como la shigellosis; ictericia febril como la fiebre amarilla; y, enfermedad afebril como la conjuntivitis hemorrágica.

### **LA NOTIFICACIÓN O INFORME DE CASOS**

La magnitud de una epidemia de rápida propagación raramente se expresa a cabalidad en las comunicaciones y registros estadísticos.

Las causas son variables: existen pacientes que no solicitan atención médica por ser leves, por dificultad de acceso o por diversos factores culturales. La notificación médica pocas veces es completa debido a que los médicos se inclinan a notificar a los pacientes moderados o severamente comprometidos y obvian, en muchas ocasiones, los más leves o aquellos casos provenientes del ejercicio privado. Aparece un tercer factor: las propias autoridades de salud y de gobierno quienes por razones sociales, políticas o económicas, por no amedrentar a la población, no dar argumentos a la oposición o no perturbar la afluencia de turistas, pueden optar por minimizar las cifras.

En la experiencia del autor, son más comunes las dos primeras causas, ya que las autoridades de salud y los gobiernos, algunos en Latinoamérica tienden a percibir cada vez más rápidamente que la verdadera conveniencia política, social y económica radica en la contención de la epidemia. Por ello, ha de insistirse en la importancia de la notificación o informe de todos los casos como deber ineludible del médico de asistencia.

### **ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN**

Siempre resulta difícil; les confieso que para quien esto escribe, aún hoy, después de tantos años de experiencia, no le es fácil aceptar desde el punto de vista conceptual un programa de atención médica. Los programas se apoyan en la estadística, la clínica en el individuo. La piedra miliar de la clínica es el modo de manifestarse una enfermedad en las diferentes personas, esto es, las formas clínicas. En muchos programas, estas formas se expresan a manera de algoritmos. Ahora bien, desde el punto de vista operacional, tomada la práctica como criterio de la verdad, ha de reconocerse que cuando se aplica un programa de atención y más rápido en

los pacientes, independientemente del control de los factores que determinan la epidemia.

Múltiples argumentos pueden aducirse: el programa está confeccionado por los médicos de mayor conocimiento y experiencia; el cumplimiento del mismo tiende a igualar por encima de la media los resultados entre médicos de diferentes niveles de capacidad y desempeño. Esto no siempre es así.

Con cierta frecuencia, ocurre que la epidemia comienza o se localiza en zonas alejadas de los centros de mayor nivel científico y aparece la contradicción entre los médicos de más conocimiento y reputación, pero sin experiencia en haber tratado casos y aquéllos que, aunque sus conocimientos médicos pudieran ser menores, en cambio, se han visto ante la situación objetiva de tratar a los enfermos. A ninguna otra rama de la actividad humana como a la clínica se puede aplicar tan adecuadamente aquel proverbio de que no puede haber ciencia sin experiencia. En reconocimiento de nuestra profesión y de los colegas con quienes el autor de estas líneas ha tenido el honor y a la vez el placer de compartir sus mutuas experiencias, siempre se ha llegado a la solución más razonable y equilibrada ante esta circunstancia.

Todo programa de atención ante una epidemia, que se extiende aceleradamente y presenta formas clínicas graves, requiere que su elaboración no sólo sea efectiva sino rápida, somete a verdadera prueba el liderazgo de las autoridades de salud, la capacidad de trabajar en equipo, de apoyarse en el conocimiento más actualizado posible acerca de la enfermedad o el síndrome, en la experiencia alcanzada en otros países, en las recomendaciones de los organismos internacionales de salud, de las circunstancias concretas del país en ese momento, de las posibilidades y recursos disponibles y sus potencialidades.

Tampoco puede soslayar los elementos provenientes de la cultura, las costumbres, las tradiciones, el sistema social y de salud entre otros. Esto significa que un programa de atención ha de ser confeccionado por los médicos del país. El asesor transmite experiencia, aconseja, opina, pero, cometería error si intenta imponer criterios; error deontológico, ético, conceptual y práctico. Más de una vez se ha visto fracasar en esta labor por no tener en cuenta esa sencilla verdad.

## EL USO RACIONAL DEL LABORATORIO

Cierta mañana, en una visita al Laboratorio Central de Microbiología, durante una asesoría por una epidemia de dengue, se quejaba la directora de la cantidad de solicitudes de aislamiento viral que había llegado por indicación de diferentes médicos de asistencia de distintos lugares del país. En efecto, eran cerca de cuatrocientas. Ningún laboratorio de este tipo dispone de capacidad, médicos y recursos suficientes para realizar masivamente este tipo de estudio y en el hipotético caso que intentara llevarlo a cabo dejaría de ser confiable.

El laboratorio de microbiología, tanto para el aislamiento como para las pruebas serológicas, no puede usarse en cada caso durante las epidemias que alcanzan rápidamente gran morbilidad, más aún cuando la capacidad es limitada y los recursos resultan complejos y costosos. En este tipo de situación, las pruebas microbiológicas están indicadas en el diagnóstico de la epidemia, cuando por algún motivo se requiera hacer un trabajo de investigación que implique el diagnóstico de certeza, cuando las circunstancias de la epidemia evidencien que el número de casos debería declinar y se mantenga elevado, cuando se sospeche que existe otra epidemia asociada y durante la vigilancia epidemiológica; siempre mediante el empleo de nuestras estadísticas y no del universo.

No ocurre lo mismo en otros tipos de epidemia, tales como la enfermedad meningocócica en la cual la transmisión es típicamente por portadores, su morbilidad es menor y los métodos de demostración de la *Neisseria meningitidis*, menos complicados.

En el momento actual, es importante que el clínico esté familiarizado con la toma y la preservación de las muestras de laboratorio, ya que cada vez con mayor frecuencia se dispone de técnicas rápidas que permiten obtener resultados en pocas horas, pero, que necesitan determinados requisitos para la toma, el almacenamiento y el traslado.

## ATENCIÓN DIRECTA DE LOS ENFERMOS

La atención directa los enfermos es quizás la más importante y decisiva contribución del clínico durante una epidemia. De ella dependen la recuperación de la salud de los pacientes, así como la disminución de las complicaciones, las secuelas y la letalidad. A esto se agrega que es fuente de conocimiento e investigación. Los propios programas de atención se perfeccionan a partir de las observaciones y de los resultados clínicos.

Hace unos años, en un país de la Costa Pacífica de América del Sur, sobrevino una epidemia de dengue clásico. Se presentó una mujer de 45 años que estaba de visita por unos días en casa de unos familiares con un cuadro clínico de fiebre, petequias y equimosis, trombocitopenia, cifra de hematócrito elevada y presencia de anticuerpos IgM en la prueba serológica. Una anamnesis cuidadosa puso en evidencia que la enfermedad llevaba cerca de doce días de evolución, que el cuadro purpúrico se observó en el curso de un tratamiento con fenilbutazona y precedió al comienzo de la fiebre y que, debido a la altura de su lugar de residencia, mantenía una respuesta compensatoria del valor del hematócrito. Se trata de un dengue clásico en una paciente residente en la zona andina con púrpura trombocitopénica, probablemente medicamentosa.

Nunca es demasiado insistir en que resulta conveniente para el clínico guiarse por el programa y un error ajustarse a él mecánicamente, renunciando a pensar y al pleno ejercicio de nuestra profesión. "El sentido ha de saber romper con la rutina", expresaba Schupbach.

## RESUMEN

Se enfoca la perspectiva de la sociedad moderna acerca del papel del clínico, la necesidad del trabajo en equipo ante una epidemia debida a una enfermedad transmisible y las funciones más importantes que un médico dedicado a la atención de enfermos está en condiciones de llevar a cabo. Merecen destacarse las referentes a la definición de caso, la identificación del síndrome o la enfermedad, la notificación o informe de casos, la colaboración para elaborar un programa de atención médica, el uso racional del laboratorio, el cuidado directo de los enfermos, la función educativa y la investigación.

La integración coherente de las funciones clínicas, epidemiológicas y de laboratorio, en consonancia con la participación social y la eventual colaboración internacional constituye, la base de la organización y dirección de la lucha contra una epidemia y determina en gran medida su éxito.

## FUNCIÓN EDUCATIVA

La función educativa la lleva a cabo el clínico mediante tres formas esenciales: el consejo médico, la capacitación y la divulgación.

El consejo médico es el procedimiento de comunicación que establece el clínico con los pacientes, familiares y allegados. Es muy importante pues, a la vez que se brinda información acerca del estado y la evolución del enfermo, se aclaran dudas y se recomiendan acciones en cuanto a la prevención y el cuidado. No debe olvidarse que en estos casos se presta mucha atención a la palabra del médico y la disposición a seguir su sugerencia es muy alta.

Por capacitación se entiende la función educativa dentro del personal de salud o quienes de alguna manera van a colaborar directamente en el mismo. Se define como aplicación del proceso de enseñanza – aprendizaje para el desempeño de un cargo, función o tarea. En síntesis; preparar para la acción. Han de identificarse específicamente las necesidades de aprendizaje para lo que resultan útiles el conocimiento claro de las funciones a realizar, el criterio de los expertos, los recursos disponibles, las posibilidades concretas y las necesidades y anhelos sentidos de muchas variables y discurre desde conferencias, talleres, seminarios y uso del vídeo hasta la enseñanza directa junto al enfermo.

La divulgación, desde el punto de vista operacional, es la comunicación dirigida a grupos de personas o a la sociedad en su conjunto. Su propósito es el de informar, aclarar dudas y obtener cooperación. Por ello, han de tomarse como punto de partida las necesidades, las inquietudes y los intereses de la población; debe ser oportuna y sin rebuscamientos técnicos; las posiciones autocráticas o burocráticas han de ser evitadas, a la vez que resulta provechoso el sosiego, la comprensión y el lenguaje sugerente y motivacional. Cuando los grupos son pequeños, puede ser beneficiosa una conferencia o una audiencia sanitaria. En cambio, si va dirigida a grandes grupos sociales, es indispensable el empleo de los medios masivos de comunicación.

## INVESTIGACIÓN

Cada epidemia es especial. Las de elevada morbilidad o las provocadas por una enfermedad o síndrome desconocido o infrecuente permiten el estudio de un número determinado de pacientes. La investigación clínica puede mostrar utilidad para relacionar determinantes etimológicas, facilitar el



diagnóstico, establecer un pronóstico, prevenir complicaciones, mejorar conductas y ensayar métodos terapéuticos y de rehabilitación. A éstas se añade las que el clínico está en condiciones de llevar a cabo junto con epidemiólogos, microbiólogos y otros especialistas. El resultado de estas investigaciones puede repercutir en el perfeccionamiento del programa de atención dentro de la misma epidemia o en otras de la misma enfermedad en ese mismo país o en cualquier otro.

Las investigaciones clínicas pueden ser intraepidémica y metaepidémica. Las primeras, por lo regular, requieren, como ha podido verse en aspectos previamente abordados, de efectividad y rapidez; las segundas pueden desenvolverse con más sosiego.

La determinación de los signos de alarma para el síndrome de choque por dengue partió de dos preguntas que se formuló el autor de estas líneas ante la rapidez con que podía establecerse el choque en esa enfermedad. ¿No habría algún dato clínico que pudiera presentarse antes de que se cerrara la presión diferencial? Si lo hubiera, ¿no sería preferible tratar a los pacientes como si ya estuvieran en choque? A partir de la hipótesis de que debía haberlos, se entrevistaron a unos cuantos pacientes que habían presentado choque, a sus médicos de asistencia y a la par se revisaron sus historias clínicas. Esto permitió identificar los signos de alarma, los que se comunicaron por primera vez en la reunión de expertos sobre enfermedades transmitidas por *Aedes aegypti* convocada por la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud en 1982, en Mérida, Yucatán. En el momento actual, han sido reconocidos y publicados por los organismos internacionales de salud después de haber sido validados por la práctica en todo el hemisferio.

Las observaciones clínicas de Gregg de la catarata congénita y su relación con la rubéola materna durante el primer trimestre del embarazo abrió el camino del conocimiento de la embriopatía rubeólica.

## CONCLUSIONES

Una epidemia es siempre un desafío que implica no sólo al sistema de salud sino a la sociedad en pleno y se amplifica cuando adquiere carácter de emergencia.

La necesidad de ponderación entre el método clínico y el epidemiológico, entre la inteligencia y la prudencia, entre lo individual y lo social, entre el esfuerzo nacional y la colaboración internacional aparece clara a la comprensión.

La importancia del clínico se torna crucial tanto en su labor específica cuanto conjunta o en equipo. La universidad puede graduar doctores en medicina; sólo la vida forma médicos.

**COMPOSICION:** Cutivate Crema: Cada 100 g. de producto contiene 0.05 g de Fluticasona propionato micronizado (500 mcg/g). Cutivate unguento: Cada 100 g. de producto contiene 0.005 g de Fluticasona propionato micronizado (50 mcg/g). **PROPIEDADES FARMACOLOGICAS:** Propiedades farmacodinámicas: La Fluticasona propionato es un glucocorticoide sintético con una potencia antiinflamatoria tópicamente alta pero con una actividad supresora hipotalámica baja, después de la administración dérmica; lo cual hace que el índice terapéutico sea mayor que la mayoría de los esteroides actualmente disponibles. La Fluticasona propionato presenta una potencia glucocorticoide sistémica alta, después de la administración sub-cutánea, pero muy débil actividad oral, probablemente debido a la inactivación metabólica. Estudios in vitro mostraron una fuerte afinidad y actividad agonista por receptores glucocorticoideos humanos. No tiene efectos hormonales inesperados ni marcados efectos no evidentes sobre el sistema nervioso central periférico, sistema gastrointestinal, cardiovascular o sistema respiratorio. **Propiedades farmacocinéticas:** Los datos farmacocinéticos de pruebas realizadas en ratas y perros indican una rápida eliminación y una depuración metabólica extensa. La biodisponibilidad es muy baja después de la administración tópica oral, debido a la limitada absorción a través de la piel o del tracto gastro-intestinal y además por el primer paso metabólico extenso. Los estudios de distribución han demostrado que al minuto de la administración oral, trazas del compuesto alcanzan la circulación sistémica y que cualquier Fluticasona propionato disponible sistémicamente es rápidamente eliminada en la bilis y excretada en las heces. La Fluticasona propionato no permanece en ningún tejido y no se une a la melanina. Su principal vía de metabolismo es la de hidrólisis a ácido carboxílico, el cual tiene una actividad glucocorticoide o anti-inflamatoria muy débil; su excreción es predominante fecal y se completa esencialmente dentro de las 48 horas. En el hombre su depuración metabólica también es extensa y su eliminación consecuentemente rápida. Tan pronto la sustancia entra a la circulación sistémica por vía cutánea, ésta es rápidamente inactiva. Su biodisponibilidad oral se aproxima a cero, debido a la pobre absorción y al metabolismo extenso de "primer paso". Por lo que la exposición sistémica de Fluticasona propionato debida a cualquier ingestión de Cutivate es baja. **INDICACIONES:** Cutivate crema y unguento están indicados para el alivio de las manifestaciones inflamatorias y pruríticas de dermatosis sensibles a los corticoides, tales como: • Eczemas, incluyendo el eczema atópico, infantil y discóide • Prurigo Nodular • Psoriasis (excluyendo psoriasis en placa diseminada) • Neurodermatosis, incluyendo líquen simple • Líquen plano • Dermatitis seborréica • Reacciones de sensibilidad por contacto • Lupus eritematoso discóide • Coadyuvante en la terapia con esteroides sistémicos en el eritemoderma generalizado • Reacciones a picaduras de insectos • Sarpullido. Cutivate Crema: Es especialmente útil para tratamientos diurnos de dermatosis agudas. Cutivate Unguento: Es especialmente útil para tratamientos nocturnos y para dermatosis crónicas muy secas. Tanto Cutivate crema como unguento, se absorben hasta 10 veces más, si se aplican inmediatamente después del baño. **DOSIFICACION Y ADMINISTRACION:** Cutivate Crema: Eczemas y dermatitis: Aplicar una capa delgada en el área afectada, una vez al día. Otras indicaciones: Aplicar dos veces al día en el área afectada. Cutivate unguento: Aplicar una capa delgada en el área afectada dos veces al día. **CONTRAINDICACIONES:** • Hipersensibilidad al medicamento • Rosácea, acné común o dermatitis perioral, infecciones virales cutáneas primarias (E, herpes simple, varicela), prurito perianal y genital. • Cutivate no está indicado para el tratamiento de las lesiones cutáneas infectadas primarias, causadas por infección con hongos o bacterias en dermatosis en niños de menos de un año de edad, incluyendo dermatitis y erupciones del pañal. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES:** La aplicación prolongada de dosis altas en grandes áreas de superficie corporal, especialmente en neonatos y niños muy pequeños, puede ocasionar supresión suprarrenal. Los niños pueden absorber cantidades proporcionalmente mayores de los corticosteroides tópicos y ser así más susceptibles a toxicidad general. La cara, más que otras partes del cuerpo, puede presentar cambios atroficantes después del tratamiento prolongado con corticosteroides tópicos potentes. Esto debe tenerse presente al tratar enfermedades tales como psoriasis, lupus eritematoso discóide y eczemas severos. Si se aplica a los párpados, debe tenerse cuidado que el producto no entre en los ojos, a fin de evitar el riesgo de irritación local o de glaucoma. Los esteroides tópicos pueden ser peligrosos en casos de psoriasis por diversos motivos, incluyendo recidivas, desarrollo de tolerancia, riesgo de psoriasis pustular generalizada y desarrollo de toxicidad local o general debido al deterioro de la función de barrera de la piel. Si se utiliza en la psoriasis, es importante supervisar al paciente cuidadosamente. Debe realizarse el tratamiento antimicrobiano apropiado cuando se traten lesiones inflamatorias que se han infectado. Cualquier avance de la infección requerirá suspensión del tratamiento con el corticosteroide tópico y de la administración sistémica de agentes antimicrobianos. La infección bacteriana es favorecida por las condiciones cálidas y húmedas creadas por vendajes oclusivos. **Embarazo y Lactancia:** La administración tópica de corticosteroides a animales en embarazo puede causar anomalías del desarrollo fetal. La importancia de este hallazgo para el ser humano no se ha determinado; no obstante, la administración de Cutivate durante el embarazo solamente debe considerarse si el beneficio esperado para la madre es mayor que el posible riesgo para el feto. No se ha investigado si la Fluticasona propionato se excreta por el leche materna humana; cuando se midieron los niveles plasmáticos en ratas de laboratorio, después de la administración sub-cutánea; hubo evidencia de Fluticasona propionato en el leche, sin embargo los niveles plasmáticos en pacientes, después de una aplicación dérmica, a la dosis recomendada son muy bajas. **INTERACCION CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCION:** No han sido reportados efectos. **EFFECTO SOBRE LA HABILIDAD PARA CONDUCIR VEHICULOS Y OPERAR MAQUINARIA:** No han sido reportados. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Cutivate generalmente es bien tolerado. Se han comunicado sensaciones de quemazón y prurito locales. Si aparecieran signos de hipersensibilidad, debe suspenderse su aplicación inmediatamente. El tratamiento prolongado e intermitivo con preparados de corticosteroides potentes puede ocasionar cambios atroficantes locales en la piel, como por ejemplo adelgazamiento de la piel, estrías, dilatación de los vasos sanguíneos superficiales, hipertrichosis e hipopigmentación. Como con el uso de otros corticosteroides se han comunicado infecciones secundarias, especialmente si se usan vendajes oclusivos o cuando las partes afectadas son pliegues de la piel; y también dermatitis alérgicas de contacto. Así mismo, se han comunicado exacerbaciones de los signos y síntomas de las dermatosis. El uso prolongado de grandes cantidades de corticosteroides, o el tratamiento de grandes zonas, pueden ocasionar una absorción general suficiente para producir las características de hiperadrenocorticismos. Este efecto es más probable en neonatos y niños pequeños, y si se usan vendajes oclusivos. En los niños muy pequeños, el pañal puede actuar como vendaje oclusivo. En raros casos, se cree que el tratamiento de psoriasis con un corticosteroide (o su abandono) provoca la forma pustular de la enfermedad. **SOBREDOSIFICACION:** Es muy improbable que se administren sobredosis agudas, pero en casos de sobredosis crónicas o de uso incorrecto del medicamento, pueden aparecer las características de hiperadrenocorticismos; en tal situación y como ocurre con cualquier otro corticosteroide, debe suspenderse su aplicación. **PRECAUCIONES FARMACEUTICAS:** El producto conserva sus características si se mantiene a una temperatura menor de 30°C. No se debe congelar. **PRESENTACIONES:** Cutivate Crema: Tubo de aluminio x 15 g. - Registro Sanitario No. M-003986. Cutivate Unguento: Tubo de aluminio x 15 g. - Registro Sanitario No. M-001940.