

(Coom...tacto)

"La lealtad es el compromiso para defender
lo que queremos y en lo que creemos."
Anónimo

Coomeva
Medicina Prepagada
S a b e m o s d e s a l u d

Gerente General

Piedad Cecilia Pineda Arbeláez

Comité Editorial

Pascual Estrada Garcés
Director Médico Nacional

Luis Fernando Otálvaro B.
Director Nacional de UPP

Blanca Inés Vélez G.
Directora Nacional de Salud Oral

Hernán Dario Rodríguez Ortiz
Director Nacional Coomeva
Emergencias Médicas

Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley, en los países signatarios de las convenciones panamericana e internacional del derecho de autor. El desarrollo de contenidos, entrevistas, afirmaciones y avisos de esta publicación obedecen exclusivamente a la política de comunicación médica del auspiciante y no necesariamente reflejan las opiniones o intereses de la casa editorial. Las firmas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

LEGIS

Editor Médico

Sergio Beltrán López, M.D.
sergio.beltran@legis.com.co

Corrección de Estilo
Aicardo Sandoval

Fotografías

© 2008 JupiterImages Corporation

Diagramación
Luis Fernando Beltrán

EDITORIAL

La salud y el invierno

Piedad Cecilia Pineda Arbeláez*

La gran prueba para los sistemas de salud excede el requisito del buen funcionamiento en los tiempos normales. Su reto fundamental se plantea cuando las catastrofes naturales golpean ingentes sectores de la población (casi siempre la más desvalida) y llevan ruina y desastre a comunidades enteras, que se ven abocadas al aislamiento y la privación de sus recursos fundamentales. Es lo que le ocurre a Colombia actualmente con el crudo e implacable invierno. Según una cifra divulgada al terminar mayo, las lluvias dejaban 124.000 damnificados. Las situaciones de calamidad a lo largo de los ríos Magdalena y Cauca rompían el corazón, pero sobre todo, desbordaban los recursos y la disponibilidad que tiene el Fosyga para cubrir este tipo de eventos, en lo que se refiere a los gastos médicos y la hospitalización.

Las catástrofes son particularmente implacables con la niñez. Las enfermedades se propagan rápidamente entre los menores, por faltarles la protección de una vacuna que no les llega en el momento oportuno. La cuenta del Fosyga no cobija programas de vacunación, aunque el Ministerio de Protección Social tiene cubierta la vacunación contra la influenza. Al momento de

escribir esta nota, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, Acemi, estudiaba con las EPS la posibilidad de implementar una campaña de vacunación de los menores de dos años, empezando en municipios en los cuales la población había tenido que ser evacuada de sus viviendas inundadas y se encontraba en hacinamiento y en condiciones precarias.

Sería una vacunación con rotavirus, que es uno de los agentes más frecuentes de enteritis en el mundo. En Colombia se calcula que se producen alrededor de 2.737.794 casos de diarrea en la población infantil menor de dos años. De estos, se estima que 328.535 son producidas por rotavirus. Es alto el índice de muertes por causa de los problemas gastrointestinales, que aumentan cuando ocurren las inundaciones.

En realidad, otros agentes del sistema de salud, como las empresas de medicina prepagada y los médicos particulares agrupados en brigadas, podrían conformar una red para apoyar a las ya existentes en atención de desastres. El sector salud de Coomeva ha comenzado a estudiar esa alternativa de modo permanente, para auxiliar a nuestros compatriotas en los momentos difíciles.

* Gerente General de Coomeva Medicina Prepagada. Economista Industrial de la Universidad de Medellín y Especialista en Finanzas de la Universidad de Los Andes.

CONTENIDO

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	PÁG. 2
ACTUALIDAD	PÁG. 3
MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA	PÁGS. 4 y 5
MUNDO MÉDICO	PÁG. 6
COOMEVA M.P. EN CIFRAS	PÁG. 7



Vacunación al día



El Dr. Edward Jenner, en 1798, llevó a cabo una investigación sobre la inmunización contra la viruela; posteriormente, en 1885, Louis Pasteur administró por primera vez una vacuna contra la rabia. Así se inició la era de la vacunación en el mundo, constituyéndose como una de las principales medidas de control de salud pública y teniendo como meta final la erradicación de diferentes enfermedades.

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con el fin de lograr la máxima cobertura de vacunación y disminuir las tasas de morbilidad por enfermedades inmunoprevenibles. Inicialmente se cubrían seis patologías, pero el esquema ha evolucionado y actualmente tiene un importante cubrimiento.

Tabla 1

Tabla 1. PAI - Colombia					
Enfermedad	Vacuna	Nº dosis	Edad	Vía de aplicación	Refuerzos
Tuberculosis	BCG	1	Recién nacido (RN)	Intradérmica	No tiene
Poliomielitis	Antipoliomielítica VOP	4	RN, 2, 4 y 6 meses	Oral	18 meses y 5 años
Difteria, tos ferina y tétanos	DPT	3	2, 4 y 6 meses	Intramuscular	18 meses y 5 años
Difteria, tos ferina y tétanos	Penta valente	3	2, 4 y 6 meses	Intramuscular	Si después del año no tiene esquema, se debe aplicar Hep. B y DPT monovalente
Hepatitis B			RN, 2, 4 y 6 meses		
Haemophilus influenzae tipo B			2, 4 y 6 meses		
Sarampión, rubéola y parotiditis	Triple viral	1	1 año	Subcutánea	5 años
Sarampión, rubéola y rubéola congénita	Doble viral	1	Posparto y posaborto	Subcutánea	
Tétanos, tétanos neonatal y difteria	Toxoide diftérico	5	Mujeres en edad fértil	Intramuscular	0, 1, 6, 12 y 24 meses
Fiebre amarilla	Antiamarilla	1	Mayores de 1 año, poblaciones de alto y mediano riesgo, viajes a zonas endémicas	Subcutánea	10 años
Influenza viral	Influenza	2	6 a 18 meses	Intramuscular	Cada año
Influenza viral	Influenza	1	Mayores de 65 años	Intramuscular	Cada año

En el 2007, se aprobó en el PAI de Colombia la inclusión de la vacuna contra el neumococo para niños con peso al nacer inferior a 2.500 gramos o para menores de tres años de edad con algunas enfermedades de riesgo como infección por VIH, cardiopatía congénita, asplenia, inmunodeficiencia primaria, diabetes mellitus, inmunocompromiso por cáncer, por insuficiencia renal crónica o por síndrome nefrótico, quimioterapia inmunosupresora, fistulas de líquido cefalorraquídeo y enfermedad pulmonar mayor a un mes de evolución.

Es de gran importancia su aplicación, pues tiene una alta efectividad en la población vulnerable, es decir, en menores de 5 años y mayores de 65.

No se debe olvidar que las poblaciones no contempladas en el PAI ampliado deben pagar la vacuna.

Otras vacunas complementarias son la de la hepatitis A, varicela y rotavirus. **Tabla 2**

Tabla 2. vacunas complementarias		
Vacuna	Dosis	Refuerzo
Neumococo heptavalente	2, 4 y 6 meses de edad.	De 12 a 15 meses.
Neumococo polisacárido	dosis única (mayores de 2 años, adultos mayores y personas con factor de riesgo asociado).	A los 5 años.
Hepatitis A	Dos dosis. Se aplica a partir del primer año de edad.	Segunda de 6 a 12 meses posterior a la primera.
Varicela	Una dosis.	No.
Rotavirus	2 y 4 meses de edad.	No.
Antitifoidea	Una dosis en mayores de 5 años.	No.
Antileptospirosis	Dos dosis a mayores de 15 años.	Segunda dosis de 6 a 8 semanas posterior a la primera.

Otras vacunas que se deben tener en cuenta son las necesarias a la hora de realizar un viaje, pues, según el destino, se requerirá la inmunización contra cierto tipo de enfermedades endémicas o no, de una zona determinada. Entre ellas se encuentran la antirrábica, meningococo y encefalitis japonesa.

La vacunación es una de las más importantes herramientas en la salud pública y son los profesionales de la salud los principales responsables de la canalización y orientación de los pacientes, para lograr así el mayor cubrimiento poblacional y, en un futuro, la erradicación de las enfermedades inmunoprevenibles.



Responsabilidad Médico legal

La tendencia del número de demandas de responsabilidad médica es hacia el aumento progresivo. Un informe del 2006 de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE mostró que en 1993 se demandaban 0,3 de cada 100 afiliados y en marzo del 2006, 12,53 de cada 100. Este crecimiento puede estar determinado por el aumento de la actividad médica, el avance de la medicina que permite tratar enfermedades que eran incurables, la divulgación por los medios de comunicación de los casos de demandas, el riesgo que tienen los actos médicos, la supraespecialización de la medicina, las condiciones administrativas de las instituciones de salud, entre otras.

La responsabilidad médica es la obligación de los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios, e incluso involuntarios dentro de ciertos límites, pero que son previsibles y evitables, cometidos en el ejercicio de su profesión.

Esta responsabilidad recae en la obligación de su actuar, basada en la ocurrencia de un daño, ya sea por negligencia, imprudencia o impericia. Negligencia cuando no prevé las consecuencias de su actuar, imprudente cuando conoce las consecuencias pero no las evita e impericia cuando realiza un procedimiento para el cual no está capacitado. Es una obligación de medios, no de resultado, es decir, el médico debe poner todo su conocimiento, disposición y técnicas aceptadas para el beneficio de la salud de los pacientes, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, sin el compromiso ineludible de salvarle la vida o curarle su enfermedad; una técnica ejecutada de la mejor manera puede tener como resultado un daño inevitable, el cual constituye el margen de error que tiene la práctica de la medicina. Algunas especialidades como la cirugía estética tienen una obligación de resultados.

La conducta es culposa cuando se realiza el hecho punible por falta de previsión del resultado previsible o cuando habiéndolo previsto, confió en poder evitarlo. Para que un hecho sea delito debe cumplir tres condiciones: ser típico, antijurídico y demostrarse la culpabilidad. El médico debe responder en tres campos: penal, civil y ético.

Todo este panorama de las demandas médico-legales ha cambiado el desarrollo de la atención médica en Colombia, pues actualmente muchos pacientes acuden al médico con una actitud desafiante, diferente a épocas anteriores cuando la medicina se ejercía tranquila y pacíficamente.

Muchas personas no dudan en manifestarle al galeno la posibilidad de ser demandado en caso de que las cosas no tengan el resultado que ellos desean. Pero aún más preocupante es la actitud de muchos médicos ante el criterio equívoco o no de sus colegas, pues muchas demandas son animadas por ellos mismos, guiando a sus pacientes hacia el inicio de una acción legal. En algunos casos los errores son muy evidentes o con grandes consecuencias, sin embargo, la decisión de iniciar una demanda está únicamente en manos de los afectados y el conducto regular lo seguirán las autoridades competentes, que en ningún caso es un médico.

Esto ha llevado a la necesidad de adquirir los seguros de responsabilidad médica que cubran los gastos involucrados en un juicio y en el pago de las correspondientes sanciones, pues estas pueden alcanzar grandes cifras que sobrepasan el patrimonio de cualquier persona. Así mismo, algunas empresas obligan a sus trabajadores de la salud (enfermeros, optómetras, médicos, etc.) a adquirir el seguro médico, pues en caso de una demanda la responsabilidad puede ser solidaria, es decir, asumida tanto por el trabajador como por la empresa. Existen varias ofertas en seguros de responsabilidad médica, es necesario tener cuidado al adquirirlo y verificar los cubrimientos, leer siempre la letra menuda, pues muchas veces en esta se excluyen situaciones de gran importancia e impacto en la vida económica de una persona.

Lo más importante en la práctica médica es el profesionalismo y la ética; no negar ayudas que son necesarias a la hora de diagnosticar o tratar pacientes, no retrasar el inicio de terapias que son prioritarias, nunca ocultar el riesgo que tiene alguna intervención, son algunas de las muchas cosas que se deben hacer. Pero quizás algo que evita ser demandado es tratar humana y cordialmente a las personas, respetar su dolor y no restarle importancia a sus quejas. Muchos son los casos de médicos que cometen errores muy graves pero gracias a la buena relación médico-paciente que han tenido, no se emprende ninguna acción legal contra ellos. Por el contrario, algún profesional que no instauró una buena relación y erró, aunque con consecuencias no muy graves, puede verse involucrado en una demanda por parte de los pacientes o de sus familiares.

Es necesario entonces, manteniendo la mejor relación médico-paciente, poner todo el conocimiento y empeño posible en la atención y aceptar los límites que la profesión tiene.



Infecciones del tracto urinario e

reto clínico

Las infecciones del tracto urinario son complicaciones frecuentes de la gestación, siendo los cuadros infecciosos más prevalentes en esta etapa.^{1,2} Su presentación varía de acuerdo con las muestras poblacionales analizadas, sin embargo, se estima que las infecciones sintomáticas se presentan en 1 a 2% del total de gestantes, mientras que la bacteriuria asintomática se reporta entre el 2 y 13%.

Se deben tener en cuenta los cambios anatómicos y hormonales propios de la paciente gestante, que dan paso a la presencia de dilatación ureteral y estasis urinaria.¹ Así, los factores precipitantes comprenden:³

- Dilatación pielocalicial, hidrouréter, hidronefrosis.
- Influencia hormonal: la progesterona y algunas prostaglandinas disminuyen el tono y la contracción del uréter, favoreciendo fenómenos de reflujo. Adicionalmente, los estrógenos pueden inducir hiperemia en el trigono e indirectamente favorecen la adherencia de los gérmenes sobre el epitelio.
- El aumento del volumen circulante induce aumentos del filtrado glomerular, favoreciendo la estasis urinaria.
- La alcalinización de la orina y el aumento de la concentración urinaria de azúcares, amionoácidos, entre otros, favorece el crecimiento bacteriano.

También es necesario tener en cuenta que la **vaginosis bacteriana** es un factor de riesgo, reportado frecuentemente, para la infección del tracto urinario. Otros factores de riesgo importantes son:⁴

- Antecedente de infecciones urinarias en la gestación.
- Condiciones socioeconómicas bajas.
- Enfermedades concomitantes: diabetes, drepanocitemia, etc.

Se estima que las infecciones sintomáticas se presentan en 1 a 2% del total de gestantes, mientras que la bacteriuria asintomática se reporta entre el 2 y 13%

Complicaciones de las infecciones del tracto urinario en la gestante son variadas y pueden impactar severamente la salud del binomio madre-hijo:^{1,3,4,5}

- Pielonefritis (principal causa de ingreso hospitalario no obstétrico en la gestante)
- Infantes con bajo peso al nacer
- Parto pretérmino
- Polihidramnios
- Preeclampsia
- Sepsis

Agentes etiológicos

Como en la no gestante, la *E. coli* es responsable de cerca de 75-90% del total de este tipo de infecciones.³ Por otra parte, microorganismos como la *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Serratia* y *Pseudomona* también se relacionan con infecciones del tracto urinario, y en ocasiones, con cuadros severos. Entre los grampositivos, el *Streptococcus agalactiae* es el más frecuente. Si se detecta, debe administrarse profilaxis durante el parto.³

Abordaje

En primera instancia, se deben realizar una historia clínica y un examen físico exhaustivos. Ante la sospecha, la toma de una muestra de orina (para urianálisis y potencialmente para cultivo) debe acompañarse de una explicación detallada sobre la manera correcta de la toma de la muestra. Los cultivos se deben considerar en casos de sospecha de pielonefritis, pacientes que requieren hospitalización, antecedentes de instrumentación local, y pacientes con historia de infecciones a repetición.²

¿Qué antibióticos utilizar?

Las **penicilinas**, como la amoxicilina, son agentes utilizados frecuentemente en el manejo de esta patología. Datos del estudio *The Collaborative Perinatal Project*, que comprendió

En la gestante:

3.546 mujeres a quienes se administraron derivados de la penicilina en el primer trimestre de la gestación y 7.171 mujeres que recibieron este tipo de agentes en algún punto de su gestación, establecen que no se reportaron incrementos en la tasa de malformaciones.¹

Las cefalosporinas son medicamentos alternos, se utiliza la cefalexina generalmente.¹

Las fluoroquinolonas no deben ser utilizadas de rutina por varias razones:¹

- Presentan un costo comparativamente mayor frente a otras terapias.
- Preocupación sobre la emergencia de organismos resistentes.
- Preocupación sobre su perfil de seguridad (en controversia).

Nitrofurantoína: aunque se han conducido varios estudios que demuestran la seguridad de este medicamento, existe un riesgo teórico de inducir anemia hemolítica en el feto o en el recién nacido, sin embargo los casos de este tipo de toxicidad son infrecuentes y raros.¹

TMP/SMX: aunque el componente de sulfa no parece incidir sobre el riesgo de teratogenicidad, la administración de trimetoprim durante el primer trimestre de la gestación se ha relacionado con la aparición de defectos estructurales (defectos del tubo neural, defectos cardiovasculares). También se debe tener en cuenta que el componente sulfametoxazol puede persistir en la circulación neonatal por varios días después del nacimiento (si se administra de manera cercana al parto). Debido a que existe un riesgo teórico de que las sulfonamidas incrementan la bilirrubina no conjugada, este medicamento debería evitarse también después de la semana 32.¹

El uso de la **fosfomicina** también se encuentra permitido como monodosis en el tratamiento de la bacteriuria asintomática y en la cistitis aguda.³

Los cultivos se deben considerar en casos de sospecha de pielonefritis, pacientes que requieren hospitalización, antecedentes de instrumentación local, y pacientes con historia de infecciones a repetición.²



Conclusiones

- Las infecciones del tracto urinario en la gestante constituyen un problema médico y serio si no se toma la conducta adecuada.
- La evaluación de la historia clínica es fundamental para tamizar a las pacientes con mayor riesgo de presentar este cuadro. Se debe recordar que la vaginosis bacteriana es un factor de riesgo importante para infección del tracto urinario.
- En caso de solicitar una muestra de orina, se debe hacer énfasis a la paciente en cuanto al método para obtener la muestra. Esto se reflejará en la utilidad de los resultados reportados.
- Existen opciones de tratamiento antibiótico para este tipo de pacientes. La prescripción de estos debe realizarse a la luz de los datos particulares y locales.

REFERENCIAS

1. Lee M, Bozzo P, Einarson A, Koren G. Urinary tract infections in pregnancy. *Can Fam Physician*. 2008;54(6):853-4.
2. E-medicine. Pregnancy, Urinary Tract Infections. Disponible en <http://www.emedicine.com/emerg/TOPIC485.HTM>. Actualizado: Agosto de 2007
3. Herráiz MA, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Urinary tract infection in pregnancy. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23 Suppl 4:40-6.
4. Sharami SH, Afrakhteh M, Shakiba M. Urinary tract infections in pregnant women with bacterial vaginosis. *J Obstet Gynaecol*. 2007;27(3):252-4.
5. Bánhidý F, Acs N, Puhó EH, Czeizel AE. Pregnancy complications and birth outcomes of pregnant women with urinary tract infections and related drug treatments. *Scand J Infect Dis*. 2007;39(5):390-7.



“La violencia doméstica y el estrés” Luz Marina Echavarría - José Manuel Sibila

Las exigencias de la vida moderna, más las situaciones creadas por la violencia en la que vive el mundo actual, pueden crear un cóctel de emociones mortal para muchísimos de los seres humanos cuyas vidas se ven sacudidas por conflictos familiares, laborales y social. El “estrés” como ladrón silencioso en nuestras vidas, la “inteligencia emocional” tan necesaria en las relaciones modernas y el bienestar emocional son protagonistas clave en este libro.



“Cómo criar hijos felices” Luz Marina Echavarría - José Manuel Sibila

Puericultura. Un tema muy discutido pero pobremente aplicado en la vida diaria, ocupa el eje central del libro de Luz Marina Echavarría y José Manuel Sibila. Con un abordaje lleno de motivación y con conceptos de desarrollo humano claros, se pretende analizar errores, defectos y vicios que impiden ejercer una paternidad y maternidad adecuadas. Capítulos y temas ágilmente desarrollados facilitan la comprensión y la dinámica de la lectura de este libro.



Eventos



- **I Congreso Internacional “Micobacterias: un reto para el siglo XXI”**

24 - 27 de septiembre, Bogotá

Informes: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Medicina oficina 304

Teléfonos: 3165000 ext. 15014 - 15016

www.cimi.unal.edu.co

- **Errores innatos del metabolismo**

30 de septiembre, Bogotá

Informes: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Medicina oficina 406

Teléfonos: 3165000 ext. 15030 - 15125 - 15047 - 15148

cursobiom_fmbog@unal.edu.co

- **II Congreso Latinoamericano de Salud y Gestión de Riesgo, VIII Simposio de Medicina de Urgencias, IV Simposio de Vacunación y II Simposio de Salud y Gestión de Riesgo**

5 y 6 de septiembre, Bogotá

Informes: Cruz Roja Colombiana. Teléfono: 4281111 ext. 190 - 194 5400500

www.cruzrojabogota.org.co/congreso

- **Avances y Aplicaciones de la Biología Molecular en las Áreas Clínico-Quirúrgicas de la Salud Humana**

1 - 4 de octubre, Bogotá

Informes: Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Medicina oficina 406

Teléfonos: 3165000 ext. 15030 - 15125 - 15047 - 15148

cursobiom_fmbog@unal.edu.co

- **IX Congreso de Mercadeo en Servicios de Salud**

11 - 13 de septiembre, Bogotá

Informes: Imagen y Mercadeo Ltda. Teléfono: (2) 3317403 (1) 5460867

imagenymercadeo@hotmail.com

- **Semana de la Salud Ocupacional**

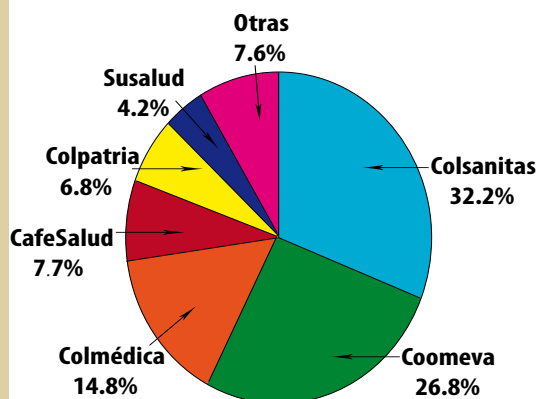
5 - 7 de noviembre, Medellín

Teléfono 2600011 ext. 3

jserna@saludocupacional.com.com

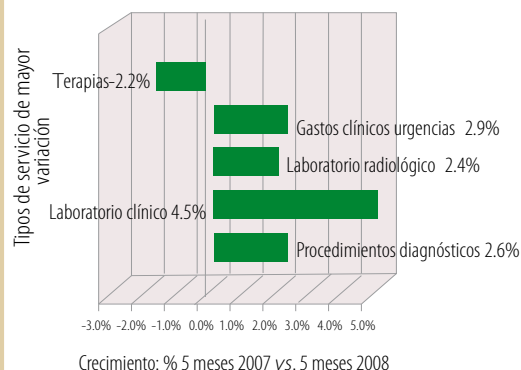


Afiliados a empresas de M.P. diciembre 2007



Fuente: informes ACEMI

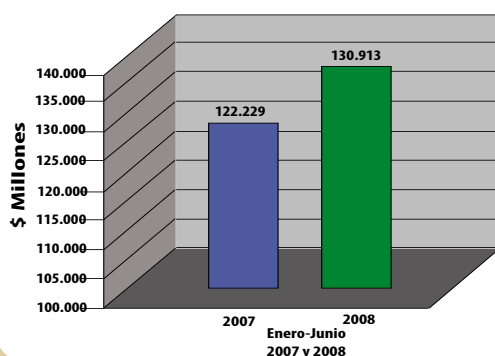
Crecimiento de las tasas de uso en el acumulado de los primeros cinco meses del año



Fuente: SIAS

Esquematización de los servicios que más incrementos han mostrado en sus tasas de uso en el periodo citado.

Valor de las transferencias totales



Fuente: informes contables

Pagos que CMP ha realizado a sus profesionales adscritos durante el período enero - mayo del 2007 vs. 2008. La importancia de mantener el sano equilibrio financiero que garantice la continuidad y la oportunidad en los pagos a sus prestadores, en la medida del compromiso con una práctica profesional equitativa que involucre la más alta calidad, el menor riesgo posible y un costo razonable.

Índices de remisión primeros cinco meses 2006 vs. 2008

A remision quirúrgica	2006	2007	2008
Dermatólogo	8,9%	8,4%	8,9%
Ginecólogo	15,7%	13,8%	14,8%
Oftalmólogo	10,7%	9,9%	11,3%
Otorrinolaringólogo	20,7%	21,0%	23,4%
Ortopedista	29,5%	29,6%	29,6%

A laboratorio clínico	84,9%	89,0%	92,9%
-----------------------	-------	-------	-------

A laboratorio radiológico	42,0%	43,9%	45,3%
---------------------------	-------	-------	-------

Fuente: SIAS - Corvu

Los índices de remisión corresponden al porcentaje de consultas que generaron un procedimiento quirúrgico o una ayuda diagnóstica de laboratorio clínico o radiológico.

Productos Nuevos



Cefalexina MK 250 mg/5 mL Qué es y para qué sirve?

Cefalexina MK es un antibiótico utilizado en el tratamiento de infecciones producidas por gérmenes sensibles a la cefalexina como:

- Sinusitis aguda
- Infecciones del aparato respiratorio
- Otitis media aguda
- Infecciones de la piel, huesos y articulaciones.
- Infecciones del sistema urinario.

Presentación:

Polvo para reconstituir a suspensión 250 mg / 5 mL.

Registro Invima:
2007M-0007224



Ivermectina MK 0.6% Qué es y para qué sirve?

Ivermectina MK 0.6% gotas es un antiparasitario, utilizado en:

- Escabiosis
- Pediculosis
- Oncocercosis
- Estrongiloidiasis

Presentación:

Gotas orales 0.6%. Frasco gotero x 5 mL.
Cada mL (30 gotas) contiene 6 mg de ivermectina.

Registro Invima:
2007 M-0007600



Terapia Antiinfecciosa



Terapia Parasitología



MEDICAMENTOS TOTALMENTE CONFIABLES