

# Conjuntivitis y sequedad ocular

Ave Mari Aburto, Julie Alison

Farmacéuticas comunitarias en Gorliz. Miembros del Grupo Madame Curie del COFBI

### Ojo seco

#### Concepto

El síndrome del ojo seco, o xeroftalmia, es una patología multifactorial de la superficie ocular que cursa con malestar, alteraciones visuales, inestabilidad de la lágrima y daño potencial de la córnea, que se acompaña de aumento de la osmolaridad ocular y de inflamación.

Se trata de una afección crónica de duración indefinida y de intensidad variable, e incluye todas aquellas situaciones que alteran la cantidad y/o calidad de la lágrima.

El aparato lacrimal está formado básicamente por dos tipos de estructuras: las de secreción (glándulas lagrimales, principal y accesorias) y las de drenaje.

En la película lagrimal se distinguen tres partes:

- Capa lipídica. Es la más superficial y está producida principalmente por las glándulas de Meibomio. Su función es retardar la evaporación de la capa acuosa y mantener la película lagrimal uniforme sobre la superficie ocular, para lubricar el roce palpebral.
- Capa acuosa. Es la situada en la zona intermedia. Ejerce una acción hidratante, y además, por su contenido en electrolitos, glucosa, oxígeno y vitaminas,

## Síndromes menores

1 Aftas

2 Fiebre

3 Conjuntivitis y sequedad ocular

4 Estreñimiento

5 Prurito vaginal

6 Diarrea

7 Cefalea

8 Dermatitis

9 Gripe y resfriado

10 Lumbalgia

11 Insomnio

12 Pirosis

13 Tos

14 Hemorroides

15 Prurito



permite la nutrición de la córnea, ya que ésta es una zona no vascularizada. Asimismo, contiene proteínas antimicrobianas (lisozima, IgA) que confieren a la película lacrimal propiedades antimicrobianas para proteger la superficie ocular.

- **Capa mucosa.** Es la más interna y tiene una función protectora, ya que mantiene la adhesión de la capa acuosa a la superficie ocular.

La lubricación adecuada del ojo es posible gracias al equilibrio entre una producción suficiente de lágrimas de buena calidad y un parpadeo normal. Cuando el equilibrio lagrimal se rompe o se altera la producción de lágrimas, se producen diversos signos y síntomas que constituyen el llamado «síndrome del ojo seco».

## Sintomatología

Las manifestaciones clínicas dependen de la intensidad de la afectación, y van desde una sensación de sequedad o de «cuerpo extraño» con picor y escozor, en los casos leves, hasta un dolor incapacitante, la imposibilidad de mantener los ojos abiertos, e incluso lesiones corneales permanentes con pérdida de la transparencia de la córnea y disminución de la agudeza visual, en los casos más graves.

Otros síntomas son enrojecimiento, inflamación palpebral, aumento de la frecuencia de parpadeo (acto reflejo por la irritación), intolerancia a las lentes de contacto y, en caso de existir afectación de la córnea, fotofobia, visión borrosa transitoria, lagrimeo paradjico y secreción mucosa.

En el biomicroscopio pueden observarse queratitis *punctata* (que afecta principalmente al tercio inferior de la córnea) y úlceras.

## Epidemiología

La máxima producción de lágrima tiene lugar en la segunda década de la vida y, a partir de ésta, va disminuyendo a medida que pasan los años. El ojo seco es la patología más frecuente de las consultas de oftalmología (alrede-

dor del 30% de los pacientes consultan por este motivo). Su prevalencia es del 7,5% en mayores de 50 años, y del 15-33% en personas de más de 65 años, en las que es la causa más frecuente de irritación ocular. Es más habitual en mujeres. La prevalencia ha aumentado en los últimos años debido al envejecimiento de la población, al mayor uso de medicamentos y al incremento de agentes irritantes y alérgenos en el ambiente.

## Etiología

Los casos leves, que se caracterizan por una sensación de cuerpo extraño o quemazón (que ocasiona gran incomodidad), suelen presentarse tras el sueño o después de leer en un monitor o de ver la televisión de forma prolongada, situaciones que producen una disminución del parpadeo y por tanto de la humectación ocular.

En general, existen tres mecanismos principales que provocan el síndrome del ojo seco:

- Déficit de producción de la lágrima.
- Alteración de la composición de la lágrima.
- Aumento de la evaporación.

## Factores de riesgo

- **Edad y sexo.** La disminución de la secreción debido a la edad es la causa más habitual, y se debe a la progresiva atrofia de las células que generan las lágrimas.

Como ya hemos indicado también es más frecuente en mujeres, debido a los cambios hormonales que experimentan durante el embarazo y la menopausia, y también al uso de anticonceptivos.

- **Ambientales.** La contaminación ambiental, el humo de tabaco, un clima seco, ventoso y soleado, los lugares cerrados, la calefacción y el aire acondicionado pueden agravar la sequedad ocular.
- **Ocupacionales.** Las tareas que requieren una gran atención visual (como trabajar con el microscopio o pasar muchas horas frente a la pantalla del ordenador) reducen el parpadeo,

por lo que la lágrima no se distribuye correctamente y aumenta su evaporación.

- **Uso de lentes de contacto.** Este tipo de lentes atrapan el agua de la lágrima y pueden provocar sequedad ocular si no se humedecen correctamente.

- **Uso de fármacos.** Algunos medicamentos también pueden reducir la producción de lágrimas y ocasionar xeroftalmia como efecto adverso:

- Anticonceptivos.
- Antihistamínicos.
- Descongestionantes nasales.
- Ansiolíticos.
- Antidepresivos tricíclicos.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- Antipsicóticos.
- Anticolinérgicos.
- Diuréticos.
- Antiparkinsonianos.
- Betabloqueadores.

La utilización de algunos fármacos oftalmológicos (anestésicos, antimicrobianos, corticoides, timolol, anticolinérgicos) también puede incrementar el problema, ya sea por su uso frecuente o por la toxicidad de sus conservantes, como el benzalcohol.

- **Infecciones oculares.** La blefaritis es otra causa común de ojo seco, ya que al inflamarse los bordes palpebrales se produce una secreción grasa anómala que no protege la película lagrimal de la evaporación.

- **Enfermedades.** Además del síndrome de Sjögren, determinadas patologías como la diabetes mellitus, la enfermedad de Parkinson, algunas afecciones autoinmunes, la artritis reumatoide, la hepatitis C, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la anorexia, la bulimia o las alergias se asocian en muchos casos a sequedad ocular, que también se produce con el tratamiento radioterápico o el uso de inmunosupresores en los trasplantes de médula ósea.

- **Nutricionales.** También pueden influir las dietas ricas en ácidos grasos

## Síndrome de Sjögren

Es una patología autoinmune que afecta a las glándulas lagrimales y salivales, produciendo sequedad ocular y bucal. Afecta principalmente a mujeres mayores de 50 años. Se clasifica en:

- Tipo I: se manifiesta en personas que no sufren otra enfermedad autoinmunitaria.
- Tipo II: se produce en personas que tienen otro tipo de patología autoinmune, generalmente lupus eritematoso y artritis reumatoide.

omega-6 o pobres en ácidos grasos omega-3 y vitamina A.

- **Cirugía refractiva.** La técnica LASIK, que cambia de manera permanente la forma de la córnea con el fin de mejorar la visión y reducir la dependencia que supone tener que llevar gafas o lentes de contacto, puede ocasionar también sequedad ocular.

### Tratamiento

Los objetivos del tratamiento del síndrome del ojo seco son:

- Aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- Prevenir, minimizar o restaurar las posibles lesiones en la conjuntiva y la córnea.
- Mantener la agudeza visual.

Para instaurar un tratamiento adecuado es necesario:

- Evaluar los signos y síntomas (inicio, gravedad e impacto en la calidad de vida).
- Distinguir entre síndrome episódico (desencadenado por factores ambientales o laborales) y crónico (los factores ambientales lo pueden empeorar, pero persiste en ausencia de ellos).
- Evaluar la etiología y descartar las enfermedades que causen o empeoren el síndrome del ojo seco: dermatitis seborreica, rosácea, dermatitis de contacto, conjuntivitis alérgica, lesiones epidérmicas vesiculares, enfermedades sistémicas ya nombradas anteriormente, neuralgia del trigémino, parálisis facial, herpes zóster que afecte al ojo, operación ocular previa,

radioterapia, quemaduras y traumatismos.

- Evaluar la respuesta a los tratamientos que se hayan probado con anterioridad.
- Considerar los posibles factores agravantes, como los ambientales y laborales, o el dormir con los ojos abiertos.
- También debe tenerse en cuenta la medicación instaurada para otras patologías, ya que puede incluir fármacos que produzcan o empeoren la sequedad ocular.

### Recomendaciones generales

Existen una serie de medidas higiénicas, físicas y ambientales que todo paciente con ojo seco deberá seguir para prevenir o mitigar los síntomas que produce:

- Evitar el viento o corrientes de aire de ventiladores o aire acondicionado.
- Utilizar gafas oscuras de protección solar.
- Evitar los ambientes secos (meteorológicos, de cocinas o chimeneas). Humidificar las habitaciones.
- Parpadear frecuentemente y no mantener los ojos muy abiertos.
- Limpiar los párpados con toallitas de limpieza ocular, o en su defecto con una gasa humedecida en agua tibia. La limpieza debe realizarse masajéandolos suavemente con movimientos circulares.
- Evitar las irritaciones oculares de cualquier tipo (falta de sueño, ambiente con partículas de polvo, humo de tabaco, irritantes químicos volátiles, piscinas cloradas...).

- Tratar de parpadear más si se trabaja con el ordenador de forma prolongada.

### Tratamiento farmacológico

Es importante explicar a los pacientes los detalles del curso natural de la enfermedad, informándolos de la posibilidad de que precisen tratamiento crónico o intermitente.

### Lágrimas artificiales

Son el tratamiento de primera línea en el síndrome del ojo seco. Consisten en una sustitución lagrimal mediante la aplicación tópica de una solución que contiene sustancias lubricantes y humectantes. Las lágrimas artificiales emulan las características fisicoquímicas de la lágrima natural en cuanto a pH (debe ser neutro o ligeramente alcalino para alterar lo mínimo posible el epitelio corneal), osmolaridad, tensión superficial y viscosidad.

En el mercado existen múltiples tipos de lágrimas artificiales. La diferencia entre lágrimas viene dada por los electrolitos que las componen, por su osmolaridad y por su viscosidad.

### Principios activos más habituales

#### Soluciones salinas

Se trata de diluciones de sales minerales con agua bidestilada, normalmente isomolares con la lágrima. La sal más habitual es el cloruro sódico, aunque también se utiliza el cloruro magnésico, entre otros. Por sí solas pueden aliviar los síntomas del ojo seco, aunque de manera breve, ya que su alta tensión superficial, baja viscosidad y escasa capacidad lubricante hace que el tiempo de permanencia en contacto con la superficie ocular sea muy bajo.

#### Mono y disacáridos

Como el sorbitol, con propiedades isotonizantes, y el manitol, que tiene acción lubricante.

#### Polisacáridos

- Mucilagos (gomas): aumentan la viscosidad sin influir demasiado en la

## Síndrome del ojo seco: papel de la farmacia comunitaria

Por su proximidad y accesibilidad, la farmacia puede desempeñar un papel central tanto en la detección como en el tratamiento de esta afección.

Ante la sospecha de ojo seco en un paciente, debe valorarse la recomendación de utilizar lágrimas artificiales o la derivación al médico si se presenta alguna de las siguientes circunstancias:

- Dolor moderado o grave o fotofobia.
- Enrojecimiento marcado de un ojo.
- Disminución de la agudeza visual.
- Enfermedad subyacente que requiera la supervisión de un especialista (sobre todo cuando hay una enfermedad ocular o enfermedades sistémicas).
- Sospecha de efecto adverso en la medicación prescrita.
- Empeoramiento de los síntomas a pesar de la instauración de un tratamiento con lágrimas artificiales, o ausencia de mejoría tras 4 semanas de uso de éstas.

Desde la farmacia debe proponerse el autocuidado ocular adecuado (ya que puede mejorar notablemente la sintomatología), incidiendo sobre la importancia de controlar los factores ambientales ya mencionados y seguir las recomendaciones generales sobre hábitos higiénicos y dietéticos.

Ante un paciente con ojo seco es fundamental hablar claramente, y explicar que en la mayoría de los casos el mejor y único tratamiento son las lágrimas artificiales, que deben emplearse durante toda la vida (aunque pueden ser más necesarias en unas épocas que en otras). Asimismo, debe indicársele que la frecuencia de la instilación dependerá de sus molestias, y que es un tratamiento inocuo si se emplea de forma adecuada. El farmacéutico también deberá ayudar al paciente a escoger la opción más adecuada entre las marcas comerciales que existen, hasta encontrar la que tolere mejor y más le satisfaga.

En este sentido, deben recomendarse los productos sin conservantes, especialmente si es necesario aplicarlo varias veces al día, si ya emplea otros colirios con conservantes, si lleva lentes de contacto o si se trata de una mujer embarazada. A la hora de aconsejar un determinado producto, también debe tenerse en cuenta la capacidad para utilizarlo adecuadamente. A las personas mayores, por ejemplo, suele resultarles más fácil manipular los envases multidosis.

En la farmacia se hará también un seguimiento de la sintomatología, adecuando las recomendaciones a la evolución del trastorno.

tensión superficial ni en la presión osmótica. Cuanto mayor es la viscosidad, mayor es la probabilidad de producir visión borrosa. En este grupo se encuentran la metilcelulosa, la hipromelosa, la carmelosa (posee una mayor mucoadhesividad respecto a otras gomas) y el hidroxipropilguar.

- Mucopolisacáridos: producen menor visión borrosa que los polímeros de celulosa, y además confieren una menor tensión superficial, por lo que sus soluciones son más parecidas a la lágrima humana. El más utilizado es el ácido hialurónico. Cuanto mayor es la concentración, menor es la tensión superficial y, por lo tanto, ma-

yor el contacto con la superficie ocular. El tiempo de permanencia elevado hace que tenga propiedades cicatrizantes sobre la córnea, y su mejor distribución por toda la superficie de la córnea mejora la protección del ojo.

### Polímeros sintéticos

#### • Derivados del vinilo:

– Alcohol polivinílico. Aunque posee una baja viscosidad, presenta una buena adsorción al epitelio debido a su baja tensión superficial, lo que le confiere un buen tiempo de permanencia y propiedades estabilizadoras de la película lagrimal.

– Povidona. Reduce la tensión superficial de la solución salina en la que está disuelta y facilita su extensión sobre el epitelio de la superficie ocular. Además incrementa poco la viscosidad.

– Polímeros acrílicos (carbómeros). Confieren mayor viscosidad comparados con otros derivados del vinilo, manteniendo baja la tensión superficial y alta la hidrofilia. Tienen un alto índice de permanencia, por lo que pueden aplicarse por la noche. El inconveniente es que en algunos casos producen visión borrosa transitoria.

- Derivados del etilenglicol: disminuyen la tensión superficial y presentan buena adherencia a las mucosas.

### Lípidos

Tienen acción lubricante, pero no se disuelven en la lágrima y producen visión borrosa. Se utilizan en forma de pomadas oftálmicas cuando la sequedad es severa, y para aplicarlas por la noche. En este grupo están la vaselina y los derivados de la lanolina.

### Formas de presentación

En el mercado se encuentran tres posibles presentaciones:

- Envases multidosis con conservante.
- Envases multidosis que garantizan la esterilidad del producto durante 2 meses sin la utilización de conservantes.

- Envases monodosis sin conservante, para una sola aplicación y posterior eliminación del envase.

La elección de uno u otro variará en función del paciente y de su mayor facilidad en la aplicación.

Es importante tener en cuenta que los conservantes pueden producir reacciones alérgicas o toxicidad directa, y dar lugar en ambos casos a una irritación ocular, que a veces llega a ser tan molesta como los propios síntomas de la xeroftalmia. La toxicidad directa es más frecuente y es dosisdependiente. En general, es recomendable evitar el uso de conservantes, pero su toxicidad se debe tener en cuenta especialmente cuando:

- El colirio se aplica con una frecuencia superior a cuatro veces diarias.
- Se usan lentes de contacto.
- La superficie ocular está dañada por alguna patología previa.
- Hay obstrucción del drenaje u otras causas de disminución del aclaramiento lagrimal

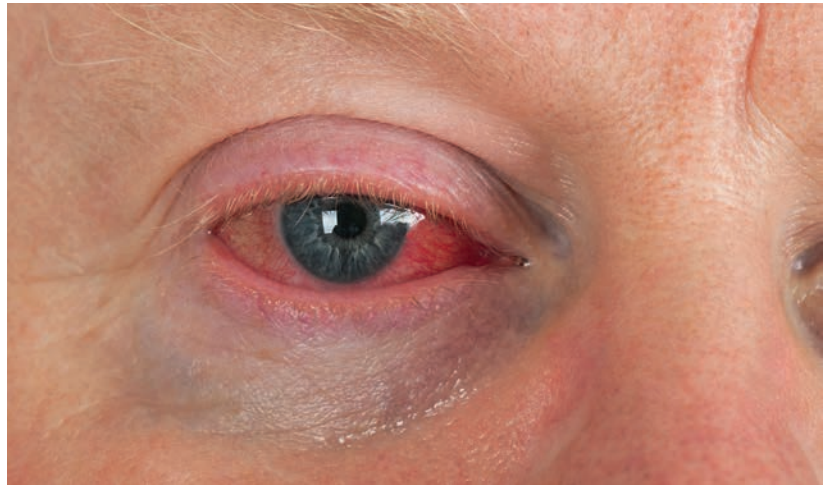
### Otras alternativas

Cuando el síndrome del ojo seco es grave y el tratamiento con lágrimas artificiales no sea suficiente, pueden utilizarse medicamentos para estimular la secreción lagrimal, como la pilocarpina. También es posible recurrir a los corticoides tópicos para tratar el componente inflamatorio de la afección. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) tópicos, el suero autólogo y los ácidos grasos omega-3 se reservan para los casos graves.

## Ojo rojo

### Concepto

El denominado «ojo rojo» agrupa un amplio conjunto de afecciones inflamatorias irritativas o infecciosas. Son procesos de tipo inflamatorio o hemorrágico del segmento anterior del globo ocular, que afectan a la conjuntiva, la córnea, la esclerótica, la úvea, los párpados o el aparato lacrimal.



©iStock.com/Lightstar59

La causa más frecuente del enrojecimiento ocular es la conjuntivitis.

### Sintomatología

La conjuntivitis se manifiesta por escorzor ocular, sensación de cuerpo extraño, hiperemia (vasodilatación difusa o localizada), lagrimeo, leve fotofobia, y secreción serosa o purulenta en función de si la conjuntivitis es o no de origen infeccioso. Normalmente no afecta a la visión.

La sintomatología suele ser bilateral, aunque también puede ser asimétrica, es decir, un ojo puede verse más afectado que el otro.

### Clasificación

En función del agente causante de la inflamación, podemos considerar dos tipos de conjuntivitis: la infecciosa y la alérgica.

#### Conjuntivitis infecciosa

Puede ser de origen vírico o bacteriano. En todos los casos de conjuntivitis infecciosa los signos son enrojecimiento, lagrimeo y sensación de cuerpo extraño.

- Conjuntivitis bacteriana. Generalmente está causada por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus* spp.

Normalmente es de aparición monocular, y pasa a ser bilateral al cabo de 24-48 horas. La secreción es abundante y purulenta (con gran inyección conjuntival e incluso inflamación

palpebral), aparece en unos minutos tras lavar los párpados y se localiza en los márgenes palpebrales y en el canto del ojo. Al despertar, frecuentemente las pestañas están pegadas y aparecen legañas. La conjuntivitis bacteriana suele resolverse en una semana.

- Conjuntivitis vírica. Es altamente contagiosa, y suele estar originada por varios serotipos de adenovirus. Acostumbra a presentar sintomatología sistémica, como malestar general, cefalea, fiebre, faringitis, adenopatías, infección respiratoria de vías altas u otros síntomas específicos de la enfermedad viral. La secreción es acuosa, pudiendo aparecer incluso mucosidad, pero no es purulenta y la mayor molestia es la de sensación de arenilla en el ojo. Suele ser bilateral, y se trata de un proceso autolimitado que puede durar entre 1 y 3 semanas. Se resuelve espontáneamente. En el caso de conjuntivitis producida por herpes, la infección en un principio es monocular, aunque posteriormente puede afectar también al otro ojo y se caracteriza por estar acompañada de erupciones vesiculosas.

#### Conjuntivitis alérgica

Se debe a una reacción de hipersensibilidad por exposición a alérgenos. En nuestro medio, se estima que afecta a 4-5 de cada 1.000 pacientes al año,

siendo la mitad de los casos de tipo estacional. En la conjuntivitis alérgica pueden darse reacciones de hipersensibilidad tanto inmediata como retardada.

En cuanto a los síntomas, la característica principal es el picor, y la secreción es acuosa. La afección es bilateral: aparece enrojecimiento y también puede presentarse sensación de quemazón o una mínima fotofobia.

Existen cuatro tipos de conjuntivitis alérgicas:

- Conjuntivitis estacional: es recurrente y aparece todos los años en la misma época, sobre todo en la época de polinización.
- Conjuntivitis perenne: se da durante todo el año, sobre todo por alergia a ácaros o a epitelio de animales. Tanto la estacional como la perenne son más frecuentes en personas con atopia, y a menudo se presentan junto con rinitis alérgica.
- Conjuntivitis de contacto: se caracteriza por ir acompañada de dermatitis alérgica en los párpados y una ausencia de respuesta a los antihistamínicos. No es más frecuente en personas con atopia.
- Conjuntivitis papilar gigante: se caracteriza por la presencia de papilas gigantes que pueden alcanzar 1 mm en la conjuntiva del párpado superior, con escozor intenso, enrojecimiento, secreción mucosa abundante y dolor. Su etiología es desconocida, y normalmente la padecen las personas que usan lentes de contacto blandas, aunque también se observa con las lentillas duras y tras cirugía ocular.

## Tratamiento

### Infecciones bacterianas

Debe tenerse en cuenta que normalmente las conjuntivitis infecciosas se resuelven sin tratamiento en 1-2 semanas, y que en la mayoría de los pacientes el antibiótico tópico modificará muy poco el curso de la enfermedad (0,3 días de media). Además, el riesgo de complicación sin tratamiento farmacológico es bajo.

- Medidas generales no farmacológicas. Tienen como objeto aliviar las

## Ojo rojo: papel de la farmacia comunitaria

Cuando una persona acude a la farmacia con molestias oculares, en primer lugar debe observarse el ojo del paciente y hacerle una serie de preguntas (síntomas, comienzo de los mismos, circunstancias y/o situaciones que mejoran o agravan las molestias, existencia de otros síntomas sistémicos...). Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a reconocer la patología y a valorar la pertinencia o no de la derivación al médico.

### Criterios de derivación al médico

- Siempre que la conjuntivitis curse con secreción purulenta o sospechemos que se trata de una conjuntivitis bacteriana.
- Cuando exista disminución de la agudeza visual, visión borrosa o sensibilidad a la luz, y no desaparezcan al limpiar el ojo y quitar la secreción.
- Si existe dolor moderado o fuerte.
- Si se trata de un paciente inmunodeprimido.
- En caso de que los párpados estén enrojecidos o hinchados.
- En todos aquellos casos que no responden al tratamiento instaurado.
- Si se trata de un paciente pediátrico menor de 10 años.

Una vez considerados todos estos factores, si se concluye que no es necesaria la derivación es imprescindible que se faciliten al paciente las recomendaciones generales citadas anteriormente, explicándole la importancia de seguirlas.

También pueden recomendarse productos de parafarmacia o medicamentos de consejo farmacéutico que le ayuden a paliar las molestias.

Antes de dispensar cualquier producto, es necesario informar sobre su correcta manipulación y administración.

### Utilización correcta de colirios y pomadas

- Lavarse las manos con agua y jabón, y secarlas adecuadamente.
- Si lo indica el prospecto, agitar el envase.
- Inclinar levemente la cabeza hacia atrás.
- Con el dedo índice bajar el párpado inferior para formar un hueco.
- Con la otra mano coger el envase, y aplicar el producto con la punta hacia abajo y lo más cerca posible del ojo, pero sin que llegue a tocarlo.
- Mirar hacia arriba y oprimir suavemente el envase para que caiga una sola gota en el hueco formado por el párpado inferior. Si caen más gotas, no suspender ni retrasar la siguiente aplicación.
- Mantener el ojo abierto un instante y, a continuación, cerrarlo suavemente y colocar un dedo en el lagrimal, aplicando una suave presión, para evitar efectos fuera del ojo.
- Cerrar el envase y lavarse las manos.
- Si es necesario utilizar otro colirio, esperar 5 minutos.
- Prestar atención a la caducidad del fármaco.
- En el caso de las pomadas, el procedimiento es el mismo. La cantidad que debe aplicarse es la equivalente a un grano de arroz.
- Debe aplicarse la pomada sin que el envase toque el ojo.
- Cerrar el ojo unos instantes y masajear ligeramente.
- Es importante recordar que no deben compartirse los colirios y las pomadas oftálmicas.

molestias y llevar a cabo una correcta higiene ocular para evitar el contagio, tanto a terceros como de un ojo afectado al otro:

- Lavarse frecuentemente las manos, sobre todo tras el contacto con las secreciones. También debe evitarse compartir almohadas y toallas.
- No tocarse ni frotarse el ojo infectado.
- Limpiar los párpados con suero fisiológico o con soluciones específicas para el lavado palpebral. También se comercializan toallitas impregnadas para el cuidado y la protección ocular. El uso de agua y sal o manzanilla no es aconsejable, ya que en ocasiones puede provocar eccemas.
- No usar lentes de contacto hasta la resolución completa de la patología o hasta 24-48 horas después del fin del tratamiento. Cuando la infección haya remitido, deben lavarse bien las lentes de contacto antes de usarlas de nuevo.

- Tratamiento farmacológico. Se utilizan antibióticos por vía tópica. Las pomadas están más indicadas en niños en los que el cumplimiento vaya a ser peor o en aquellas personas que tengan dificultad para la administración de gotas oftálmicas. Las pomadas también son útiles para administración nocturna. No hay un antibiótico que claramente sea de primera elección. Los más utilizados son: tobramicina, gentamicina, ciprofloxacino y moxifloxacino.

### Infecciones víricas

- Recomendaciones generales. Las principales medidas están encaminadas a evitar la propagación de la infección, por lo que las recomendaciones serán las mismas que para las infecciones bacterianas.
- Tratamiento farmacológico. Salvo en caso de que la infección esté producida por herpes zóster, el tratamiento no es etiológico. Para aliviar los síntomas pueden administrarse lágrimas artificiales, aunque también pueden usarse compresas frías sobre los párpados.

**Tabla 1. Estabilizadores de mastocitos**

Principio activo	Presentación	Pauta posológica	Edad
Lodoxamida	0,1% colirio	Cada 12 horas	>4 años
Nedocromilo	2% colirio	Cada 12 horas	>6 años
Cromoglicato	4% colirio	Cada 6 horas	>4 años

**Tabla 2. Antihistamínicos oftálmicos**

Principio activo	Presentación	Edad
Azelastina	0,05% monodosis sin conservantes 0,05% colirio	>4 años
Clorfenamina	0,25% colirio	
Emedastina	0,05% colirio	>3 años
Ketotifeno	0,025% colirio 0,025% monodosis	>3 años
Levocabastatina	0,05 colirio	>4 años
Olopatadina	0,1% colirio	>4 años

En el tratamiento sintomático se utilizan analgésicos por vía sistémica, AINE por vía tópica y colirios vasoconstrictores.

### Conjuntivitis alérgicas

- Recomendaciones generales. La primera medida es evitar el contacto con el alérgeno siempre que sea posible. Para ello el farmacéutico puede plantear las siguientes recomendaciones:
  - Evitar salir al campo, y usar gafas de sol en caso de polinosis.
  - Utilizar aire acondicionado (reduce los niveles de polen).
  - Si la inflamación está producida por ácaros, desinfectar la habitación del paciente con acaricidas y tomar las medidas adecuadas para evitar la acumulación de polvo en la casa.
  - Mantener puertas y ventanas cerradas.
  - Evitar el contacto con animales de compañía.
  - Lavar los ojos con suero fisiológico para arrastrar los alérgenos.

Además, se recomienda:

- Evitar frotarse los ojos.
- Aplicar compresas frías o bolsas de hielo.
- No utilizar lentes de contacto mientras duren los síntomas.

- Tratamiento farmacológico. Para un alivio rápido de la sintomatología, son de elección los antihistamínicos oftálmicos u orales.

Para un control más duradero de la afección, además de antihistamínicos suele utilizarse un estabilizador de mastocitos por vía tópica (tabla 1). El nedocromilo sódico es de primera elección, ya que tiene más potencia para estabilizar la membrana de los mastocitos que el cromoglicato, y la pauta posológica favorece el cumplimiento del tratamiento.

Si se conoce el alérgeno y es estacional, el tratamiento debe iniciarse 15 o 30 días antes de que comience la estación.

Estos fármacos son eficaces para aliviar la sintomatología leve o moderada, y sus efectos adversos son leves y poco frecuentes. Los estabilizadores de mastocitos pueden tardar semanas en conseguir el efecto máximo. Por esta razón, deben prescribirse junto con un antihistamínico oral o tópico (tabla 2) al inicio del tratamiento, para controlar los síntomas durante las primeras semanas hasta que el estabilizador de mastocitos haga su efecto. ●

## Bibliografía

- Balad AM, Carnero JM. *Fisterra*. Guías clínicas: Ojo seco. (Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ojo-seco/>. Último acceso: febrero 2015.)
- Barceló ME, Amilburu M, Amador H. El síndrome del ojo seco: el uso de lágrimas artificiales. *Butlletí d'Informació Terapèutica*. 2011; 22(3): 13-18. (Disponible en: [http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6\\_publicacions/butlletins/boletin\\_informacion\\_terapeutica/documents/arxiu/bit\\_v22x\\_n03e.pdf](http://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/professionals/6_publicacions/butlletins/boletin_informacion_terapeutica/documents/arxiu/bit_v22x_n03e.pdf). Último acceso: febrero 2015.)
- CEVIME. Centro Vasco de Información de Medicamentos. Pomadas oftálmicas: consejos para un buen uso. (Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkcevi08/es/contenidos/informacion/cevime\\_ibotika\\_fichas/es\\_cevime/pomadas\\_ofthalmicas.html](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkcevi08/es/contenidos/informacion/cevime_ibotika_fichas/es_cevime/pomadas_ofthalmicas.html). Último acceso: febrero 2015.)
- CEVIME. Centro Vasco de Información de Medicamentos. Cómo usar bien los colirios. (Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkcevi08/es/contenidos/informacion/cevime\\_ibotika\\_fichas/es\\_cevime/colirio.html](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkcevi08/es/contenidos/informacion/cevime_ibotika_fichas/es_cevime/colirio.html). Último acceso: febrero 2015.)
- Fernández A, González M, Lamas MJ, Otero FJ. Lubricantes oculares en el tratamiento del ojo seco. *Panorama Actual del Medicamento*. 2014; 38 (372): 350-356.
- Gómez P, Navarro B, De las Heras T, Panadero FJ. Urgencias oftalmológicas. *Panorama Actual del Medicamento*. 2012; 36(352): 228-233.
- Guía clínica para síntomas menores oftalmológicos. *Pharmaceutical Letter*. 2009; XI(3): 1-8. (Disponible en: <http://www.dicaf.es/documento.php?type=pharmletter&id=199>. Último acceso: febrero 2015.)
- Guilloux D, Bontemps F. Les pathologies de l'oeil. *Le Moniteur des Pharmacies*. 2011; 287): 1-16. (Disponible en: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/media/6cd/e0d4641a4c5c855d195e50ea69adc/Le%20Moniteur%20des%20Pharmacies%20num%C3%A9ro%20287%20page%20.pdf>. Último acceso: febrero 2015.)
- Ojo rojo. *Panorama Actual del Medicamento*. 2007; 31(301): 222-225.
- Ojo rojo. *Panorama Actual del Medicamento* 2013; 37(361): 202-206.
- Patologías oftálmicas: abordaje terapéutico de la sequedad ocular, el glaucoma y la degeneración macular asociada a la edad. *Pharmaceutical Letter*. 2010; XI(11): 1-8. (Disponible en <http://www.dicaf.es/documento.php?type=pharmletter&id=226>. Último acceso: febrero 2015.)
- Problemas oculares en atención primaria. *Infac*. 2009; 17(1): 1-6. (Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/es\\_cevime/adjuntos/infac\\_v17\\_n1.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v17_n1.pdf). Último acceso: febrero 2015.)
- Sanz S. Lágrimas artificiales. *Argibideak*. 2011; 21(1): 1-3.
- Schenckery J, Pungier V. Les conjonctivites. *Le Moniteur des Pharmacies*. 2002; 2.442: 1-16. (Disponible en: <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/lemoniteur-des-pharmacies/article/n-2442/les-conjonctivites.html>. Último acceso: febrero 2015.)



¡Acceda a  
[www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com)  
 para seguir el curso!

