

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

- Glaucoma de ángulo abierto
- Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

- Conjuntivitis bacteriana
- Conjuntivitis vírica
- Conjuntivitis alérgica
- Conjuntivitis de inclusión
- Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

- Otitis
- Reblandecedores de cerumen

Bibliografía

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA



**Comunidad
de Madrid**

AUTORES

COORDINADOR:

- María González Martínez. Farmacéutica de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

AUTORES (por orden alfabético):

- Francisco Apolo Carvajal. Farmacéutico de atención a centros sociosanitarios. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Paloma Baltuille Martín. Médico de Familia. Directora centro de salud Collado Villalba Estación-Alpedrete. Dirección asistencial noroeste.
- Silvia Buendía Bravo. Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Hospital del Sureste.
- Cristina Casado Reina. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial norte.
- Lucía Fito Jordán. Médico internista. Hospital de Torrejón.
- José Manuel Izquierdo Palomares. Farmacéutico. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Carolina Mariño Martínez. Farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria. Hospital de Fuenlabrada.
- María José Montero Fernández. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial este.
- Francisco Moreno Ramos. Farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Hospital Universitario La Paz.
- Sagrario Pardo López Fando. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial norte.
- Carolina Pozuelo González. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial centro.
- Paloma Roset Monros. Médico de Familia. Centro de salud El Pardo. Dirección asistencial norte.

REVISORES EXTERNOS (POR ORDEN ALFABÉTICO):

- Lucía Jamart Sánchez. Farmacéutica de atención primaria. Dirección asistencial noroeste.
- José María Molero García. Médico de Familia. Centro de salud San Andrés. Dirección asistencial centro.

Edita: Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Agencia Madrileña de Atención Social. Consejería de Políticas Sociales y Familia.

Edición: 1/2018

Revisado y aprobado por el Comité Director en Farmacoterapia

Se autoriza la reproducción total o parcial de los contenidos de este documento de carácter público, siempre que se cite la fuente, no se manipulen ni alteren los contenidos y no se utilicen directamente con fines comerciales.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

ABREVIATURAS

CI	Contraindicaciones	ml	Mililitros
ClCr	Aclaramiento de creatinina	ml/min	Mililitros/minuto
D	Administración en personas con problemas de deglución	P	Precauciones
I	Interacciones	PIO	Presión intraocular
IC	Insuficiencia cardíaca	RA	Reacciones adversas
IH	Insuficiencia hepática	SAMR	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina
IR	Insuficiencia renal	V. A.	Vía de administración
mg	Miligramo/s	VO	Vía oral
min.	Minutos		

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

- Glaucoma de ángulo abierto
- Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

- Conjuntivitis bacteriana
- Conjuntivitis vírica
- Conjuntivitis alérgica
- Conjuntivitis de inclusión
- Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

- Otitis
- Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

GLAUCOMA

GLAUCOMA DE ÁNGULO ABIERTO

El objetivo del tratamiento de glaucoma es preservar la función visual. Se ha observado que la disminución de la presión intraocular (PIO) reduce el riesgo de deterioro progresivo del nervio óptico, por tanto el tratamiento farmacológico irá encaminado a disminuir la PIO. Para el inicio del tratamiento debe tenerse en cuenta la edad del paciente, la PIO, el grosor de la cornea y la presencia de comorbilidades. El tratamiento de elección es un análogo de prostaglandinas, si no es tolerado como alternativa se deben utilizar beta-bloqueantes, inhibidores de la anhidrasa carbónica o brimonidina. Si el tratamiento no es efectivo cambiar de fármaco o considerar la utilización de combinaciones. Las combinaciones entre fármacos han mostrado un efecto aditivo, no se deben combinar más de dos fármacos, ni combinar fármacos del mismo grupo. Las combinaciones más frecuentes son beta-bloqueantes + prostaglandinas, beta-bloqueantes mas inhibidores de la anhidrasa carbónica y beta-bloqueantes + simpaticomiméticos.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
ANÁLOGOS DE PROSTAGLANDINAS			
LATANOPROST 0.005% Primera línea	1 gota cada 24 horas	Tópica	<p>RA: irritación ocular, visión borrosa, aumento de la coloración del iris, crecimiento de la pestañas, enrojecimiento, lagrimeo.</p> <p>P: el aumento de pauta posológica puede reducir el efecto. En caso de olvido de dosis, administrar en dosis siguiente.</p> <p>R: para reducir la absorción sistémica presionar el saco lagrimal durante un minuto o cerrar los párpados durante 3 minutos. Se recomienda separar la administración de diferentes colirios durante al menos 5 minutos. Evitar el contacto con el gotero para evitar contaminaciones microbianas. Es de conservación en frigorífico. Desechar al mes de haber sido abierto.</p>
BETABLOQUEANTES			
TIMOLOL 0.25% y 0.5% Alternativa a análogos de prostaglandinas en primera línea	1 gota cada 12 h	Tópica	<p>RA: alteraciones visuales, irritación ocular. Efectos sistémicos derivado de un bloqueo β-adrenérgico que pueden limitarse con su correcta administración.</p> <p>CI: alergia, asma, EPOC grave, IC congestiva, bradicardia sinusal, bloqueo A-V 2º-3º grado, síndrome de Raynaud.</p> <p>I: antagonistas de calcio sistémico.</p> <p>R: iniciar con 0.25%, si no es efectivo aumentar a 0.50%. En algunas ocasiones se puede reducir pauta a cada 24 horas si se controla la presión.</p>

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
SIMPATICOMIMÉTICOS			
BRIMONIDINA 0.2% Segunda línea	1 gota cada 12 h	Tópica	RA: irritación ocular, reacciones alérgicas caracterizadas por hiperemia, prurito, lagrimeo, molestias y edemas conjuntivales. P: en pacientes con enfermedades cardiovasculares graves o inestables. Puede producir cansancio o fatiga y somnolencia. R: seguir las recomendaciones expresadas anteriormente en lo relativo a la administración de colirios.
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA			
DORZOLAMIDA 2% Segunda línea	1 gota cada 8 h En combinación con beta-bloqueantes 1 gota cada 12 h	Tópica	RA: irritación ocular, lagrimeo, sabor amargo. CI: alergia a sulfamidas e insuficiencia renal grave. P: insuficiencia hepática. I: inhibidores de la anhidrasa carbónica sistémicos aumentan la toxicidad, por lo tanto debe evitarse su utilización conjunta. R: seguir las recomendaciones expresadas anteriormente en lo relativo a la administración de colirios.

GLAUCOMA DE ÁNGULO CERRADO

Se trata de una urgencia oftalmológica en la que se presenta una presión intraocular elevadísima que se debe disminuir lo antes posible para evitar el daño irreversible del nervio óptico.

Remitir al oftalmólogo de forma urgente. El tratamiento consiste en bajar la PIO inicialmente mediante fármacos tópicos y/o sistémicos para posteriormente llevar a cabo una iridotomía.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

OJO ROJO

El ojo rojo en la mayoría de los casos se debe a una alteración benigna autolimitada; sin embargo, puede ser síntoma de enfermedad importante que afecta a la visión o a la integridad del ojo.

Precaución: El glaucoma de ángulo cerrado agudo es una causa muy rara y a menudo erróneamente diagnosticada de ojo rojo y doloroso.

Normas generales:

- Las preparaciones oculares han de ser estériles antes de la apertura del envase. Una vez abierto el envase los colirios y pomadas pueden usarse por un **período no superior al mes** siempre que se conserven en las debidas condiciones (envase cerrado y guardado en nevera).
- Antes de su aplicación deben lavarse las manos.
- Cuando es preciso usar dos colirios hay que dejar un intervalo de media hora entre la aplicación de uno y otro, para evitar la dilución de ambos.
- Respecto a la higiene ocular: evitar compartir toallas, almohadas, envases de colirios y pomadas oculares.
- Evitar vendajes oculares. Puede aliviar el uso de gafas oscuras.
- En conjuntivitis monocular, es necesaria la aplicación preventiva de colirio en el ojo sano, pues es muy frecuente el traslado por el propio huésped de gérmenes de un ojo a otro.

Indicaciones para la derivación urgente al oftalmólogo quien decidirá el tratamiento:

- Ojo rojo unilateral con malestar general acompañado de náuseas y vómitos (sugestivo de glaucoma de ángulo cerrado).
- Dolor agudo grave o disminución de la agudeza visual asociado a ojo rojo (relativo a queratitis infecciosa, iritis y glaucoma de ángulo cerrado).
- Infiltrado corneal u opacidad que se tiñe con fluoresceína (úlceras).
- Hipopión o hífema.
- Fotofobia (relacionado con queratitis infecciosa e iritis).

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

La conjuntivitis bacteriana aguda frecuentemente es un cuadro autolimitado, pero el uso de antibióticos se asocia con tasas significativamente mejores de remisión clínica temprana y de remisión microbiológica precoz. Dado que hasta la fecha los ensayos se han realizado en pacientes seleccionados y bajo atención especializada, estos resultados pueden no ser generalizables a una población de atención primaria.

Los agentes más frecuentes en la conjuntivitis bacteriana son *Staphylococcus aureus* y en menor medida *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. En personas con lentes de contacto son más comunes las infecciones por *Pseudomonas aeruginosa*.

El tratamiento consiste en limpieza con suero fisiológico, colirios durante el día para preservar la visión y pomadas por la noche para aumentar el tiempo de contacto. No se debe tratar empíricamente con glucocorticoides tópicos a no ser que esté indicado por el especialista ya que se pueden agravar algunas formas de ojo rojo. No hay un antibiótico que pueda considerarse de elección.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

Se debe continuar con el tratamiento hasta 48 horas después de la remisión de la sintomatología. Cuando es preciso aplicar dos colirios hay que dejar un intervalo de media hora entre ambos para evitar diluciones.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
TOBRAMICINA 0.3% De elección	2 gotas cada 4 horas las primeras 48 horas, seguido de 2 gotas cada 6 horas durante 7 días	Tópica	Primera elección. RA: lagrimeo, prurito, edema. P: usar con precaución los colirios que llevan cloruro de benzalconio en pacientes que usan lentes blandas. R: utilizar colirio durante el día y pomada por la noche.
POLIMIXINA B / NEOMICINA / GRAMICIDINA	1-2 gotas cada 2-4 horas las primeras 48 horas seguido de 1-2 gotas cada 6 horas durante 5-7 días	Tópica	RA: picor, quemazón, enrojecimiento. P: IR, puede ser necesario reducir la dosis por nefrotoxicidad y ototoxicidad. Usar con precaución los colirios que llevan cloruro de benzalconio en pacientes que usan lentes blandas.
CIPROFLOXACINO 0.3%	1-2 gotas cada 2 horas las primeras 48 horas seguido de 1-2 gotas cada 4-6 horas durante 5-7 días	Tópica	RA: picor, escozor, enrojecimiento, tinción de la córnea. P: el uso prolongado puede provocar la sobreinfección por hongos. Usar con precaución los colirios que llevan cloruro de benzalconio en pacientes que usan lentes blandas. R: reservarse para gente con lentes de contacto por la posibilidad de conjuntivitis por <i>Pseudomonas</i> , pues su uso indiscriminado puede ocasionar resistencias. Utilizar colirio durante el día y pomada por la noche.

CONJUNTIVITIS VÍRICA

Etiología: adenovirus, enterovirus, otros. No hay tratamiento específico, los antivirales tópicos no son efectivos y no se aconseja administrar antibióticos tópicos para prevenir la sobreinfección bacteriana ya que no protegen contra las mismas y pueden complicar la infección.

Se recomienda realizar lavado con suero fisiológico o lágrimas artificiales, utilizando gasas limpias, desde el ángulo interno al externo y compresas frías.

Para el tratamiento de la conjuntivitis herpética ver capítulo de Patología Dermatológica.

La **conjuntivitis por adenovirus** es altamente contagiosa. La vía principal de transmisión es el contacto persona-persona.

- Profilaxis: los profesionales sanitarios deben lavarse las manos con agua y jabón antiséptico o solución hidroalcohólica antes y después del contacto con el paciente al retirar los guantes y utilizar toallas de papel desechables para el secado. Se tiene que limpiar y desinfectar el

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto

Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana

Conjuntivitis vírica

Conjuntivitis alérgica

Conjuntivitis de inclusión

Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis

Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

instrumental contaminado. Es recomendable que los colirios empleados sean unidosos. En cuanto a los pacientes deben lavarse las manos antes y después de aplicar los colirios, evitar el contacto de ojos y secreciones con las manos y no compartir toallas, pañuelos, gafas, etc.

- Tratamiento: además del lavado con lágrimas artificiales, podrían utilizarse corticoides tópicos sólo en los casos que cursen con pseudomembranas o infiltrados subepiteliales.

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

Medidas generales:

- Evitar el alérgeno.
- Lavar los ojos con suero fisiológico para eliminar el alérgeno.
- No frotarse los ojos.
- Aplicar compresas frías para aliviar síntomas.
- Aplicar antihistamínicos/descongestivos tópicos para aliviar el eritema y el prurito de forma rápida y puntual. No utilizar más de dos semanas.
- Aplicar antihistamínicos tópicos con propiedades estabilizadoras de mastocitos en conjuntivitis alérgica estacional o perenne.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
LEVOCABASTINA 0.05%	1 gota en cada ojo 2 veces al día Duración máxima: 14 días	Tópica	Indicación: utilizar en el tratamiento sintomático de la conjuntivitis alérgica. RA: irritación ocular, sequedad de boca. P: usar con precaución los colirios que llevan cloruro de benzalconio en pacientes que usan lentes blandas. R: suspender el tratamiento si no se alcanza mejoría a los 3 días de tratamiento.
KETOTIFENO 0.025%	1 gota en cada ojo 2 veces al día	Tópica	Indicación: utilizar en conjuntivitis alérgica estacional o perenne. RA: irritación ocular, fotofobia, sequedad ocular, queratitis, hemorragia subconjuntival. P: usar con precaución los colirios que llevan cloruro de benzalconio en pacientes que usan lentes blandas.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

CONJUNTIVITIS DE INCLUSIÓN

El tratamiento consiste en antibióticos por vía sistémica. No hay datos que apoyen el uso de antibióticos tópicos oftálmicos añadidos al tratamiento sistémico.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
AZITROMICINA	1 g dosis única	VO	RA: trastornos gastrointestinales, hipertransaminemia reversible, erupciones cutáneas P: IH. Ver Patología Infecciosa.
DOXICICLINA	100 mg cada 12 horas durante 7 días	VO	Alternativa a azitromicina. RA: gastrointestinales, sobreinfecciones, cefalea, dermatológicas, CI: porfiria, intolerancia a la fructosa y lactosa. P: alcoholismo, colitis pseudomembranosa, reacciones de fotosensibilidad. IH. I: BCG, pimizida, ranelato de estroncio, derivados del ácido retinoico. D: utilizar la suspensión oral, si no es posible las cápsulas se pueden abrir.

ENTIDADES QUE CURSAN CON ENROJECIMIENTO PALPEBRAL Y/O DEL SISTEMA PALPEBRAL

El ojo rojo es signo de múltiples afecciones oculares por lo que conviene intentar una orientación diagnóstica del proceso causal para adoptar una decisión, ya sea terapéutico o de derivación al oftalmólogo. La inyección conjuntival (ojo con coloración rojo intensa por hiperemia de los vasos superficiales móviles de la conjuntiva) indica una afectación de la conjuntiva y/o párpados. En las afecciones conjuntivales la visión está conservada, las pupilas son normales y reactivas y la tinción con fluoresceína es negativa. La presencia o no de secreciones y las características de éstas orientarán sobre el diagnóstico.

MALFORMACIÓN		INFLAMACIÓN BORDE	ALTERACIÓN DE LAS PESTAÑAS	
Entropión	Ectropión	Blefaritis	Triquiasis	Distriquiasis

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

BLEFARITIS

La blefaritis, o inflamación persistente de los márgenes de los párpados, puede ser crónica o intermitente; bacteriana (*Staphylococcus aureus*) o seborreica. La blefaritis más frecuente es la seborreica, siendo la infecciosa poco frecuente. Por ello, no hay indicación sistemática de tratamiento con antibióticos. La base del tratamiento es la higiene palpebral y la aplicación de compresas húmedas calientes. En caso de no mejorar a la semana se podrían emplear antibióticos tópicos y si hubiese recurrencias añadir una tetraciclina por vía sistémica.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
ERITROMICINA 0.5%	1-4 veces al día las 2 primeras semanas. Después, administrar antes de acostarse durante 1-2 meses	Tópica	RA: lagrimeo, irritación ocular, sobreinfección por hongos. R: Alta higiene ocular, lavar con suero fisiológico.
DOXICICLINA	100 mg cada 12 horas durante 15 días	VO	Ver conjuntivitis de inclusión.

ORZUELO

Aplicar calor seco 10-15 minutos cuatro veces al día. En casos recurrentes o refractarios aplicar una tetraciclina tópica o eritromicina oral 500 mg cada 6 horas durante 10 días en alérgicos a las tetraciclinas o cuando se trate de un orzuelo interno.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
CLORTETRACICLINA 0.5%	4-6 veces al día durante 7-10 días	Tópica	RA: lagrimeo, irritación ocular, sobreinfección por hongos.
ERITROMICINA	500 mg cada 6 horas durante 10 días	VO	RA: por lo general leves y transitorias, gastrointestinales y dermatológicas, ototoxicidad. P: IH, porfiria, prolongación del QT. IH: en IH grave reducir la dosis a una tercera parte. D: las cápsulas se pueden abrir y dispersar en agua.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

DACRIOCISTITIS AGUDA

Antibióticos de amplio espectro tópico y sistémico con cobertura para estreptococos y estafilococos. Calor seco local.

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
CLOXACILINA	500 mg cada 8 horas durante 7 días	VO	RA: diarrea, náuseas, vómitos, dermatológicas, aumento de transaminasas. P: enfermedad inflamatoria intestinal, IR grave. I: simeprevir, probenecid, BCG, tetraciclinas. D: abrir la cápsula y dispersar en agua. R: administrar preferentemente en ayunas.
CLINDAMICINA	300 mg cada 8 horas durante 7 días	VO	Si SAMR. RA: sobreinfección por <i>C. difficile</i> , candidiasis vulvovaginal, diarrea, náuseas, vómitos, sabor metálico, dermatológicas. CI: meningitis, alergia a lactosa. P: diarrea, colitis pseudomembranosa, colitis ulcerosa. I: BCG, eritromicina. D: abrir y dispersar en agua.
TOBRAMICINA 0.3%	1 gota cada 6 horas	Tópica	Ver conjuntivitis bacteriana.

DACROCISTITIS CRÓNICA

Remitir al oftalmólogo si no responde al tratamiento conservador.

OTROS OFTALMOLÓGICOS

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS Y PAUTA	V .A.	OBSERVACIONES
FLUORESCEINA 2%	1 gota	Tópica	Utilizar en el examen del epitelio corneal. P: IC, asma, epilepsia, úlcera péptica. I: midriáticos simpaticomiméticos; colirio anestésico (esperar 5 minutos para evitar la formación del precipitado si se ha aplicado un anestésico). R: después de la aplicación se recomienda el uso de gafas oscuras.
SODIO CLORURO/ HIPROMELOSA 0.55/0.3%	1-2 gotas en cada ojo tantas veces como se considere necesario	Tópica	Sequedad ocular, sólo financiado para síndrome de Sjögren. RA: picor, quemazón. P: trastornos de la visión, dolor ocular.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto
Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana
Conjuntivitis vírica
Conjuntivitis alérgica
Conjuntivitis de inclusión
Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis
Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

OTOLÓGICOS

OTITIS

Ver Otitis en Patología infecciosa.

REBLANDECEDORES DEL CERUMEN

Existen tres métodos de extracción: manual, reblandecedores del cerumen e irrigación. La indicación para la extracción del cerumen es una pérdida auditiva u otros síntomas relacionados.

- Si se dispone del material y los conocimientos necesarios el método de extracción recomendado es el manual ya que tiene menores riesgos para el canal auditivo y la membrana timpánica.

- Si el cerumen requiere reblandecimiento previo para su eliminación, se utilizarán reblandecedores del cerumen que han demostrado ser más efectivos que placebo y tienen menor riesgo de perforación timpánica que la irrigación. No se han demostrado diferencias entre los distintos preparados por lo que se recomiendan **líquidos oleosos** (glicerina o aceite de oliva) o una solución de peróxido de hidrógeno al 50% (no utilizar peróxido de hidrógeno en pacientes con sequedad o descamación excesiva). El agua y la solución salina parecen ser igual de efectivos. Se empleará llenando el conducto auditivo externo con 10 gotas del preparado, calentado a temperatura de 37°C aproximadamente, y dejándolo actuar unos minutos. Repetir esta operación 2-3 veces al día durante varios días previos a la extracción.

Los fármacos comercializados como reblandecedores de cerumen pueden producir dermatitis del conducto por su efecto queratolítico, por lo que no son recomendables de forma generalizada ni para la prevención de forma continuada. En el caso de necesitar un fármaco para esta indicación se recomienda el **Laurilsulfato sódico** (4-5 gotas al día, dejando actuar 30 min.), a continuación, irrigar el oído con agua templada. Evitar si hay perforación timpánica o cirugía otológica previa. Este fármaco no está financiado por el SNS.

- La irrigación se realiza con una jeringa de 200 ml de agua templada tirando de la oreja hacia arriba y atrás y no sobrepasando el primer tercio del conducto auditivo con la jeringa. A veces puede ser necesario utilizar un reblandecedor del cerumen y posteriormente irrigar.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto

Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana

Conjuntivitis vírica

Conjuntivitis alérgica

Conjuntivitis de inclusión

Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis

Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Treatment for Glaucoma: comparative effectiveness. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville: Agency for Healthcare Research and quality; 2012.
2. European Glaucoma Society. Terminologías y pautas para el glaucoma. European Glaucoma Society. Editrici Dogma; 2009.
3. National Collaborating Centre for Acute Care (Great Britain). Glaucoma diagnosis and management of chronic open angle glaucoma and ocular hypertension: methods, evidence & guidance [Internet]. London: National Collaborating Centre for Acute Care at the Royal College of Surgeons of England; 2009 [cited 2014 Aug 20]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK61894/>
4. Jacobs D. Open-angle glaucoma: Treatment [Internet]. Trobe J, Park L. Waltham (MA): UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 18]. Available from: www.uptodate.com
5. Jacobs D. Open-angle Glaucoma: Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis [Internet]. Trobe J, Park L. Waltham (MA): UpToDate; 2014 [cited 2014 Jan 19]. Available from: www.uptodate.com
6. Welzer J. Angle-closure glaucoma [Internet]. Trobe J, park L. Waltham (MA): UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 20]. Available from: www.uptodate.com
7. Sowka J, Gurwood A, Kabat A. The Handbook of Ocular Disease Management [Internet]. 15ª ed. 2013. Available from: www.revoptom.com Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. [Inappropriate prescription in older patients: the STOPP/START criteria]. Rev Esp Geriatria Gerontol. 2009 Oct;44(5):273–9.
8. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2012 Apr;60(4):616–31.
9. AGREE Next Steps Consortium (2009). El Instrumento AGREE II Versión electrónica [Internet]. [cited 2013 Oct 7]. Available from: <http://www.agreetrust.org> Versión española: <http://www.guiasalud.es>
10. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7:10.
11. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica Alicante: CASPe; 2005.
12. Jacobs D. Evaluation of the red eye [Internet]. UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 26]. Available from: <http://www.uptodate.com>
13. Jacobs D. Conjunctivitis [Internet]. UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 26]. Available from: <http://www.uptodate.com>
14. Hamrah P, Dana R. Allergic conjunctivitis: management [Internet]. UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 26]. Available from: <http://www.uptodate.com>
15. Shtein R. Blepharitis [Internet]. UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 27]. Available from: <http://www.uptodate.com>
16. Ghosh C. Eyelid lesions [Internet]. UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 27]. Available from: <http://www.uptodate.com>
17. Centros de Salud de Leganés, Fuenlabrada y Humanes, Hospital Severo Ochoa, Hospital de Fuenlabrada. Guía de uso de antimicrobianos. Comunidad de Madrid; 2010.
18. American Academy of Ophthalmology Cornea/External Disease Panel. Blepharitis. Limited revision. San Francisco (CA): American Academy of Ophthalmology (AAO); 2011.
19. Sheikh A, Hurwitz B, van Schayck CP, McLean S, Nurmatov U. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD001211.

PATOLOGÍA OFTALMOLÓGICA Y OTORRINA

GLAUCOMA

Glaucoma de ángulo abierto

Glaucoma de ángulo cerrado

OJO ROJO

Conjuntivitis bacteriana

Conjuntivitis vírica

Conjuntivitis alérgica

Conjuntivitis de inclusión

Entidades que cursan con enrojecimiento palpebral y/o del sistema palpebral: Blefaritis, orzuelo, y dacriocistitis

OTROS OFTALMOLÓGICOS

OTOLÓGICOS

Otitis

Reblandecedores del cerumen

Bibliografía

20. Calderon MA, Penagos M, Sheikh A, Canonica GW, Durham S. Sublingual immunotherapy for treating allergic conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(7):CD007685.
21. Lindsley K, Matsumura S, Hatef E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;5:CD005556.
22. Allen D. Cataract. *Clin Evid*. 2011;2011.
23. Epling J. Bacterial conjunctivitis. *Clin Evid*. 2012;2012.
24. CADTH. Olopatadine for the treatment of allergic conjunctivitis: a review of the clinical efficacy, safety, and cost-effectiveness. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH).; 2012.
25. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA J Am Med Assoc*. 2013 Oct 23;310(16):1721–9.
26. Shimura M, Nakazawa T, Yasuda K, Nishida K. Diclofenac prevents an early event of macular thickening after cataract surgery in patients with diabetes. *J Ocul Pharmacol Ther Off J Assoc Ocul Pharmacol Ther*. 2007 Jun;23(3):284–91.
27. Owen CG, Shah A, Henshaw K, Smeeth L, Sheikh A. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2004 Jun;54 (503):451–6.
28. Gane J, Buckley R. Leukotriene receptor antagonists in allergic eye disease: a systematic review and meta-analysis. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2013 Jan;1(1):65–74.
29. Wan KH-N, Chen LJ, Rong SS, Pang CP, Young AL. Topical cyclosporine in the treatment of allergic conjunctivitis: a meta-analysis. *Ophthalmology*. 2013 Nov;120(11):2197–203.
30. Katusic D, Petricek I, Mandic Z, Petric I, Salopek-Rabatic J, Kruzic V, et al. Azithromycin vs doxycycline in the treatment of inclusion conjunctivitis. *Am J Ophthalmol*. 2003 Apr;135(4):447–51.
31. Dinces E. Cerumen [Internet]. UpToDate; 2014 [cited 2014 Aug 28]. Available from: www.uptodate.com
32. Browning GGG. Ear wax. *Clin Evid*. 2008;2008.
33. Clegg AJ, Loveman E, Gospodarevskaya E, Harris P, Bird A, Bryant J, et al. The safety and effectiveness of different methods of earwax removal: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*; 2010.
34. Burton MJ, Doree C. Ear drops for the removal of ear wax. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD004326.