

PROBLEMAS OCULARES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sumario

- **Introducción**
- **Ojo seco**
- **Conjuntivitis**
- **Blefaritis**
- **Abrasión corneal y cuerpo extraño en la córnea**
- **Generalidades sobre los fármacos por vía oftálmica**

«El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población».

Tabla 1. Criterios de derivación

<u>Signos y síntomas</u>
<ul style="list-style-type: none">- Dolor moderado a intenso- Enrojecimiento intenso en un ojo- Fotofobia- Reducción de la agudeza visual- Sensación de cuerpo extraño
<u>Sospecha de</u>
<ul style="list-style-type: none">- Glaucoma agudo- Queratitis- Iritis- Escleritis- Herida perforante del globo ocular- Abrasión por ácidos o álcalis

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de patologías oculares es uno de los temas que más se ha sugerido en la encuesta realizada a los médicos de atención primaria para la búsqueda de temas a abordar en el boletín INFAC. Al realizar la búsqueda bibliográfica, destaca, en muchos casos, la carencia de ensayos clínicos y en otros las diferencias en los tratamientos recomendados debido a que muchas veces las recomendaciones están basadas en el consenso de expertos.

A continuación se revisan las patologías oculares más frecuentes y susceptibles de ser atendidas en atención primaria. Algunos pacientes requieren derivación urgente. Los signos, síntomas y sospechas de situaciones que se deben derivar se relacionan en la tabla 1.

OJO SECO

El concepto de ojo seco incluye a todas aquellas situaciones que pueden alterar la cantidad y/o la calidad de la película lagrimal.

Es la patología más frecuente de las consultas de oftalmología; supone un 30% de las mismas. La incidencia de ojo seco va aumentando con la edad, es más común en mujeres y es la causa más frecuente de irritación ocular en mayores de 65 años¹.

La escasez de lágrima o una excesiva evaporación de la misma irritan la capa externa del ojo, pudiendo producir molestia o dolor y alteraciones visuales. La superficie del ojo puede llegar a inflamarse o dañarse². Los síntomas se agravan principalmente después de situaciones en las que disminuye el parpadeo: tras el sueño, la lectura o la visualización de una pantalla durante un tiempo prolongado¹.

Antes de plantearse el tratamiento del ojo seco se deben descartar otras situaciones que pueden ocasionar sequedad ocular (p.ej. conjuntivitis alérgica, síndrome de Sjögren, herpes zoster, traumatismos, blefaritis o toma de fármacos como antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, ISRS, diuréticos o betabloqueantes)².

El tratamiento es difícil y muchas veces insatisfactorio, por eso es importante dar al paciente unas recomendaciones generales:

Tabla 2. Fármacos para el ojo seco

Principio activo	Presentación
Alcohol polivinílico	Liquifilm 1,4% lágrimas
Carbómero	Lipolac 0,2% gel Siccafluid 2,5 mg/g gel Siccafluid 30 y 60 monodosis
Carmelosa (Carboximetilcelulosa)	Viscofresh 0,5% 10 y 30 monodosis Viscofresh 1% 10 y 30 monodosis
Hipromelosa	Artific colirio Artific 30 monodosis
Polividona	Oculotect 5% colirio Oculotect 5% 20 monodosis
Hipromelosa/cloruro sódico	Acuolens colirio 30 monodosis
Hipromelosa/cloruro sódico/cloruro de benzalconio	Colircusi humectante colirio
Cloruro sódico 0,9%	Hidrathea 0,9% colirio

- En las presentaciones en monodosis se debe desechar el sobrante del envase después de cada aplicación.
- Las pomadas se usan en los casos más severos, por la noche y asociadas a las lágrimas artificiales.
- Los productos con carbómeros o alcohol polivinílico tienen mayor duración de acción.
- Hay otras presentaciones no financiadas: carmelosa (Cellufresh 0,5% 10 y 30 monodosis, Celluvisc 1% 30 monodosis) eleidoisina (Eloisin 0,04% colirio), vaselina (Lacrilube pomada), vaselina/ lanolina (Lubrifilm pomada), dextrano 70/ hipromelosa/ cloruro de benzalconio (Dacrolux colirio, Tears humectante solución), polividona/ alcohol polivinílico (Liquifresh 10 y 30 monodosis).

Los preparados monodosis no son de elección en todos los casos

Medidas generales en el ojo seco

- Explicar el curso natural del trastorno y el beneficio modesto del tratamiento sintomático.
- Proporcionar consejos para reducir los síntomas: limitar el uso de lentes de contacto, interrumpir determinados tratamientos farmacológicos si es posible, parpadear frecuentemente si se usa el ordenador durante mucho tiempo, evitar el tabaco y los ambientes secos².

Cuando los consejos anteriores son insuficientes y los síntomas son leves o moderados pueden utilizarse suero fisiológico, lágrimas artificiales y/o pomadas lubricantes (ver tabla 2)². En los casos en que los síntomas sean intensos o cuando sea necesaria la aplicación del producto más de cuatro veces al día, se recomienda el uso de preparados en monodosis sin conservantes.

CONJUNTIVITIS

La conjuntivitis es un trastorno ocular común, siendo el diagnóstico más probable en un paciente con ojo rojo y secreción conjuntival. A la inspección se observan finos vasos sanguíneos («inyección conjuntival»). La conjuntivitis aguda es generalmente un cuadro benigno, autolimitado o fácilmente tratable. Puede ser infecciosa (bacteriana o viral) o no infecciosa (p. ej. alérgica)³.

La conjuntivitis infecciosa se resuelve en muchos casos sin tratamiento

Conjuntivitis infecciosa

La mayoría de las conjuntivitis infecciosas, tanto en niños como en adultos, son víricas³.

La conjuntivitis vírica es altamente contagiosa, y generalmente está producida por varios serotipos de adenovirus. Puede cursar en el contexto de un proceso viral con fiebre, faringitis, adenopatías e infección respiratoria alta. A la inspección, en la conjuntivitis vírica y alérgica la secreción es acuosa, puede aparecer mucosidad pero no suele haber pus y la principal molestia es la sensación de quemazón o de arenilla en el ojo. Suele ser bilateral, aunque si es unilateral no se puede descartar que sea una conjuntivitis vírica. Se trata de un proceso autolimitado que puede durar entre 1 y 3 semanas y que se resuelve espontáneamente³.

La conjuntivitis bacteriana generalmente está causada por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus spp.* o *Moraxella catarrhalis*. La secreción es purulenta y continúa a lo largo del día. Aparece en unos minutos tras lavar los párpados y se localiza en los márgenes de los párpados y en el canto del ojo. Suele ser unilateral, aunque puede afectar a los dos ojos. Se resuelve habitualmente de forma espontánea en 1-2 semanas⁴.

Medidas generales en la conjuntivitis infecciosa

- Las secreciones oculares pueden lavarse con una torunda de algodón empapada en agua templada.
- Para evitar contagios se recomienda lavarse las manos frecuentemente, sobre todo tras el contacto con las secreciones. También se debe evitar compartir almohadas y toallas⁴.
- Las lágrimas artificiales y lubricantes pueden ser útiles para reducir las molestias oculares.
- No usar lentes de contacto hasta la resolución completa de los síntomas o hasta el fin del tratamiento.

Tratamiento farmacológico

Cuando se sospeche un origen bacteriano, antes de prescribir un antibiótico debe tenerse en cuenta que normalmente las conjuntivitis infecciosas se resuelven sin tratamiento en 1-2 semanas, y que para la mayoría de los pacientes, el antibiótico tópico modificará poco el curso de la enfermedad (0,3 días de media)⁵. Además el riesgo de complicación sin tratamiento es bajo. La conjuntivitis infecciosa es una buena oportunidad para la prescripción diferida de antibióticos: recomendar el inicio del tratamiento si los síntomas no mejoran en 3 días^{4,6,7}.

Respecto a la elección del antibiótico para el tratamiento empírico, es importante tener en cuenta que no hay uno que claramente sea de primera elección. Se deben tener en cuenta datos de resistencias locales, de cumplimiento, de potencial alérgico y de coste (ver tabla 3)⁷. Inicialmente se administran cada 2 horas, espaciando las dosis según va mejorando el cuadro. La duración del tratamiento se debe prolongar hasta dos días después de remitir la sintomatología. Las pomadas están más indicadas en niños en los que el cumplimiento vaya a ser peor o en los que sea difícil la administración de fármacos oftalmológicos³.

Los pacientes que lleven lentes de contacto pueden necesitar un cambio de lentillas y de soluciones de limpieza. Además tienen más riesgo de queratitis por pseudomonas, y puede llegar a producirse ulceración y perforación. La queratitis es motivo de derivación al especialista. Si no hay signos de queratitis se puede tratar con fluorquinolonas y derivar en caso de no observar mejoría en 12-24 horas³.

Conjuntivitis alérgica

La conjuntivitis alérgica es una inflamación de la conjuntiva debida a una reacción de hipersensibilidad por exposición a alérgenos. Se estima que afecta a 4-5 de cada 1.000 pacientes cada año, siendo la mitad de los casos de tipo estacional. En la conjuntivitis alérgica se pueden dar tanto reacciones de hipersensibilidad inmediata como retardada⁸.

La característica principal de la conjuntivitis alérgica es el picor, aunque puede presentarse también con sensación de quemazón o una mínima fotofobia. A la inspección la secreción es acuosa, aparece ojo rojo, que puede estar asociado a edema en el saco conjuntival y tumefacción del párpado. Los síntomas son habitualmente bilaterales, aunque pueden predominar en un ojo.

Hay cuatro tipos de conjuntivitis alérgica⁸:

- 1- La **conjuntivitis estacional** es una conjuntivitis recurrente que aparece todos los años en la misma época, a causa de alergia a la hierba o al polen de árboles.
- 2- La **conjuntivitis perenne** se da a lo largo de todo el

Tabla 3. Antibióticos oftalmológicos

Principio activo	Presentación	Comentarios
Cloranfenicol	0,5% colirio 1% pomada	Anemia aplásica en 0,36 casos por millón de semanas de tratamiento. No contiene doruro de benzalconio como excipiente.
Clortetraciclina	0,5% colirio 0,5% pomada	
Oxitetraciclina	1% pomada	
Eritromicina	0,5% pomada	Uso aceptado en embarazo.
Fusídico, ácido	1% gel	Se administra cada 12 horas. Puede aplicarse también más frecuentemente.
Trimetoprim/ Polimixina B	colirio	
Gentamicina	0,3% colirio 0,6% colirio 0,3% pomada	Aminoglucósidos: algunos no los consideran de primera elección porque son tóxicos para el epitelio corneal y pueden producir queratoconjuntivitis reactiva tras varios días de uso ³ .
Tobramicina	0,3% colirio 0,3% pomada	
Ciprofloxacino	0,3% colirio 0,3% pomada	Quinolonas: mientras que para algunos son de primera elección, otros no los consideran adecuados por problemas de resistencias y coste. Son de elección en portadores de lentillas ³ .
Lomefloxacino	0,3% colirio	
Norfloxacino	0,3% colirio	

La pomada es útil para administración nocturna.

año, normalmente por alergia a ácaros o a epitelio de animales.

Tanto la conjuntivitis estacional como la perenne afectan a ambos ojos, son más frecuentes en personas con atopia y a menudo se dan junto con rinitis alérgica⁸.

3- Dermatoconjuntivitis de contacto

Se caracteriza por conjuntivitis con dermatitis alérgica en los párpados y una ausencia de respuesta a los antihistamínicos o estabilizadores de mastocitos. No es más frecuente en personas con atopia.

4- La **conjuntivitis papilar gigante** es una conjuntivitis crónica cuyos síntomas progresan lentamente. Se caracteriza por la presencia de macropapilas (0,3 mm-1 mm) y papilas gigantes (1-2 mm) en el interior del párpado superior.

Normalmente aparece en personas que usan lentes de contacto blandas, aunque también se observa con las duras y tras cirugía ocular.

Medidas generales en la conjuntivitis alérgica⁹

- Evitar en la medida de lo posible el contacto con los alérgenos.
- Evitar frotarse los ojos.
- Aplicar compresas frescas o hacer lavados con suero fisiológico para aliviar los síntomas.
- No usar lentes de contacto hasta la resolución de los síntomas.

La conjuntivitis estacional y la perenne raramente producen complicaciones. La conjuntivitis papilar gigante y la dermatconjuntivitis de contacto pueden causar inflamación y ulceración de la córnea y ocasionar problemas visuales.

El uso frecuente de suero fisiológico o lágrimas artificiales puede ser útil para diluir y eliminar alérgenos. Pueden usarse incluso cada hora y no presentan efectos adversos. Los preparados sin conservantes son más caros y sólo son necesarios en casos graves o en pacientes altamente alérgicos⁹.

Tratamiento farmacológico

Para el **alivio rápido de los síntomas**, son de elección los antihistamínicos oftalmológicos o los orales, dependiendo de las preferencias del paciente y de su efectividad en ocasiones previas. Los tópicos tienen un inicio de acción más rápido (puede no ser relevante si se usan como profilaxis) y causan menos efectos adversos sistémicos, y los orales pueden ser más cómodos para uso regular.

Para un **control más duradero de los síntomas**, se pueden prescribir antihistamínicos (orales u oftalmológicos) o también un estabilizador de mastocitos vía tópica (ver tabla 4).

- Los antihistamínicos orales pueden ser útiles si la conjuntivitis concurre con rinitis alérgica. Deben valorarse sus efectos adversos, sobre todo la sedación. Suelen ser de elección los no sedantes de toma única diaria: loratadina, cetirizina.
- Los estabilizadores de mastocitos pueden tardar semanas o meses en conseguir el efecto máximo. Por esta razón, se deben prescribir junto con un antihistamínico oral o tópico al inicio del tratamiento, para controlar los síntomas durante las primeras semanas hasta que el estabilizador de mastocitos haga efecto⁸.

En la blefaritis la higiene de los párpados es fundamental

Los vasoconstrictores tópicos pueden ser útiles sólo a corto plazo (máximo 2 semanas) en casos de conjuntivitis aguda intermitente por contacto ocasional con alérgenos. Su uso a más largo plazo puede causar hiperemia de rebote⁹.

Si los síntomas persisten a pesar del tratamiento, se reevaluará el diagnóstico y se considerará un antihistamínico o estabilizador de mastocitos distinto o bien la evaluación por parte de un especialista⁸.

En caso de síntomas graves en los que no se dude del diagnóstico, se puede considerar prescribir una tanda de 3-5 días de corticoide tópico u oral. Sólo se deben usar ocasionalmente^{8,9}.

Tabla 4. Antialérgicos oftalmológicos

Principio activo	Presentación	Comentarios
Antihistamínicos		
Azelastina	0,05% colirio	>4años
Clorfenamina	0,25% colirio	
Emedastina	0,05% colirio	>3 años
Ketotifeno	0,025% colirio 0,025% 20 monodosis	>3 años
Levocabastina	0,05% colirio	>4 años
Olopatadina	0,1% colirio	>3 años máximo 4 meses de tratamiento
Estabilizadores de mastocitos		
Lodoxamida	0,1% colirio 0,1% colirio	>4 años
Nedocromilo	2% colirio	>6 años
Cromoglicato	4% colirio	>4 años
Espaglúmico, ácido	3,8% colirio	

BLEFARITIS^{10,11}

La blefaritis crónica es una inflamación persistente de los márgenes de los párpados, que se presentan enrojecidos, pegados, ulcerados y con picor. Los síntomas empeoran por la mañana y afectan a ambos ojos. A menudo se asocia a dermatitis seborreica o a rosácea.

Según la localización se puede clasificar en blefaritis anterior, normalmente debida a infección estafilocócica o dermatitis seborreica, y blefaritis posterior, que se debe a la disfunción de las glándulas de Meibomio y es la más común.

La blefaritis puede ser crónica o intermitente y a menudo no se cura, aunque los síntomas se pueden controlar y las complicaciones son raras.

La higiene de los párpados es la parte fundamental del tratamiento. Al principio deberá realizarse dos veces al día y posteriormente una vez al día.

Higiene de los párpados en blefaritis

- Aplicar compresas con agua templada sobre los párpados cerrados durante 5-10 minutos,
- Masajear los párpados (sobre todo en blefaritis posterior) para exprimir las glándulas de Meibomio, y
- Lavar el ojo con un paño o con una torunda humedecida en agua templada o con champú infantil muy diluido y frotar suavemente a lo largo del borde de las pestañas.

Se debe continuar con la higiene incluso cuando desaparecen los síntomas, espaciando más su realización.

A menudo la blefaritis causa ojo seco. La secreción anormal o disminuida de las glándulas de Meibomio puede alterar la película lacrimal, por lo que puede ser útil prescribir lubricantes.

Los antibióticos oftalmológicos se reservan como segunda línea de tratamiento, cuando falla la higiene ocular. En

caso de signos de infección estafilocócica puede ser útil emplear antibióticos tópicos en gel o pomada durante 6 semanas (ver tabla 3). Si hay disfunción de las glándulas de Meibomio o rosácea, o los antibióticos tópicos no se han mostrado eficaces, se considerará el tratamiento con doxiciclina oral 100 mg/24 horas durante 4 semanas y 50 mg/24 horas durante las 8 semanas siguientes. Puede ser necesario repetir el tratamiento en tandas intermitentes si hay exacerbación de síntomas.

Administración de fármacos por vía oftálmica

En general las gotas oculares deben administrarse en dosis de una única gota. El contenido de la gota es superior al volumen que puede retener el ojo, y una segunda gota sólo lava la primera, puede aumentar la absorción sistémica y duplica el coste¹⁴.

Cómo administrar los colirios

Si hay costras o secreciones, limpiarlas suavemente con una gasa impregnada en suero fisiológico, desde el canto interno al canto externo del ojo, antes de la administración del colirio.

1. Lavarse las manos antes de abrir el envase.
2. Inclinar la cabeza hacia atrás y mirar hacia arriba.
3. Separar el párpado inferior e instilar una gota en cada ojo que necesite tratamiento, evitando el contacto con el envase. Cerrar el ojo.
4. La absorción sistémica se minimiza comprimiendo el saco conjuntival con un dedo durante 1-2 minutos después de la instilación y retirando el exceso de colirio.
5. Cuando el tratamiento es múltiple, con diferentes colirios, la administración de cada uno de ellos debe realizarse al menos con un intervalo de 5 minutos. Si se están administrando varios fármacos oculares, es mejor utilizar colirios que pomadas oftalmológicas⁴.

Las **pomadas** pueden ser preferibles a las gotas en niños, en el caso de incumplimiento o en los pacientes en los que es difícil la administración del colirio. La pomada permanece en las pestañas y puede tener efecto terapéutico a pesar de no aplicarse directamente en la conjuntiva³.

No se deben usar **lentes de contacto** cuando se usan fármacos oftalmológicos o cuando hay una infección no tratada. Deben evitarse hasta 24-48 horas después de terminar el tratamiento. En caso de que su uso sea inevitable, deberían usarse colirios (mejor que pomadas) libres de conservantes, en especial cloruro de benzalconio, ya que se acumula en las lentes blandas y causa irritación⁴.

Conservación: El periodo de caducidad de los colirios, una vez abiertos, es de un mes. En las presentaciones monodosis se debe desechar el sobrante después de cada aplicación.

ABRASIÓN CORNEAL Y CUERPO EXTRAÑO EN LA CÓRNEA^{12,13}

El término abrasión corneal engloba a cualquier defecto del epitelio corneal: traumático, debido a cuerpo extraño, al uso de lentes de contacto o espontáneo.

El paciente presenta gran dolor en el ojo, incapacidad para abrirlo y sensación de cuerpo extraño.

Para evaluar el grado de la lesión se evaluará la afectación de la agudeza visual, de los músculos extraoculares y la función palpebral. Se examinarán ambas pupilas en cuanto a forma y reactividad a la luz, y se observará la posible presencia de hemorragia subconjuntival o hifema (sangre en cámara anterior). Se evaluará con tinción de fluoresce-

ína el tamaño, forma y posición de la lesión. Para realizar el examen puede ser necesaria la utilización de un colirio anestésico (oxibuprocaína).

En la tabla 5 se relacionan los criterios de derivación.

Para la eliminación del cuerpo extraño es necesario tener cierta destreza en el procedimiento. Se usa un colirio anestésico, se irriga el ojo con agua y se elimina el cuerpo extraño con un bastoncillo de algodón. Si se tiene experiencia, se puede usar una aguja de 25G. Se debe advertir al paciente que, tras pasarse el efecto de la anestesia, el ojo puede seguir molestando hasta la curación de la lesión.

Tabla 5. Criterios de derivación en abrasión corneal

- Traumatismos penetrantes
- Causas químicas*
- Cuerpo extraño a alta velocidad (trabajos con martillos, cortacésped...)
- Reducción de agudeza visual
- Abrasiones amplias
- Opacidad corneal
- Laceraciones
- Hemorragia o hifema
- Afectación de la retina o la pupila

* derivar tras lavar concienzudamente el ojo con agua o solución salina al 0,9%.

Para el alivio del dolor se pautará paracetamol o ibuprofeno oral. Aunque no hay datos de evidencia, las guías contemplan la administración de ciclopléjicos y antibióticos oftalmológicos. Se puede considerar la administración de un colirio ciclopléjico (p.ej. ciclopentolato para adultos y homatropina en niños por su mayor duración de acción) para reducir la cefalea por espasmo del músculo ciliar. Para prevenir infecciones secundarias se puede utilizar un colirio antibiótico (ver tabla 3) 4 veces al día durante 7 días, junto con pomada por la noche.

Se recomienda reevaluar en 24 horas con fluoresceína

para ver la evolución y reconsiderar la necesidad de remitir al especialista si persisten o empeoran los síntomas.

Tratamientos no recomendados

El uso de parches en abrasiones corneales simples no mejora las tasas de curación en el primer día tras la lesión y no reduce el dolor. Además con su uso se pierde la visión binocular.

Los anestésicos tópicos sólo se usarán para la exploración. Eliminan el reflejo corneal, por lo que aumentan el riesgo de provocar nuevo daño corneal. Retardan la curación y agravan la queratitis asociada.

Los colirios de AINE se han usado para abrasiones corneales; sin embargo, no hay evidencia consistente sobre su eficacia. No se deben usar como sustitutos de la analgesia oral.

No se recomiendan corticoides tópicos, ya que pueden enlentecer la curación epitelial y estromal, aumentan el riesgo de infección y causan cicatrices y pérdida de agudeza visual si se pasa por alto una úlcera dendrítica.

No se requiere inmunización de tétanos en lesiones no penetrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Balado AM, Camero JM. Ojo seco. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/ojoseco.asp>. [Accedido el 4/12/08].
2. Dry eye syndrome. CKS. Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/dry_eye_syndrome#314675001. [Accedido el 4/12/08].
3. Jacobs DS. Conjunctivitis. In: UpToDate® Online 16.1. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2008. [Accedido el 4/12/08].
4. Conjunctivitis infective. CKS. Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/conjunctivitis_infective#304605001
5. Rose PW, Hamden A, Brueggemann AB, Perera R, Sheikh A, Crook D, Mant D. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomised double-blind placebo-controlled trial. *Lancet* 2005;366:37-43.
6. Everitt HA, Little PS, Smith PW. A randomised controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice. *BMJ*. 2006;333(7563):321.
7. Epling J. Bacterial conjunctivitis. *BMJ Clin Evid*. 2007;10:704.
8. Conjunctivitis allergic. CKS. Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/conjunctivitis_allergic#297473001
9. Reza MD. Allergic conjunctivitis. In: UpToDate® Online 16.1. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2008. [Accedido el 4/12/08].
10. Blepharitis. CKS. Disponible en: <http://cks.library.nhs.uk/blepharitis#314837001>
11. Shtein RM. Blepharitis. In: UpToDate® Online 16.1. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2008. [Accedido el 4/12/08].
12. Corneal superficial injury. CKS. Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/corneal_superficial_injury#315092001
13. Jacobs D S. Corneal abrasions and corneal foreign bodies. In: UpToDate® Online 16.1. Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), UpToDate ONLINE 2008. [Accedido el 4/12/08].
14. Drugs for some common eye disorders. *Med Lett*. 2007;5 (53):1-8.

Fecha de revisión bibliográfica: noviembre 2008

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arrixtu Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Garbiñe López, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritza Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99