

publicar una buena colección de textos que harán reflexionar al lector curioso. Por ejemplo, sobre el dolor lumbar en SEMERGEN<sup>7</sup>, sobre “el efecto cascada” en *Medicina Clínica*<sup>8</sup>, sobre los peligros de los cribajes en el *European Journal of General Practice*<sup>9</sup>, y sobre el problema del “resultado intermedio” en general en *Pharmaceutical Care España*<sup>10</sup>, y a propósito de la mortalidad por cerivastatina en *Healthy Skepticism International News*<sup>11</sup> y en *Medicina Clínica*<sup>12</sup>. Todo un enorme esfuerzo que se ve recompensado por cartas y comentarios como la del Dr. Reverte.

J. GÉRVAS CAMACHO  
Secretario de la Revista SEMERGEN.  
Médico de Canencia de la Sierra (Madrid).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gérvás J. Experiencia, ciencia y “medicina basada en pruebas” en Atención Primaria. SEMERGEN 2002;28:302-4.
2. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Santillana; 1999.
3. Diccionario médico europeo. Barcelona: Grass; 1991.
4. Velázquez A, Gray E, Iribas JL. Diccionario de los idiomas inglés y español [A new pronouncing dictionary of the Spanish and English languages]. Englewood Cliffs. Prentice-Hall International; 1973.
5. Webster N, McKechnie JL. Webster's new universal unabridged dictionary. 2<sup>nd</sup> ed. Cleveland: Dorset Barber; 1983.
6. Dorland. Diccionario de ciencias médicas. 7<sup>th</sup> ed. Barcelona: El Ateneo; 1979.
7. Seguí M, Gérvás J. El dolor lumbar. SEMERGEN 2002;28:21-41.
8. Pérez Fernández M, Gérvás J. El efecto cascada: implicaciones epidemiológicas y éticas. Med Clín (Barc) 2002;118:65-7.
9. Gérvás J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. Eur J Gen Pract 2002;8:47-8.
10. Gérvás J, Pérez Fernández M. El resultado es un estado de salud atribuible al antecedente de la atención sanitaria. Pharm Care Esp 2002;4:118-22.
11. Gérvás J, Pérez Fernández M. Cerivastatin and fatal rhabdomyolysis : not only a safety matter. Healthy Skepticism International News [periodic publication on line] 2002; 20(6) [1<sup>st</sup> screen] [www.healthyskepticism.org](http://www.healthyskepticism.org)
12. Gérvás J, Pérez Fernández M. El resultado intermedio como problema clínico y de salud pública. A propósito de la mortalidad por cerivastatina. Med Clín (Barc) 2002;119:254-9.

## ¿Utilizamos bien los colirios? Buenas prácticas en la aplicación de colirios

**Sr. Director:** Los colirios son un grupo farmacológico muy utilizado en las consultas de Oftalmología, Medicina General y los servicios de urgencias, existiendo varias vías de administración: tópica (colirios en solución o en suspensión o pomadas que aumentan el tiempo de contacto con el globo ocular), periocular (en casos severos o progresivos que no responden a fármacos tópicos), intraoculares o intravítreos (de elección en endoftalmitis) o sistémica.

La vía más empleada es la tópica, con el fármaco en forma de colirios. Cada gota de colirio contiene 25-50 micro/L y el ojo puede retener aproximadamente 10 micro/L,

dependiendo del parpadeo, por lo que es dudosa la eficacia de la instilación de dosis puntuales de más de una gota en cada ojo. De hecho, sólo se prescribe la aplicación de dos gotas cuando se quiera asegurar una correcta administración (alteración de la destreza motora, ancianos, discapacitados, etc.).

Los colirios son las formas farmacéuticas más usadas en tratamiento local. Son fáciles de aplicar y no interfieren en la visión. Sin embargo, permanecen poco tiempo en contacto con el ojo, ya que el 90% del fármaco se elimina en el plazo de un minuto, pasando a la vía sistémica, pudiendo causar efectos secundarios relacionados con los principios activos suministrados por esta vía.

Las patologías oculares más frecuentes, atendidas en los centros de salud que precisan tratamiento con colirios son conjuntivitis víricas y bacterianas, glaucoma, extracción de cuerpos extraños que precisan anestésicos tópicos o contraste e infecciones palpebrales.

En nuestro centro de trabajo tuvimos interés por conocer cómo los pacientes utilizaban los colirios oculares, así como las características y procedencias de los mismos. Durante un mes se entrevistaron a todos los pacientes ingresados en la clínica Santiago de Huesca, recogiendo las siguientes variables: sexo, edad, motivo de ingreso, uso en alguna ocasión de colirios y si algún profesional les ha informado de la forma correcta de utilizarlos. Posteriormente se les informó de la forma idónea de administrarlo.

Durante este período de tiempo ingresaron 94 pacientes siendo el 50% hombres y el 50% mujeres, con una media de edad de 53 años (15 años el mínimo y de 87 el máximo).

Las intervenciones quirúrgicas (IQ) fueron la causa fundamental del ingreso con el 83% (n=80), siendo las cataratas el motivo mayoritario (26), seguido de Cirugía General con 22, IQ de otorrinolaringología (ORL) con 14, IQ de Traumatología con 12 y de Ginecología con 6 pacientes. Otros motivos fueron: hemorragia digestiva (4), quemaduras, accidente cardiovasculares (ACV), prostatitis, bursitis y dolor abdominal a estudio, todos ellos con dos pacientes.

Precisaron colirios en alguna ocasión 80 pacientes (76,8%) y solamente uno se lo administraba correctamente, debido a que su médico de cabecera le informó cómo hacerlo.

Un porcentaje elevado de los pacientes ingresados en nuestra clínica han precisado en alguna ocasión colirios oculares, no aplicándoseles correctamente el 98,5 % de los mismos.

Desde la Atención Primaria de salud tenemos el compromiso de informar sobre la forma de administración de todas las prescripciones farmacológicas, debiendo hacer especial énfasis en aquellos grupos de pacientes, donde el mal cumplimiento terapéutico puede retrasar o prolongar la evolución de la enfermedad, además de poder potenciar las interacciones y efectos secundarios asociados a todo fármaco.

La técnica de administración de los colirios es sencilla, pero debemos enseñar el proceso completo:

- Lavado previo de las manos.
- Inclinar la cabeza hacia atrás y levantar la mirada.
- Separar el párpado inferior para instilar las gotas en el saco conjuntival manteniendo así durante unos segundos (si se requiere terapia múltiple en gotas, separar al menos 5 minutos cada administración).
- Debe procurarse que el gotero no toque ninguna superficie (incluidas pestañas).
- La absorción sistémica se minimiza comprimiendo el saco conjuntival (ángulo interno del párpado) durante 2-3 minutos después de la instilación y retirando el exceso de colirio.
- El período de caducidad de los colirios una vez abiertos es como máximo de un mes.

Consideramos necesario promover actividades en educación sanitaria e incorporarlas al trabajo diario, mejoran-

do la eficacia y seguridad de los medicamentos, como indicador de calidad asistencial.

R. CUARTERO GUTIÉRREZ<sup>A</sup>, J. J. AGUAVIVA BASCUÑANA<sup>B</sup>, J. MOZOTA DUARTE<sup>A</sup>, N. FLAQUER TERRASA<sup>C</sup>, J. L. MARTÍNEZ GONZÁLEZ<sup>A</sup> Y M. C. LÓPEZ SANVICENTE<sup>D</sup>.

<sup>A</sup>Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. <sup>B</sup>Doctor en Medicina y Cirugía. Máster de Urgencias y Emergencias. <sup>C</sup>Médico Interno Residente en Geriatría. <sup>D</sup>Diplomada Universitaria en Enfermería. Clínica Santiago de Huesca.

## BIBLIOGRAFÍA

- Kanski J.J. Oftalmología Clínica. 3<sup>a</sup> Ed. Barcelona: Ed. Doyma S.A.; 1995.  
 Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Rilo Beltrán A, Patología oftálmica. Atención Primaria 826-38.  
 Pavan-Langston D. Manual diagnóstico y terapéutica oculares. 3<sup>a</sup> ed. España: Masson S.A.; 1993.  
 Rhee Pyfer. Manual de Urgencias Oftalmológicas. 3<sup>a</sup> ed.. Ed Mc Graw-Hill; 2001.  
 Villa Alcázar LF. Medimicum. 5<sup>a</sup> Ed. Madrid: Adis Internacional Ltd; 2000.