



Prevalencia de complicaciones de uveítis en pacientes que acuden por primera vez a consulta con un especialista en uveítis

Autores:

Santiago Arias Gómez, Mariana Cabrera

Director:

Mariana Cabrera

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Oftalmólogo

Bogotá, Colombia

2024

Prevalencia de complicaciones de uveítis en pacientes que acuden por primera vez a consulta con un especialista en uveítis

Autor

Santiago Arias Gómez

Tutor

Mariana Cabrera

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Programa oftalmología

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

2024

Identificación del proyecto

Institución académica: Fundación Oftalmológica Nacional

Título de la investigación: Prevalencia de complicaciones oftalmológicas en pacientes que acuden por primera vez a consulta con un especialista en uveítis

Instituciones participantes: Fundación Oftalmológica Nacional

Tipo de investigación: Estudio retrospectivo de corte transversal

Investigador principal: Santiago Arias

Investigadores asociados: Mariana Cabrera

Asesor clínico o temático: Mariana Cabrera

Asesor metodológico: Mariana Cabrera

Contenido

1. Introducción.....	6
1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.2 Justificación.....	6
2. Marco Teórico.....	7
3. Pregunta de investigación	10
4. Objetivos	10
4.1 Objetivo general.....	10
4.2 Objetivos específicos.....	10
5. Formulación de hipótesis.....	10
6. Metodología.....	10
6.1 Tipo y diseño de estudio.....	10
6.2 Población y muestra.....	11
6.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	11
6.4 Definición y operacionalización de variables.....	11
6.5 Plan análisis de datos.....	¡Error! Marcador no definido.3
7. Aspectos éticos	¡Error! Marcador no definido.4
7.1 Equipo de investigación.....	¡Error! Marcador no definido.5
7.2 Categoría de la investigación	¡Error! Marcador no definido.5
7.5 Uso de datos personales	¡Error! Marcador no definido.5
8. Resultados.....	¡Error! Marcador no definido.5
9. Conclusiones	2¡Error! Marcador no definido.
10. Administración del proyecto.....	2¡Error! Marcador no definido.
8.1 Presupuesto.....	22
8.2 Cronograma.....	22
11. Referencias	¡Error! Marcador no definido.22
12. Anexos	24
Anexo 1. Formato de recolección de datos	24

Resumen proyecto

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de complicaciones asociadas a la uveítis en pacientes que se presentaron para su evaluación inicial en un centro especializado en Colombia, así como identificar los factores de riesgo relacionados. Se realizó un análisis transversal con el software STATA (versión 16) de 545 ojos de 374 pacientes diagnosticados entre 2017 y 2022, recopilando datos sobre demografía, características de la uveítis y complicaciones. Los resultados mostraron que el 66.7% de los pacientes presentaron al menos una complicación, siendo las más comunes las sinequias posteriores (23.5%), glaucoma o hipertensión ocular (21.2%) y catarata (16.9%). Además, el 17.65% de los pacientes experimentaron tres o más complicaciones. Se identificaron factores de riesgo para múltiples complicaciones, como el compromiso bilateral de la uveítis, inflamación activa en el momento de la consulta, una duración prolongada de los síntomas antes de la derivación a un especialista y la uveítis crónica. La tasa de complicaciones encontradas es mayor que la reportada previamente en la literatura recalcando la importancia de realizar nuevos proyectos de educación para detectar tempranamente la enfermedad y prevenir sus complicaciones.

Abstract

Purpose: This study aimed to assess the prevalence of uveitis complications among patients presenting for their initial evaluation at a specialized uveitis center in Colombia and to identify associated risk factors.

Methods: A cross-sectional analysis was conducted on 545 eyes of 374 patients diagnosed with uveitis between 2017 and 2022. Data on demographics, uveitis characteristics, and complications were collected and analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

Results: Most patients (66.7%) had at least one complication during their initial visit, with 17.65% experiencing three or more complications. The most prevalent complications were posterior synechiae (23.5%), glaucoma or ocular hypertension (21.2%), and cataracts (16.9%). Factors associated with multiple complications included bilateral uveitis, active inflammation at the time of consultation, prolonged symptom duration before referral to a specialist, and chronic uveitis.

Conclusions: Early detection and intervention in uveitis are crucial for mitigating complications and improving patient outcomes. This study highlights the need to raise awareness among primary care providers to facilitate timely referrals to specialists and enhance patient management strategies.

Keywords: uveitis, complications, prevalence, risk factors.

1. Introducción y planteamiento del problema

La uveítis es un término utilizado para describir procesos inflamatorios en la úvea, una estructura anatómica que incluye el iris, el cuerpo ciliar y la coroides. Esta inflamación puede afectar diferentes partes de la úvea, clasificándose en uveítis anterior, intermedia, posterior y panuveítis, dependiendo de la localización de la inflamación (1). La uveítis anterior involucra principalmente el iris y el cuerpo ciliar, mientras que la uveítis posterior afecta la coroides y la retina, y la intermedia afecta el cuerpo vítreo. La panuveítis se refiere a la inflamación que compromete dos o más de estos componentes (1).

Los síntomas de la uveítis varían según la ubicación de la inflamación, pero comúnmente incluyen ojo rojo, dolor ocular, fotofobia, lagrimeo excesivo y disminución de la agudeza visual (2). Aunque estos síntomas son típicos, la gravedad de la enfermedad puede variar considerablemente dependiendo de la extensión de la inflamación y la rapidez con que se inicie el tratamiento.

La inflamación crónica puede dar lugar a diversas complicaciones en el ojo, lo que potencialmente lleva a la pérdida permanente de visión. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran: cataratas (5,5% - 35%), sinequias posteriores (8% - 19%), membranas epirretinianas (6,9%), edema macular cistoide (5% - 20%), queratopatía en banda y glaucoma (6,6% - 20%) (2-6). Estas complicaciones están asociadas tanto a la enfermedad en sí como a los tratamientos utilizados, como los corticosteroides, que son la base del tratamiento de la uveítis. Sin embargo, el uso prolongado de esteroides puede aumentar la presión intraocular, lo que favorece la aparición de glaucoma (7).

El tratamiento de la uveítis debe ser individualizado, y en muchos casos, el uso de medicamentos inmunosupresores o biológicos está indicado, especialmente en formas de uveítis que no responden a los corticosteroides (8). A pesar de los avances en el tratamiento, las complicaciones siguen siendo una preocupación importante en la práctica clínica, y la detección temprana es crucial para reducir el riesgo de secuelas severas. La literatura sobre este tema ha sido extensa en poblaciones de Europa y América del Norte, pero los estudios en la población latinoamericana, especialmente en Colombia, son escasos (9).

En Colombia, la información sobre las complicaciones de la uveítis es limitada. La mayoría de los estudios disponibles han sido realizados en poblaciones europeas o norteamericanas, y no existen suficientes datos específicos sobre la prevalencia de complicaciones de uveítis en la población colombiana o latinoamericana en general. A pesar de ello, algunos estudios en poblaciones hispanas, como los realizados en México y Brasil, ofrecen indicios de cómo podría comportarse la uveítis en nuestra población (6). En Colombia, únicamente se ha descrito la prevalencia de complicaciones y el tratamiento para la uveítis intermedia (7), pero no se han realizado estudios que aborden las complicaciones en la uveítis anterior o posterior de manera exhaustiva.

La disponibilidad limitada de especialistas en uveítis en Colombia representa un desafío adicional. La falta de especialistas provoca que los pacientes tengan que esperar entre 6 meses y 1 año para ser atendidos, lo que aumenta el riesgo de complicaciones debido a la falta de un manejo oportuno. A esto se suma que la mayoría de las remisiones provienen de oftalmólogos generales, quienes, a pesar de estar capacitados en oftalmología básica, a menudo tienen un conocimiento limitado sobre las particularidades de las enfermedades uveíticas y el manejo específico de estas patologías. Como resultado, muchos pacientes son remitidos a especialistas sin un adecuado seguimiento clínico, lo que puede llevar a un mayor número de complicaciones en comparación con lo reportado en la literatura (8).

El objetivo de este estudio es, por tanto, describir la prevalencia de complicaciones de uveítis en los pacientes que son valorados por primera vez por un especialista en uveítis en la Fundación Oftalmológica Nacional (FUNDONAL) de Colombia. Esta investigación permite obtener datos específicos sobre cómo se manifiestan las complicaciones de la uveítis en nuestra población y si existen diferencias en la prevalencia o el manejo en comparación con los estudios internacionales.

Dado que los oftalmólogos generales son los encargados de la atención primaria de los pacientes con uveítis, es fundamental analizar si existen brechas en el manejo inicial que puedan contribuir a la aparición de complicaciones, especialmente en el contexto de una remisión tardía o incompleta. El conocimiento más preciso sobre estas complicaciones permitirá a los oftalmólogos estar mejor preparados para reconocerlas y tratarlas de manera oportuna, lo que podría mejorar significativamente los resultados visuales a largo plazo para los pacientes. Además, al identificar los factores de riesgo y las complicaciones más frecuentes, será posible implementar estrategias para evitar o minimizar su impacto.

Este estudio busca responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la prevalencia de complicaciones de uveítis en los pacientes que asisten por primera vez a la clínica de uveítis de FUNDONAL entre los años 2017 y 2022?

2. Marco teórico

Se realizó una búsqueda y revisión de la literatura encontrada en las bases de datos Pubmed, ClinicalKey, Google Scholar y Science Direct, así como “hand searching”. Dentro de los términos utilizados en los motores de búsqueda se incluyeron: (uveitis[Title]) AND (complications[Title]). También se tuvieron en cuenta las secciones de referencia de los artículos y las secciones de “similares articles” para ampliar las fuentes bibliográficas. La búsqueda estaba abierta para artículos en inglés y en español.

La uveítis, una inflamación intraocular que afecta a diversas estructuras del ojo, puede conllevar complicaciones visuales severas y pérdida de visión en los pacientes afectados. Diferentes estudios han abordado las manifestaciones clínicas, complicaciones y factores pronósticos de esta patología, con el objetivo de mejorar la comprensión y manejo de la enfermedad.

La clasificación de la uveítis según el Sistema de Nomenclatura Estándar para la Uveítis (SUN), desarrollado por un grupo de expertos, se basa en la localización anatómica de la inflamación y la duración de la enfermedad. De acuerdo con este sistema, la uveítis se divide en cuatro tipos principales: uveítis anterior, uveítis intermedia, uveítis posterior y panuveítis. La uveítis anterior afecta principalmente al iris y al cuerpo ciliar, siendo la forma más común y generalmente más fácil de diagnosticar. La uveítis intermedia involucra el cuerpo vítreo y es menos frecuente, pero puede ser difícil de detectar debido a su presentación más sutil. La uveítis posterior afecta la coroides, retina y/o la cabeza del nervio óptico, y suele tener un pronóstico más reservado debido a su potencial impacto en la visión central. Finalmente, la panuveítis es una forma grave que involucra simultáneamente al menos dos de las anteriores, comprometiendo más de una estructura ocular. Además de la clasificación anatómica, el sistema SUN también categoriza la uveítis según su duración, distinguiendo entre formas agudas, crónicas y recurrentes, lo que ayuda en la determinación del tratamiento adecuado y en la evaluación del pronóstico. Esta clasificación es fundamental para la estandarización de los informes clínicos y la investigación en uveítis, permitiendo una mejor comparación entre estudios y un manejo más preciso de la enfermedad (1).

En cuanto a la etiología de la uveítis, la mayoría tienen un origen idiopático, entre 48 y 70%. Sin embargo, también tiene asociaciones sistémicas con enfermedades autoinmunes, procesos infecciosos y trauma (9). Adicionalmente esta enfermedad puede afectar a personas de todas las edades. Para el 2007 la prevalencia se encontró en 58 casos por cada 100,000 personas (8).

Las enfermedades sistémicas asociadas a uveítis anterior incluyen: enfermedades HLA-B27, artritis idiopática juvenil, enfermedad intestinal inflamatoria, sarcoidosis y enfermedad de Behcet. La escleritis múltiple, sarcoidosis y nefritis túbulo intersticial usualmente se asocian a uveítis intermedias. Por otra parte, Vogt-Koyanagi-Harada, leucemia y lupus se asocian a uveítis posterior(1). Las causas infecciosas incluyen virus de la familia herpes, bacterias como sífilis o TBC, parásitos como toxoplasma, toxocara bartonella y enfermedad de Lyme (4).

Varios estudios destacan que las complicaciones de la uveítis son comunes y están asociadas a la localización y el curso de la enfermedad. En un estudio realizado en España las complicaciones más frecuentes fueron las sinequias posteriores (19%), la hipertensión ocular (14%) y el edema macular (7,5%) (6). Además, se identificó que el riesgo de complicaciones aumenta con la edad, la presencia de uveítis crónica o recurrente y la localización intermedia y panuveítis. De manera similar, en otro estudio realizado en la Clínica de Uveítis de Manchester (Jones, 2015), se reportaron cataratas como la complicación más prevalente (35%), seguidas por el edema macular (20,5%) y el glaucoma (19,5%). Este estudio también destacó que un porcentaje significativo de pacientes requirió tratamiento quirúrgico intraocular, indicando la gravedad de las complicaciones.

En cuanto a la pérdida de visión, diversos estudios han identificado factores de riesgo relacionados con la edad, el tipo de uveítis y la duración de la enfermedad. En un estudio retrospectivo realizado en una unidad de referencia del norte de España (5), el 13,5% de los pacientes experimentaron pérdida visual moderada a grave, y esta se asoció con edades

superiores a los 65 años. Además, se encontraron complicaciones como cataratas (10%), sinequias (8%) y edema macular (5%). Este hallazgo subraya la importancia de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado para prevenir la pérdida visual significativa. Similarmente, en el estudio de Gritz et al. (2018), se observó que un 19,1% de los pacientes desarrolló pérdida visual, particularmente aquellos con uveítis crónica o recurrente y con afectación anatómica posterior (10).

El perfil de los pacientes con uveítis también muestra una alta prevalencia de enfermedades sistémicas asociadas, especialmente en casos de uveítis anterior y panuveítis. En el estudio de Fanlo et al. (2017), que analizó 500 pacientes, la uveítis anterior fue la forma más común (65,4%), mientras que enfermedades sistémicas no infecciosas fueron responsables del 29,2% de los casos. En este contexto, la espondilitis anquilosante fue la causa más frecuente (10,8%), seguida de infecciones como herpes y toxoplasmosis. Por su parte, el estudio de Clarke et al. (2013) en Suiza, centrado en niños, destacó que la uveítis idiopática (34,2%) y la uveítis relacionada con artritis idiopática juvenil (AIJ) (22,8%) fueron las principales etiologías (5).

En cuanto a los factores pronósticos, varios estudios han identificado que la presencia de complicaciones como el edema macular cistoideo (EMC), la atrofia óptica y las sinequias posteriores son indicativos de un peor pronóstico visual. En el estudio de Albaroudi et al. (2017), realizado en Marruecos, se observó que los pacientes con panuveítis y uveítis posterior tenían un mayor riesgo de pérdida severa de visión, con un 59% de los ojos mostrando una agudeza visual final $\leq 1/10$ (11). De manera similar, el estudio de Al-Ani et al. (2022) sobre pacientes con uveítis asociada a HLA-B27 en China, reveló que las complicaciones como cataratas y sinéquias posteriores fueron comunes, y que la inflamación crónica aumentó el riesgo de pérdida visual significativa (11,12).

En conclusión, los estudios revisados destacan la alta prevalencia de complicaciones en pacientes con uveítis, tales como cataratas, glaucoma, edema macular y sinequias posteriores, que afectan considerablemente la agudeza visual. La edad avanzada, el curso crónico de la enfermedad, y la localización anatómica de la uveítis son factores pronósticos clave para el desarrollo de complicaciones graves. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un seguimiento estrecho y un tratamiento oportuno en los pacientes con uveítis, especialmente en aquellos con enfermedades sistémicas asociadas o formas crónicas de la enfermedad, con el fin de prevenir la pérdida visual permanente.

Adicionalmente, es poco lo que se sabe acerca de la prevalencia de complicaciones de uveítis en Colombia. Al ser una población diferente a la europea y norte americana, es probable que las etiologías y las tasas de complicaciones varíen de acuerdo a estas poblaciones por lo cual se requieren de más estudios para poder contestar este tipo de preguntas.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de complicaciones de uveítis en los pacientes que asisten por primera vez a la clínica de uveítis de FUNDONAL entre los años 2017 y 2022?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir la prevalencia de complicaciones de uveítis que presentan los pacientes que son valorados por primera vez por un especialista de uveítis en la Fundación Oftalmológica Nacional

4.2 Objetivos específicos

- Describir la etiología de la uveítis de estos pacientes.
- Describir las características demográficas de los pacientes (edad y sexo)
- Describir las características de la uveítis de acuerdo a la clasificación del SUN
- Evaluar posibles asociaciones entre las complicaciones y tipos de uveítis con las características sociodemográficas de los pacientes

5. Formulación de hipótesis

Se espera que haya un aumento de la prevalencia de complicaciones de uveítis en comparación con lo previamente reportado en la literatura.

6. Metodología

6.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, analítico de corte transversal.

Lugar

Fundación Oftalmológica Nacional. Bogotá, Colombia. Una vez obtenida la aprobación del comité de ética, se buscaron todas las historias clínicas de primera vez de la clínica de uveítis de la Fundación Oftalmológica Nacional entre los años 2017 y 2022. Se tomaron únicamente las consultas de primera vez ya que buscamos evaluar cómo están siendo manejados los pacientes con uveítis por los oftalmólogos generales. Esto debido a que hay complicaciones de esta enfermedad que no están relacionadas solo con la enfermedad si no con su tratamiento.

Las historias clínicas fueron filtradas y revisadas por uno de los investigadores para mantener la identidad anónima de cada paciente y manejar únicamente una tabla de variables. Una vez obtenidas las historias clínicas se documentaron las características sociodemográficas: sexo y edad. Posteriormente se buscaron los siguientes datos correspondientes a su enfermedad: tipo de uveítis, tiempo de evolución, número de medicamentos hipotensores, cirugías oculares previas, clasificación ángulos según gonioscopia, presión intraocular, secuelas de inflamación: catarata, sinequias, queratopatía en banda y/o edema macular. Dosis de corticoides, terapia inmunosupresora sistémica, presencia de enfermedades sistémicas. Todos estos datos fueron anotados en una tabla de Excel que fue manejada exclusivamente por el investigador para asegurar la anonimidad del paciente. No se incluyó el nombre del paciente en la tabla para mantener dicha anonimidad.

La muestra fue por conveniencia, no probabilística, tomando todos los pacientes con diagnóstico clínico de uveítis confirmado por especialista de uveítis de la Fundación Oftalmológica nacional valorados entre febrero 2017 y Febrero de 2022. Los datos mencionados se subieron a un documento de Excel el cual luego se extrapolo a STATA 16 en donde realizó el análisis estadístico.

6.2 Población de estudio

La población a estudio incluyo a todos los pacientes con uveítis que asistieron a consulta por primera vez por un especialista de uveítis de FUNDONAL. Debieron asistir a esta consulta entre el año 2017 y el año 2022.

6.3 criterios de inclusión

Criterios de inclusión

- Valorado por primera vez en clínica de uveítis entre enero del 2017 y diciembre 2022
- Historia clínica detallada
- Primera valoración de especialista de uveítis se encuentre disponible
- Paciente con diagnóstico de uveítis, activa o inactiva

Criterios de exclusión

- Pacientes con antecedentes de cirugía ocular previa que pueda interferir con la interpretación de las complicaciones relacionadas con la uveítis.
- Paciente sin diagnóstico claro de uveítis
- Paciente en quien no sea posible clasificar la uveítis según el SUN por falta de datos clínicos en la historia

Definiciones de complicaciones (problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento):

- Catarata: oscurecimiento de alguna o varias partes anatómicas del cristalino. Clasificado con la escala simplificada de clasificación de cataratas de la OMS.
- Sinequias posteriores: adhesión entre el cristalino y el iris visible en la biomicroscopia.
- Membrana epirretiniana: capa fina de tejido cicatricial sobre la superficie de la retina en la región macular. Visible mediante el examen físico descrito como brillo en celofán en el fondo de ojo o visible en la Tomografía Óptica Coherente de mácula (OCT).
- Edema macular cistoide: presencia de líquido en la retina visible como espacios cistoideos a nivel de la mácula por medio de una OCT.
- Queratopatía en banda: degeneración de la córnea superficial caracterizada por la presencia de depósitos de calcio en la membrana de Bowman. Visible en la biomicroscopia.
- Hipertensión ocular: aumento de la PIO medido en la tonometría de aplanación SIN el uso de medicamentos hipotensores, $PIO > 21$ mmHg.

- Glaucoma: neuropatía óptica producida por un aumento de la PIO secundaria al proceso uveítico. Medida con aumento de la excavación del nervio óptico.

6.4 Variables del estudio

Variable	Definición	Tipo	Codificación
Edad	Edad cumplida en años al momento de la consulta de primera vez	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Sexo	Según características biológicas	Nominal dicotómica	1: Mujer 2: Hombre
Mejor agudeza visual corregida	Último renglón que alcanza a ver el paciente en una tabla de Snellen con corrección anotado como logmar	Cuantitativa continua	0-2
Tipo de uveítis	Clasificación anatómica de acuerdo al SUN	Nominal politómica	1: anterior 2. Intermedia 3. Posterior 4. Panuveítis
Inicio de la uveítis	Clasificación de acuerdo al SUN	Nominal dicotómica	1.Súbito 2. Insidioso
Duración uveítis	Clasificación de acuerdo al SUN	Nominal dicotómica	1.limitado 2.Persistente
Curso de la uveítis	Clasificación de acuerdo al SUN	Nominal politómica	1. Agudo 2. Recurrente 3. Crónico
Número de medicamentos hipotensores	Cantidad de hipotensores tópicos oculares en uso durante el estudio	Cuantitativa continua	Cantidad de hipotensores
Cirugías oculares previas	Presencia de cirugías oculares al momento del estudio	Cualitativa	Nombre de la cirugía ocular con fecha de realización
Clasificación de ángulo camerular	Clasificación de Shaffer por gonioscopia	Nominal politómica	0. Cerrado 1.<10° 2.10-20° 3.20-45° 4.>45°
Presión intraocular	Presión intraocular tomada con tonómetro de Goldman en la valoración de primera vez	Cuantitativa continua	0-60 mmHg

Complicaciones de uveítis	Presencia y descripción de complicaciones producidas por la uveítis	Categórica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Catarata 2. sinequias posteriores 3. sinequias anteriores 4. membrana epirretiniana 5. edema macular cistoide 6. queratopatía en banda 7. hipertensión ocular 8. glaucoma
Dosis de corticoides sistémicos	Nombre y dosis de medicamento que pertenece al grupo de corticoides sistémicos	Cualitativa	Nombre de compuesto activo, dosis, frecuencia de uso y duración del tratamiento.
Dosis de corticoides tópicos	Nombre y dosis de medicamento que pertenece al grupo de corticoides tópicos	Cualitativa	Nombre de compuesto activo, dosis, frecuencia de uso y duración del tratamiento.
Terapia inmunosupresora sistémica	Presencia o no de terapia inmunosupresora sistémica con nombre y dosis	Cualitativa	Nombre de compuesto activo, dosis, frecuencia de uso y duración del tratamiento.
Presencia de enfermedades sistémicas	Presencia de asociaciones de enfermedades sistémicas a la uveítis	Cualitativa	Diagnóstico de enfermedad sistémica

6.5 Análisis de datos

Se realizará un análisis univariado con distribución de frecuencias reportada en porcentaje para las variables categóricas. Para el análisis estadístico se explorará la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test estadístico de Shapiro Wilk. Las variables cuantitativas continuas con distribución normal serán descritas como media y desviación estándar; las variables cuantitativas con distribución no normal serán descritas como mediana y rango intercuartílico. Las pruebas estadísticas se realizarán utilizando el software STATA versión 16.

Posteriormente, se buscará la asociación entre la presencia de complicaciones con las otras variables tales como sexo, edad, tipo de uveítis, etiología de la uveítis, y tratamiento recibido en el momento por medio de un análisis bivariado de Chi cuadrado o test de Fisher, según aplique. Aunque este tipo de estudio no nos permite evaluar causalidad si podemos evaluar posibles asociaciones entre cada una de estas complicaciones con alguna otra variable.

7. Consideraciones éticas

Se tuvo en cuenta el código ISPOR en cuanto a la privacidad, la transparencia y el respeto por la dignidad en donde se garantiza: Privacidad y confidencialidad La información de salud y otros datos personales de los pacientes se deben manejar con el mayor cuidado para que la confidencialidad del paciente se mantenga en todo momento y que no se produzcan violaciones a la privacidad del paciente.

Se limitó el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores según el Artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud. Será responsabilidad de los investigadores el guardar con absoluta reserva la información contenida en las historias clínicas y a cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de esta, reglamentada en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 008430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

El estudio se realizó con un manejo estadístico imparcial y responsable. No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse. El estudio contó con la autorización a la Fundación Oftalmológica Nacional y el Comité de Ética de la clínica de Imbanaco para la realización del estudio.

Impacto de los resultados

Con los resultados del estudio podremos ver cómo se están manejando los pacientes antes de llegar al especialista de uveítis. Esta puede ser la base para más estudios y/o recomendaciones sobre manejo para evitar las complicaciones más frecuentes.

Pacientes: mejor vigilancia, mejor seguimiento, menor tasa de complicaciones, menos intervenciones quirúrgicas evitables.

Comunidad médica: mejor conocimiento de las complicaciones más frecuentes de las uveítis en nuestro medio.

Apropiación social del conocimiento

Por medio de este proyecto se busca dar a conocer la información encontrada por medio de presentación de posters científicos en congresos nacionales e internacionales. Adicionalmente se realizará un artículo científico el cual será sometido a diferentes revistas de oftalmología general para su publicación. Los resultados de este estudio serán comunicados a los pacientes en la consulta de primera vez de uveítis por su docente.

7.1 Equipo de investigación

Dra. Mariana Cabrera: oftalmóloga con especialización en glaucoma y uveítis. Experiencia en investigación candidata a epidemiología clínica en la universidad de Londres – London school of Higiene and Tropical Medicine.

Dr. Santiago Arias: médico residente de oftalmología de la universidad del Rosario. Con experiencia en investigación con artículos publicados y exposición de posters en múltiples congresos.

7.2 Categoría de investigación

Según resolución No 008430 de 1993: investigación sin riesgo

7.3 Uso de datos personales

Los datos serán almacenados en un documento de Excel en donde solo los dos investigadores del estudio tendrán acceso, garantizando la anonimidad de cada uno de los pacientes y protegiendo así sus datos personales.

8. Resultados

Se identificaron 690 pacientes, de los cuales 316 fueron excluidos. Se analizaron 545 ojos de 374 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para su respectivo análisis.

La Tabla 1 muestra las características demográficas y clínicas de los pacientes. La mayoría eran mujeres (60,1%), con una edad media de 46 ± 18.5 años. La duración desde el inicio de los síntomas hasta la consulta por primera vez varió, con una media de 82.3 semanas ($\pm 140,4$). En la primera visita, el 64,7% presentaba inflamación activa. La uveítis anterior fue la más común (50,5%). El 45.7% presentaba inflamación bilateral. La mayoría de los casos eran crónicos (59,5%). Las etiologías no infecciosas fueron las más comunes (69%), con un 10,8% de enfermedades autoinmunes sistémicas.

Tabla 1: características demográficas y clínicas de los pacientes

Variable	Categorías	No. Sujetos	
Semanas desde el inicio de síntomas hasta a consulta de uveítis	Media +/- DE	82,3	
Edad	Media +/- DE	46+/-18.5	
	Total	374	
	Mediana (RIC)	26	
Variable	Categorías	No. Sujetos	Porcentaje %
Género	Masculino	149	39,80

	Femenino	225	60,10
	Total	374	
Inflamación activa	Sí	242	64,71
	No	132	35,29
	Total	374	
Lateralidad	Unilateral	203	54,28
	Bilateral	171	45,72
	Total	374	
Ubicación de la uveítis	Anterior	189	50,50
	Intermedia	31	8,20
	Posterior	114	30,40
	Panuveítis	39	10,40
	Total	373	
Tipo de uveítis	No granulomatosa	304	81,94
	Granulomatosa	67	18,06
	Total	371	
Inicio de la uveítis	Súbito	174	47,93
	Insidioso	189	52,07
	Total	363	
Duración de la uveítis	Limitada	110	32,16
	Persistente	232	67,84
	Total	342	
Curso de la uveítis	Aguda	82	23,23
	Crónica	210	59,49
	Recurrente	61	17,28
	Total	353	
Etiología de la uveítis	No infecciosa	251	68,96
	Infecciosa	113	31,04
	Total	364	
Enfermedad autoinmune sistémica	Sí	39	10,80
	No	322	89,20
	Total	361	

La Tabla 2 muestra las complicaciones observadas en la visita inicial. La mediana de la agudeza visual fue 0,4 LogMAR, con un 25.9% de los ojos con visión $\leq 20/200$ y un 3% sin percepción de luz. Se observó presión intraocular elevada (>21 mmHg) en un 9.8% de los ojos ($n=53$) y 59 ojos estaban usando hipotensores, con un 61% requiriendo tres o cuatro tipos de gotas. Glaucoma fue confirmado o sospechado en un 21,2% de los ojos. Ocho ojos habían sido sometidos a cirugía de glaucoma (1,5%). Las sinequias anteriores y posteriores afectaron un 10,7% y un 23,5% de

los ojos, respectivamente. Un 16.9% de los ojos tenía catarata, un 14,4% era pseudofáquico y un 0.4% afáquico. Otras complicaciones incluyen edema macular (10,6%), queratopatía en banda (2,6%), membrana epirretiniana (2%) y desprendimiento de retina (2%). Se observó hipotonía en un 3.7% de los ojos, mientras que un 0.9% era ptísico o tenía una prótesis.

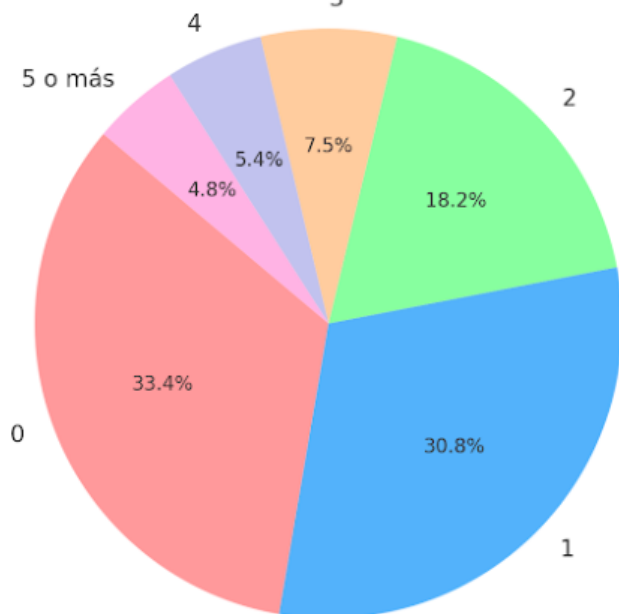
Tabla 2: Tasa de complicaciones de uveítis de los pacientes

Variable	Número de ojos	Vision (LogMAR) (IC-95%)	Ojos con datos faltantes	
Agudeza visual (mediana (RIC))	533	0.4 (0,1 - 1)	12	
Variable	Número de ojos	Porcentaje	Ojos con datos faltantes	
Visión $\leq 20/200$	138	25,90%	12	
Sin percepción de luz	16	3,00%	12	
Presión intraocular >21 mmhg	53	9,80%	5	
Diagnóstico de glaucoma o hipertensión ocular	115	21,20%	2	
# de ojos con medicamentos para glaucoma	59	10,90%	5	
# de medicamentos para glaucoma	1 gota	11	18,60%	5
	2 gotas	12	20,30%	5
	3 gotas	32	54,20%	5
	4 gotas	4	6,80%	5
Excavación papilar ≥ 0.6	36	8,30%	112	
Cirugía de glaucoma	8	1,50%	5	
Sinequias anteriores	56	10,70%	24	
Sinequias posteriores	127	23,50%	5	
Estado del cristalino	369	68,30%	5	
Catarata	91	16,90%	5	
Pseudofáquico	78	14,40%	5	
Afáquico	2	0,40%	5	
Queropatía en banda	14	2,60%	5	
Edema macular confirmado	57	10,60%	5	
Membrana epirretiniana confirmada	11	2,00%	5	
Desprendimiento de retina	11	2,00%	5	
Hipotonía (PIO ≤ 5 mmHg)	20	3,70%	5	

Ptisis o prótesis ocular	5	0,90%	0
--------------------------	---	-------	---

La figura 1 muestra el porcentaje de pacientes que se presentaron con una o más complicaciones en la consulta de primera vez. La mayoría de los pacientes (66,6%) presentaban al menos una complicación, mientras que un 17,65% presentaba tres o más.

Figura 1. Distribución de Complicaciones Observadas



La Tabla 3 explica los factores de riesgo asociados con la presencia de tres o más complicaciones en la primera consulta. La uveítis crónica conllevó un riesgo significativo de complicaciones, con un aumento de 14,19 veces en comparación con la uveítis aguda (IC 95% 3,37-59,69). La duración prolongada desde el inicio de los síntomas hasta la consulta aumentó la probabilidad de múltiples complicaciones, con un OR de 3,03 (IC 95% 1,0-7,2) para 24-100 semanas y 7.67 (IC 95% 2,5-21,38) para más de 100 semanas. La inflamación bilateral y activa en la visita inicial fueron factores significativos para múltiples complicaciones. Una etiología infecciosa fue un factor protector con un 70% menos de riesgo de complicaciones (OR 0,30, IC 95% 0,14-0,63).

Tabla 3: odds ratio para 3 o más complicaciones a la consulta por primera vez

Variable	Categorías	OR	95% IC	p-valor
Edad (referencia: 20-40)		1		
	Otros grupos de edad	1,09	0,88, 1,36	0,429
Género (Referencia: Femenino)		1		
	Masculino	1,02	0,59, 1,76	0,94
Tipo (Referencia: Anterior)		1		

	Intermedia	0,47	0,14, 1,64	0,237
	Posterior	1,17	0,66, 2,10	0,59
	Panuveítis	0,503	0,17, 1,51	0,22
Bilateralidad (Referencia: Unilateral)		1		
	Bilateral	2,246	1,30, 3,88	0,004
Etiología (referencia: No infecciosa)		1		
	Infecciosa	0,301	0.14, 0,63	0,002
Enfermedad autoinmune sistémica (ref No)		1		
	Sí	0,845	0,34, 2,11	0,63
Inflamación activa (ref No)		1		
	Sí	2,307	1,22, 4,35	0,01
Semanas desde el inicio (ref 0-12)		1		
	12 a 24	1,13	0,21, 3,74	0,868
	24.1-100	3,027	1,00, 7,19	0,05
	>100	7,666	2,75, 21,38	<0,001
Curso (Referencia: Aguda)		1		
	Crónica	14,1936	3,37, 59,69	<0,001
	Recurrente	6,038	1,23, 29,55	0,026

Discusión

Este estudio muestra una prevalencia de complicaciones en la primera consulta al especialista en uveítis significativamente alta, con el 66,7% de los pacientes presentando al menos una complicación, y un 17,65% exhibiendo tres o más complicaciones. Estos hallazgos son notoriamente superiores a los de otros estudios previos, lo que podría reflejar diferencias en la población estudiada, la metodología utilizada o incluso el contexto clínico. Por ejemplo, un estudio realizado en California del Norte reportó un 29,5% de complicaciones, mientras que otro estudio con seguimiento a un año encontró un 45,8% en la primera consulta (13). Esta diferencia podría estar relacionada con la naturaleza del centro especializado en uveítis en el que se llevó a cabo este estudio, que puede atraer a pacientes con una mayor carga de enfermedad debido a su condición crónica o avanzada.

Las complicaciones más comunes en nuestro estudio fueron las sinequias posteriores (23,5%), glaucoma o hipertensión ocular (21,2%) y catarata (16,9%), todas ellas bien documentadas en la literatura (14,15). Sin embargo, las prevalencias encontradas en este estudio son más altas que en algunos estudios previos, como el reportado en España (6), lo que sugiere la posibilidad de un subdiagnóstico en dichos contextos. La alta prevalencia de sinequias posteriores en particular podría indicar que estos pacientes no han recibido un tratamiento adecuado en etapas tempranas de la enfermedad o que las sinequias se desarrollan rápidamente en algunos subgrupos de pacientes. Asimismo, el glaucoma o hipertensión ocular, con una prevalencia del 21,2%, es otra complicación relevante que debe ser monitoreada estrechamente en pacientes con uveítis, dado su impacto en la visión a largo plazo. En comparación con estudios internacionales, como el realizado en Inglaterra, la prevalencia de glaucoma en nuestro estudio es ligeramente superior (21,2% vs. 19,5%), lo que resalta la importancia de un seguimiento cercano de estos pacientes para evitar daños irreversibles en el nervio óptico(4).

El análisis de factores de riesgo para la presencia de múltiples complicaciones revela importantes diferencias con otros estudios. En nuestro caso, los factores asociados con un mayor número de

complicaciones fueron la inflamación bilateral, la inflamación activa en el momento de la consulta, un mayor tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la consulta, y la naturaleza crónica de la uveítis. Estos hallazgos son consistentes con lo que se ha reportado en la literatura sobre la uveítis crónica, que es conocida por tener un curso más agresivo y por predisponer a los pacientes a un mayor número de complicaciones (16). El hecho de que un mayor tiempo desde el inicio de los síntomas esté asociado con un mayor número de complicaciones sugiere que la demora en la consulta especializada juega un papel crucial en la progresión de la enfermedad. Este hallazgo refuerza la importancia de la detección temprana y la derivación oportuna de pacientes a centros especializados para evitar la acumulación de complicaciones.

En comparación con un estudio realizado en España, los factores de riesgo identificados difieren en algunos aspectos clave. En el estudio español, factores como la mayor edad, la panuveítis y el curso recurrente o crónico de la uveítis fueron los más relevantes(6). Estas diferencias podrían estar relacionadas con las características demográficas y clínicas de los pacientes, o con las diferencias en la forma de diagnóstico y manejo de la uveítis en cada región(17). La variabilidad en los factores de riesgo resalta la necesidad de personalizar los enfoques terapéuticos según las características específicas de cada población.

Una de las fortalezas de este estudio es el enfoque manual para identificar a los pacientes con uveítis, lo que permitió una clasificación más precisa y detallada de las complicaciones, reduciendo el riesgo de errores en la identificación de casos. Además, el tamaño de la muestra contribuyó a la robustez de los resultados, permitiendo una mejor evaluación de las relaciones entre los factores de riesgo y las complicaciones. Sin embargo, la principal limitación de este estudio es que solo se evaluaron las complicaciones en la primera consulta, lo que no permite conocer la evolución de estas complicaciones a lo largo del tiempo ni su respuesta al tratamiento. Además, algunos diagnósticos de complicaciones, como el edema macular o la queratopatía en banda, requieren pruebas especializadas que podrían no haberse realizado en la primera consulta, lo que podría haber llevado a un subdiagnóstico de estas condiciones. La falta de seguimiento a largo plazo también limita la capacidad de evaluar el impacto del tratamiento y la aparición de nuevas complicaciones. El muestreo no probabilístico podría introducir sesgo de selección, ya que se incluyeron solo aquellos pacientes que acudieron al centro especializado.

El control de sesgo en este estudio se mejoró al utilizar un enfoque manual para identificar pacientes con uveítis, lo que evitó errores de clasificación asociados con el uso exclusivo de códigos diagnósticos. Sin embargo, el muestreo no probabilístico y la falta de seguimiento a largo plazo limitan la generalización de los resultados y la evaluación de la evolución de las complicaciones. Además, el subdiagnóstico de ciertas complicaciones, debido a la falta de pruebas especializadas en la primera consulta, puede haber afectado la precisión de los hallazgos. Se recomienda en futuros estudios un diseño longitudinal, un muestreo más amplio y el acceso a pruebas diagnósticas avanzadas.

Por último, aunque los resultados de este estudio ofrecen una visión detallada de la prevalencia y los factores de riesgo de complicaciones en pacientes con uveítis, estos pueden no ser generalizables a todas las poblaciones debido a las características específicas de la clínica y la región en la que se realizó la investigación. Es importante considerar estos factores al interpretar

los resultados y al diseñar estudios futuros que aborden la evolución de las complicaciones en uveítis a lo largo del tiempo.

Con base en los hallazgos de este estudio, se recomienda implementar estrategias para la detección temprana y el manejo oportuno de la uveítis con el fin de reducir la alta carga de complicaciones observadas en la primera consulta especializada. Es fundamental establecer protocolos de derivación ágil desde atención primaria hacia centros especializados, especialmente en casos con inflamación bilateral, curso crónico o sintomatología activa prolongada. Además, es crucial capacitar a los profesionales de salud en el diagnóstico temprano y tratamiento inicial de la uveítis para minimizar complicaciones como sinequias posteriores y glaucoma, que pueden tener un impacto significativo en la visión a largo plazo. Por otro lado, se deben fortalecer los sistemas de monitoreo y seguimiento clínico mediante el uso de pruebas diagnósticas avanzadas en las primeras consultas para identificar de manera precisa complicaciones como edema macular y queratopatía en banda. Finalmente, se sugiere promover estudios multicéntricos que aborden las diferencias demográficas y regionales en el manejo de la uveítis, con el objetivo de desarrollar enfoques terapéuticos personalizados y adaptados a las características específicas de cada población.

9. Conclusiones

En conclusión, la mayoría de los pacientes con uveítis ya presentan una complicación al momento de consultar a un especialista en uveítis. El estudio destaca la importancia de la detección y tratamiento temprano de la uveítis por oftalmólogos generales para prevenir complicaciones. A pesar de las limitaciones de este estudio, este proporciona información valiosa sobre la prevalencia y los factores de riesgo de complicaciones en pacientes con uveítis. Los hallazgos sugieren que una atención médica oportuna puede reducir significativamente la probabilidad de pérdida de visión y otros efectos a largo plazo asociados con la uveítis. Además, el estudio subraya la necesidad de una mayor conciencia y educación entre los proveedores de atención primaria sobre los signos y síntomas de la uveítis, permitiéndoles identificar e iniciar el tratamiento en una etapa más temprana. Al abordar estos problemas, los profesionales de la salud pueden mejorar los resultados para los pacientes y la calidad de vida general de las personas afectadas por esta condición debilitante.

10. Administración del estudio

Cronograma

Actividades / Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Preparación y aprobación	X											g
Identificación y revisión de historias clínicas		X	X	X	X							
Análisis de datos						X	X	X	X			

Publicación de resultados.											X	X	X
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---

Presupuesto

Concepto	Valor en pesos colombianos
Comité de ética	\$2.000.000
Publicación de resultados	\$5.000.000
TOTAL	\$7.000.000

11. Referencias:

1. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol.* 2005 Sep;140(3):509–16.
2. Groen F, Ramdas W, de Hoog J, Vingerling JR, Rothova A. Visual outcomes and ocular morbidity of patients with uveitis referred to a tertiary center during first year of follow-up. *Eye.* 2016 Mar;30(3):473–80.
3. Clarke LAL, Guex-Crosier Y, Hofer M. Epidemiology of uveitis in children over a 10-year period. *Clin Exp Rheumatol.* 2013;31(4):633–7.
4. Jones NP. The Manchester Uveitis Clinic: The first 3000 patients, 2: Uveitis Manifestations, Complications, Medical and Surgical Management. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015 Apr;23(2):127–34.
5. Fanlo P, Heras H, Espinosa G, Adan A. Complications and visual acuity of patients with uveitis: Epidemiological study in a reference unit in northern Spain. *Arch Soc Espanola Oftalmol.* 2019 Sep;94(9):419–25.
6. García-Aparicio A, Alonso Martín L, Quirós Zamorano R, López Lancho R, Del Olmo Pérez L, Sánchez Fernández S, et al. Complications of uveitis in a Spanish population, UveCAM study. *Arch Soc Espanola Oftalmol.* 2022 May;97(5):244–50.
7. Rojas-Carabali W, Reyes-Guanes J, Villabona-Martinez V, Fonseca-Mora MA, de-la-Torre A. Intermediate Uveitis Etiology, Complications, Treatment, and Outcomes in a Colombian Uveitis Referral Center. *Clin Ophthalmol Auckl NZ.* 2021;15:2597–605.
8. Miserocchi E, Fogliato G, Modorati G, Bandello F. Review on the Worldwide Epidemiology of Uveitis. *Eur J Ophthalmol.* 2013 Sep 1;23(5):705–17.
9. González MM, Solano MM, Porco TC, Oldenburg CE, Acharya NR, Lin SC, et al. Epidemiology of uveitis in a US population-based study. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2018 Apr 17;8:6.
10. Gritz DC, Schwaber EJ, Wong IG. Complications of Uveitis: The Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018;26(4):584–94.

11. Albaroudi N, Tijani M, Boutimzine N, Cherkaoui O, Laghmari M. [Prognostic factors in uveitis]. *J Fr Ophtalmol*. 2017 Nov;40(9):751–7.
12. Al-Ani HH, Sims JL, Niederer RL. Long term complications and vision loss in HLA-B27 uveitis. *Eye Lond Engl*. 2022 Aug 29;
13. Acharya NR, Tham VM, Esterberg E, Borkar DS, Parker JV, Vinoya AC, et al. Incidence and prevalence of uveitis: results from the Pacific Ocular Inflammation Study. *JAMA Ophthalmol*. 2013 Nov;131(11):1405–12.
14. Rothova A, Suttorp-van Schulten MS, Frits Treffers W, Kijlstra A. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *Br J Ophthalmol*. 1996 Apr;80(4):332–6.
15. Dick AD, Rosenbaum JT, Al-Dhibi HA, Belfort R, Brézín AP, Chee SP, et al. Guidance on Noncorticosteroid Systemic Immunomodulatory Therapy in Noninfectious Uveitis: Fundamentals Of Care for UveitiS (FOCUS) Initiative. *Ophthalmology*. 2018 May;125(5):757–73.
16. Jabs DA, Rosenbaum JT, Foster CS, Holland GN, Jaffe GJ, Louie JS, et al. Guidelines for the use of immunosuppressive drugs in patients with ocular inflammatory disorders: recommendations of an expert panel. *Am J Ophthalmol*. 2000 Oct;130(4):492–513.
17. Understanding uveitis: the impact of research on visual outcomes - PubMed [Internet]. [cited 2024 Nov 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21807112/>

12. Anexos

12.1 anexo formato de recolección de datos:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
1	CONSE CUTIVO	DOCUM ENTO	INICIAL ES	GENER O	FECHA NACIM ENTO	FECHA DE PRIME RA CONSUL TA	ZACION DE UVEITI S (CONC EPTO DE UVECL OGA)	UNILAT ERAL O BILATE RAL	INICIO DE UVEITI S(SUN)	DURACI ON DE UVEITI S(SUN)	CURSO DE UVEITI S(SUN)	DURACI ON DEL CUADRO (SEMA NAS)	GRANU LOMAT OSA SI NO	INFECC IOSA O NO INFECC IOSA		SI ETIOL OGIA ES CONFIR MADA O SOSPE CHA	ENFER MEDAD AUTOI NMUNE SISTE MICA	ACTIVI DAD	ESTA RECIBI ENDO TTO	AVMC OD	AVMC OI	CORTI CODE S TOPIC OS	DOSIS DE CORTI CODE S TOPIC OS
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							

	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS
	HACE CUANT O LO USA SEMAN AS	CORTI CODE S SISTE MICOS	DOSIS DE CORTI CODE S SISTE MICOS	HACE CUANT O LO USA (SEMA NAS)	PRESI ON OCULA R OD	PRESI ON OCULA R OS	ANTEC EDENT E DE OTRO TIPO DE GLAUC OMA	DX DE GLAUC OMA O HIPERT ENSIO N OCULA R	NUMER O DE HIPOT ENSOR ES	EXC OD	EXC OI	SINEQ UIAS EN ANGUL O OD	SINEQ UIAS EN ANGUL O OI	HALLA ZGOS EN ANGUL O (ABIERT OCER RADON EOVAS	CIRUGI A DE GLAUC OMA	CIRUGI A DE CATAR ATA	A ANTES O DESPU ES DEL INICIO DEL CUADRO	PSEUD OFAQUI A O AFAQUI A	QUE GRADO DE DE CATAR ATA	SINEQ UIAS POSTE RIORES	QUERA TOPAT IA EN BANDA	ANTEC EDENT E DE VITREC TOMIA

	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO
	ANTEC EDENT E DE OTRO CORTI CODE INTRA VITREO	EDEMA MACUL AR	ESPE SOR MACUL AR POR OCT OD	ESPE SOR MACUL AR POR OCT OS	PRESE NCIA DE MER OD	PRESE NCIA DE MER OS	ANTEC EDENT E DE DESPR ENDIM ENTO DE RETINA	VASCU LITIS (EN ANGIO CLO CLINIC AMENT E)	NEURIT IS	PTHISI SO PROTE SIS	ESTRA BISMO (AL EXAME NO CX DE ESTRA BISMO)	INMUN OSUPR ESION SISTE MICA	CJANT O LLEVA CON TERAPI A SEMAN AS	ANTIM ETABO LITOS	MEDIC AMENTO	DOSIS	TERAPI A BIOLO GICA	MEDIC AMENT O	DOSIS	ANTI CELUL AS T	AGENT ES ALQUIL ANTES	