

**EFFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y
SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS ANTES Y DESPUÉS DE MARZO
DE 2020 EN UN CENTRO OFTALMOLÓGICO EN BOGOTÁ, COLOMBIA**

**Eveling Briggite Criollo Porras, MD
Valeria Villabona Martínez, MD
William Rojas Carabali, MD
Alejandra de la Torre MD, PhD
Grupo de Investigación en Neurociencias (NeURos)**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, 11 DE ABRIL DE 2023



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

EFFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS ANTES Y DESPUÉS DE MARZO DE 2020 EN UN CENTRO OFTALMOLÓGICO EN BOGOTÁ, COLOMBIA

**Trabajo de investigación para optar al título de
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**Presentado por
Eveling Brigitte Criollo Porras, MD
eveling.criollo@urosario.edu.co**

**Tutor metodológico
Anacaona Martínez Del Valle MD. MsC, MBA
anmartinez@ces.edu.co**

**Tutor temático
Alejandra de la Torre Cifuentes MD. PhD
liqia.delatorre@urosario.edu.co**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, 11 DE ABRIL DE 2023

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

“La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

AGRADECIMIENTOS

Amablemente expreso mi agradecimiento a la Dra. Alejandra de la Torre, por su mentoría, consejos y acompañamiento a lo largo de los años y durante la realización de este proyecto, al igual que al Dr. William Rojas Carabali y la Dra. Valeria Villabona Martínez por su compromiso y apoyo durante la realización del mismo.

A la Dra. Anacaona Martínez Del Valle y al Dr. Carlos Trillos, por su gran colaboración y acompañamiento durante la especialidad. Estaré siempre agradecida con el programa de Epidemiología de la Universidad CES en convenio con la Universidad del Rosario y el Grupo de investigación de NeURos por creer en mí.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1 Planteamiento del Problema	13
1.2 Justificación.....	15
1.3 Pregunta de Investigación	15
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1 Uveítis	16
2.1.1 Relación de uveítis con enfermedades reumatológicas y sistémicas	17
2.2 Diagnóstico y Tratamiento de la Uveítis	17
2.2.1 Complicaciones de la uveítis.....	19
2.3 Efecto de la pandemia por COVID-19 en las enfermedades oculares	19
2.3.1 Uveítis y COVID-19.....	20
3. HIPÓTESIS	23
4. OBJETIVOS	24
4.1 Objetivo General	24
4.2 Objetivos Específicos	24
5. METODOLOGÍA	26
5.1 Enfoque Metodológico de la Investigación	26
5.2 Tipo de Estudio	26
5.3 Población.....	26
5.4 Diseño Muestral	26
5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	27
5.6 Descripción de las Variables	28
5.6.1 Diagrama de variables	28
5.6.2 Tabla de variables.....	29
5.7 Técnicas de recolección de información.....	29
5.7.1 Fuentes de información.....	29
5.7.2 Instrumento de recolección de información	29
5.7.3 Proceso de obtención de la información.....	29
5.8 Control de Errores y Sesgos	30

5.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.....	31
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
7. RESULTADOS	34
7.1 Características Sociodemográficas	34
7.2 Características Clínicas.....	35
7.2.1 Características Clínicas Prepandemia.....	35
7.2.2 Tratamiento de los Pacientes Prepandemia.....	40
7.2.3 Características clínicas y de Tratamiento durante el control Postpandemia	42
7.3 Aplicación de la encuesta telefónica: Respuesta de los Pacientes	46
7.4 Relación entre Variables Clínicas y Variables de Seguimiento	51
7.4.1 Seguimiento y número de controles con el Uveólogo.....	51
7.4.2 Seguimiento por el reumatólogo.....	52
7.4.3 Consulta a urgencias de oftalmología	53
7.4.4 Acceso a la Medicación	53
7.5 Relación entre Variables Clínicas y Variables de Tratamiento	54
7.5.1 Cambio en el tratamiento de la uveítis durante la pandemia por COVID- 19.....	54
7.5.2 ¿Quién realizó el cambio en el Tratamiento No.1?.....	54
7.5.3 ¿Cuál fue el cambio en el Tratamiento No. 1?	55
7.5.4 Razón de cambio de tratamiento.....	55
7.5.5 ¿Quién cambió el Tratamiento No. 2?.....	56
7.5.6 ¿Cuál fue el cambio en el Tratamiento No. 2?	56
7.6 COVID-19 Y UVEÍTIS.....	57
7.6.1 Diagnóstico de COVID-19.....	57
7.6.2 Empeoramiento de síntomas oculares asociado a diagnóstico de COVID-19	57
7.6.3 Vacunación COVID-19.....	57
7.6.4 Empeoramiento de síntomas oculares asociado a Vacunación.....	58
7.7 Contraste de Variables Clínicas Pre y Postpandemia	59
7.8 Contraste de Variables de Tratamiento Pre y Postpandemia.....	59
8. DISCUSIÓN	60
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
11.ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Identificación de fuentes de errores y sesgos.	30
Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes de acuerdo con el grupo según asistencia a control postpandemia.....	34
Tabla 3. Presentación clínica de los pacientes durante la última valoración prepandemia.	35
Tabla 4. Diagnóstico etiológico de la Uveítis en los pacientes del estudio durante la última valoración prepandemia.	36
Tabla 5. Diagnóstico en los pacientes con etiología autoinmune durante la última valoración prepandemia.	37
Tabla 6. Diagnóstico en los pacientes con etiología infecciosa durante la última valoración prepandemia.	37
Tabla 7. Variables clínicas de los pacientes durante la última valoración prepandemia.	38
Tabla 8. Medición empleada por los pacientes durante la última valoración prepandemia para el tratamiento de la uveítis.	41
Tabla 9. Variables clínicas de los pacientes con uveítis que asistieron al control postpandemia.....	42
Tabla 10. Descripción de medicación empleada como tratamiento por los pacientes que asistieron a control postpandemia.....	44
Tabla 11. Distribución de respuesta en la encuesta realizada vía telefónica a los pacientes durante el periodo de pandemia por COVID-19 (2021).....	47

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Ilustración 1. Diagrama de las variables de estudio.....	28
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Tabla de variables.	72
Anexo 2. Documento de consentimiento informado.	78
Anexo 3. Formato de encuesta aplicada.....	81

RESUMEN

Introducción: La uveítis es la inflamación de la capa media, vascular ocular que requiere un abordaje interdisciplinario continuo para evitar complicaciones asociadas; el aislamiento social obligatorio impuso un reto a la continuidad del cuidado de estos pacientes.

Objetivo: Conocer el efecto que ha tenido la pandemia por COVID-19 en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis en un centro oftalmológico de Bogotá, Colombia.

Metodología: Estudio observacional analítico transversal que se basó en una encuesta telefónica sobre continuidad del cuidado. Se clasificaron los pacientes según control postpandemia. Se analizaron las modificaciones en el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Resultados: 63 pacientes fueron incluidos en el estudio. El cambio en el tratamiento existió en el 40.7% y 44% de los pacientes con y sin control postpandemia y la afectación en el seguimiento por uveítis se reportó en el 70.9% y 61.1% respectivamente. La presencia de inflamación intraocular prepandemia se relacionó con mayor dificultad de seguimiento por parte del especialista en úvea ($p:0.049$). El 50% de los pacientes con inflamación intraocular durante la valoración prepandemia, persistían con inflamación intraocular en la valoración postpandemia ($p: 0.052$).

Conclusión: La pandemia por COVID-19 representó un reto para pacientes y médicos tratantes en cuanto a metas de tratamiento. Se debe trabajar en las estrategias de acceso a tratamiento y seguimiento de nuestros pacientes, más aún en condiciones donde la presencialidad se encuentre afectada.

Palabras Clave: Uveítis; COVID-19; Terapéutica; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Estudios de Seguimiento; Pérdida de Seguimiento.

ABSTRACT

Introduction: Uveitis is the inflammation of the ocular vascular layer which requires an interdisciplinary and continuous approach to avoid associated complications; Mandatory social distancing difficulted appropriate delivery of care

Objective: To determine the effect that the COVID-19 pandemic has had on the treatment and follow-up of patients with uveitis in an ophthalmological center in Bogota, Colombia.

Methodology: Cross-sectional analytical observational study based on a telephone survey about the care continuity. Patients were classified according to post-pandemic control. Modifications in the treatment and follow-up of the patients were analyzed.

Results: 63 patients were included on the study. Change on the treatment existed in 40.7% (Wc) and 44% (Nc) of patients and the involvement on the Uveitis follow-up was reported in 70.9% (Wc) and 61.1% (Nc) of the patients. Pre-pandemic intraocular inflammation was related to a greater difficulty perception in follow up by the uvea specialist (p: 0.049). Fifty percent of the patients with intraocular inflammation during the pre-pandemic evaluation persisted with inflammation in the post pandemic evaluation (p: 0.052).

Conclusion: The COVID-19 pandemic represented a challenge for patients with uveitis and physicians in terms of treatment and follow-up. It is necessary to improve access and follow-up strategies for our patients, even in conditions where attendance is affected.

Keywords: Uveitis; COVID-19; therapeutics, Treatment adherence and compliance; Follow-Up Studies; Lost to Follow-Up.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La uveítis es la inflamación de la capa intermedia, vascularizada y pigmentada del ojo (1–3). En Colombia, la causa más común es la toxoplasmosis ocular representando el 39.8% de los pacientes, seguido de la uveítis idiopática representando el 18.8% de los casos (4).

La uveítis puede ser la manifestación extraarticular de múltiples enfermedades inflamatorias, incluyendo las espondiloartropatías seronegativas y con HLA B27 positivo, la artritis idiopática juvenil, la enfermedad de Behcet, el lupus eritematoso sistémico, la granulomatosis con poliangitis y la policondritis recurrente (5). El abordaje de estas patologías debe ser multidisciplinario, continuo, y en la mayoría de los casos requiere terapia inmunomoduladora (2,5). Las uveítis infecciosas, requieren ser tratadas según su etiología, y en su etapa aguda son generalmente tratadas con corticosteroides con el fin de disminuir la inflamación(6).

Con la emergencia sanitaria mundial por SARS-CoV-2 (COVID-19), el abordaje de la consulta oftalmológica ha cambiado pasando a una atención en un ámbito de telemedicina e inclusive telefónico (7). Además, se ha generado ansiedad alrededor del uso de la terapia inmunosupresora por considerarla como factor de riesgo para enfermedad grave por COVID-19, por lo cual pacientes y médicos han llegado a discontinuar la terapia médica o a disminuir la dosis, respectivamente, como lo describen en el estudio realizado por Agarwal et al en India; sin embargo, ha tenido como consecuencia el empeoramiento del cuadro inflamatorio ocular (8).

Organizaciones como el International Uveitis Study Group (IUSG), International Ocular Inflammation Society (IOIS) and Foster Ocular Immunology Society (FOIS) han hecho recomendaciones basados en consenso de expertos acerca de la terapia inmunomoduladora y el tratamiento a los pacientes con uveítis. La perspectiva actual

acerca de las condiciones autoinmunes y reumatológicas es que se deben usar corticoesteroides a la dosis más baja posible y terapia inmunomoduladora sistémica (especialmente agentes que no afecten la inmunidad antiviral), los cuales pueden ser continuados en ausencia de infección por COVID-19 (7–9).

Es importante conocer el impacto que ha causado el COVID-19 en los pacientes con uveítis para que el personal de salud pueda adaptar modelos y protocolos de atención acordes a la situación, con el fin de dar seguimiento a los pacientes y prevenir sus complicaciones.

1.2 Justificación

La uveítis es una enfermedad crónica que requiere un abordaje interdisciplinario, integral y continuo para evitar complicaciones asociadas. La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) ha representado un reto tanto para los oftalmólogos como para los pacientes, ya que se ha demostrado que la propagación del virus ha tenido un impacto negativo en las visitas al especialista, en la adherencia al tratamiento farmacológico y en el acceso a ciertos medicamentos.

En la actualidad, no existen datos sobre el efecto en el seguimiento y tratamiento de los pacientes con uveítis pre y postpandemia por COVID-19 en Latinoamérica ni en Colombia, por lo cual realizar un estudio que permita ampliar el conocimiento sobre el efecto de la pandemia por COVID-19 en el tratamiento y seguimiento de los pacientes permite adaptar modelos y protocolos de atención acordes a la situación del equipo interdisciplinario de salud, ampliar el conocimiento sobre los efectos de la pandemia por SARS-CoV-2 en la evolución clínica de los pacientes y mejorar el seguimiento a los pacientes, facilitar su acceso a salud y prevenir sus complicaciones.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuáles han sido los efectos en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis pre y postpandemia por COVID-19 que consultan a un centro oftalmológico en Bogotá DC, Colombia?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Uveítis

La úvea es la capa media, pigmentada del ojo que se compone de estructuras vasculares como el iris, el cuerpo ciliar y la coroides (1). La uveítis es clasificada anatómicamente según el sitio de mayor inflamación (anterior, intermedia, posterior, panuveítis), dependiendo del curso clínico (agudo, crónico, recurrente), etiología (infecciosa, no infecciosa), histopatología (granulomatosa, no granulomatosa) y lateralidad (bilateral, unilateral) (1,2).

Su incidencia ha sido estimada entre 17 a 52 /100.000 habitantes por año y prevalencia de 38 a 714 casos por 100.000 habitantes (2). La uveítis anterior es la forma más común, seguida de la uveítis posterior y la panuveítis; mientras que la uveítis intermedia es la forma menos común, sin embargo, este orden varía dependiendo de la ubicación geográfica (2,3). Adicionalmente, la etiología también varía dependiendo de las características sociodemográficas de la región (edad, sexo, raza), por ejemplo, la uveítis infecciosa es más común en países en vía de desarrollo mientras que la uveítis no infecciosa lo es en los países desarrollados (2,3).

La forma más común de uveítis en 2 centros especializados de Colombia es la uveítis posterior, seguida de la pan uveítis, uveítis anterior y por último la uveítis intermedia (4). La toxoplasmosis fue la causa más común en el 39,8% de los pacientes seguida de la uveítis idiopática representando el 18,8% de los casos en un estudio publicado en el 2009 (4). Recientemente, aunque la toxoplasmosis ocular sigue siendo la causa infecciosa más común de uveítis en Colombia, se ha venido observando un cambio significativo de etiologías infecciosas a procesos más inmunomediados como causa de uveítis en nuestro país (10).

2.1.1 Relación de uveítis con enfermedades reumatológicas y sistémicas

Las uveítis no infecciosas pueden ser una manifestación extraarticular de enfermedades autoinmunes como las espondiloartropatías seronegativas y con HLA B27 positivo, la artritis idiopática juvenil, la enfermedad de Behçet, el lupus eritematoso sistémico, la granulomatosis con poliangitis y la policondritis recurrente (2,5,11). También se asocia con otras enfermedades sistémicas como la sarcoidosis, el síndrome uveítico de Fuchs, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, la oftalmoplejía simpática, coriorretinopatía de Birdshot, coroiditis multifocal, y coroiditis serpiginosa (2,11,12). Respecto a las uveítis infecciosas, estas son causadas principalmente por *Toxoplasma gondii*, el virus de Herpes simplex, *Mycobacterium tuberculosis* y *Treponema pallidum* (sífilis) (2).

2.2 Diagnóstico y Tratamiento de la Uveítis

Para realizar el diagnóstico de uveítis se requiere hacer un examen completo del paciente y del globo ocular en la lámpara de hendidura para establecer su localización, grado de inflamación y así identificar una posible etiología. Los especímenes intraoculares (humor acuoso, humor vítreo) y las manifestaciones extraoculares son útiles para el diagnóstico de infecciones por microorganismos intracelulares, enfermedades sistémicas y enfermedades neurológicas (3).

El tratamiento de la uveítis depende de su etiología. En caso de ser una uveítis infecciosa, se emplea el tratamiento antibiótico, antiviral, antifúngico o antiparasitario correspondiente asociado a corticosteroides, con el fin de disminuir la inflamación. Por ejemplo, en el caso de la toxoplasmosis ocular la terapia clásica consiste en pirimetamina y sulfadiazina junto con corticoides (6). Los corticosteroides usualmente son iniciados el tercer día de inicio de tratamiento con una dosis de 1 mg/kg diario de prednisolona oral y se puede llegar a dejar de 2 a 6 semanas (6). En caso de uveítis no infecciosas, ya sean de origen idiopático o sistémico, la primera línea de tratamiento son los corticosteroides tópicos, que usualmente se administran acompañados de midriáticos y ciclopléjicos para prevenir la formación de sinequias posteriores y aliviar la fotofobia y dolor secundario al

espasmo ocular (6). Los corticosteroides sistémicos (ya sea orales o intravenosos) se emplean en caso de inflamación ocular severa (6).

Los corticosteroides a largo plazo generan eventos adversos sistémicos y oculares, por lo cual es muy importante dosificar, discontinuar y realizar seguimiento estricto a los pacientes bajo este régimen de tratamiento (6). Los eventos adversos oftalmológicos asociados a su uso son el desarrollo de catarata o incluso glaucoma, patologías que generan disminución de la agudeza visual y pueden llevar a la discapacidad visual y ceguera, principalmente en el caso del glaucoma (12). En la población pediátrica también pueden inducir un retraso en el crecimiento y el desarrollo de la pubertad, entre otros (12).

Cuando no se logra controlar la inflamación con los corticosteroides, debido a su baja penetrancia en el segmento posterior, se usan otros agentes inmunosupresores sistémicos como el Metotrexate, el Micofenolato Mofetil y la Azatioprina (12). En caso de usar estos tratamientos, debemos monitorizar frecuentemente la función hepática y conteo de células sanguíneas (12).

Los agentes biológicos están indicados en pacientes en los que la inflamación intraocular no sea controlada con el tratamiento descrito previamente, si el paciente registra más de 3 recaídas anuales o si simplemente los medicamentos previos no son bien tolerados (12). Los que más se usan en uveítis, incluso en niños, son los **inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α)** (12). El TNF- α es una citoquina importante involucrada en la inflamación ocular y el daño tisular (12). El Adalimumab es el principal anticuerpo monoclonal usado en panuveítis, uveítis intermedia y posterior (12). Sin embargo, al inhibir al TNF- α puede generar eventos adversos como la reactivación de infecciones latentes (ej: Tuberculosis) (12). También es importante descartar esclerosis múltiple ya que se ha asociado con el inicio de enfermedades desmielinizantes (5). El Infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico de ratón contra TNF- α , el cual es efectivo en el tratamiento de la uveítis posterior y anterior en niños y adultos, incluyendo la enfermedad de Behcet refractaria a tratamiento (11).

2.2.1 Complicaciones de la uveítis

Las complicaciones asociadas con uveítis pueden ser el resultado de un diagnóstico tardío, inflamación crónica o iatrogenia, usualmente por medicamentos o procedimientos (13). Las complicaciones que amenazan la agudeza visual en pacientes con uveítis no infecciosa incluyen: Edema Macular, Queratopatía en banda, Sinequias, Catarata, Glaucoma y Retinopatía, siendo el Edema Macular la complicación más común que resulta en pérdida de la visión central (13). La queratopatía en banda es más común en la uveítis anterior e intermedia y puede alterar la visión si compromete el eje visual (13). Las sinequias son una complicación común de la uveítis anterior, genera alteraciones pupilares y si son muy extensas puede llevar a cierre angular agudo resultando en glaucoma secundario(13). La uveítis intermedia genera alto riesgo de edema macular cistoide que afecta significativamente la visión (14).

Los corticosteroides a largo plazo (sistémicos o locales) para el tratamiento de uveítis pueden llegar a causar glaucoma o catarata; siendo una causa importante de morbilidad ocular (12). Por lo anterior, es importante monitorizar la respuesta al tratamiento, los cambios en la presión ocular y las posibles complicaciones asociadas (14).

2.3 Efecto de la pandemia por COVID-19 en las enfermedades oculares

El SARS-CoV-2 se ha detectado en las lágrimas y en la secreción conjuntival de pacientes con COVID-19, siendo un riesgo significativo de contaminación del examinador y los instrumentos al valorar un paciente infectado con enfermedad ocular (15–17). Adicionalmente, la proximidad que debe tener el examinador del paciente durante el examen físico (20-30 cm) y el inicio temprano de síntomas oculares por COVID-19, son factores que hacen a los oftalmólogos, un grupo profesional en un alto riesgo de contraer el virus (17).

Gracias al gran riesgo que conlleva la atención oftalmológica, los diferentes escenarios para brindar atención al paciente han tenido que transformarse con el fin de prevenir el contagio, tanto del personal de la salud como de los sujetos que acuden al hospital. Así, se han adoptado medidas como el uso de elementos de protección personal, la higiene de manos, el distanciamiento físico, el uso de la telemedicina, e incluso el diferimiento de las consultas presenciales y los procedimientos invasivos no urgentes, etc; limitando el acceso de los pacientes a los servicios de oftalmología (18).

Además, Poyser et al. establecieron que durante el periodo de cuarentena por la pandemia de COVID-19 se presentó una reducción del 53% en los pacientes que acudían al departamento de urgencias de oftalmología en el hospital *University Hospitals of Leicester* en Reino Unido, siendo la uveítis la segunda causa más frecuente de consulta (19). Entre los pacientes que consultaron, un gran porcentaje lo hizo de manera tardía, presentando complicaciones derivadas de la patología inicial (19).

2.3.1 Uveítis y COVID-19

La uveítis es una manifestación importante de múltiples enfermedades inflamatorias sistémicas que, en muchos casos, requiere de inmunosupresión sistémica para su tratamiento (20). Por esta razón, se ha propuesto que los pacientes con uveítis tienen un mayor riesgo de contraer el virus SARS-CoV-2, así como de presentar manifestaciones severas de la enfermedad (8,20). Al mismo tiempo, el desarrollo de la pandemia ha llevado a que los expertos en uveítis replanteen el tratamiento de esta entidad, con el fin de disminuir el uso de dosis altas de corticosteroides y terapia inmunomoduladora (8). No obstante, un estudio realizado en India evidenció que varios sujetos dejaron de tomar la medicación indicada con corticosteroides orales por decisión propia, debido al miedo de presentar mayor susceptibilidad a la infección por COVID-19, lo cual derivó en recaídas de la enfermedad ocular (8).

Además, dadas las medidas que se han adoptado con el fin de frenar la propagación del virus, las cuales incluyen la transición de la consulta presencial a la teleconsulta, en la cual los pacientes con uveítis han tenido problema con el seguimiento de sus controles en la periodicidad que se tenía antes de la pandemia; también se agregan los retos inherentes que presenta este tipo de atención, como la ausencia del examen físico para detectar signos objetivos de inflamación intraocular, los cuales permiten monitorizar el efecto y realizar ajustes al tratamiento (7,21). Estos efectos también han sido descritos en los pacientes con enfermedades crónicas reumatológicas quienes se han visto especialmente afectados por la pandemia de COVID-19 (22). Se ha demostrado que la propagación del virus ha tenido un impacto negativo en las visitas al reumatólogo, en la adherencia al tratamiento farmacológico y en el acceso a ciertos medicamentos que en algún momento se consideraron con actividad potencial contra el SARS-CoV-2 y que hacen parte de la terapia crónica de enfermedades reumatológicas, como es el caso de la Hidroxicloroquina (22). A lo anterior, se suma el hecho de que, ante las dificultades para acceder a la consulta, algunos pacientes han optado por auto modificar su tratamiento, lo cual, en conjunto con unos niveles de estrés altos, los pone en un mayor riesgo de tener una recaída de sus enfermedades de base (23).

A nivel psicosocial, se ha evidenciado que la uveítis tiene un impacto negativo en la calidad de vida y la salud mental de los pacientes, sobre todo en aquellos que desarrollan complicaciones y peores resultados visuales (24,25). Incluso se ha visto que los pacientes que reciben manejo inmunosupresor sistémico pueden tener un deterioro en su salud mental a pesar de la mejoría en sus desenlaces visuales (26). Además, se ha identificado que los pacientes con uveítis tienen índices más altos de estrés psicológico, ansiedad y depresión (27–30), entidades que se han visto incrementadas por la pandemia.

Por otro lado, aunque en la actualidad es bien conocido que la conjuntivitis hace parte de las manifestaciones clínicas del SARS-CoV-2 (31), aún hay escasez de datos respecto a las manifestaciones intraoculares de la infección en humanos (32). Estudios

observacionales y experimentales llevados a cabo en modelos animales han evidenciado que el coronavirus puede asociarse a uveítis anterior granulomatosa, coroiditis, desprendimiento de retina, vasculitis retiniana, retinitis y neuritis óptica (33). Una serie de casos, publicados recientemente, demostró la presencia de lesiones hiperreflectivas en la capa de células ganglionares y en la capa plexiforme interna de doce pacientes después de la infección por COVID-19 (34). Así mismo, se han publicado múltiples reportes de casos en los cuales se asocia la aparición de uveítis anterior, panuveítis y neuritis óptica con SARS-Cov-2 (23,35).

3. HIPÓTESIS

Ho: No existe efecto del aislamiento social obligatorio en el tratamiento y/o seguimiento de los pacientes con uveítis pre y postpandemia por COVID-19 de un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia.

Ha: Existe efecto del aislamiento social obligatorio en el tratamiento y/o seguimiento de los pacientes con uveítis pre y postpandemia por COVID-19 de un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Describir cuál ha sido el efecto de la pandemia por COVID-19 en la adherencia, accesibilidad al tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis antes y después del 12 de marzo de 2020 que consultan a un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia

4.2 Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas y características clínicas de los pacientes a estudio durante la última valoración antes del 12 de marzo de 2020.

Efectos sobre el tratamiento

2. Identificar los cambios realizados en el tratamiento para la uveítis y por quién fueron realizados antes y después del 12 de marzo del 2020.
3. Determinar las limitaciones de acceso para el tratamiento de uveítis y las enfermedades reumatológicas asociadas percibidos por el paciente antes y después del 12 de marzo de 2020 hasta el presente.

Efectos en el seguimiento

4. Describir los cambios en el seguimiento realizados por especialista en úvea, oftalmología y reumatología antes y después del 12 de marzo de 2020.
5. Identificar el número de consultas a urgencias oftalmológicas realizadas por uveítis antes y después del 12 de marzo de 2020.
6. Describir acceso a vacunación y presencia de cambios en cuadro sintomático ocular posterior a la aplicación de esta.

7. Determinar si existe asociación entre la adherencia y/o accesibilidad al tratamiento, con respecto al seguimiento, severidad del cuadro clínico y las consultas a urgencias oftalmológicas.

Efectos en la clínica

8. Describir las variables clínicas de los pacientes, obtenidas durante la última valoración realizada durante la pandemia.
9. Comparar los hallazgos clínicos antes y después de la pandemia en los pacientes que acudieron a la consulta de control de uveítis.
10. Determinar si existe asociación entre la evolución clínica de los pacientes antes y durante la pandemia, y las variables asociadas a la adherencia y seguimiento en el tiempo que el paciente no acudió de manera presencial a consulta

5. METODOLOGÍA

5.1 Enfoque Metodológico de la Investigación

El enfoque de la investigación es Cuantitativo ya que hace uso de herramientas estadísticas para sintetizar la información y concluir sobre las asociaciones entre variables.

5.2 Tipo de Estudio

Estudio observacional analítico de corte transversal. Se escogió este tipo de estudio ya que nos permite analizar las variables dependientes e independientes en un solo momento mediante una encuesta estructurada y datos de las historias clínicas.

5.3 Población

- Población blanco: Todos los pacientes con diagnóstico de uveítis desde 2016-2020 (Antes y después de la pandemia por COVID-19).
- Población accesible: Todos los pacientes con diagnóstico de uveítis que consultan a un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia.
- Muestra: Todos los pacientes que han asistido durante los últimos 4 años con diagnóstico de uveítis al centro de referencia oftalmológico, que requirieron manejo durante el periodo pandémico.

5.4 Diseño Muestral

Para detectar una diferencia significativa con un 95% de confianza y una potencia del 80%, se necesitaron 33 pacientes en cada grupo, mínimo. Se utilizó la siguiente

fórmula para el cálculo del tamaño de muestra n : $n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \cdot \sigma^2 / d^2$, donde $Z_{\alpha/2}$ es el valor crítico de la distribución normal en $\alpha/2$ (p. ej., para un nivel de confianza del 95%, α es 0,05 y el valor crítico es 1,96), Z_{β} es el valor crítico de la distribución normal en β (p. ej. para una potencia del 80%, β es 0,2 y el valor crítico es 0,84), σ^2 es la varianza de la población y d es la diferencia que le gustaría detectar. En este caso, se estimó una diferencia de mínimo 14 y una varianza de 400, la cual garantiza suficiente heterogeneidad.

5.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes con uveítis que hayan asistido a la consulta con el especialista en úvea en los últimos 4 años.
- Pacientes que acepten ser incluidos en el estudio.
- Pacientes mayores de 18 años

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyo teléfono o dirección de correo electrónico no esté disponible.
- Pacientes con los que no sea posible establecer contacto.
- Pacientes con dificultades cognitivas para contestar la encuesta

5.6 Descripción de las Variables

5.6.1 Diagrama de variables

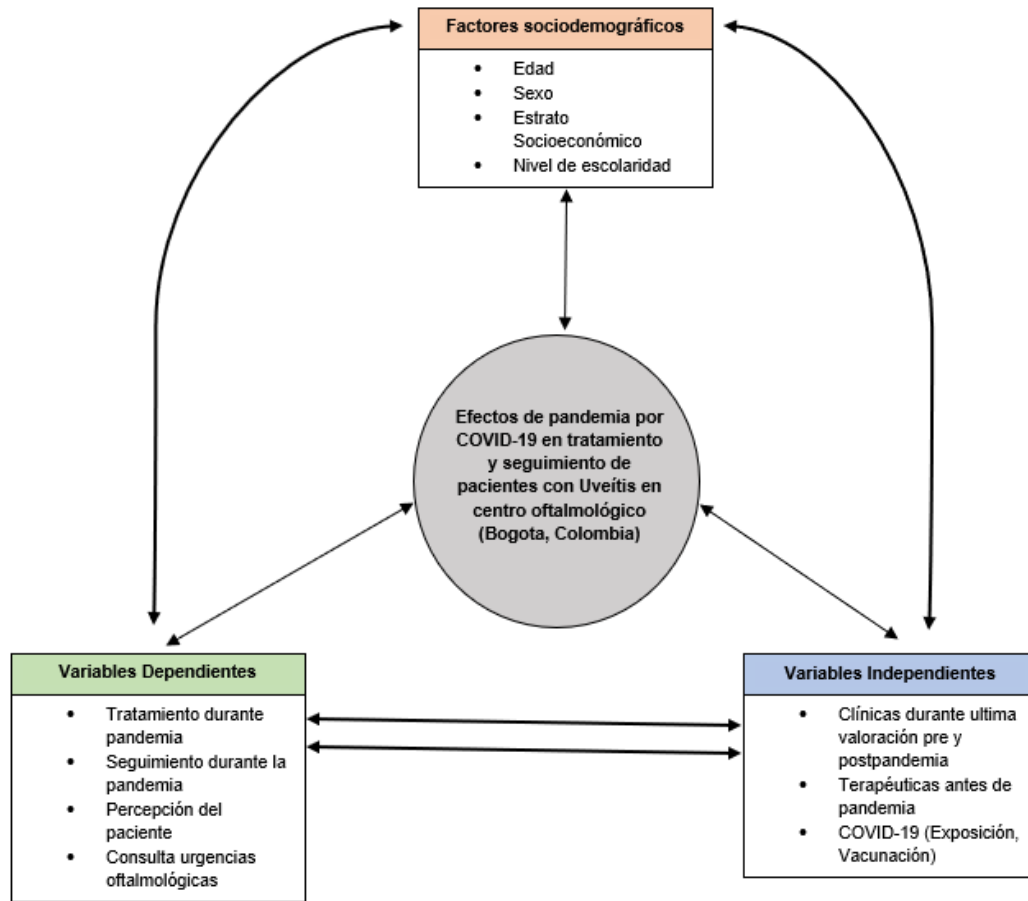


Ilustración 1. Diagrama de las variables de estudio

5.6.2 Tabla de variables

La tabla de variables se encuentra en el Anexo 1.

5.7 Técnicas de recolección de información

5.7.1 Fuentes de información

Fuente primaria (Encuesta al paciente) y fuente secundaria (Información historias clínicas).

5.7.2 Instrumento de recolección de información

El instrumento de recolección de los datos de la encuesta aplicada a los pacientes se encuentra en Google Forms en el siguiente link:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdIUwZrxUIh5NNpxdrNaGEIettuZEVCuBMv30QbPyB-GY6zaQ/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>

5.7.3 Proceso de obtención de la información

Se filtraron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de uveítis que asistieron a consulta en el centro de referencia oftalmológico en los últimos 4 años (2016-2020) obteniendo su información de contacto (correo electrónico y números telefónicos). Se realizó una llamada telefónica en donde se explicó el propósito del estudio, se solicitó su consentimiento informado y, en caso de que el paciente haya aceptado, se procedió a realizar la encuesta. La encuesta se realizó por personas externas al estudio sin ningún tipo de conflicto de interés ni conocimiento acerca de la enfermedad. Se realizó de forma estandarizada, a través de un guión en

Google forms que contuvo la encuesta y las instrucciones para el entrevistador; Posteriormente, se obtuvo nueva información clínica en el periodo posterior a la pandemia de los pacientes que asistieron a control oftalmológico. Los datos obtenidos a partir de las encuestas telefónicas se digitalizaron en una base de datos en Microsoft Excel validada. Una vez obtenidos los datos de la encuesta, se revisaron las historias clínicas de los pacientes participantes en el estudio y se complementó la base de datos con información extraída de la historia clínica (características de la uveítis). Posteriormente, los datos se analizaron e interpretaron según el plan de análisis estadístico.

5.8 Control de Errores y Sesgos

Tabla 1. Identificación de fuentes de errores y sesgos.

Tipo de sesgo	Descripción	Método de control
SELECCIÓN	Población de estudio únicamente adultos mayores de 18 años que asisten a un Centro oftalmológico con diagnóstico de uveítis.	Los resultados se extrapolan únicamente a esta población
INFORMACIÓN	La calidad de la información obtenida no es suficiente. Mal diligenciamiento de la encuesta Sesgo del entrevistado	Entrenamiento y pilotaje del entrevistador el cual es una persona externa a la investigación Sesgo de memoria no controlado
CONFUSIÓN	Percepción distorsionada debido a otras causas externas a la pandemia por	Interrogar frente a asistencia a servicios de salud

Tipo de sesgo	Descripción	Método de control
	COVID-19 (Acceso a seguridad social)	

5.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo univariado a través de medidas de tendencia central como la media o mediana dependiendo de la distribución de las variables y se utilizó la desviación estándar o rango intercuartílico como medida de dispersión para las variables continuas. Para las variables categóricas, se describieron a través de frecuencias absolutas y relativas.

Para determinar si existe asociación entre variables de tratamiento, seguimiento y las variables clínicas antes y después de la pandemia, se realizó un análisis bivariado mediante comparación simple realizando la prueba no paramétrica de U de Mann Whitney para comparar variables cuantitativas de muestras independientes. Para comparar las variables clínicas antes y después de la pandemia se emplearon las pruebas de Wilcoxon ya que se trataba de muestras relacionadas. Este estudio se realizó utilizando un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$ significativa) para las pruebas estadísticas. Para el cálculo de los valores descriptivos y el estudio bivariado se empleó el programa JAMOV 2.2.5 para Windows.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se basó en una encuesta (telefónica), la cual sirvió como instrumento de recolección de datos, además de la revisión documental de historias clínicas, por lo que se consideró un estudio sin riesgo de acuerdo con lo establecido en la resolución 008430 de 1993 (“Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”) del Ministerio de Salud. Siguió los lineamientos jurídicos y éticos del país y también aquellos contemplados en la última modificación (Edimburgo, Escocia, octubre de 2000) de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (“Principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos”) y la Ley de Habeas Data 1581 de 2012, por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. Adicionalmente, el protocolo fue aprobado por el comité de ética en investigación de la Universidad del Rosario con el acta No. **DVO005 1680-CV1445** del 31 de Agosto de 2021.

El instrumento de recolección se aplicó vía telefónica, la participación fue voluntaria y el participante pudo solicitar ser retirado del estudio en cualquier momento. En el instrumento de recolección de datos se solicitó como información personal el número de identificación, el cual sirvió para ligar los resultados de la encuesta con la información tomada de la historia clínica, lo cual fue realizado por la tutora temática quien a su vez es la médica tratante de los pacientes. Una vez depositada la información en la base de datos, se codificó y anonimizó de manera reversible para el manejo por parte de los co-investigadores. Al resolver la encuesta los sujetos de investigación autorizaron su participación en el estudio (ver anexo 2).

En la base de datos se enmascaró la información de identificación del paciente para mantener la confidencialidad durante los procesos relacionados con el estudio. Solo se registró información como el sexo y la edad. El investigador y el personal de investigación se comprometieron a mantener la identidad del paciente confidencial de cualquier publicación, presentación o informe.

Los datos anonimizados serán custodiados por la investigadora principal durante 5 años y solamente serán compartidos en caso de solicitud explícita de las autoridades sanitarias del país. La anonimización solo se revertirá en caso de requerirse para efectos diagnósticos o terapéuticos que beneficien a los pacientes y será llevada a cabo por la médica tratante, para no atentar contra la confidencialidad de las historias clínicas.

El presente estudio no supuso ningún riesgo ni beneficio personal para los individuos participantes. Con este estudio, se aportó información científica relevante para conocer mejor el comportamiento de los pacientes con enfermedades inflamatorias oculares en nuestro país en tiempos de pandemia.

7. RESULTADOS

7.1 Características Sociodemográficas

Se obtuvieron 63 pacientes quienes autorizaron su participación en el estudio y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Veintisiete pacientes tuvieron control de uveítis antes y después de la pandemia versus 37 pacientes quienes no asistieron posterior a la pandemia. La edad media de los grupos fue de 57,3 y 57,4 años. El género femenino predominó en ambos grupos (74.1 vs 66.7%). El 100% de los pacientes recibió algún tipo de educación siendo el 33.3% de los pacientes pertenecientes al grupo de educación universitaria y el 27% educación de postgrado. En la Tabla 2 se resumen las características sociodemográficas de los pacientes.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes de acuerdo con el grupo según asistencia a control postpandemia.

Variable		Con control Postpandemia n= 27 (%)	Sin control Postpandemia n= 36 (%)
Edad, Media (DE, rango)		57.3 (17.1, 21-87)	57.4 (14.7, 31-85)
Género	Femenino	20 (74.1)	24 (66.7)
	Masculino	7 (25.9)	12 (33.3)
Estrato socioeconómico	1- Bajo Bajo	1 (3.7)	0 (0)
	2 -Bajo	0 (0)	5 (13.9)
	3 -Medio Bajo	5 (18.5)	11 (30.6)
	4 -Medio	6 (22.2)	12 (33.3)
	5 -Medio Alto	7 (25.9)	3 (8.3)
	6 -Alto	8 (29.6)	5 (13.9)
Nivel educativo	Primaria	0 (0)	4 (11.1)
	Secundaria	3 (11.1)	6 (16.7)
	Técnica	6 (22.2)	6 (16.7)
	Universitaria	11 (40.7)	10 (27.8)
	Postgrado	7 (25.9)	10 (27.8)

7.2 Características Clínicas

7.2.1 Características Clínicas Prepandemia

El compromiso bilateral fue más frecuente en el grupo con control postpandemia mientras el unilateral fue en el grupo sin control postpandemia (48.1 % vs 55.6%). La uveítis anterior fue la localización más frecuente en ambos grupos al igual que el inicio agudo, el curso recurrente, la duración limitada, y el diagnóstico confirmado. La actividad de la uveítis fue inactiva en ambos grupos durante la última valoración prepandemia (59.3 % y 63.9%). En la Tabla 3, se presenta con más detalles la presentación clínica de los pacientes del estudio.

Tabla 3. Presentación clínica de los pacientes durante la última valoración prepandemia.

Variable		Con control Postpandemia n= 27 (%)	Sin control Postpandemia n= 36 (%)
Compromiso	Unilateral	13 (48.1)	20 (55.6)
	Bilateral	14 (51.9)	16 (44.4)
Inicio	Agudo	15 (55.6)	27 (75)
	Crónico	12 (44.4)	9 (25)
Curso	Agudo	5 (18.5)	7 (19.4)
	Recurrente	13(48.1)	14 (38.9)
	Crónico	9 (33.3)	10 (27.8)
	No aplica	0 (0)	5 (13.9)
Duración	Limitada	19 (70.4)	21 (58.3)
	Persistente	4 (14.8)	10 (27.8)
	No aplica	4 (14.8)	5 (13.9)
Actividad	Activa	11 (40.7)	13 (36.1)
	Inactiva	16 (59.3)	23 (63.9)
Diagnóstico	Confirmado	22 (81.5)	29 (80.6)
	Sospecha	5 (18.5)	7 (19.4)
Localización	Anterior	16 (59.3)	28 (77.8)
	Intermedia	1 (3.7)	2 (5.6)

Variable	Con control Postpandemia n= 27 (%)	Sin control Postpandemia n= 36 (%)
Posterior	4 (14.8)	1 (2.8)
Panuveítis	6 (22.2)	5 (13.9)

La etiología autoinmune fue la más frecuente en los dos grupos (51.9 % y 30.6 %). Aunque la etiología idiopática fue el segundo diagnóstico etiológico más frecuente en los pacientes con control postpandemia, en los pacientes sin control postpandemia, la etiología infecciosa predominó como segunda causa más frecuente. En la Tabla 4 se describen más a detalle los diagnósticos etiológicos de los pacientes del estudio.

Tabla 4. Diagnóstico etiológico de la Uveítis en los pacientes del estudio durante la última valoración prepandemia.

Diagnóstico Etiológico	Con control Postpandemia n= 27	Sin control Postpandemia n= 36
Idiopática	7 (25.9)	5 (16.7)
Infecciosa	6 (22.2)	7 (19.4)
Autoinmune	14 (51.9)	12 (30.6)
Indeterminado	0 (0)	12 (33.3)

El diagnóstico de HLA B27 + fue el más frecuente en el grupo sin control postpandemia, sin embargo, el Síndrome de Sjögren fue el diagnóstico de etiología autoinmune más frecuente en el grupo que tuvo control postpandemia (25% vs 21.4%). En la Tabla 5 se describen los diagnósticos de los pacientes con etiología autoinmune durante la última valoración prepandemia.

Tabla 5. Diagnóstico en los pacientes con etiología autoinmune durante la última valoración prepandemia.

Etiología Autoinmune	Con control Postpandemia n= 14 (%)	Sin control Postpandemia n= 12 (%)
HLA B27 +	2 (14.3)	3 (25)
Síndrome de Sjögren	3 (21.4)	1 (8.3)
Espondilitis Indiferenciada Axial	1 (7.1)	2 (16.7)
Colitis Ulcerativa	0 (0)	2 (16.7)
Vogt Koyanagi Harada	1 (7.1)	0 (0)
Retinocoroidopatía de Birdshot	1 (7.1)	0 (0)
Artritis idiopática Juvenil	1 (7.1)	0 (0)
Vasculitis por IgA	0 (0)	1 (8.3)
Artritis Reumatoidea	1 (7.1)	0 (0)
Artritis Reactiva	0 (0)	1 (8.3)
Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo	1 (7.1)	0 (0)
Esclerosis Múltiple	0 (0)	1 (8.3)
Sarcoidosis	0 (0)	1 (8.3)
Policondritis	1 (7.1)	0 (0)
Síndrome Antifosfolípido	1 (7.1)	0 (0)
Granulomatosis con Poliangeitis	1 (7.1)	0 (0)

En cuanto a etiología infecciosa, el toxoplasma fue el agente infeccioso más común en los pacientes del grupo con control postpandemia, sin embargo, el Virus Herpes Simple (VHS) fue el agente infeccioso más frecuente en el grupo que sin control postpandemia (83.3% vs 42.9%). En la Tabla 6 se describen los diagnósticos de los pacientes con etiología infecciosa durante la última valoración prepandemia.

Tabla 6. Diagnóstico en los pacientes con etiología infecciosa durante la última valoración prepandemia.

Etiología Infecciosa	Con control Postpandemia n= 6 (%)	Sin control Postpandemia n=7 (%)
Toxoplasma	5 (83.3)	0 (0)
Tuberculosis (TBC)	0 (0)	2 (28.6)
Virus Herpes Simple (VHS)	1 (16.7)	3 (42.9)
Virus Epstein Barr (VEB)	0 (0)	1 (14.3)
Virus Varicela Zoster (VVZ)	0 (0)	1 (14.3)

La mayoría de los ojos reportaron agudeza visual entre 0.00 y 0.18 LogMAR, ausencia de inflamación en cámara anterior en AO, ausencia de flare y vitritis en ambos grupos. Sin embargo, la inflamación leve representada por celularidad 0.5+ fue la característica clínica más frecuente posterior a la ausencia de inflamación tanto en cámara anterior como en vítreo de AO en ambos grupos. La presión intraocular fue “normal” en la mayoría de los pacientes de ambos grupos. Ningún paciente presentó Vasculitis, Papilitis y Neuropatía en el ojo derecho durante la última valoración prepandemia. Las variables clínicas de los pacientes están resumidas en la tabla 7.

Tabla 7. Variables clínicas de los pacientes durante la última valoración prepandemia.

Variables Clínicas Prepandemia		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
Agudeza Visual OD (LogMAR)	0.00 a 0.18	19 (70.4)	26 (72.2)
	0.30 a 0.48	4 (14.8)	3 (8.3)
	0.60 a 1.00	1 (3.7)	4 (11.1)
	< 1.00 a 1.30	0 (0)	0 (0)
	< 1.30 a NPL	3 (11.1)	3 (8.3)
Agudeza Visual OI (LogMAR)	0.00 a 0.18	18 (66.7)	31 (86.1)
	0.30 a 0.48	6 (22.2)	1 (2.8)
	0.60 a 1.00	1 (3.7)	2 (5.6)
	< 1.00 a 1.30	1 (3.7)	0 (0)
	< 1.30 a NPL	1 (3.7)	2 (5.6)
Celularidad Cámara Anterior OD	No células	19 (70.4)	27 (75)
	0.5 + células	7 (25.9)	6 (16.7)
	1 + células	0 (0)	0 (0)
	2+ células	1 (3.7)	3 (8.3)
	3 + células	0 (0)	0 (0)
	No Aplica	0 (0)	0 (0)
Celularidad Cámara Anterior OI	No células	20 (74.1)	28 (77.8)
	0.5 + células	7 (25.9)	5 (13.9)
	1 + células	0 (0)	0 (0)
	2+ células	0 (0)	0 (0)

Variables Clínicas Prepandemia		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
	3 + células	0 (0)	2 (5.6)
	No Aplica	0 (0)	1 (2.8)
Turbidez (Flare) Cámara anterior OD	Si	3 (11.1)	2 (5.6)
	No	24 (88.9)	34 (94.4)
	No aplica	0 (0)	0 (0)
Turbidez (Flare) Cámara anterior OI	Si	2 (7.4)	3 (8.3)
	No	25 (92.6)	32 (88.9)
	No aplica	0 (0)	1
Vitritis OD	No células	16 (59.3)	26 (72.2)
	0.5 + células	11 (40.7)	4 (11.1)
	1 + células	0 (0)	5 (13.9)
	2+ células	0 (0)	1 (2.8)
	3 + células	0 (0)	0 (0)
	No Aplica	0 (0)	0 (0)
	No aplica	0 (0)	0 (0)
Vitritis OI	No células	13 (48.1)	27 (75)
	0.5 + células	10 (37)	4 (11.1)
	1 + células	2 (7.4)	2 (5.6)
	2+ células	0 (0)	1 (2.8)
	3 + células	0 (0)	0 (0)
	No Aplica	2 (7.4)	2 (5.6)
	No aplica	2 (7.4)	2 (5.6)
Presión Intraocular (PIO) OD	≤ 9 mmHg	3 (11.1)	1 (2.8)
	10-21 mmHg	23 (85.2)	33 (91.7)
	≥ 22 mmHg	1 (3.7)	2 (5.6)
	No aplica	0 (0)	0 (0)
Presión Intraocular (PIO) OI	≤ 9 mmHg	0 (0)	1 (2.8)
	10-21 mmHg	27 (100)	31 (86.1)
	≥ 22 mmHg	0 (0)	3 (8.3)
	No aplica	0 (0)	1 (2.8)
Desprendimiento de Vítreo Posterior (DVP) OD	Si	11 (40.7)	22 (61.1)
	No	16 (29.3)	14 (38.9)
	No aplica	0 (0)	0 (0)
Desprendimiento de Vítreo Posterior (DVP) OI	Si	13 (48.1)	19 (52.8)
	No	12 (44.4)	15 (41.7)
	No aplica	2 (7.4)	2 (5.6)

Variables Clínicas Prepandemia		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
Vasculitis OD	Si	0 (0)	2 (5.6)
	No	27 (100)	33 (91.7)
	No aplica	0 (0)	1 (2.8)
Vasculitis OI	Si	1 (3.7)	1 (2.8)
	No	25 (92.6)	34 (94.4)
	No aplica	1 (3.7)	1 (2.8)
Papilitis OD	Si	0 (0)	0 (0)
	No	27 (100)	34 (100)
	No aplica	0 (0)	0 (0)
Papilitis OI	Si	2 (7.4)	0 (0)
	No	24 (88.9)	35 (97.2)
	No aplica	1 (3.7)	1 (2.8)
Neuropatía óptica OD	Si	0 (0)	0 (0)
	No	25 (100)	35 (97.2)
	No aplica	0 (0)	1 (2.8)
Neuropatía óptica OS	Si	1 (3.7)	0 (0)
	No	25 (92.6)	35 (97.2)
	No aplica	1 (3.7)	1 (2.8)

7.2.2 Tratamiento de los Pacientes Prepandemia

El esteroide tópico fue el antiinflamatorio más usado en ambos grupos (51.9 % y 55.6%). En ninguno de los grupos se encontró pacientes usuarios de esteroide intravítreo o subconjuntival durante la última valoración prepandemia. Ningún paciente de ambos grupos utilizó antiviral tópico, sin embargo, el 11.1% de los pacientes sin control postpandemia utilizó antiviral oral. El uso de hipotensor ocular fue más frecuente en el grupo sin control postpandemia. Ninguno de los pacientes tenía anticalcineurínicos como tratamiento. El Adalimumab fue el biológico más empleado en el tratamiento de los pacientes durante la última valoración prepandemia en ambos grupos. En la tabla 8 se encuentra un resumen detallado de la medicación usada por los pacientes durante la última valoración prepandemia.

Tabla 8. Medición empleada por los pacientes durante la última valoración prepandemia para el tratamiento de la uveítis.

Tratamiento Prepandemia		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
Esteroides Tópico	Si	14 (51.9)	20 (55.6)
	No	13 (48.1)	16 (44.4)
Esteroides Oral	Si	8 (29.6)	1 (2.8)
	No	19 (70.4)	35 (97.2)
Esteroides Intravítreo	Si	0 (0)	0 (0)
	No	27 (100)	36 (100)
Esteroides Subconjuntival	Si	0 (0)	0 (0)
	No	27 (100)	36 (100)
AINE tópico	Si	5 (18.5)	8 (22.2)
	No	22 (81.5)	28 (77.8)
AINE Oral	Si	0 (0)	1 (2.8)
	No	27 (100)	35 (97.2)
Antibiótico tópico	Si	2 (7.4)	1 (2.8)
	No	25 (92.6)	35 (97.2)
Antibiótico Oral	Si	0 (0)	2 (5.6)
	No	27 (100)	34 (94.4)
Antibiótico Intravítreo	Si	0 (0)	0 (0)
	No	27 (100)	36 (100)
Antiviral Tópico	Si	0 (0)	0 (0)
	No	27 (100)	36 (100)
Antiviral Oral	Si	0 (0)	4 (11.1)
	No	27 (100)	32 (88.9)
Lubricación	Si	14 (51.9)	20 (55.6)
	No	13 (48.1)	16 (44.4)
Hipotensor Ocular	Si	6 (22.2)	13 (36.1)
	No	21 (77.8)	23 (63.9)
Antimetabolito subcutáneo	Si	1 (3.7)	0 (0)
	No	26 (96.3)	36 (100)
Metotrexato subcutáneo	Si	2 (7.4)	0 (0)
	No	25 (92.6)	36 (100)

Tratamiento Prepandemia		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
Metotrexato Oral	Si	5 (18.5)	3 (8.3)
	No	22 (81.5)	33 (91.7)
Anticalcineurínicos	Si	0 (0)	0 (0)
	No	25 (100)	36 (100)
Azatioprina Oral	Si	2 (7.4)	3 (8.3)
	No	25 (92.6)	33 (91.7)
Biológicos	Si	4 (14.8)	6 (16.7)
	No	23 (85.2)	30 (83.3)
Adalimumab	Si	3 (11.1)	3 (8.3)
	No	24 (88.9)	33 (91.7)
Infliximab	Si	0 (0)	0 (0)
	No	27 (100)	36 (100)
Golimumab	Si	0 (0)	1 (2.8)
	No	27 (100)	35 (97.2)
Certolizumab	Si	0 (0)	1 (2.8)
	No	27 (100)	35 (97.2)
Vitrectomía	Si	2 (7.4)	1 (2.8)
	No	25 (92.6)	35 (97.2)

7.2.3 Características clínicas y de Tratamiento durante el control Postpandemia

En la tabla 9, se describen las características clínicas de los pacientes que asistieron a control de uveítis posterior a la pandemia y en la Tabla 10, la medicación empleada por los pacientes durante la última valoración postpandemia.

Tabla 9. Variables clínicas de los pacientes con uveítis que asistieron al control postpandemia.

Variables Clínicas Postpandemia	n= 27 (%)	
Agudeza Visual OD (LogMAR)	0.00 a 0.18	17 (63)
	0.30 a 0.48	3 (11.1)
	0.60 a 1.00	2 (7.4)

Variables Clínicas Postpandemia	n= 27 (%)	
	< 1.00 a 1.30	1 (3.7)
	< 1.30 a NPL	4 (14.8)
Agudeza Visual OI (LogMAR)	0.00 a 0.18	18 (66.7)
	0.30 a 0.48	4 (14.8)
	0.60 a 1.00	3 (11.1)
	< 1.00 a 1.30	1 (3.7)
	< 1.30 a NPL	1 (3.7)
Celularidad Cámara Anterior OD	No células	21 (77.8)
	0.5 + células	5 (18.5)
	1 + células	1 (3.7)
	2+ células	0 (0)
	3 + células	0 (0)
	No Aplica	0 (0)
Celularidad Cámara Anterior OI	No células	21 (77.8)
	0.5 + células	4 (14.8)
	1 + células	2 (7.4)
	2+ células	0 (0)
	3 + células	0 (0)
	No Aplica	0 (0)
Turbidez (Flare) Cámara anterior OD	Si	13 (48.1)
	No	14 (51.9)
Turbidez (Flare) Cámara anterior OI	Si	15 (55.6)
	No	12 (44.4)
Vitreitis OD	No células	18 (66.7)
	0.5 + células	7 (25.9)
	1 + células	1 (3.7)
	2+ células	0 (0)
	3 + células	0 (0)
	No Aplica	1 (3.7)
Vitreitis OI	No células	20 (74.1)
	0.5 + células	4 (14.8)
	1 + células	1 (3.7)
	2+ células	0 (0)
	3 + células	1 (3.7)
	No Aplica	1 (3.7)
Presión Intraocular (PIO) OD	≤ 9 mmHg	3 (11.1)
	10-21 mmHg	23 (88.9)

Variables Clínicas Postpandemia	n= 27 (%)	
Presión Intraocular (PIO) OD	≥ 22 mmHg	0 (0)
	≤ 9 mmHg	1 (3.7)
	10-21 mmHg	26 (96.3)
	≥ 22 mmHg	0 (0)
Desprendimiento de Vítreo Posterior (DVP) OD	Si	15 (55.6)
	No	10 (37)
	No aplica	2 (7.4)
Desprendimiento de Vítreo Posterior (DVP) OI	Si	16 (59.3)
	No	9 (33.3)
	No aplica	2 (7.4)
Vasculitis OD	Si	2 (7.4)
	No	25 (92.6)
Vasculitis OI	Si	2 (7.4)
	No	25 (92.6)
Papilitis OD	Si	1 (3.7)
	No	26 (96.3)
Papilitis OI	Si	2 (7.4)
	No	25 (92.6)
Neuropatía OD	Si	2 (7.4)
	No	25 (92.6)
Neuropatía OS	Si	0 (0)
	No	27 (100)

Tabla 10. Descripción de medicación empleada como tratamiento por los pacientes que asistieron a control postpandemia.

Tratamiento Postpandemia	n=27 (%)	
Esteroides Tópicos	Si	10 (37)
	No	17 (63)
Esteroides Orales	Si	5 (18.5)
	No	22 (81.5)
Esteroides Intravítreos	Si	0 (0)
	No	27 (100)
Esteroides Subconjuntivales	Si	0 (0)
	No	27 (100)
AINE tópicos	Si	7 (25.9)

Tratamiento Postpandemia		n=27 (%)
	No	20 (74.1)
AINE Oral	Si	0 (0)
	No	27 (100)
Antibiótico tópico	Si	1 (3.7)
	No	26 (96.3)
Antibiótico Oral	Si	1 (3.7)
	No	26 (96.3)
Antibiótico Intravítreo	Si	0 (0)
	No	27 (100)
Antiviral Tópico	Si	0 (0)
	No	27 (100)
Antiviral Oral	Si	1 (3.7)
	No	26 (96.3)
Lubricación	Si	18 (66.7)
	No	9 (33.3)
Hipotensor Ocular	Si	7 (25.9)
	No	20 (74.1)
Antimetabolito subcutáneo	Si	0 (0)
	No	27 (100)
Metotrexato subcutáneo	Si	4 (14.8)
	No	23 (85.2)
Metotrexato Oral	Si	2 (7.4)
	No	25 (92.6)
Anticalcineurínicos	Si	0 (0)
	No	25 (0)
Azatioprina Oral	Si	2 (7.4)
	No	25 (92.6)
Biológicos	Si	4 (14.8)
	No	23 (85.2)
Adalimumab	Si	4 (14.8)
	No	23 (85.2)
Infliximab	Si	0 (0)
	No	27 (100)
Golimumab	Si	0 (0)
	No	27 (100)
Certolizumab	Si	4 (0)
	No	27 (100)

Tratamiento Postpandemia		n=27 (%)
Vitrectomía	Si	3 (11.1)
	No	24 (88.9)

7.3 Aplicación de la encuesta telefónica: Respuesta de los Pacientes

Al aplicar la encuesta telefónica a los pacientes encontramos que el 40.7% y el 47.2% de los pacientes con control postpandemia y sin control respectivamente reportaron algún cambio en el tratamiento durante la pandemia, siendo el oftalmólogo general, quien realizó la mayoría de los cambios seguido por el retinólogo en ambos grupos. Sin embargo, si el paciente requirió más de un cambio de tratamiento, el neurólogo fue el especialista quien realizó más cambios en el tratamiento en los pacientes sin control postpandemia mientras que el oftalmólogo no realizó ningún cambio de tratamiento en el grupo con control postpandemia. El aumento de la dosis fue el cambio más frecuente en el grupo con control postpandemia mientras la suspensión de la medicación fue el cambio más frecuente en el grupo sin control postpandemia. La adición de medicación fue más frecuente en los pacientes que requirieron más de un cambio de tratamiento durante la pandemia en ambos grupos. El empeoramiento clínico fue la razón del cambio de tratamiento en ambos grupos.

En cuanto al seguimiento, el 70.4% y 61.1% de los pacientes en grupo con control y sin control postpandemia percibieron afectación en el seguimiento con el especialista en uveítis, siendo el control por emergencias y la ausencia de contacto las características más frecuentes. El 51.9 % y el 61.1 % de los pacientes en el grupo con control y sin control postpandemia refirieron tener ningún control por parte del especialista en uveítis. Sin embargo, el 13.9% de los pacientes sin control postpandemia refirieron cinco o más controles versus el 3.7% de los pacientes con control postpandemia.

Los pacientes con control postpandemia que refirieron afectación del seguimiento con el reumatólogo reportaron que el control por llamada fue el método más frecuente de

contacto (29.6%), mientras los pacientes sin control postpandemia reportaron mayor porcentaje de ningún tipo de contacto con el reumatólogo (22.2%).

Aunque la mayoría de los pacientes en ambos grupos no asistieron nunca a urgencias durante la pandemia (70.4% y 72.2%), en el grupo con control postpandemia, el 18.5% asistieron una vez mientras que los pacientes del grupo sin control postpandemia el 11.1% asistieron 5 o más veces a urgencias de oftalmología.

El 18.5% de los pacientes en el grupo con control postpandemia reportaron ser diagnosticados con COVID-19 durante la pandemia mientras que el 30.6% fue positivo para COVID-19 en el grupo sin control postpandemia, de los cuales el 8.3% reportó marcado empeoramiento de los síntomas de la uveítis posterior a la infección por SARS-CoV-2. El porcentaje de vacunación contra COVID-19 en los pacientes del estudio fue de 88.9% y 91.7% respectivamente, siendo Pfizer y Sinovac las vacunas más frecuentemente usadas en ambos grupos. El 7.4% de los pacientes con control postpandemia reportaron empeoramiento significativo de los síntomas de uveítis posterior a la vacunación. En la Tabla 10 se describen los resultados obtenidos en la encuesta telefónica realizada a los pacientes durante el periodo de pandemia.

Tabla 11. Distribución de respuesta en la encuesta realizada vía telefónica a los pacientes durante el periodo de pandemia por COVID-19 (2021).

		Cambios en el tratamiento	
Pregunta Encuesta		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
Cambio en el Tratamiento de la Uveítis	Si	11 (40.7)	16 (44.4)
	No	16 (59.3)	20 (55.6)
¿Ha tenido algún cambio en el tratamiento de su uveítis durante la pandemia que inició en marzo de 2020? (Entendiéndose como cambio el: Abandono de tratamiento, aumento o disminución de dosis de algún medicamento, cambio de medicamento, adición de algún nuevo medicamento)			
Acceso a Medicación de la Uveítis	Si	20 (74.1)	26 (72.2)

Cambios en el tratamiento		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
Pregunta Encuesta			
Durante la pandemia ¿Ha podido obtener sus medicamentos de la uveítis con normalidad?	Son accesibles, pero ha sido difícil conseguirlos	3 (11.1)	3 (8.3)
	No he tenido fórmula médica	2 (7.4)	1 (2.8)
	No Tengo medicamento	2 (7.4)	3 (8.3)
	No he tramitado medicamentos	0 (0)	3 (8.3)
Persona que realizó el primer cambió en el Tratamiento	Oftalmólogo	4 (36.4)	8 (53.3)
	Uveólogo	3 (27.3)	1 (6.7)
¿Quién realizó el primer cambio en su tratamiento para la uveítis durante la pandemia?	Retinólogo	4 (36.4)	1 (6.7)
	Otro médico	0 (0)	1 (6.7)
	Yo mismo (a)	0 (0)	4 (26.7)
Persona que realizó el segundo cambió en el Tratamiento Si tuvo más de un cambio de tratamiento ¿Quién realizó el segundo cambio en su tratamiento para la uveítis durante la pandemia?	Oftalmólogo	0 (0)	1 (20)
	Neurólogo	1 (33.3)	3 (60)
	Retinólogo	1 (33.3)	1 (20)
	Reumatólogo	1 (33.3)	0 (0)
Cuál fue el primer cambio del tratamiento ¿Qué cambio hubo en el tratamiento para su uveítis?	Aumento de dosis	5 (45.5)	3 (18.8)
	Disminución de dosis	1 (9.1)	4 (25)
	Adición de medicamento	1 (9.1)	4 (25)
	Suspensión de medicación	4 (36.4)	5 (31.3)
Cuál fue el segundo cambio del tratamiento ¿Qué cambio hubo en el tratamiento para su uveítis? (Si tuvo más de un cambio)	Disminución de dosis	1 (33.3)	0 (0)
	Adición de medicación	2 (66.7)	2 (100)
Razón en el cambio de tratamiento ¿Por qué razón se realizó el cambio de medicación para la uveítis?	Diagnóstico COVID-19	1 (9.1)	0 (0)
	Empeoramiento clínico	7 (63.6)	7 (43.8)
	Mejoría Clínica	2 (18.2)	5 (31.3)
	Dificultad de acceso a medicación	0 (0)	2 (12.5)
	Efecto adverso de la medicación	1 (9.1)	0 (0)

Cambios en el tratamiento				
Pregunta Encuesta				
			Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
	Otra		0 (0)	2 (12.5)

Cambios en el Seguimiento				
Pregunta Encuesta				
			Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
Afectación seguimiento consulta de Uveítis ¿Desde que inició la pandemia (marzo de 2020) ha visto afectado su seguimiento por el especialista en uveítis?	No me ha afectado		8 (29.6)	14 (38.9)
	Si me ha afectado		19 (70.4)	22 (61.1)
Afectación seguimiento consulta de Uveítis	No me ha afectado		8 (29.6)	14 (38.9)
	Si me ha afectado: Control por Llamada		5 (18.5)	2 (5.6)
	Si me ha afectado: Control por Emergencias		7 (25.9)	7 (19.4)
	Si me ha afectado: Ningún tipo de contacto		7 (25.9)	13 (36.1)
Número de controles con el especialista de Uveítis Desde marzo del 2020 y hasta marzo del 2021 ¿Cuántos controles ha tenido con el especialista en úvea?	Ningún Control		14 (51.9)	22 (61.1)
	Un Control		3 (11.1)	3 (8.3)
	Dos Controles		5 (18.5)	2 (5.6)
	Tres Controles		4 (14.8)	2 (5.6)
	Cuatro Controles		0 (0)	2 (5.6)
	Cinco o más Controles		1 (3.7)	5 (13.9)
Seguimiento con el especialista de Reumatología ¿Ha visto afectado su seguimiento por el reumatólogo?	Nunca he asistido al reumatólogo		9 (33.3)	14 (38.9)
	No me ha afectado		6 (22.2)	4 (11.1)
	Si me ha afectado: Control por Llamada		8 (29.6)	7 (19.4)
	Si me ha afectado: Control por Emergencias		2 (7.4)	3 (8.3)

Cambios en el Seguimiento				
Pregunta Encuesta		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)	
	Si me ha afectado: Ningún tipo de contacto	2 (7.4)	8 (22.2)	
Número de consultas a urgencias de Oftalmología	Nunca	19 (70.4)	26 (72.2)	
	Una vez	5 (18.5)	2 (5.6)	
	Dos veces	2 (7.4)	1 (2.8)	
	Tres veces	0 (0)	3 (8.3)	
	Cuatro veces	1 (3.7)	0 (0)	
	Cinco o más veces	0 (0)	4 (11.1)	
A partir de marzo del 2020, cuántas veces ha tenido que acudir al servicio de urgencias oftalmológicas por el empeoramiento o aparición de alguno de los siguientes síntomas: dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes o pérdida de la visión				
COVID-19				
Pregunta Encuesta		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)	
Diagnóstico COVID-19	Si	5 (18.5)	11 (30.6)	
	¿Ha sido diagnosticado con COVID-19 mediante prueba positiva? (prueba PCR o anticuerpos)	No	22 (81.5)	25 (69.4)
Empeoramiento con COVID-19	No empeoraron los síntomas de Uveítis	4 (80)	6 (54.5)	
	Si ha sido diagnosticado con COVID 19: ¿Ha percibido empeoramiento de síntomas de uveítis secundario al COVID 19? entendiéndose empeoramiento como aumento de dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes, pérdida de la visión	Empeoraron poco los síntomas de Uveítis	1 (20)	2 (18.2)
	Empeoraron mucho los síntomas de Uveítis	0 (0)	3 (27.3)	
Vacunación contra COVID-19	Si	24 (88.9)	33 (91.7)	
	¿Ha sido usted vacunado contra COVID-19?	No	2 (7.4)	3 (8.3)
	Sin dato	1 (3.7)	0 (0)	
Vacuna aplicada	Pfizer	14 (51.9)	18 (50)	
	¿Qué vacuna le aplicaron?	Sinovac	4 (14.8)	8 (22.2)
	Moderna	1 (3.7)	0 (0)	

COVID-19			
Pregunta Encuesta		Con control Postpandemia n=27 (%)	Sin control Postpandemia n=36 (%)
	AstraZeneca	2 (7.4)	5 (13.9)
	Janssen	3 (11.1)	2 (5.6)
	Sin dato	2 (7.4)	1 (2.8)
	No vacunado	1 (3.7)	2 (5.6)
Empeoramiento de Uveítis post vacuna	No empeoraron los síntomas de Uveítis	20 (74.1)	31 (86.1)
Si le aplicaron la vacuna contra COVID 19: ¿Ha percibido empeoramiento de síntomas de uveítis secundario a la vacuna contra COVID 19? entendiéndose empeoramiento como aumento de dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes, pérdida de la visión	Empeoraron poco los síntomas de Uveítis	2 (7.4)	2 (5.6)
	Empeoraron mucho los síntomas de Uveítis	2 (7.4)	0 (0)
	No aplica- No vacunado	3 (11.1)	3 (8.3)

7.4 Relación entre Variables Clínicas y Variables de Seguimiento

7.4.1 Seguimiento y número de controles con el Uveólogo

Al realizar el análisis de la percepción de los pacientes con respecto al seguimiento por parte del Uveólogo, los pacientes con uveítis anterior y panuveítis demostraron mayor afectación para acceder a los controles con el especialista en úvea, teniendo que realizar el control por emergencias o incluso manifestaron no tener ningún tipo de contacto con su especialista durante la pandemia (p:0.020). Así mismo, la presencia de inflamación intraocular prepandemia se relacionó con mayor percepción de dificultad de seguimiento por parte del especialista, siendo la mayoría de los controles por emergencias (p:0.049).

Los pacientes usuarios de hipotensores oculares refirieron afectación en el seguimiento con el Uveólogo (p:0.046) al igual que los pacientes que no usaban ningún tipo de antimetabolitos o antimetabolitos subcutáneos (p:0.043) y los pacientes vitrectomizados,

quienes refirieron no tener ningún contacto durante la pandemia con el especialista (p:0.080)

En cuanto al número de controles con el Uveólogo, los pacientes con menor celularidad en cámara anterior (p:0.028), menor celularidad vítrea (p:<0.001), ausencia de flare (p:0.046) o PIO normal (p:0.036) en el OI asistieron a mayor número de controles con respecto a los pacientes con mayor celularidad en cámara anterior, celularidad vítrea, presencia de flare o PIO elevada o baja durante la última valoración prepandemia.

Los pacientes usuarios de AINE oral (p:<0.001), biológicos (p:0.058) incluyendo el Adalimumab (p:0.041) prepandemia reportaron menor número de controles con el Uveólogo. Sin embargo, los pacientes que estaban usando hipotensor ocular prepandemia tuvieron mayor número de controles con el especialista en úvea (p:0.005).

7.4.2 Seguimiento por el reumatólogo

Los pacientes con compromiso bilateral (p:0.026), uveítis anterior (p:0.030) o diagnóstico de etiología autoinmune (p:0.047) reportaron afectación en el seguimiento por el reumatólogo, siendo los controles por llamada el tipo de contacto más frecuente, seguido por ningún tipo de contacto.

Así mismo, los pacientes usuarios de metotrexato oral (p:0.006) o biológicos (p:0.011) incluyendo el Adalimumab (p:0.026) prepandemia reportaron menor afectación en el seguimiento por el reumatólogo, siendo los controles por llamada el tipo de contacto más frecuente, seguido por ningún tipo de contacto. Sin embargo, los usuarios de Azatioprina oral prepandemia reportaron mayor afectación en el seguimiento por el reumatólogo, siendo la llamada telefónica el único contacto que tuvieron con el especialista (p:0.002)

Sin embargo, durante el último control postpandemia, los pacientes con ausencia de celularidad en cámara anterior en OD (p:0.011), ausencia de vasculitis retiniana en el OI (p:0.023) o usuarios de hipotensor ocular (p:0.047) reportaron mayor afectación en el seguimiento con el reumatólogo, siendo el control por llamada el contacto más frecuente.

Sin embargo, los pacientes usuarios de esteroide oral reportaron menor afectación en el seguimiento con el reumatólogo (p:0.044).

7.4.3 Consulta a urgencias de oftalmología

Los pacientes que consultaron al servicio de urgencias oftalmológicas no reportaron empeoramiento de síntomas de la uveítis posterior a la aplicación de la vacuna contra el COVID-19 (p:0.036).

Los pacientes sin celularidad en cámara anterior (p:0.013), o con ausencia de flare en OD (p:0.011) prepandemia nunca acudieron a urgencias de oftalmología durante la pandemia. Así mismo, los usuarios de AINE tópico (p:0.027) o Metotrexato oral (p:0.047) prepandemia, reportaron menor número de consultas a urgencias.

7.4.4 Acceso a la Medicación

Los pacientes con diagnóstico de etiología autoinmune reportaron menor dificultad en el acceso a la medicación, sin embargo, los pacientes de etiología idiopática o PIO normal reportaron mayor dificultad para acceder a la medicación siendo “accesible pero difícil de conseguir”, o incluso “no contaban con medicación” al momento de la encuesta (p:0.043) (p:0.007)

Los usuarios de antibiótico o antiviral oral prepandemia tuvieron acceso a la medicación durante la pandemia o no habían tramitado la medicación al momento de la entrevista (p: 0.050) (p:<0.001). Los pacientes con hipotensor ocular tuvieron acceso a la medicación durante la pandemia, con menor dificultad en el acceso a la medicación (p:0.034)

7.5 Relación entre Variables Clínicas y Variables de Tratamiento

7.5.1 Cambio en el tratamiento de la uveítis durante la pandemia por COVID-19

Los pacientes con nivel de educación de primaria y postgrado reportaron mayor cambio en el tratamiento durante el COVID-19 (p:0.035), al igual que los pacientes con PIO normal en el OD (p:0.053), usuarios de esteroide tópico (p:0.003), antiviral oral (p:0.021) y terapia biológica (p:0.014), incluyendo el Adalimumab (p:0.044) durante la última valoración prepandemia.

Sin embargo, en el último control postpandemia, los pacientes con menor grado de celularidad en cámara anterior en OD (0 a 0.5+ células) (p:0.022), presión intraocular baja (p:0.027). o usuarios de esteroide tópico (p:0.018) reportaron mayor cambio en el tratamiento durante la pandemia por COVID-19.

7.5.2 ¿Quién realizó el cambio en el Tratamiento No.1?

El oftalmólogo general fue el especialista que más realizó el primer cambio en el tratamiento en los pacientes independientemente del curso, y fue el único especialista que realizó cambio en los pacientes con curso agudo de la uveítis (p:0.051). Los cambios realizados por todos los especialistas médicos (Oftalmólogo, Uveólogo, Retinólogo) e incluso en los pacientes que se automedicaron fueron en pacientes sin celularidad en el OI durante la última valoración prepandemia (p:<0.001).

Otro médico (No especificado) fue el único que realizó cambio en el tratamiento durante la pandemia en pacientes quienes cursaron con flare en el OI durante la última valoración prepandemia (p:< 0.001). El Oftalmólogo, Uveólogo y Retinólogo realizaron más cambios en el tratamiento en pacientes con PIO prepandemia normal en OI (p:0.034). El oftalmólogo y otro médico (No especificado) fueron los únicos que realizaron cambio en

el tratamiento durante la pandemia en pacientes usuarios de antibiótico oral prepandemia (p:0.018).

7.5.3 ¿Cuál fue el cambio en el Tratamiento No. 1?

Los pacientes con agudeza visual entre 0.00 a 0.18 LogMAR en OD durante la última valoración prepandemia reportaron suspensión en la medicación o aumento de dosis mientras que los pacientes con ceguera (< 1.30 a NPL) reportaron adición de medicación o disminución de dosis como cambios en el tratamiento más frecuentes (p:0.009). Aunque los pacientes con agudeza visual entre 0.30- 0.48 LogMAR en OI reportaron adición en la medicación, los pacientes con agudeza visual entre 0.60 y 1.00 LogMAR reportaron suspensión de la medicación como el único cambio de tratamiento (p:0.044)

Durante la última valoración postpandemia, la suspensión de la medicación y el aumento de dosis fueron los cambios en el tratamiento más frecuentes en los pacientes con Vitreitis en el OI (p:0.057). La disminución de la dosis del medicamento fue el cambio más frecuente en los pacientes con neuropatía secundaria a inflamación intraocular en el OD postpandemia (p:0.012). La suspensión de la medicación fue la única causa de cambio del tratamiento en los usuarios de hipotensores oculares (p:0.012) mientras que la adición de la medicación fue el único cambio de tratamiento de los pacientes usuarios de azatioprina oral (p:0.012)

7.5.4 Razón de cambio de tratamiento

Los pacientes entre 30 a 59 años reportaron mayor empeoramiento clínico y dificultad para acceso de la medicación con respecto a los menores de 30 años o mayores de 60 años. (p:0.055). El empeoramiento o mejoría clínica fueron las causas más frecuentes de cambio de tratamiento en los pacientes con LogMAR entre 0.00 a 0.18 en OI, sin

embargo, en los pacientes con LOGMAR entre 0.60 a 1.00 fue el efecto adverso la única causa de cambio de tratamiento ($p:<0.001$).

El empeoramiento clínico fue la causa más frecuente de cambio de tratamiento en los pacientes con menor celularidad vítrea en OI (Ausencia a 0.5+ células) ($p:<0.001$), al igual que en los pacientes con PIO normal en OD ($P:0.022$) o DVP en OI ($p:<0.001$). Sin embargo, ningún paciente con vitrectomía prepandemia refirió el empeoramiento clínico como razón de cambio de tratamiento durante la pandemia ($p:0.013$)

7.5.5 ¿Quién cambió el Tratamiento No. 2?

El Reumatólogo fue el especialista que más realizó el segundo cambio en el tratamiento en pacientes con sospecha de uveítis mientras que el Neurólogo y el Retinólogo realizaron más cambios en pacientes con diagnóstico confirmado. ($p:0.046$). El Reumatólogo realizó mayor cambio de tratamiento en pacientes con PIO elevada durante la última valoración prepandemia ($p:0.046$); además fue el único especialista que realizó cambio en el tratamiento de usuarios de metotrexato subcutáneo ($p: 0.046$) o pacientes vitrectomizados prepandemia ($p:0.046$).

7.5.6 ¿Cuál fue el cambio en el Tratamiento No. 2?

La disminución en la medicación fue el cambio más frecuente en los pacientes con sospecha de uveítis mientras la adición en la medicación fue en los pacientes con diagnóstico confirmado ($p:0.018$). La adición en la medicación fue el cambio más frecuente en los pacientes con PIO normal en OD prepandemia mientras que la disminución de la dosis fue en pacientes con PIO elevada ($p:0.001$).

La disminución de la dosis de medicamento fue el único cambio de tratamiento en todos los pacientes usuarios de metotrexato subcutáneo ($p:0.018$) o vitrectomizados prepandemia. ($p:0.018$)

7.6 COVID-19 Y UVEÍTIS

7.6.1 Diagnóstico de COVID-19

Los pacientes con sospecha de uveítis reportaron mayor diagnóstico de COVID-19 durante la pandemia. (p:0.004), al igual que los pacientes con papilitis en el OI (p:0.033) y los usuarios de antiviral oral prepandemia (p:0.019)

Los pacientes usuarios de hipotensor ocular durante el control postpandemia refirieron mayor diagnóstico de COVID-19 durante la pandemia (p:0.054)

7.6.2 Empeoramiento de síntomas oculares asociado a diagnóstico de COVID-19

Los pacientes con uveítis activa prepandemia reportaron ausencia o poco empeoramiento de los síntomas oculares posterior al diagnóstico de COVID-19 (p:0.044). Todos los pacientes con agudeza visual entre 0.30 a 0.48 LogMAR refirieron empeoramiento leve de los síntomas oculares mientras que ningún paciente con agudeza visual entre 0.60 a 1.00 refirió empeoramiento marcado de los síntomas (p:0.035)

7.6.3 Vacunación COVID-19

El 100% de los pacientes con estrato socioeconómico alto o medio alto fue vacunado contra COVID-19 al momento de la encuesta telefónica (p:0.037). Los pacientes con diagnóstico confirmado de la uveítis(p:0.048), al igual que pacientes con agudeza visual entre 0.00 a 0.18 LogMAR (p:<0.001), o con algún grado de celularidad en cámara anterior (p:0.041), flare (p:0.016), celularidad vítrea (p:0.002), DVP (p:0.017), vasculitis (p:<0.001), papilitis (p:<0.001) o neuropatía óptica inflamatoria (p:<0.001) en el OI reportaron mayor vacunación contra el COVID-19 durante la realización de la encuesta telefónica. Así mismo, todos los usuarios de esteroides tópicos prepandemia reportaron estar vacunados (p:<0.001).

En la valoración postpandemia, los pacientes sin celularidad vítrea en OI (p:0.038) reportaron mayor vacunación contra el COVID-19 al igual que los pacientes que no estaban usando esteroides tópicos (p:0.057) o antiviral oral (p:< 0.001). Sin embargo, los pacientes con vasculitis en AO reportaron menor vacunación contra el COVID-19 (p:0.057) (p:0.057).

7.6.4 Empeoramiento de síntomas oculares asociado a Vacunación

Los pacientes con estrato socioeconómico alto o bajo reportaron ausencia de empeoramiento de los síntomas posterior a la aplicación de la vacuna contra COVID-19 (p:0.013), al igual que los pacientes con educación primaria o técnica, sin embargo, los pacientes con educación secundaria reportaron mayor empeoramiento de los síntomas oculares posterior a la vacuna (p:0.015). Los pacientes con agudeza visual normal en OI (p:0.011), menor o ausencia de celularidad vítrea en OI (p:0.033) también reportaron mayor empeoramiento de los síntomas de la uveítis posterior a la vacunación.

El empeoramiento leve de los síntomas de la uveítis post vacuna fue relacionado a pacientes con DVP en el OI (p:0.045) o ausencia de papilitis en el OI (p:< 0.001) durante la última valoración prepandemia. La ausencia de empeoramiento de los síntomas post vacuna fue referida por pacientes con vasculitis en el OI (p:0.003) y pacientes con neuropatía óptica inflamatoria en OI prepandemia (p:0.003)

Aunque la mayoría de los pacientes sin celularidad en cámara anterior en el OD durante la valoración postpandemia refirieron ausencia de síntomas oculares postvacunación, todos los pacientes que refirieron empeoramiento marcado de los síntomas tampoco tenían celularidad en cámara anterior del OD (p:0.012). La ausencia de empeoramiento de los síntomas también se reportó en pacientes sin celularidad en el OI (p:0.001) y en pacientes sin celularidad vítrea en el OI (p:< 0.001).

Los pacientes con papilitis en el OI (p:0.006) o los pacientes usuarios de Azatioprina oral (p: 0.006) refirieron algún grado de empeoramiento de los síntomas posterior a la vacunación.

El poco empeoramiento de los síntomas posterior a la vacuna contra COVID-19 fue reportado por los pacientes con papilitis en el OD postpandemia (p: 0.005) y los usuarios de hipotensor ocular, sin embargo, el empeoramiento marcado de los síntomas se reportó en pacientes sin hipotensor ocular (p: 0.058), al igual que los usuarios de esteroide tópico postpandemia (p: 0.011)

7.7 Contraste de Variables Clínicas Pre y Postpandemia

Al realizar el análisis de las variables clínicas de los pacientes que asistieron antes de la pandemia y después de la pandemia, encontramos que el 50% de los pacientes que presentó inflamación intraocular durante la valoración prepandemia, persistían con inflamación intraocular en la valoración postpandemia (p: 0.052). El número de pacientes que presentaron flare en ambos ojos en la valoración después de la pandemia aumentó de forma importante con respecto a la valoración prepandemia (p:0.004) (p:< 0.001)

No existieron diferencias estadísticamente significativas entre la valoración prepandemia y postpandemia en agudeza visual en AO, la celularidad en CA en AO, vitreítis y otros parámetros inflamatorios evaluados diferentes a lo descrito.

7.8 Contraste de Variables de Tratamiento Pre y Postpandemia

Al realizar el análisis de las variables clínicas de los pacientes que asistieron antes de la pandemia y después de la pandemia, encontramos que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento instaurado durante la última valoración prepandemia y el último control postpandemia.

8. DISCUSIÓN

En nuestro estudio cumplimos la totalidad de los objetivos propuestos en el protocolo de investigación, realizamos la caracterización sociodemográfica y clínica de la población de nuestros pacientes con uveítis antes y después del periodo de pandemia. Además, exploramos el efecto que tuvo la pandemia por COVID-19 (incluyendo las medidas de confinamiento instauradas) en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis incluyendo su percepción, el acceso a vacunación y sintomatología asociada; e incluso se analizó la relación entre la percepción del paciente durante la pandemia con respecto a las variables clínicas y de tratamiento antes y después de la misma.

Al realizar la caracterización de nuestros pacientes, 44 pacientes fueron mujeres (69.8%), a diferencia del estudio de Abd Elmohsen et al. donde la población masculina fue la más predominante (92 hombres (61.3%)) de la población de estudio (150 pacientes)(36). Además, en este estudio la mayor proporción de la población se encontraba entre los 6 a 18 años (36). Sin embargo, en nuestro estudio no incluimos a pacientes menores de 18 años por lo cual no sabemos si nuestra población es parecida en edad, aunque la media de edad fue de 57.3 años. En cuanto al nivel educativo, el estudio universitario fue el más frecuente en nuestros pacientes a diferencia de Abd Elmohsen et al, donde el analfabetismo fue el nivel educativo más frecuente(36). Esta diferencia podría explicarse debido a que gran proporción de los pacientes del estudio y atendidos por consulta privada de uveítis, pertenecen a los estratos medio o alto, sugiriendo mejor ingreso económico.

La uveítis anterior fue la localización más frecuente en ambos grupos, lo cual concuerda con lo descrito en la literatura, en donde en Occidente la prevalencia se describe de hasta el 90% de los casos en sitios de atención primaria y de 50 a 60% en centros de referencia.(2). Así mismo, la etiología autoinmune fue la más predominante en nuestros pacientes, siendo el síndrome de Sjögren y HLA B27 + los diagnósticos más frecuentes,

lo cual se correlaciona con las características clínicas descritas en Colombia (10); sin embargo, es diferente a lo descrito por Abd Elmohsen et al, en donde la enfermedad de Behcet fue la más frecuente en su población de estudio (36).

A diferencia de lo reportado en la literatura, en nuestro estudio evidenciamos mayor porcentaje de pacientes que reportaron cambios en el tratamiento de su uveítis durante la pandemia (Con: 40.7%; Sin: 44.4%). La suspensión de la medicación se ha descrito como el cambio más frecuente, lo cual concuerda con lo evidenciado en nuestro estudio, sin embargo, el aumento de dosis también fue un cambio de tratamiento considerable en nuestro caso. Aunque el cambio en la medicación por parte del paciente era lo esperado, y previamente descrito en otros estudios debido a las barreras existentes en el acceso a los servicios de salud, en nuestro caso, los médicos especialistas fueron los que predominantemente realizaron cambios en el tratamiento de nuestros pacientes, siendo el oftalmólogo general una pieza fundamental en el acceso a la consulta oftalmológica. La razón predominante para que en nuestros pacientes requirieran cambio de tratamiento fue el empeoramiento clínico, sin embargo, no existe literatura que describa la razón por la cual se cambió el tratamiento (36,37).

El uso de medicación sistémica inmunosupresora fue un punto de gran temor para los especialistas tratantes durante la pandemia (8). En la literatura, se ha reportado que 32.9% de los tratantes intentó evadir el uso de inmunosupresores sistémicos, esteroides sistémicos en altas dosis (12.6%), ciclofosfamida (7.7%) o rituximab (10%), siendo el uso de esteroide sistémico a bajas dosis (90%) o la terapia ahorradora de esteroides (93.3%) las terapias más frecuentemente empleadas en pacientes con indicación clínica (37). Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento instaurado en los pacientes durante la última valoración prepandemia con respecto a la valoración postpandemia, incluyendo uso de esteroides tópicos, o sistémicos, o la terapia inmunomoduladora sistémica.

Más de la mitad de nuestros pacientes en ambos grupos (Con: 74.1% ; Sin: 72.2%) accedió a la medicación para el tratamiento de la uveítis durante la pandemia sin ninguna dificultad, similar al 62% de los pacientes reportados por el estudio Abd Elmohsen et al, en donde la dificultad en el acceso a la medicación fue por escasez de los mismos (36), a diferencia de nuestro estudio donde la falta de prescripción médica y los trámites administrativos fueron también parte de los problemas de accesibilidad a la medicación.

La facilidad para el acceso a los servicios de salud de los pacientes con uveítis se ha descrito en la literatura hasta el 54% durante la pandemia (36). Sin embargo, en nuestro caso, tuvimos un mayor porcentaje de pacientes en ambos grupos que describieron dificultad en el acceso a los servicios de salud, específicamente al control con el especialista de uveítis, siendo la asistencia al servicio de emergencias o la ausencia de control las dificultades más frecuentes que afrontaron nuestros pacientes. Creemos que, en nuestro caso, los pacientes cursaban con altos niveles de estrés y ansiedad relacionados a la pandemia por COVID-19 por lo que evitaron asistir a los centros de salud de forma presencial por riesgo de contagio, a no ser que ya fuera una situación de emergencia (percibida por el paciente). A pesar de las recomendaciones realizadas por el Uveitis Clinical Study Group para el seguimiento de los pacientes (Al menos 50% de los pacientes podrían ser seguidos por telemedicina), Únicamente 7 pacientes (11%) tuvieron valoración telefónica durante la pandemia (telemedicina), a diferencia del 26% reportado en otros estudios(36), probablemente por falta de infraestructura y entrenamiento del personal de salud para el uso de estas herramientas, la dificultad en la realización de la valoración oftalmológica así como la implementación tardía de la medida y el desconocimiento por parte de los pacientes. Adicionalmente, en la literatura se ha descrito que la interrupción en la asistencia de los pacientes a control con uveítis también fue percibida por parte de los oftalmólogos tratantes, en parte debido a la alteración en la prestación de los servicios de salud (Cierre de clínicas, disminución de la disponibilidad de citas no urgentes o atención de emergencias únicamente)(37), lo cual es acorde con los resultados encontrados en nuestro estudio (Descritos por parte de los pacientes).

En cuanto a las variables clínicas, evidenciamos que la presencia de inflamación intraocular prepandemia se relacionó con mayor percepción de dificultad de seguimiento por parte del especialista, ($p:0.049$), lo cual concuerda con Abd Elmohsen et al , en donde existió asociación entre el empeoramiento de la condición ocular y la dificultad en el acceso a los servicios médicos cuando eran requeridos por los pacientes ($p:0.022$) (36). Esto podría explicarse gracias al miedo generalizado de asistir de forma presencial a los servicios de salud por el riesgo de contagio asociado a la cuarentena instaurada en nuestro país durante el primer año de pandemia (Mayor dificultad de desplazamiento) y a la falta de conocimiento acerca de la disponibilidad de los servicios de salud (Pensamiento de que solo se atendían emergencias por COVID-19).

Así mismo, evidenciamos mayor frecuencia de flare en ambos ojos como signo de inflamación intraocular en el control postpandemia con respecto a la valoración prepandemia ($p:0.004$) ($p:< 0.001$), lo cual también fue evidenciado por el 20% de los especialistas tratantes en el estudio de Vu et al, quienes describieron un incremento en el hallazgo de flare en los pacientes (37).

De acuerdo con la literatura descrita, el 66% de los pacientes negaron la presencia de síntomas posterior al diagnóstico de COVID-19 (36); lo cual concuerda con los resultados de nuestro estudio en donde la mayoría de los pacientes negaron el empeoramiento de los síntomas oculares posterior al diagnóstico de COVID-19 (Con: 80% ; Sin: 54.5%). Aunque en nuestro estudio, solo un paciente reportó que tuvo cambio de tratamiento de su uveítis por diagnóstico de COVID-19, en otros estudios la infección activa fue una razón importante para realizar algún cambio en el tratamiento inmunosupresor como la selección o la suspensión de la medicación de 2 a 15 días, hasta la resolución de síntomas o hasta tener una prueba negativa de COVID-19 (37,38)

La mayoría de pacientes en nuestro estudio reportó vacunación contra COVID-19 al momento de la encuesta telefónica, lo cual concuerda con las recomendaciones descritas en la literatura, en donde un gran porcentaje de especialistas (90%) recomendó la

aplicación de la vacunación, incluyendo a los pacientes con terapia inmunosupresora (37). Sin embargo, en nuestro estudio, no interrogamos en nuestros pacientes la vacunación por COVID-19 como causal para el cambio del tratamiento.

La vacuna más frecuentemente utilizada y reportada por nuestros pacientes vacunados contra COVID-19 fue Pfizer- BioNTech/ BTN16b2 (vacuna mRNA). Aunque en la literatura se ha descrito diversos efectos adversos oculares, incluyendo la uveítis de Novo y la reactivación de síntomas de pacientes con síndrome Vogt Koyanagi Harada con el uso de la vacuna de Pfizer-BioNTec, la mayoría de nuestros pacientes negó el empeoramiento de los síntomas oculares por uveítis posterior a la vacunación(39). Sin embargo, el 100% (2 pacientes) de los pacientes que refirieron empeoramiento marcado de los síntomas de la uveítis posterior a la vacunación refirieron estar vacunados con Pfizer-BioNTec mientras que los pacientes que refirieron empeoramiento leve de la sintomatología ocular fueron vacunados con Pfizer-BioNTec, (2 pacientes), Janssen (1 paciente), o Sinovac (1 paciente). Esto puede ser explicado gracias a la gran proporción de pacientes que fueron vacunados con Pfizer- BioNTec a comparación de las demás vacunas contra el COVID-19. Adicionalmente, en la literatura no se ha descrito que la vacunación debe ser evitada por riesgo de presentar alguna patología ocular, sin embargo, se ha descrito que en algunos pacientes, que el uso de adyuvantes (en este caso, la vacuna contra COVID-19) puede desencadenar una respuesta inflamatoria o autoinmune (39,40).

En cuanto a las limitaciones del estudio encontramos el sesgo de selección ya que únicamente incluimos a los pacientes que aceptaron contestar la encuesta telefónica; y el sesgo de memoria por parte de los pacientes, debido a que muchos no recordaban la información de forma exacta. Adicionalmente, en nuestro estudio no podemos evaluar causalidad al ser de naturaleza retrospectiva. Tampoco contamos con estudios previos de nuestros pacientes que retraten la adherencia al tratamiento y seguimiento previo al inicio de la pandemia por COVID-19, ni una encuesta diseñada y validada en español únicamente para pacientes con uveítis, con el fin de determinar esta información.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En nuestro estudio evidenciamos que la pandemia por COVID-19 generó un efecto en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis en nuestra práctica, lo cual afectó la evolución clínica de los pacientes. Actualmente, en la literatura, existe muy poca información que describa el efecto que generó la pandemia en los pacientes con uveítis, por lo cual se necesitan más estudios con mayor muestra para determinar cuál ha sido el impacto de la pandemia en nuestros pacientes con uveítis, con el fin de dirigir estrategias para mejorar el acceso a tratamiento y a seguimiento, más aún en condiciones donde el paciente no pueda asistir de forma presencial, incluyendo el desarrollo de herramientas de telemedicina orientadas a mejorar las dificultades técnicas, y clínicas de la atención de los pacientes oftalmológicos.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trusko B, Thorne J, Jabs D, Belfort R, Dick A, Gangaputra S, et al. The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Project. Development of a clinical evidence base utilizing informatics tools and techniques. *Methods Inf Med*. 2013;52(3):259-65, S1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.3414/ME12-01-0063>
2. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, Tounakaki O, Brazitikou I, Kalogeropoulos C, et al. A Focus on the Epidemiology of Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm* [Internet]. 2 de enero de 2018 [citado 2 de junio de 2022];26(1):2-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2016.1196713>
3. Sève P, Cacoub P, Bodaghi B, Trad S, Sellam J, Bellocq D, et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. *Autoimmun Rev* [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 2 de junio de 2022];16(12):1254-64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568997217302604>
4. De-la-Torre A, López-Castillo CA, Rueda JC, Mantilla RD, Gómez-Marín JE, Anaya JM. Clinical patterns of uveitis in two ophthalmology centres in Bogota, Colombia. *Clin Experiment Ophthalmol* [Internet]. 2009 [citado 2 de junio de 2022];37(5):458-66. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1442-9071.2009.02082.x>
5. Rosenbaum JT, Dick AD. The Eyes Have it: A Rheumatologist's View of Uveitis. *Arthritis Rheumatol* Hoboken NJ. octubre de 2018;70(10):1533-43. Disponible en : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.40568>
6. De-la-Torre A, Stanford M, Curie A, Jaffe GJ, Gomez-Marin JE. Therapy for ocular Toxoplasmosis. *Ocul Immunol Inflamm*. octubre de 2011;19(5):314-20. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/09273948.2013.779724>
7. Smith JR, Lai TYY. Managing Uveitis during the COVID-19 Pandemic. *Ophthalmology*. septiembre de 2020;127(9):e65-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2020.05.037>
8. Agarwal AK, Sudharshan S, Mahendradas P, Babu K, Shenoy P, Dogra M, et al. Impact of COVID-19 pandemic on uveitis patients receiving immunomodulatory and biological

- therapies (COPE STUDY). *Br J Ophthalmol*. enero de 2022;106(1):97-101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2020-317417>
9. Thng ZX, De Smet MD, Lee CS, Gupta V, Smith JR, McCluskey PJ, et al. COVID-19 and immunosuppression: a review of current clinical experiences and implications for ophthalmology patients taking immunosuppressive drugs. *Br J Ophthalmol*. marzo de 2021;105(3):306-10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2020-316586>
 10. Polanía D, Reyes-Guanes J, Rojas-Carabali W, Pardo-Pizza D, Barraquer-Lopez D, Cifuentes-González C, et al. A new look into uveitis in Colombia: changes in distribution patterns and clinical characteristics over the last 25 years. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* [Internet]. 22 de agosto de 2022 [citado 28 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00417-022-05796-2>
 11. Petris CK, Almony A. Ophthalmic manifestations of rheumatologic disease: Diagnosis and management. *Mo Med*. Febrero de 2012;109(1):53-8.
 12. Gamalero L, Simonini G, Ferrara G, Polizzi S, Giani T, Cimaz R. Evidence-Based Treatment for Uveitis. *Isr Med Assoc J IMAJ*. Julio de 2019;21(7):475-9. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-011-2126-1>
 13. Dick AD, Tundia N, Sorg R, Zhao C, Chao J, Joshi A, et al. Risk of Ocular Complications in Patients with Noninfectious Intermediate Uveitis, Posterior Uveitis, or Panuveitis. *Ophthalmology*. Marzo de 2016;123(3):655-62. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2015.10.028>
 14. Chan NSW, Choi J, Cheung CMG. Pediatric Uveitis. *Asia-Pac J Ophthalmol* [Internet]. Junio de 2018 [citado 2 de junio de 2022];7(3):192-9. Disponible en: https://journals.lww.com/apjoo/Fulltext/2018/05000/Pediatric_Uveitis.11.aspx
 15. Seitzman GD, Doan T. No Time for Tears. *Ophthalmology* [Internet]. 2020/03/26 ed. Julio de 2020;127(7):980-1. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2020.03.030>
 16. Mungmunpantipantip R, Wiwanitkit V. COVID-19 and Eye Problems. *Ocul Immunol Inflamm*. 17 de agosto de 2020;28(6):908.

17. Gupta PC, Kumar MP, Ram J. COVID-19 pandemic from an ophthalmology point of view. *Indian J Med Res.* 2020;151(5):411-8. Disponible en: https://journals.lww.com/ijmr/Fulltext/2020/51050/COVID_19_pandemic_from_an_ophthalmology_point_of.5.aspx
18. Sadhu S, Agrawal R, Pyare R, Pavesio C, Zierhut M, Khatri A, et al. COVID-19: Limiting the Risks for Eye Care Professionals. *Ocul Immunol Inflamm.* 2020;28(5):714-20. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2020.1755442>
19. Poyser A, Deol SS, Osman L, Kuht HJ, Sivagnanasithiyar T, Manrique R, et al. Impact of COVID-19 pandemic and lockdown on eye emergencies. *Eur J Ophthalmol.* 2021;31(6):2894-900. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/112067212097494>
20. Hung JCH, Li KKW. Implications of COVID-19 for uveitis patients: perspectives from Hong Kong. *Eye Lond Engl.* julio de 2020;34(7):1163-4. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41433-020-0905-1>
21. Mansoor H, Khan SA, Afghani T, Assir MZ, Ali M, Khan WA. Utility of teleconsultation in accessing eye care in a developing country during COVID-19 pandemic. *PLOS ONE* [Internet]. 14 de enero de 2021 [citado 2 de junio de 2022];16(1):e0245343. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245343>
22. Ziadé N, El Kibbi L, Hmamouchi I, Abdulateef N, Halabi H, Hamdi W, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on patients with chronic rheumatic diseases: A study in 15 Arab countries. *Int J Rheum Dis.* noviembre de 2020;23(11):1550-7. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10067-020-05428-2>
23. Bettach E, Zadok D, Weill Y, Brosh K, Hanhart J. Bilateral anterior uveitis as a part of a multisystem inflammatory syndrome secondary to COVID-19 infection. *J Med Virol.* enero de 2021;93(1):139-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/jmv.26229>
24. Michaud K, Wipfler K, Shaw Y, Simon TA, Cornish A, England BR, et al. Experiences of Patients With Rheumatic Diseases in the United States During Early Days of the COVID-19 Pandemic. *ACR Open Rheumatol.* junio de 2020;2(6):335-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/acr2.11148>

25. Silva LMP, Arantes TE, Casaroli-Marano R, Vaz T, Belfort R, Muccioli C. Quality of Life and Psychological Aspects in Patients with Visual Impairment Secondary to Uveitis: A Clinical Study in a Tertiary Care Hospital in Brazil. *Ocul Immunol Inflamm.* 2019;27(1):99-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2017.1370551>
26. McDonald J, Cassedy A, Altaye M, Andringa J, Cooper AM, Drews-Botsch C, et al. Comprehensive assessment of quality of life, functioning and mental health in children with juvenile idiopathic arthritis and non-infectious uveitis. *Arthritis Care Res.* 9 de enero de 2021;74(8):1311-1320. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/acr.24551>
27. Niemeyer KM, Gonzales JA, Rathinam SR, Babu M, Thundikandy R, Kanakath A, et al. Quality-of-Life Outcomes From a Randomized Clinical Trial Comparing Antimetabolites for Intermediate, Posterior, and Panuveitis. *Am J Ophthalmol.* julio de 2017;179:10-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2017.04.003>
28. Berlinberg EJ, Gonzales JA, Doan T, Acharya NR. Association Between Noninfectious Uveitis and Psychological Stress. *JAMA Ophthalmol.* 1 de febrero de 2019;137(2):199-205. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2716825>
29. Maca SM, Wagner J, Weingessel B, Vécsei-Marlovits PV, Gruber K, Schiesser AW. Acute anterior uveitis is associated with depression and reduction of general health. *Br J Ophthalmol.* marzo de 2013;97(3):333-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2012-302304>
30. Jin Y, Lin D, Dai ML, Liu R, Jiang M, Zheng J, et al. Economic Hardship, Ocular Complications, and Poor Self-reported Visual Function are Predictors of Mental Problems in Patients with Uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 18 de agosto de 2021;29(6):1045-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2020.1770297>
31. Chen L, Deng C, Chen X, Zhang X, Chen B, Yu H, et al. Ocular manifestations and clinical characteristics of 535 cases of COVID-19 in Wuhan, China: a cross-sectional study. *Acta Ophthalmol (Copenh).* diciembre de 2020;98(8):e951-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aos.14472>

32. Ho D, Low R, Tong L, Gupta V, Veeraraghavan A, Agrawal R. COVID-19 and the Ocular Surface: A Review of Transmission and Manifestations. *Ocul Immunol Inflamm*. 3 de julio de 2020;28(5):726-34. Disponible en: <https://knepublishing.com/index.php/JOVR/article/view/8256>
33. Seah I, Agrawal R. Can the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Affect the Eyes? A Review of Coronaviruses and Ocular Implications in Humans and Animals. *Ocul Immunol Inflamm*. 2 de abril de 2020;28(3):391-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2020.1738501>
34. Marinho PM, Marcos AAA, Romano AC, Nascimento H, Belfort R. Retinal findings in patients with COVID-19. *Lancet Lond Engl*. 23 de mayo de 2020;395(10237):1610. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31014-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31014-X)
35. François J, Collery AS, Hayek G, Sot M, Zaidi M, Lhuillier L, et al. Coronavirus Disease 2019-Associated Ocular Neuropathy With Panuveitis: A Case Report. *JAMA Ophthalmol*. 2021;139(2):247-9. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamaophthalmology/fullarticle/2774256>
36. Abd Elmohsen MN, Youssef MM, Mamdouh Esmat S, Teleb DA, Tolba DA. Consequences of COVID-19 on Uveitis Patients from Their Own Perspective: A Questionnaire-based Study. *Ocul Immunol Inflamm* [Internet]. 12 de agosto de 2021 [citado 6 de septiembre de 2022];0(0):1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2021.1964029>
37. Vu AF, Kodati S, Lin P, Bodaghi B, Emami-Naeini P. Impact of the COVID-19 pandemic on uveitis patient care. *Br J Ophthalmol* [Internet]. 23 de enero de 2022 [citado 2 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://bjo.bmj.com/content/early/2022/01/23/bjophthalmol-2021-320368>
38. Agrawal R, Testi I, Lee CS, Tsui E, Blazes M, Thorne JE, et al. Evolving consensus for immunomodulatory therapy in non-infectious uveitis during the COVID-19 pandemic. *Br J Ophthalmol* [Internet]. 1 de mayo de 2021 [citado 4 de noviembre de 2022];105(5):639-47. Disponible en: <https://bjo.bmj.com/content/105/5/639>

39. Ng XL, Betzler BK, Testi I, Ho SL, Tien M, Ngo WK, et al. Ocular Adverse Events After COVID-19 Vaccination. *Ocul Immunol Inflamm* [Internet]. 18 de agosto de 2021 [citado 8 de noviembre de 2022];29(6):1216-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09273948.2021.1976221>
40. Sharifian-Dorche M, Bahmanyar M, Sharifian-Dorche A, Mohammadi P, Nomovi M, Mowla A. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis post COVID-19 vaccination; a systematic review. *J Neurol Sci* [Internet]. 15 de septiembre de 2021 [citado 8 de noviembre de 2022];428. Disponible en: [https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(21\)00301-4/fulltext](https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(21)00301-4/fulltext)

11.ANEXOS

Anexo 1. Tabla de variables.

Grupo	Nombre Variable	Naturaleza	Escala	Definición	Medición
Sociodemográficas	Identificación	Cualitativa	Nominal	Número del documento de identidad (cédula, tarjeta de identidad o pasaporte)	
	Edad	Cuantitativa	Razón	Edad calculada como la diferencia en días entre la fecha de nacimiento y la fecha del estudio dividida por 365	18-99
	Sexo	Cualitativa	Nominal	Sexo del sujeto	1. Femenino 2. Masculino
	Estrato Socioeconómico	Cualitativo	Nominal	Estrato socioeconómico del paciente	1-6
Características Clínicas	Nivel de formación educativa	Cualitativo	Nominal	Máximo nivel educativo alcanzado por el paciente	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Universitario 6. Postgrado
	Compromiso	Cualitativa	Nominal	Lateralidad de la Uveítis	1. Unilateral 1. Bilateral
	Inicio Uveítis	Cualitativa	Nominal	Inicio de la Uveítis	1. Agudo 2. Crónico 1. Sin datos
	Curso uveítis	Cualitativa	Nominal	Curso de la Uveítis	1. Agudo 2. Recurrente 3. Crónico 2. Sin datos
	Duración de la Uveítis	Cualitativa	Nominal	Duración de la Uveítis	1. Limitada 2. Persistente 3. Sin datos
	Actividad	Cualitativa	Nominal	Lateralidad de la Uveítis	3. Unilateral 4. Bilateral
	Diagnostico Uveítis	Cualitativa	Nominal	Estado diagnóstico de uveítis	1. Sospecha 2. Confirmado 3. Sin Datos
	Etiología	Cualitativa	Nominal	Etiología de la Uveítis	1. Infecciosa 2. Autoinmune 3. Idiopática 4. Sin Datos

Grupo	Nombre Variable	Naturaleza	Escala	Definición	Medición
	Localización anatómica	Cualitativa	Nominal	Localización de la uveítis	2. Anterior 3. Intermedia 4. Posterior 5. Panuveítis Sin datos
	Uveítis etiología idiopática	Cualitativa	Nominal	Etiología idiopática de Uveítis	1. Si 2. No 3. Sin Datos
	Uveítis etiología infecciosa	Cualitativa	Nominal	Etiología infecciosa de Uveítis	1. Toxoplasma 2. Tuberculosis 3. Virus Herpes Simplex 1 (HSV1) 4. Virus Epstein Barr (EBV) 5. Virus Varicela Zoster (VZV) 6. No aplica
	Uveítis etiología autoinmune	Cualitativa	Nominal	Etiología autoinmune de Uveítis	1. Espondilitis Indiferenciada Axial 2. Síndrome Vogt Koyanagi Harada (VKH) 3. Síndrome Sjogren. 4. Retinocoroidopatía de Birdshot 5. Colitis Ulcerativa 6. HLAB27+ 7. Artritis idiopática Juvenil 8. Vasculitis IgA 9. Artritis Reumatoidea 10. Artritis Reactiva 11. Enfermedad Mixta del Tej. Conectivo 12. Esclerosis múltiple 13. Sarcoidosis 14. Policondritis; Síndrome antifosfolípido 15. Granulomatosis con Poliangeítis 16. No aplica
	Actividad	Cualitativa	Nominal	Actividad inflamatoria durante la última consulta	1. Activa 2. Inactiva
	Última BCVA	Cuantitativa	Ordinal	Agudeza visual en LogMar que alcanza con corrección el participante en la última consulta	

Grupo	Nombre Variable	Naturaleza	Escala	Definición	Medición	
	Celularidad ODI	CA	Cuantitativa	Ordinal	Numero de células en cámara anterior por mm ² en microscopia	1. No células 2. 0.5 + cél/mm ² 3. 1+ cél/mm ² 4. 2+ cél/mm ² 5. 3+ cél/mm ² 6. No aplica
	Flare ODI		Cualitativa	Nominal	Presencia de turbidez en la Cámara anterior evaluado por microscopia	1. Si 2. No
	Vitreitis ODI		Cuantitativa	Ordinal	Numero de células en vitreo anterior por mm ² en microscopia	1. No células 2. 0.5 + cél/mm ² 3. 1+ cél/mm ² 4. 2+ cél/mm ² 5. 3+ cél/mm ² 6. No aplica
	Presión Intraocular ODI		Cuantitativa	Ordinal	Presión intraocular medida por tonómetro de Goldmann en mmHg	0-50 mmHg
	Desprendimiento del Vitreo posterior (DVP) ODI		Cualitativa	Nominal	Presencia de desprendimiento del vitreo posterior evidenciado por lampara de hendidura	1. Si 2. No 3. No aplica
	Vasculitis ODI		Cualitativa	Nominal	Presencia de vasculitis en el fondo de ojo	1. Si 2. No 3. No aplica
	Papilitis ODI		Cualitativa	Nominal	Presencia de papilitis en el fondo de ojo	1. Si 2. No 3. No aplica
	Neuropatía del Nervio optico		Cualitativa	Nominal	Presencia de neuropatía del nervio óptico en el fondo de ojo	1. Si 2. No 3. No aplica
COVID-19 percepción	y Diagnóstico COVID-19		Cualitativa	Nominal	Diagnóstico de COVID-19 mediante PCR o anticuerpos	1. Si 2. No
	Percepción empeoramiento uveítis cuando tuvo COVID-19		Cualitativa	Nominal	Percepción de empeoramiento de uveítis cuando presentó COVID-19: entendiéndose empeoramiento como aumento de dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes, pérdida de la visión	1.No empeoraron los síntomas de mi uveítis. 2.Empeoraron poco mis síntomas de uveítis 3. Empeoraron mucho mis síntomas de uveítis
	Vacunación COVID-19		Cualitativa	Nominal	Recibió Vacunación contra COVID-19	1. Si 2. No

Grupo	Nombre Variable	Naturaleza	Escala	Definición	Medición
	Vacuna Recibida	Cualitativa	Nominal	Tipo de Vacuna recibida (Sinovac, AstraZeneca, Pfizer, Johnson & Johnson, Moderna)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pfizer 2. Sinovac 3. Moderna 4. AstraZeneca 5. Janssen 6. Sin dato 7. No aplica- No vacunado
	Percepción empeoramiento uveítis posterior a vacunación	Cualitativa	Nominal	Percepción de empeoramiento de uveítis cuando presentó COVID-19: entendiéndose empeoramiento como aumento de dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes, pérdida de la visión	<ol style="list-style-type: none"> 1.No empeoraron los síntomas de mi uveítis. 2.Empeoraron poco mis síntomas de uveítis 3.Empeoraron mucho mis síntomas de uveítis
Tratamiento	Manejo en última consulta 1	Cualitativa	Nominal	Manejo farmacológico de la última consulta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esteroide (Tópico, intravítreo, subconjuntival, Sistémico) 2. AINES (Tópico, Oral) 3. Antibiótico (Tópico, oral, intravítreo) 4. Antiviral (Tópico, Oral) 5. Lubricante ocular 6. Hipotensor ocular 7. Antimetabolitos 8. Anticalcineurínicos 9. Biológicos 10. Sin dato
Cambio medicamento	Hubo algún cambio o suspensión en la medicación para uveítis durante la pandemia	Cualitativa	Nominal	Hubo algún cambio en la medicación para la uveítis durante la pandemia: entendiéndose como cambio al abandono de tratamiento, aumento o disminución de dosis de algún medicamento, cambio de medicamento, adición de algún nuevo medicamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
	Qué cambio hubo en su tratamiento para uveítis	Cuantitativa	Nominal	Qué cambio hubo en su tratamiento para uveítis:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento de dosis 2. Disminución de dosis 3. Adición de medicamento

Grupo	Nombre Variable	Naturaleza	Escala	Definición	Medición
					4. Suspensión de medicamento 1. 5 No aplica- cambio en el tratamiento
	Quien realizó el cambio en el tratamiento	Cualitativa	Nominal	Quien realizó el cambio en su tratamiento para uveítis durante la pandemia	1. Oftalmólogo 2. Uveólogo 3. Retinólogo 4. Otro medico 5. Yo mismo 6. No aplica
	Por qué razón se realizó el cambio en la medicación	Cualitativa	Nominal	Por qué razón se realizó el cambio de medicación para uveítis	1.COVID-19 2.Empeoramiento clínico 3. Mejoría Clínica 4.Dificultad Acceso Medicamento 5.Evento Adverso 8:Otra 9:No aplica. No cambio Tratamiento
	Cuántas veces ha tenido que acudir a urgencias oftalmológicas por el empeoramiento en la uveítis	Cuantitativo	Ordinal	A partir de marzo del 2020, cuántas veces ha tenido que acudir al servicio de urgencias oftalmológicas por el empeoramiento o aparición de alguno de los siguientes síntomas: dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes o pérdida de la visión.	0,1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,>10
Seguimiento	Número de controles previos al inicio de la pandemia	Cuantitativa	Ordinal	Cuántos controles tenía anualmente previo a la pandemia.	1,2,3,4,5 o más
	Desde marzo del 2020 y hasta marzo del 2021 ¿Cuántos controles ha tenido con el especialista en úvea?	Cuantitativa	Ordinal	Desde marzo del 2020 y hasta marzo del 2021 ¿Cuántos controles ha tenido con el especialista en úvea?	0,1,2,3,4,5 o más
	¿Desde que inició la pandemia (marzo de 2020) ha visto afectado su seguimiento por el	Cualitativa	Nominal	¿Desde que inició la pandemia (marzo de 2020) ha visto afectado su seguimiento por el especialista en uveítis?	1.No me ha afectado 2.Si me ha afectado los controles son por llamada 3.Si me ha afectado solo establecí contacto en emergencias

Grupo	Nombre Variable	Naturaleza	Escala	Definición	Medición
	especialista en uveítis?				4. Si me ha afectado no he tenido ningún tipo de contacto
	¿Ha visto afectado su seguimiento por el reumatólogo?	Cualitativa	Nominal	¿Ha visto afectado su seguimiento por el reumatólogo?	1. Nunca he asistido al reumatólogo 2. No me ha afectado (Continúa asistiendo a controles habituales) 3. Si me ha afectado los controles son por llamada 4. Si me ha afectado solo establecí contacto en emergencias 5. Si me ha afectado no he tenido ningún tipo de contacto
	Obtención de medicación durante la pandemia	Cualitativa	Nominal	Durante la pandemia ¿Ha podido obtener sus medicamentos de la uveítis con normalidad?	1. Si 2. Son accesibles, pero ha sido difícil conseguirlos 3. No he tenido la formula 4. Otro, ¿Cuál?

Anexo 2. Documento de consentimiento informado.

ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN “EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS ANTES Y DESPUÉS DE MARZO DE 2020 EN UN CENTRO OFTALMOLÓGICO EN BOGOTÁ, COLOMBIA”

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Por favor, lea cuidadosamente esta información sobre el estudio de investigación titulado **“EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS ANTES Y DESPUÉS DE MARZO DE 2020 EN UN CENTRO OFTALMOLÓGICO EN BOGOTÁ, COLOMBIA”**.
- Siéntase en completa libertad de preguntar al personal del estudio todo aquello que no entienda.
- Una vez haya comprendido la información, se le preguntará si desea participar del estudio. En caso afirmativo, deberá firmar este documento y recibirá una copia.

DESCRIPCIÓN GENERAL

La uveítis es una enfermedad que requiere un abordaje integral y continuo para evitar complicaciones que puedan impactar de manera negativa la vida de los pacientes. La pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19) ha representado un reto tanto para los oftalmólogos como para los pacientes, ya que las visitas al especialista en oftalmología, la adherencia al tratamiento farmacológico, el mismo tratamiento de la enfermedad e inclusive el acceso a ciertos medicamentos se ha visto afectado. Todos estos factores pueden tener un impacto negativo en la visión del paciente, pudiendo llegar a generar una pérdida significativa de la visión. En la actualidad, no existen datos acerca de la pandemia de COVID-19 y el impacto que esta ha tenido en el seguimiento y tratamiento de los pacientes con uveítis en Colombia. Por lo anterior, es necesario un estudio que permita conocer el impacto que ha causado el COVID-19 en los pacientes con uveítis para que los médicos especialistas puedan adaptar modelos y protocolos de atención acordes a la situación, y así dar seguimiento a los pacientes y prevenir sus complicaciones.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Objetivos relacionados con los efectos de la pandemia por COVID-19 en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis antes y después de marzo de 2020 en un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia.

Objetivo general

Describir cuál ha sido el efecto de la pandemia por COVID-19 sobre en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis antes y después del 12 de marzo de 2020 que consultan a un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia

¿POR QUÉ FUE USTED ELEGIDO PARA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Usted fue elegido porque ha asistido a la consulta de la Doctora Alejandra de la Torre, especialista en inflamación ocular, en los últimos 4 años. La participación en este estudio es totalmente voluntaria.

RIESGOS Y BENEFICIOS

RIESGOS

No existe ningún riesgo en el estudio. Todo lo relacionado con este estudio se obtendrá de encuestas telefónicas, anulando totalmente la posibilidad de contagio por COVID-19.

BENEFICIOS

El beneficio de participar en el presente estudio tiene un impacto grupal. Con este estudio se obtendrá valiosa información acerca de los factores que están generando complicaciones en el seguimiento y tratamiento de los pacientes con uveítis secundarias a la pandemia de COVID-19. Al identificar estos factores se podrán generar estrategias para prevenirlas y si es posible, controlarlas, disminuyendo así las complicaciones secundarias a la uveítis que pueden llevar a una pérdida significativa de la visión.

¿CÓMO SERÁ LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO?

Su participación requiere de los siguientes procedimientos, que usted podrá libremente aceptar o rechazar:

1. Se le realizarán unas preguntas relacionadas con su enfermedad (uveítis) mediante una encuesta de manera telefónica. Estas respuestas serán registradas en un formato de Excel.
2. Las encuestas realizadas de manera telefónica serán grabadas con el fin de que los investigadores puedan corroborar la información de ser necesario
3. Se revisará el historial clínico en la consulta de la Doctora Alejandra de la Torre de los últimos 4 años.

GARANTÍAS DE SU PARTICIPACIÓN

Participar en el estudio no tiene ningún costo. No se realizarán procedimientos ni exámenes.

Ni usted, ni otra persona involucrada en el estudio, recibirá beneficios políticos, económicos o laborales como compensación por su participación.

Su participación será completamente voluntaria y tendrá el derecho de retirarse en cualquier momento del estudio si usted así lo desea. Igualmente, si en algún momento desea que la información que usted brinda no sea utilizada por los investigadores, lo podrá comunicar y respetaremos su decisión.

MANEJO DE LOS DATOS DE INVESTIGACIÓN

La información se mantendrá bajo estricta confidencialidad y no se utilizará su nombre o cualquier otra información que pueda identificarlo personalmente en el estudio.

Toda la información que se obtenga de este estudio de investigación se utilizará únicamente con el propósito que aquí se comenta. Los investigadores de este estudio son los únicos autorizados para acceder a los datos que usted suministre.

Le informaremos de los resultados obtenidos en el estudio. También podrá contactar al personal del estudio e informarnos cualquier situación anormal o inesperada en cualquier momento.

La información será almacenada en una base de datos de Excel a la que únicamente podrán acceder los investigadores dentro de los cuales se encuentran la líder del proyecto que es la Doctora de la Torre junto a su rural de investigación y dos estudiantes pertenecientes al semillero de neuro-inmuno-oftalmología de la Universidad del Rosario. La información será utilizada durante el curso del estudio.

ACEPTACIÓN

Por favor marque con una "X" de acuerdo con su criterio:

Autorizo a los investigadores del estudio EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS ANTES Y DESPUÉS DE MARZO DE 2020 EN UN CENTRO OFTALMOLÓGICO EN BOGOTÁ, COLOMBIA	Acepto	No acepto
<ul style="list-style-type: none"> Realizar los procedimientos descritos en este documento, necesarios para la realización del estudio de investigación 		
<ul style="list-style-type: none"> Hacer grabaciones en audio 		
<ul style="list-style-type: none"> Comunicarse conmigo para hacer los seguimientos requeridos por el estudio 		

Participante

_____, _____, _____, _____
 Nombre Cédula Firma Día/Mes/Año

Testigo 1

_____, _____, _____, _____
 Nombre Cédula Firma Día/Mes/Año

Relación del testigo con el participante del estudio: _____

Dirección del testigo: _____

Testigo 2

_____, _____, _____, _____
 Nombre Cédula Firma Día/Mes/Año

Relación del testigo con el participante del estudio: _____

Dirección del testigo: _____

ESPACIO RESERVADO PARA EL INVESTIGADOR

En nombre del estudio "EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS ANTES Y DESPUÉS DE MARZO DE 2020 EN UN CENTRO OFTALMOLÓGICO EN BOGOTÁ, COLOMBIA" me comprometo a guardar la identidad de _____ como participante. Acepto su

derecho a conocer el resultado de la encuesta realizada y a retirarse del estudio a su voluntad en cualquier momento. Me comprometo a manejar los resultados de esta evaluación de acuerdo a las normas para la realización de investigación en Colombia (Resolución 8430 de 1993 y Resolución 2378 de 2008) y la ley para la protección de datos personales (Ley estatutaria 1581 de 2012).

Nombre: _____

Documento de Identidad No. _____

Firma: _____

Fecha (día/mes/año) _____ / _____ / _____

¿INFORMACIÓN O PREGUNTAS ADICIONALES?

Si en algún momento desea obtener información adicional sobre el estudio puede contactar a:

Alejandra de la Torre MD, Esp, PhD

Dirección: Carrera 24 No 63C 74

Teléfono: 2970200 extensión 3320

Anexo 3. Formato de Encuesta telefónica utilizada en los pacientes de nuestro estudio

Efectos de la pandemia por COVID 19 en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis antes y después de marzo de 2020 que consultan a un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia

Esta encuesta llamada "EFECTOS DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON UVEÍTIS ANTES Y DESPUES DE MARZO DE 2020 QUE CONSULTAN A UN CENTRO OFTALMOLOGICO EN BOGOTÁ, COLOMBIA" busca conocer cuál ha sido el efecto de la pandemia en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis para proponer estrategias que disminuyan el riesgo de complicaciones por la enfermedad. La investigadora principal de este estudio es la Doctora Alejandra de la Torre, la especialista en uveítis que lo ha atendido.

Usted ha sido seleccionado para participar en el presente estudio ya que ha consultado en los últimos 3 años al consultorio de la Dra. Alejandra de la Torre, especialista en inmunología ocular y uveítis. La participación en el estudio es totalmente voluntaria, sus datos personales estarán protegidos según la ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales; el manejo de los datos será confidencial y anonimizado.

El objetivo de este estudio es describir cuál ha sido el efecto de la pandemia por COVID 19 sobre en el tratamiento y seguimiento de los pacientes con uveítis antes y después del 12 de marzo de 2020 que consultan a un centro oftalmológico en Bogotá, Colombia y el resultado estimado de esta investigación es un artículo científico para publicación en una revista internacional, indexada.

No existe ningún riesgo en el estudio. Todo lo relacionado con este estudio se obtendrá de encuestas telefónicas y su información personal será recolectada de manera anónima y confidencial. El beneficio de participar en el presente estudio tiene un impacto grupal. Con este estudio se obtendrá valiosa información acerca de los factores que están generando complicaciones en el seguimiento y tratamiento de los pacientes con uveítis secundarias a la pandemia de COVID 19, con el fin de generar estrategias para prevenirlas y si es posible, controlarlas, disminuyendo así las complicaciones secundarias a la uveítis que pueden llevar a una pérdida significativa de la visión.

Al responder esta encuesta usted acepta su participación en el presente estudio y tiene la posibilidad de retirarse en cualquier momento. Si decide participar, le solicitamos amablemente que diligencie la encuesta de la manera más sincera y precisa posible ya que esto repercutirá en los resultados para nuestro estudio.

Para solicitar información adicional puede contactar al Dr. William Rojas , co-investigador del presente estudio al correo: warcinvest@gmail.com. De antemano agradecemos su participación y colaboración.

Sección de la encuesta	Preguntas	Opciones de Respuesta
Información socioeconómica	¿Cuál es el género con el que se identifica?	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino • No definido
	¿Cuál es su Estrato socioeconómico?	1,2,3,4,5,6
	¿Cuál es su nivel de formación? (Ultimo grado de formación terminado)	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Primaria • Secundaria • Técnico • Universitario • Postgrado
Diagnostico COVID 19	¿Ha sido diagnosticado con COVID 19, mediante prueba positiva? (Prueba PCR o anticuerpos)	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	Si ha sido diagnosticado con COVID 19: ¿Ha percibido empeoramiento de los síntomas de uveítis secundario al COVID 19? Entendiéndose empeoramiento como aumento de dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes o perdida de visión	<ul style="list-style-type: none"> • No empeoraron los síntomas de mi uveítis • Empeoraron poco mis síntomas de uveítis • Empeoraron mucho mis síntomas de uveítis
Seguimiento por Especialistas	Desde que inicio la pandemia (Marzo de 2020) ¿Ha visto afectado su seguimiento por el especialista en uveítis?	<ul style="list-style-type: none"> • No me ha afectado, puedo visitar al especialista en uveítis igual que antes en su consultorio • Si me ha afectado, los controles son por llamada, correo electrónico o videollamada • Si me ha afectado, solo he podido establecer contacto con el doctor

		<p>cuando he tenido emergencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si me ha afectado, no he tenido ningún tipo de contacto con mi especialista
	Desde Marzo del 2020 y hasta Marzo del 2021, ¿Cuántos controles ha tenido con el especialista en Úvea?	0.1.2.3.4.5 o mas
	¿Ha visto afectado su seguimiento por el reumatólogo	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca he asistido al reumatólogo • No me ha afectado, puedo visitar al reumatólogo igual que antes en su consultorio • Si me ha afectado, los controles son por llamada, correo electrónico o videollamada • Si me ha afectado, solo he podido establecer contacto con el doctor cuando he tenido emergencias • Si me ha afectado, no he tenido ningún tipo de contacto con mi especialista
	A partir de Marzo del 2020, ¿Cuántas veces ha tenido que acudir al servicio de urgencias oftalmológicas por el empeoramiento o aparición de alguno de los siguiente síntomas: Dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas	0,1,2,3,4,5 o mas

	flotantes o pérdida de la visión?	
Acceso a Medicación	¿Durante la pandemia, ha podido obtener sus medicamentos de la uveítis con normalidad?	<ul style="list-style-type: none"> • Si • Son accesibles, pero ha sido difícil conseguirlos • No he tenido la formula
Vacunación contra COVID 19	¿Ha sido vacunado contra el COVID 19?	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	¿Qué vacuna le aplicaron?	<ul style="list-style-type: none"> • Pfizer • Janssen • Moderna • AstraZeneca • Sinovac • No sabe
	Si le aplicaron la vacuna contra COVID 19, ¿Ha percibido empeoramiento de síntomas de la uveítis secundario a la vacuna contra COVID 19? Entendiéndose empeoramiento como aumento de dolor ocular, ojo rojo, visión borrosa, moscas flotantes o pérdida de la visión	<ul style="list-style-type: none"> • No empeoraron los síntomas de mi uveítis • Empeoraron poco mis síntomas de uveítis • Empeoraron mucho mis síntomas de uveítis
Cambios en el tratamiento durante la pandemia	¿Ha tenido algún cambio en el tratamiento de su uveítis DURANTE la pandemia que inicio en marzo de 2020? Entendiéndose como cambio el abandono de tratamiento, aumento o disminución de dosis de algún medicamento, cambio de medicamento, adición de algún nuevo medicamento	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
	¿Quién realizo el cambio en su tratamiento para la uveítis durante la pandemia?	<ul style="list-style-type: none"> • Yo mismo • El oftalmólogo general • El especialista en úvea • El especialista en retina • El reumatólogo

	<p>¿Por qué razón se realizó el cambio de medicación para la uveítis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por diagnóstico de COVID 19 • Por preocupación de adquirir COVID 19 • Por dificultad en el acceso al medicamento de la uveítis • Por falta de fórmula médica para el medicamento de la uveítis • Por empeoramiento de la enfermedad • Por mejoría de la enfermedad • Por eventos adversos al medicamento de la uveítis • No sabe, no informa
	<p>¿Qué cambio hubo en el tratamiento de su uveítis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suspensión sin indicación médica • Suspensión con indicación médica • Aumento de la dosis sin indicación médica • Aumento de la dosis con indicación médica • Disminución de la dosis sin indicación médica • Disminución de la dosis con indicación médica • Cambio de medicamento sin indicación médica • Cambio de medicamento con indicación médica

		<ul style="list-style-type: none">• Adición de un nuevo medicamento sin indicación medica• Adición de un nuevo medicamento con indicación medica
--	--	---