

Universidad Católica Santa María
Facultad de Medicina Humana
Segunda Especialidad en Oftalmología



**UVEÍTIS: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ETIOLOGÍA EN
EL SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA,
AREQUIPA, PERÚ**

Trabajo Académico presentado por:
Ascuña Valdivia, Valery Fabiola
Para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Medicina en Oftalmología

Asesor: Dra. Muñoz Del Carpio Toia,

Agueda

AREQUIPA – PERU

2017

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria ocular o Uveítis es una de las principales causas de pérdida de la visión en todo el mundo. De hecho, la inflamación de la úvea no tratada puede conducir a la ceguera, y la uveítis se estima que es responsable de 10-20% de los casos de ceguera en los Estados Unidos.

No existen datos en nuestro país, y menos aún en nuestra ciudad sobre dicha enfermedad, llevando incluso al subdiagnóstico y por lo tanto consecuencias mayores

Propósito: El estudio tiene como objetivo describir las características y etiología de pacientes nuevos con diagnóstico de uveítis, vistos en el Servicio de Oftalmología del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Perú.

Métodos: Ingresaran al estudio pacientes nuevos con uveítis en el periodo de Enero 2016 a Enero 2017. Se realizara historia de síntomas sistémicos y oftalmológicos y serán examinados en el Servicio de Oftalmología y Reumatología del Hospital III Yanahuara de Arequipa, Perú. De acuerdo a los hallazgos se realizara exámenes de laboratorio e imágenes para determinar el diagnóstico etiológico. Se seguirá la evolución luego del inicio de tratamiento. Los pacientes serán clasificados de acuerdo al The Standardization Of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group.

Análisis estadístico:

Se calculará la incidencia de uveítis en la población estudiada, además se hallará la media y el rango de la edad, al igual que la proporción y porcentajes de los diferentes valores finales de las demás variables estudiadas.

PALABRAS CLAVE: Uveitis, Inflamación ocular, Ceguera

ABSTRACT

Eye inflammatory disease or Uveitis is one of the leading causes of vision loss worldwide. In fact, inflammation of the untreated uvea can lead to blindness, and uveitis is estimated to be responsible for 10-20% of cases of blindness in the United States.

There are no data in our country, and even less in our city about this disease, leading to even underdiagnosis and therefore major consequences

Purpose: The aim of the study is to describe the characteristics and etiology of new patients diagnosed with uveitis, seen in the Ophthalmology Service of Hospital III Yanahuara, Arequipa, Peru.

Methods: New patients with uveitis will enter the study in the period from January 2016 to January 2017. A history of systemic and ophthalmological symptoms will be performed and they will be examined in the Ophthalmology and Rheumatology Service of Hospital III Yanahuara in Arequipa, Peru. According to the findings, laboratory tests and images will be performed to determine the etiological diagnosis. The evolution will be followed after the start of treatment. Patients will be classified according to The Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group.

Statistic analysis:

The incidence of uveitis in the population studied will be calculated, as well as the mean and range of age, as well as the proportion and percentages of the different final values of the other variables studied.

KEYWORDS: Uveitis, Ocular Inflammation, Blindness

INTRODUCCION

La uveítis justifica un examen oftalmológico urgente, y el tratamiento específico debe iniciarse inmediatamente. La inflamación de la úvea no tratada puede conducir a la ceguera, y la uveítis se estima que es responsable de 10-20% de los casos de ceguera en los Estados Unidos, como se señala en estudios realizados en el 2004 por Gritz DC publicados como “Incidence and Prevalence of Uveitis in Northern California”. La uveítis puede ser primaria o secundaria a otras afecciones, como las enfermedades reumáticas sistémicas autoinmunes (12, 14)

Faltan datos precisos sobre la prevalencia de uveítis debido a las diferencias en los métodos clínicos y metodológicos de detección de casos, pero según estudios realizados por Chang JH et al. en el 2002 publicados como “Uveítis: a global perspective” encuentra que la uveítis tiene una prevalencia de 1/4500 en la población general, más frecuentemente en el rango de 20-60 años con ambos sexos igualmente representados (15). La uveítis anterior aguda es la forma más común y representa el 75-90% de los casos en los países occidentales, pero sólo el 25-50% en las poblaciones asiáticas.

Esta entidad esta subdiagnosticada y esto conlleva a que los pacientes presenten consecuencias más graves al momento del diagnóstico, incluso de la perdida de la visión, es por tanto importante tener un conocimiento de la prevalencia real y la sospecha de esta enfermedad.

INDICE

Resumen

Abstract

Introducción

CAPITULO I: Marco Conceptual

- | | |
|---------------------------------|----|
| 1. Planteamiento del problema | 01 |
| 2. Objetivo general | 01 |
| 3. Objetivos específicos | 01 |
| 4. Justificación y antecedentes | 01 |
| 5. Marco teórico | 02 |

CAPITULO II: Marco Metodológico

- | | |
|------------------------------|----|
| 1. Ámbito y periodo | 10 |
| 2. Tipo de estudio | 11 |
| 3. Población | 11 |
| 4. Técnicas y procedimientos | 11 |
| 5. Análisis estadístico | 12 |
| 6. Recursos | 12 |
| 7. Cronograma | 12 |

CAPITULO III REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

13

CAPITULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de uveítis, sus características clínicas y etiología en pacientes atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Perú en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016?

2. OBJETIVO GENERAL

El estudio tiene como objetivo establecer la incidencia de uveítis y describir las características clínicas y etiología de pacientes nuevos con diagnóstico de uveítis, vistos en el Servicio de Oftalmología del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Perú en el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de uveítis en el Servicio de Oftalmología del Hospital III Yanahuara, Arequipa, Perú.
- Describir las características clínicas que presentaron al momento del diagnóstico los pacientes con diagnóstico nuevo de uveítis.
- Describir la etiología de los casos nuevos de uveítis y el tratamiento establecido.

4. JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

La uveítis justifica un examen oftalmológico urgente, y el tratamiento específico debe iniciarse inmediatamente. De hecho, la inflamación de la úvea no tratada puede conducir a la ceguera, y la uveítis se estima que es responsable de 10-20% de los casos de ceguera en los Estados Unidos, como se señala en estudios realizados en el 2004 por Gritz DC publicados como “Incidence and Prevalence of Uveitis in Northern California”. La uveítis puede ser primaria o secundaria a otras afecciones, como las enfermedades reumáticas sistémicas autoinmunes. (12, 14).

Faltan datos precisos sobre la prevalencia de uveítis debido a las diferencias en los métodos clínicos y metodológicos de detección de casos, pero según estudios realizados por Chang JH et al. en el 2002 publicados como “Uveítis: a global perspective” encuentra que la uveítis tiene una prevalencia de 1/4500 en la población general, más frecuentemente en el rango de 20-60 años con ambos sexos igualmente representados (15). La uveítis anterior aguda es la forma más común y representa el 75-90% de los casos en los países occidentales, pero sólo el 25-50% en las poblaciones asiáticas.

No existen datos en nuestro país, y menos aún en nuestra ciudad sobre dicha enfermedad, llevando incluso al subdiagnóstico y por lo tanto consecuencias mayores para los pacientes, de pérdida incluso de la visión, es por tanto importante tener un conocimiento y sospecha de esta enfermedad.

5. MARCO TEÓRICO

La enfermedad inflamatoria ocular es una de las principales causas de pérdida de la visión en todo el mundo. La uveítis abarca un amplio espectro de la patología, tanto con respecto a su etiología y la ubicación anatómica dentro del ojo. La inflamación puede limitarse al ojo y también puede ser parte de una patología sistémica. (1)

5.1. Impacto global en la visión:

Los trastornos inflamatorios intraoculares abarcan un amplio espectro de enfermedades en las que el ojo o varias partes de él pueden ser atacados por el sistema inmunológico, lo que conduce a una severa discapacidad visual. Uveítis es la Tercera causa de ceguera mundial y actualmente representa aproximadamente el 10% de pérdida de visión en los Estados Unidos y hasta un 15% en todo el mundo (2) Únicamente en los Estados Unidos, la uveítis tiene una prevalencia estimada de 38 casos por 100.000 y una incidencia de 15 casos por 100.000. (2) Se estima que más de 2 millones de personas en todo el mundo tienen uveítis. La uveítis puede afectar a individuos de cualquier edad, desde la infancia hasta la edad adulta. Un gran estudio estadounidense basado en la población, el California Epidemiology of Uveitis Study (NCEUS) (2) informó

un aumento de tres veces en la incidencia de Uveítis, en comparación con las estimaciones anteriores, además de un aumento de la incidencia debido a un envejecimiento general de la población, hay una mayor incidencia de uveítis en mujeres que hombres, y las mayores diferencias fueron observados en grupos de más edad (2).

5.2. Etiología

Existen varios esquemas de clasificación de uveítis. Varían según la localización anatómica de la inflamación, curso clínico, etiología e histopatología.

La normalización de la nomenclatura de uveítis (SUN): El Grupo de Trabajo desarrolló un sistema de clasificación anatómica en 2005 (4)

La uveítis anterior tiene la mayor prevalencia, seguida por panuveítis, luego uveítis posterior e intermedia. Además, el Grupo de Trabajo del SUN recomendó una terminología consistente para clasificar la actividad uveítica, en la que las células de la cámara anterior y el flare, así como la opacidad vítrea, se clasifican en una escala de 0 a 4.

En el segmento posterior, la uveítis, el edema macular, la vasculitis retiniana, los desprendimientos de retina y la neuropatía óptica contribuyen a la pérdida de la visión. La uveítis intermedia, la uveítis posterior y la panuveítis son responsables de la mayoría de la discapacidad visual en pacientes con enfermedad inflamatoria ocular. Las otras complicaciones que amenazan la vista de la uveítis incluyen la ptisis bulbi, la hipotonía, la queratopatía de la banda, glaucoma secundario y retinopatía. (1)

Los términos "*agudo*" y "*crónico*" han sido utilizados de manera inconsistente en la literatura y se han utilizado de forma variable para referirse al inicio de la uveítis, a la duración de un ataque de uveítis o al curso de la uveítis. El consenso fue que el uso de estos términos debe reservarse para la descripción del *curso clínico de la uveítis*, y que se deben utilizar otros términos para describir el inicio de la uveítis y la duración de un ataque de uveítis.

El *inicio* de la uveítis debe ser descrito como *repentino o insidioso*. La *duración* de un ataque de uveítis debe ser descrita como *limitada*, si es de 3 meses o menos de duración o como *persistente*, si es mayor de 3 meses de duración.

El término *agudo* debe usarse para describir el curso de síndromes uveíticos específicos caracterizados por un *inicio repentino y una duración limitada*, como la uveítis anterior aguda asociada con HLA-B27. El término *recurrente* debe usarse para describir *episodios repetidos de uveítis* separados por períodos de inactividad sin tratamiento, al menos 3 meses de duración. El término *crónico* se debe utilizar para describir la *uveítis persistente* caracterizada por una *recaída rápida* (en menos de 3 meses) después de la interrupción del tratamiento.

5.3. Características clínicas

En el caso de uveítis anterior, los pacientes generalmente se quejan de enrojecimiento, dolor periorbitario, fotofobia y visión borrosa. Si no se diagnostica y no se trata, pueden ocurrir sinequias posteriores (definidas como adherencias entre el iris y el cristalino), glaucoma secundario y catarata, y edema macular. (9) Por el contrario, si la uveítis implica también los segmentos oculares posteriores o la periferia de la retina, los síntomas y signos son menos evidentes y el paciente se refiere a "flotadores" debido a la presencia vítrea o visión borrosa debido a pérdida visual severa.

Además de la localización anatómica y el tiempo de evolución de la inflamación, la lateralidad es una importante pista diagnóstica. La uveítis infecciosa, la uveítis asociada a HLA-B27 y la heterocromía de Fuchs suelen ser unilaterales. Por el contrario, las uveítis en pacientes con sarcoidosis, artritis idiopática juvenil o enfermedad de Behçet suelen afectar ambos ojos.

Varias otras características semiológicas proporcionan una orientación diagnóstica. La uveítis granulomatosa se define como la presencia de precipitados grandes y cericos, conocidos como precipitados de grasa de carnero, y de nódulos en el iris. Estas características nunca están presentes en pacientes con uveitis debida a la enfermedad de Behçet o a la espondilitis anquilosante. Las causas de la uveítis granulomatosa incluyen la tuberculosis, la infección por herpes simplex, la sarcoidosis y la escleritis múltiple. La

aparición granulomatosa puede estar ausente, particularmente si el paciente se ve en etapa temprana o después de recibir tratamiento antiinflamatorio tópico.

La presencia de inflamación que afecta a las otras capas del ojo también puede sugerir diagnósticos específicos. Por ejemplo, la escleritis concomitante sugiere uveítis herpética o granulomatosis con poliangitis.

Las características de la afectación del segmento posterior tienen significación diagnóstica y pronóstica. Por ejemplo, la vasculitis retiniana venosa o "periflebitis" puede ocurrir en sarcoidosis, esclerosis múltiple y en coroidoretinopatía de Birdshot. La vasculitis arterial retiniana es una anomalía menos común que se observa en un pequeño número de causas como la enfermedad de Behçet y la necrosis retiniana aguda. Estas lesiones pueden conducir a la pérdida de la visión. La mácula debe ser examinada con gran cuidado, ya que la afectación macular es la principal causa de pérdida de visión y ceguera complicando la uveítis. El examen de la papila óptica podría mostrar edema, que sugiere una serie de causas como la sífilis, tuberculosis, toxoplasmosis, sarcoidosis, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, y la enfermedad de Behçet.

5.4. Diagnóstico

Un examen clínico detallado del ojo es la piedra angular del diagnóstico de condiciones oftalmológicas. Por ejemplo, la uveítis herpética se puede sospechar inmediatamente en un paciente con uveítis anterior aguda que es recurrente, unilateral, granulomatosa, y asociada con elevación de la presión intraocular, queratitis, anestesia corneal y atrofia del iris. La principal causa de uveítis en niños es la artritis idiopática juvenil, particularmente en su forma oligoarticular. La uveítis por sarcoidosis es significativamente más común después de los 60 años de edad que en los individuos más jóvenes. Por el contrario, la espondilitis anquilosante y las etiologías oftalmológicas son menos frecuentes en los ancianos.

En ausencia de orientación clínica, las siguientes investigaciones son sistemáticamente inútiles para identificar la causa de la uveítis: pruebas inmunológicas, pruebas serológicas para los agentes infecciosos, radiografías de los senos, ortopantomogramas y radiografías de las articulaciones sacroilíacas. Rosenbaum (11) y Smith, reconocidos investigadores y participantes del estudio SUN, han afirmado que, en todas las formas de uveítis, las únicas investigaciones necesarias son una radiografía de tórax y pruebas serológicas para la sífilis. Jabs y Busingye(10) argumentaron que las investigaciones deberían basarse en las probabilidades pretest estimadas según el oftalmólogo y sobre las implicaciones terapéuticas. Ellos sostuvieron que la detección serológica de la sífilis era la única prueba apropiada en todas las formas de uveítis, aunque la sífilis contribuye menos del 1% de todos los casos de uveítis.

Los hallazgos oftalmológicos guían el uso de otras investigaciones: por ejemplo, las pruebas HLA-B27 pueden ayudar a evaluar la idoneidad de la paracentesis de la cámara anterior para la detección del genoma del virus del herpes. De acuerdo con un enfoque, las investigaciones etiológicas sólo se requieren en el segundo episodio de uveítis.

Se está desarrollando una estrategia de diagnóstico estandarizada para la uveítis (12) que se está evaluando en el estudio multicéntrico de asignación al azar de grupos de estudio aleatorizado ULISSE (Uveitis: evaluación Clínica y médico - económica de estrategia estandarizada del diagnóstico Etiológico. Esta estrategia comparte similitudes con el descrito por Harper et al. en 2002 [13]. Sin embargo, incorpora datos de estudios más recientes y las opiniones de expertos sobre la subestimación de la sarcoidosis por radiografía de tórax y la utilidad para este diagnóstico de tomografía computarizada torácica, técnicas de imagen nuclear y lavado broncoalveolar. Además involucra paracentesis de cámara anterior o vitrectomía en pacientes con sospecha de linfoma o uveítis severa resistente al tratamiento.

5.5. Manejo médico de uveítis

La primera etapa en la búsqueda exitosa de la cura es la inducción de una remisión duradera y libre de corticosteroides

En un esfuerzo por prevenir daños estructurales irreversibles y ceguera, el principio rector del tratamiento de los pacientes con uveítis es el vigor diagnóstico y terapéutico. Esto significa un diagnóstico precoz, la derivación a un especialista en uveítis y la agresividad terapéutica empleando un enfoque algorítmico de escalera, que es a la vez ahorradora de corticosteroides y titulada a la gravedad de la inflamación intraocular (16)

La terapia médica debe incluir corticosteroides tópicos, regionales y / o sistémicos, así como cicloplegias tópicos y / o midriáticos cuando sea apropiado. Para lograr una remisión o curación duradera sin corticosteroides de la enfermedad, se utiliza un abordaje a largo plazo, que implica la iniciación de la terapia más baja apropiadamente agresiva para el proceso y la gravedad específica de la enfermedad, y el ascenso a otras modalidades según sea necesario, debido a la intolerancia subjetiva o a la falta de control de la inflamación. Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y la terapia inmunomoduladora (IMT), que incluyen inmunomoduladores clásicos, nuevos fármacos biológicos y agentes citotóxicos, se inician conjuntamente con corticosteroides, dependiendo de la indicación o presencia de inflamación aguda. Es fundamental reconocer el fracaso temprano de un régimen particular para controlar la inflamación con el fin de escalar el tratamiento, cambiar el fármaco en la búsqueda para controlar la inflamación sin el uso de cualquier forma de corticosteroides. (1, 2)

Es necesario señalar muchas formas de uveítis son curables; es decir, pueden tener una remisión duradera libre de corticosteroides, con la eventual retirada de todos los medicamentos inmunomoduladores y ninguna recaída de la inflamación ocular durante 5 o más años. Creemos que esto ocurre, como en algunas otras enfermedades autoinmunes, como consecuencia de un reajuste o reeducación del sistema inmunológico, de modo que ya no está inclinado a desencadenar una respuesta inmune contra el tejido propio.

Estudios enfatizan la importancia de la remisión "libre de esteroides" en la base de que los corticosteroides, tópicos o de otro tipo, enmascaran cualquier propensión residual del sistema inmunológico a atacar, por lo tanto, enmascaran la necesidad de terapia inmunomoduladora más agresiva en la búsqueda de una completa quiescencia de todos Corticosteroides. Sólo de esta manera se puede tratar adecuadamente el sistema inmunitario de tal forma que se lleve a cabo la re- tolerancia. (1, 5).

5.5.1. Agentes midriáticos y cicloplégicos

5.5.2. Corticosteroides

- Administración tópica de corticosteroides
- Administración de corticoides periorbitales
- Administración de corticosteroides intravítreo
- Dispositivos de liberación sostenida: Implantes de corticosteroides
- Administración sistémica de corticosteroides

5.5.3. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

5.5.4. Terapia inmunomoduladora (IMT)

5.5.5. Antimetabolitos

- Inhibidores de la señalización de linfocitos T
- Modificadores de la respuesta biológica
- Agentes alquilantes

5.5.6. Modificadores de la respuesta biológica:

5.6. Manejo Quirúrgico

Se puede obtener una muestra de humor acuoso con fines de diagnóstico. Una jeringa de tuberculina unida a una aguja estéril de calibre 30 se introduce en la cámara anterior a través del limbo temporal paralela al plano del iris evitando el iris y el cristalino. Se aspira 0,1 - 0,2 cc de humor acuoso. Se retira la aguja y se instila antibiótico tópico. La muestra puede ser enviada para evaluación

microbiológica, evaluación histológica o reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Los posibles efectos secundarios de la paracentesis acuosa incluyen hemorragia en la cámara anterior, endoftalmitis y daño en el iris o cristalino.(1). Se puede realizar una vitrectomía via pars plana de 3 puertos para fines diagnósticos y terapéuticos.

La vitrectomía terapéutica, con o sin endolaser, puede ser beneficiosa en los casos de vitritis visualmente significativa recalcitrante o CME (o ambos) que no han respondido a la terapia médica o, en algunos casos. Además se puede realizar la implantación de un sistema de suministro de liberación sostenida (es decir, Retisert®) que contiene un corticosteroide u otro agente inmunomodulador.

Para fines de diagnóstico, tanto muestras de vítreo no diluidas (puras) como diluidas son necesarias para la prueba. Se extrae aproximadamente 1 cc de muestra vítrea sin diluir antes de completar una vitrectomía subtotal usando técnicas de vitrectomía estándar y se envía para citopatología, así como otros estudios para descartar la infección o malignidad. Los cultivos se pueden realizar en sospecha de bacterias o hongos y PCR para detectar la presencia de microorganismos virales u otros.

Cuando se sospecha de linfoma intraocular, se solicita un análisis de citoquinas para evaluar la proporción de interleucina 6 (IL-6) e interleucina 10 (IL-10) en vítreo, y se realiza estudios de PCR para reordenamiento de la cadena pesada de inmunoglobulina (IgH); La relación de IL-10 a IL-6 mayor que uno y el patrón de IgH monoclonal son ambos sugestivos de linfoma. La citometría de flujo también se puede realizar para evaluar la restricción de la cadena ligera y la monoclonalidad. (2,4)

Las complicaciones de la vitrectomía en pacientes uveícticos pueden incluir: desprendimiento de retina, hemorragia supra-coroidea, hemorragia vítrea, desarrollo o progresión de la catarata, empeoramiento de la inflamación y desgarros de la retina o desprendimiento.

La biopsia retinocoroidal, empleada cuando existe enfermedad progresiva o grave a pesar del tratamiento convencional, especialmente cuando se sospecha

una etiología infecciosa o neoplásica, se realiza cuando se han considerado o realizado todas las otras opciones menos invasivas. Este procedimiento tiene un perfil de efectos secundarios más alto que incluye desprendimiento de retina, catarata, hemorragia vítrea y supra- coroidea y disminución o pérdida de la visión.

CAPITULO II MARCO METODOLOGICO

1. AMBITO Y PERIODO:

Servicio de Oftalmología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa, Perú. Periodo del 01 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2016.

2. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio de tipo observacional descriptivo, retrospectivo y transversal.

3. POBLACION

Pacientes atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa, Perú, con diagnóstico nuevo de Uveítis.

a. Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico nuevo de uveítis en el lugar y periodo indicados.

4. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS:

4.1. Definición operacional de variables:

VARIABLE	ESCALA	VALOR FINAL	INDICADOR	PROCEDIMIENTO

Sexo	Nominal	- Masculino - femenino	Sexo biológico	Revisión historia clínica
Edad	Cuantitativa	Número absoluto	Años cumplidos	Revisión historia clínica
Lateralidad	Nominal	- Unilateral derecho - Unilateral izquierdo - Bilateral	Ojos comprometidos	Revisión historia clínica
Hallazgos clínicos	Nominal	Síntomas y signos oculares y sistémicos	Referencia del paciente	Revisión historia clínica
Localización	Nominal	- Anterior - Intermedia - Posterior - Panuveítis	Parte de uvea comprometida	Revisión historia clínica
Diagnostico etiológico	Nominal	- Vasculitis sistémica - Espondiloartritis - Infecciosa - Idiopática - Otras	Etiología uveítis	Revisión historia clínica
Tratamiento	Nominal	- tópicos - sistémicos	Clase de tratamiento establecido	Revisión historia clínica

4.2. Muestreo:

No corresponde, por ser una patología poco frecuente y aun no estudiada se tomaran *todos* los casos nuevos de uveítis diagnosticados en el lugar y periodo del estudio.

4.3. Producción y registro de datos:

Se revisará las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico por primera vez de uveítis, atendidos en el Servicio de Oftalmología del Hospital III Yanahuara durante el periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2016.

De dichas historias clínicas se recolectaran datos sobre: sexo, edad de presentación, lateralidad, localización de inflamación, síntomas y signos clínicos, estudios realizados, etiología y tratamiento establecido.

Estos datos serán transferidos a una base en Excel para ser analizados.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se calculará la incidencia de uveítis en la población estudiada, además se hallará la media y el rango de la edad, al igual que la proporción y porcentajes de los diferentes valores finales de las demás variables estudiadas.

6. RECURSOS: ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Se contará con el apoyo de la Dirección del Hospital elegido para la investigación para la obtención de las historias clínicas.

Se financiara el presente estudio con recursos propios.

7. CRONOGRAMA

Actividad programada:

- Elección del tema: recopilación bibliográfica	15 días
- Diseño del proyecto y permisos institucionales	7 días
- Ejecución: recolección y registro de datos	15 días
- Procesamiento de datos	10 días
- Presentación e interpretación	15 días
- Elaboración del informe final	10 días
Total	2 ½ meses

Fecha de inicio: 01 de agosto del 2017

Fecha prevista de término: 15 de octubre del 2017

CAPITULO III REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foster CS, Kothari S, Anesi SD, Vitale AT, Chu D, Metzinger JL, Cerón O, The Ocular Immunology and Uveitis Foundation (OIUF) Preferred Practice Patterns of Uveitis Management, *Survey of Ophthalmology* (2015), doi: 10.1016/j.survophthal.2015.07.001
2. Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology* 2004; 111:491–500; discussion 500.
3. Darrell RW, Wagener HP, Kurland LT. Epidemiology of uveitis. Incidence and prevalence in a small urban community. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960 1962; 68:502–14
4. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005; 140:509–16
5. Schietinger A, Greenberg P. Tolerance and exhaustion: defining mechanisms of T-cell dysfunction. *Trends in Immunology*. 2014; 36:51–60
6. Fiorelli VMB, Bhat P, Foster CS. Nonsteroidal anti-inflammatory therapy and recurrent acute anterior uveitis. *Ocul Immunol Inflamm* 2010; 18:116–20.
7. Kempen JH, Daniel E, Dunn JP, Foster CS, Gangaputra S, Hanish A, et al. Overall and cancer related mortality among patients with ocular inflammation treated with immunosuppressive drugs: retrospective cohort study. *BMJ* 2009; 339:b2480.
8. Levy-Clarke G, Jabs DA, Read RW, Rosenbaum JT, Vitale A, Van Gelder RN. Expert panel recommendations for the use of anti-tumor necrosis factor biologic agents in patients with ocular inflammatory disorders. *Ophthalmology* 2014; 121:785–96.e3.
9. C. Selmi Diagnosis and classification of autoimmune uveítis. *Autoimmunity Reviews* 13 (2014) 591–594
10. Jabs DA, Busingye J. Approach to the diagnosis of the uveitides. *Am J Ophthalmol* 2013; 156:228–36.

11. Rosenbaum JT, Ku J, Ali A, et al. Patients with retinal vasculitis rarely suffer from systemic vasculitis. *Semin Arthritis Rheum* 2012;41:859–65.
12. Sève P, et al. Uveitis in adults: What do rheumatologists need to know? *Joint Bone Spine* (2015)
13. Harper S, Chorich III L, Foster CS. Diagnosis of uveitis. In: Foster CS, Vitale A, editors. *Diagnosis and treatment of uveitis*. Philadelphia: W.B. Saunders company;2002. p. 79–103.
14. Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology* 2004;111:491–500
15. Chang JH, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm* 2002;10:263–79.
16. Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2013

