



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

REVISIÓN SISTEMÁTICA

TEMA:

**AFECTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES REUMÁTICAS**

AUTOR(A):

DIANA PATRICIA MORENO HERNÁNDEZ

TUTOR

DR. FLOWER VLADIMIR ARCENTALES MERO

MANTA - MANABÍ - ECUADOR

2024

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1
		Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera de Medicina de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, **CERTIFICO:**

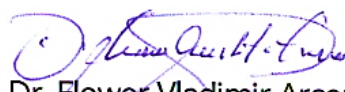
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante Moreno Hernández Diana Patricia, legalmente matriculado/a en la carrera de Medicina, período académico 2023 (2), cumpliendo el total de **405 horas**, cuyo tema del proyecto o núcleo problémico es **“AFECTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS”** .

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 01 de Enero de 2024.

Lo certifico,

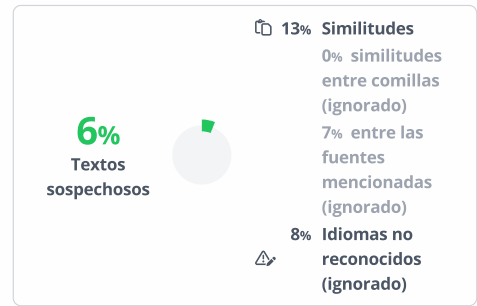


Dr. Flower Vladimir Arcentales Mero
Docente Tutor(a)

Nota 1: Este documento debe ser realizado únicamente por el/la docente tutor/a y será receptado sin enmendaduras y con firma física original.

Nota 2: Este es un formato que se llenará por cada estudiante (de forma individual) y será otorgado cuando el informe de similitud sea favorable y además las fases de la Unidad de Integración Curricular estén aprobadas.

AFECTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

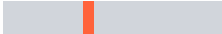
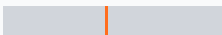


Nombre del documento: AFECTACIONES OFTALMOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.docx ID del documento: 966ff5d904bece8bdeaf7c7cf02549ae69e65cef Tamaño del documento original: 132,74 kB	Depositante: VERONICA FRANCO SOLOZANO Fecha de depósito: 28/5/2025 Tipo de carga: interface fecha de fin de análisis: 28/5/2025	Número de palabras: 13.445 Número de caracteres: 96.534
--	--	--

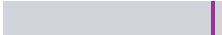
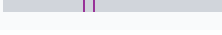
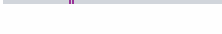
Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 scielo.sld.cu Úlceras corneales bacterianas: actualización terapéutica http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762016000100011 11 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (330 palabras)
2	 www.elsevier.es Glaucoma Offarm https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-glaucoma-13071464 2 fuentes similares	1%		Palabras idénticas: 1% (160 palabras)
3	 www.msmanuals.com Úlcera de córnea - Trastornos oftálmicos - Manual MS... https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-oftalmicos/enfermedades-de-l... 3 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (144 palabras)
4	 revistasbolivianas.umsa.bo Revista de Actualización Clínica Investiga - Cataratas http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-376820120004000... 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (112 palabras)
5	 www.scielo.sld.cu Consideraciones actuales acerca del diagnóstico de la neuro... http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000100020 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (96 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Ocular complications of rheumatic diseases - PubMed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28301794/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
2	 www.elsevier.es Policondritis recidivante Medicina Integral https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-policondritis-recidivante-130...	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
3	 www.redalyc.org Comportamiento de las Manifestaciones of talmológicas en p... https://www.redalyc.org/pdf/4516/451644520008.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)
4	 scielo.sld.cu Causas más frecuentes de consulta oftalmológica http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000300010	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)
5	 Documento de otro usuario #d7b637 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)

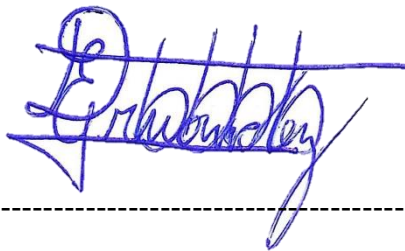
Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas) Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

1	 http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v21n4/amc050417.pdf
2	 https://www.researchgate.net/publication/375443930_Manifestaciones_oculares_en_lupus_eritematoso_sistemico_Revision_Bibliografica
3	 https://doi.org/10.1016/j.med.2021.03.019
4	 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24964517/
5	 https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v25n3/revision2.pdf

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El trabajo de grado denominado “Afectaciones oftalmológicas en pacientes con enfermedades reumáticas”, ha sido desarrollada con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

En virtud de esta declaración me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.



Diana Patricia Moreno Hernández
1312019050

DEDICATORIA

Con todo mi amor y gratitud, dedico este proyecto de titulación a cada persona que aportó en mi camino de formación, quienes fueron mi mayor apoyo y mi fuente inagotable de inspiración como lo fue mi familia, en especial a mi madre Silvana Lorena Hernández Santos. Doy gracias por todos tus sacrificios, tus enseñanzas y tu inquebrantable fe en mí. Cada paso que he dado en este camino ha sido posible gracias a tu amor, tus sabias palabras que siempre estuvieron presentes a lo largo de estos años.

Este logro no solo es mío, sino también tuyo, de mis hermanas Victoria y Emilia y mis tías, que en su momento jugaron el rol de una madre en mi vida. Son la razón por la que persisto y lucho por mis sueños. Espero se sientan orgullosos de la persona que he construido en este camino de formación profesional, con la meta de ser un buen médico, en vías de seguir creciendo en lo académico, siempre con los valores sembrados en mi hogar.

Con todo mi cariño, para mi familia.

RESUMEN

Las afecciones reumáticas pueden generar alteraciones oculares que impacten la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud. Este trabajo agrupa información de diversas fuentes bibliográficas, con resultado de un análisis crítico sobre las alteraciones oftálmicas asociadas a estas afecciones, su prevalencia y como estas pueden alterar el curso en la vida diaria de quienes las padecen.

El objetivo principal de este texto esta direccionado a identificar las modificaciones oculares en los pacientes con patologías de índole reumática, poniendo énfasis en el impacto desfavorable en el bienestar de cada uno de los pacientes y determinar la prevalencia en patologías con mayor recurrencia. Se realizó una revisión sistemática con enfoque cualitativo, cuantitativo y alcance descriptivo. Se tomó información relevante de bases de datos como SciELO, Scopus, LILACS y PubMed, implementando criterios de elegibilidad.

Los datos encontrados son las siguientes alteraciones oculares: retinopatía, enfermedades de la úvea como la uveítis, escleritis, queratoconjuntivitis seca, queratopatía en banda y neuritis óptica. Se concluye que estas alteraciones perjudican en la realización de actividades cotidianas, autonomía, bienestar psicológico, ámbito de desenvolvimiento social y laboral.

La prevalencia varía según la enfermedad reumática, siendo entre las más frecuentes la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil y el lupus eritematoso sistémico. Se recomienda la importancia de un diagnóstico precoz, manejo multidisciplinario y evaluaciones oftalmológicas de rutina para prevenir estas modificaciones y sus respectivas complicaciones y así mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedades reumáticas, alteraciones oftalmológicas, calidad de vida, revisión sistemática.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CERTIFICADO DEL TUTOR.....	I
CERTIFICADO ANTIPLAGIO COMPILATIO	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN	V
ÍNDICE DEL CONTENIDO	VI
CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN	VII
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	VII
1.2 JUSTIFICACIÓN	IX
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	X
1.4 OBJETIVO GENERAL	X
1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	X
CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	XI
CAPITULO 3: METODOLOGÍA	XXXVI
3.1 TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	XXXVI
3.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD O DE INCLUSIÓN	XXXVI
3.3 FUENTES DE INFORMACIÓN	XXXVII
3.4 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE LA LITERATURA	XXXVIII
3.5 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	XXXVIII
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	XXXVIII
CAPITULO 4: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	XXXIX
4.1 RESULTADOS DE ESTUDIOS INDIVIDUALES	XXXIX
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS	XL
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	XLVI
5.1 CONCLUSIONES	XLVI
5.2 RECOMENDACIONES	XLVII

Título del Proyecto

Afectaciones oftalmológicas en pacientes con enfermedades reumáticas.

CAPITULO 1: INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas son una variedad de procesos degenerativos que alteran el sistema musculoesquelético. Se puntualizan como inflamación crónica de las articulaciones y otros tejidos.

Las enfermedades reumáticas, como modelo de alteraciones autoinmunes, muestran con periodicidad expansiones extra-articulares: lesiones cutáneas, pulmonares, cardíacas, neurológicas y a menudo, oftalmológicas.

El ojo es un órgano rico en tejido conectivo, es común que estas enfermedades reumáticas lo afecten con mucha frecuencia tanto así que a veces la primera manifestación es oftalmológica

Las enfermedades reumáticas con mayor prevalencia son las siguientes: Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoide, Esclerodermia, Espondilitis Anquilosante, Síndrome de Sjögren, Enfermedad de Behçet, Policondritis Recidivante, Polimialgia Reumática, Síndrome de Reiter, entre otras.

En el orden de las ideas anteriores, estos pacientes demuestran alto riesgo de presentar patologías oculares.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, se estima que aproximadamente el 4% de la población sufre de enfermedades autoinmunes sistémicas, y el 75% de los afectados son mujeres, según la Sociedad Española de Reumatología. Estas enfermedades son una causa importante de morbilidad y mortalidad, especialmente en mujeres menores de 65 años en países desarrollados. En América Latina, el problema es complejo debido a la detección tardía, dificultades en el acceso a la salud y falta de especialistas. Los costos asociados pueden representar hasta el 3% del PIB

en países desarrollados, subrayando su importancia como problema de salud pública (Fundación Española de Reumatología, 2024).

Las enfermedades reumatológicas son un conglomerado de patologías que en su mayoría tienen compromiso inmunológico y sistémico, que causan alteraciones a nivel de los distintos órganos repercutiendo en la calidad de vida, generando discapacidad funcional en los pacientes que las padecen, por el sin número de manifestaciones sistémicas articulares y extraarticulares (entre las que se encuentran las alteraciones oculares) (Solis Cartas U. &, 2022).

En este grupo de enfermedades cuya existencia representa un problema a nivel mundial, situándose dentro de los 10 primeros motivos de consultas en el primer nivel de atención sanitaria, pueden afectar generalmente a cualquier edad y sexo. (Solis Cartas U. M., 2023). La Organización Mundial de la Salud plantea que las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ER y MEs) pueden afectar hasta el 15% de la población mundial, representando una fuente frecuente de enfermedades incapacitantes y que deterioran la calidad de vida. En la región de América Latina, existen diversas barreras que dificultan la intervención adecuada como la detección tardía, el acceso a la salud inadecuado, la educación insuficiente, escasez de especialistas en ramas como la reumatología, falta de tratamientos oportunos de fácil acceso, además del impacto económico, social y laboral desventajoso que generan estas enfermedades. El costo de estas patologías en países primermundistas llega a representar entre el 1 y 3% del producto interno bruto, constituyendo un problema de amplia magnitud en la salud pública (León Aguila, y otros, 2022).

Por lo tanto, las modificaciones oftálmicas, llegan a incidir en la calidad y desenvolvimiento diario de la misma en los pacientes pediátricos, jóvenes, adultos y adultos mayores que sufran algún trastorno reumático severo. Algunas de las manifestaciones oculares con mayor preponderancia es la conjuntivitis, epiescleritis, escleritis, queratitis, úlceras en la córnea, uveítis, neuritis óptica y retinopatías. Estas afecciones pueden causar desde leves molestias en los ojos hasta disminución drástica de la agudeza visual e incluso ceguera si no son atendidas de forma oportuna.

En vinculación a lo referido es evidente la importancia de un análisis crítico de estas afectaciones oculares, su prevalencia y el impacto que tienen en la salud visual de los pacientes. Estudios previos identifican entre un 20 a un 35% de los pacientes con patologías reumáticas presentaban alguna manifestación ocular asociada, siendo de mayor prevalencia la uveítis y la epiescleritis (Benítez del Castillo Sánchez, Díaz Valle, Pato, López Abad, & Alexandre, 2008). No obstante, es necesario de una gama más amplia de investigaciones para determinar con mayor precisión la carga de enfermedad ocular en esta población a nivel local.

¿Qué grado de afectación generan las manifestaciones oculares en la calidad de vida de los pacientes reumáticos?

¿Qué tipo de complicaciones oftalmológicas se presentan en los pacientes con enfermedades reumatológicas?

1.2 JUSTIFICACIÓN

La investigación que realice, fue con base a una revisión sistemática enfocada en estudiar las modificaciones oculares que se podrían presentar en las personas que padecen alguna enfermedad reumática, todo individuo que pierda su estado de completo bienestar que es a lo que llamamos salud, se verá afectado directamente en el desarrollo de sus actividades diarias, y más si estas patologías afectan alguno de nuestros 5 sentidos, la vista es uno de ellos, la cual es necesaria para el desarrollo pleno e íntegro de las actividades más simples como vestirse adecuadamente o el simple hecho de identificar los elementos que nos rodean.

Con lo anterior mencionado queda claro que el hecho de poder ver es fundamental, ya sea que se presenten simples molestias al observar por resequedad, esto puede interferir con nuestro diario vivir cotidiano, sin embargo, existen medidas para solventar estas molestias como las lágrimas artificiales, por lo que la detección, correcta asesoría al paciente sobre los síntomas iniciales que pueden presentar y cuando acudir por ayuda para solventarlos, son de vital contribución para una mejora en la calidad de vida.

Sabemos que la dependencia o más bien la implementación en nuestra rutina del uso de cualquier tratamiento se vuelve tedioso, desde conseguir el fármaco o sustancia, hasta el hecho de cargarlas encima para su aplicación y eso sin mencionar el golpe a la economía que esto puede representar, si nos centramos en estas últimas líneas, podremos darnos cuenta que la prevención es más alentadora que buscarles solución a manifestaciones irreversibles ya instauradas. Por lo que se vuelve indispensable generar una relación entre la patología reumática que puede presentar un paciente con la afectación ocular que podríamos prevenir con una intervención precoz.

Las enfermedades reumatológicas principalmente las de componente autoinmune necesitan de un abordaje multidisciplinario por sus manifestaciones clínicas articulares y extraarticulares de las cuales resaltan las afecciones oculares (Sánchez Villacís, 2022), con una de sus repercusiones más severa como lo es la ceguera, la cual le podríamos dar el duro peso de ser la más aterradora de todas las afectaciones que se pueden dar en nuestros órganos visuales. Ya que no hablaríamos llanamente en acoplarnos a una rutina apegada a un tratamiento, sino a un cambio radical de nuestras vidas, desde como percibimos el entorno hasta como nos desenvolvemos en él. Y es por esto y todo lo anterior descrito, que este trabajo está motivado en razón de contribuir al más alto bienestar de todos los pacientes que perdieron su salud por tener una enfermedad reumática y les sería de mucha ayuda evitarles más situaciones desencadenantes de malestar como son las modificaciones oculares.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar las alteraciones oftalmológicas que se presentan en los pacientes con enfermedades reumáticas y su impacto en la calidad de vida.

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las afecciones oculares que afectan a los pacientes reumatológicos.

- Evaluar el impacto que tienen las manifestaciones oculares en la calidad de vida de los individuos que padecen patología reumática.
- Determinar la prevalencia de las alteraciones oftalmológicas en las patologías reumatológicas con mayor relevancia.

CAPITULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ENFERMEDAD REUMÁTICA AUTOINMUNE

Las enfermedades reumáticas autoinmunes son un conjunto de patologías mayormente autoinmunes, que tienen su origen en el sistema inmunológico y este sistema realiza autoagresión hacia sus tejidos. (IÑIGO RÚA-FIGUEROA FERNÁNDEZ 2014).

Por lo que ocurre un deterioro de los procesos fisiológicos normales y de manera consecuente producen afectaciones que interfieren con la calidad de vida del paciente.

Se caracterizan por la afectación del sistema locomotor, pero además se presentan prevalentemente alteraciones extra-articulares las cuales son: lesiones en la piel, lesión a nivel pulmonar, cardíaco, neurológico y oftálmico. (Andaluz Cando, Cifuentes Tumaille, Dávila Aguirre, Reyes Ortiz, & Poalasín Narváez, 2017)

Entre las patologías más frecuentes se encuentran: el Lupus Eritematoso Sistémico, la Artritis Reumatoidea, Esclerodermia, Espondilitis Anquilosante, Síndrome de Sjögren, Enfermedad de Behçet, Policondritis Recidivante, Polimialgia Reumática, Síndrome de Reiter, Artritis Psoriásica, entre otras.

Este tipo de enfermedades pueden llegar a generar alteraciones en el ojo debido al alto contenido de tejido conectivo por el cual está formado.

ARTRITIS REUMATOIDE. -

Enfermedad crónica multisistémica de causa desconocida, caracterizada por sinovitis inflamatoria persistente, casi siempre con compromiso simétrico de articulaciones periféricas.

Aunque son datos característicos la destrucción cartilaginosa, las erosiones óseas y la deformidad articular, la evolución de la artritis reumatoide (RA) puede ser muy variable.

Se ha observado una relación con HLA- DR4; tanto factores genéticos como ambientales intervienen en la instauración de la enfermedad. Los eventos fisiopatológicos iniciales en la AR parecen ser el daño microvascular sinovial con edema de los tejidos subsinoviales, oclusión vascular e infiltración de leucocitos polimorfonucleares.

Estos cambios conducen a la destrucción del cartílago articular, ligamentos y hueso subcondral. La artritis reumatoide se presenta en cerca de 0.5 a 1 por ciento de la población; las mujeres son afectadas con una frecuencia tres veces mayor que los varones.

En la mayoría de los pacientes la enfermedad tiene un comienzo insidioso con astenia, debilidad y dolores musculoesqueléticos generalizados. Una manifestación clínica característica es la rigidez matutina de las articulaciones afectadas, que se relaciona estrechamente con el grado de inflamación articular y su duración es indicador del grado de actividad de la enfermedad.

Lo habitual es que se presente con poliartritis simétrica de articulaciones periféricas que cursan con dolor, hipersensibilidad y edema de las articulaciones afectadas; la rigidez matutina es frecuente; a menudo resultan afectadas las articulaciones interfalángicas proximales (PIP) y metacarpofalángicas (MCP).

La modificación en el sistema visual más frecuente es la queratoconjuntivitis seca, con un aproximado del 10 a un 25 por ciento de los individuos que secundariamente desarrollan un síndrome de Sjögren, presentando infiltrado linfocítico de las glándulas salivares y lagrimales, que propician la destrucción glandular y disfunción con pérdida de secreción de la porción acuosa de la lágrima.

Cursa con irritación ocular crónica, con sensación de cuerpo extraño y sequedad. La episcleritis es también frecuente en estos pacientes, tanto en su forma

simple como nodular, cursa con engrosamiento y edema del tejido epiescleral sin afectación de la esclera subyacente.

Da lugar a molestias oculares y enrojecimiento de curso autolimitado y que generalmente no requiere tratamiento. La escleritis aparece aproximadamente en el 0.5 por ciento de los pacientes con AR.

Otras manifestaciones corneales, incluyen la aparición de úlceras estériles, de localización periférica, que dan lugar a adelgazamientos progresivos e indolores que tienen la posibilidad de perforación, o queratitis necrotizantes, que suelen aparecer asociadas a escleritis necrotizantes.

Entre las manifestaciones retinianas que pueden aparecer en la AR hay que destacar la aparición de exudados de tipo algodinoso, expresión de la vasculitis reumatoidea, el crecimiento de zonas de fibrosis subretinianas progresivas, así como la posibilidad de desarrollar una retinopatía tóxica en aquellos pacientes en tratamiento con Cloroquina o hidroxiclороquina.

Ambos fármacos poseen toxicidad ocular dosis dependiente, acumulándose en el epitelio pigmentario de la retina y dando lugar a una retinopatía pigmentaria en “ojo de buey”, pueden presentarse deformidades articulares después de la inflamación persistente. (MADGULA I, JONES C. 2010).

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES). -

Esta es una enfermedad en la cual los tejidos y células experimentan lesión mediada por autoanticuerpos fijadores de tejido y complejos inmunitarios. La cual tiene una causa etiológica exacta hasta el momento desconocida.

Se presenta con una hiperactividad del linfocito T Y B, la producción de anticuerpos con especificidad para determinantes antigénicos nucleares y alteraciones en la función de los linfocitos T. Es más frecuente en pacientes de sexo femenino, siendo esto un 90 por ciento de los casos, por lo general en edad fértil.

La evolución suele caracterizarse por periodos de exacerbación y de inactividad relativa. En cuanto a las manifestaciones más frecuentes: exantema (sobre todo exantema “en mariposa” cigomático), fotosensibilidad, vasculitis, alopecia y úlceras bucales, artritis inflamatoria, anemia, nefritis, entre otras. (LARRY J. 2016)

En cuanto a las manifestaciones oculares, estas son atribuibles a la aparición de un Síndrome de Sjögren secundario, que se manifiesta como xeroftalmia. (MARTÍNEZ LARRARTE JP, REYES PINEDA 2015)

ESCLEROSIS SISTÉMICA. -

La esclerosis sistémica es una enfermedad multiorgánica caracterizada por engrosamiento de la piel (esclerodermia) y afectación distintiva de múltiples órganos internos.

No se ha esclarecido la patogenia; implica mecanismos inmunitarios que desencadenan lesión endotelial vascular y activación de los fibroblastos.

Se puede dividir en dos subgrupos:

Esclerosis sistémica Cutánea Difusa, se presenta con engrosamiento simétrico de la piel de la parte proximal y distal de las extremidades, la cara y el tronco.

Estos pacientes tienen un alto riesgo de sufrir daño visceral al comienzo de la enfermedad.

Esclerosis Sistémica Cutánea Circunscrita, que a menudo surge el fenómeno de Raynaud crónico antes de que aparezcan otras manifestaciones; la afectación cutánea está circunscrita a los dedos de las manos (esclerodactilia), la parte distal de la extremidad, los codos y la cara; se asocia a un mejor pronóstico pero puede asociarse con hipertensión arterial pulmonar; tiene características del síndrome CREST (el cual se caracteriza por causar: calcinosis, fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, dismotilidad esofágica y hasta telangiectasia).

Las manifestaciones oculares se caracterizan por resequedad de los ojos e inflamación de las estructuras internas del ojo como vasculitis retiniana y uveítis.

(Andaluz Cando, Cifuentes Tumaille, Dávila Aguirre, Reyes Ortiz, & Poalasín Narváez, 2017)

ESpondilitis Anquilosante. -

Esta es una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva de los huesos de la cabeza y tronco cuyo rasgo distintivo es la sacroilitis, que por lo general es bilateral.

La etiología de la espondilitis anquilosante es multifactorial. Entre los agentes que llevan a su desarrollo se han implicado componentes genéticos: entre 80 y 90 por ciento de los pacientes son positivos para el complejo mayor de histocompatibilidad HLA-B27.

El curso de la enfermedad es variable: puede manifestar periodos de exacerbaciones y remisiones espontáneas, principalmente al inicio de la afección. La sintomatología característica es la lumbalgia inflamatoria con rigidez matinal de más de 30 minutos, que mejora con la actividad física y no con el reposo; incluso los pacientes notan que el dolor aumenta en las noches.

Esta lumbalgia es crónica, insidiosa, acompañada con frecuencia de dolor en los glúteos al nivel de las articulaciones sacroilíacas. (LARRY J. 2016)

La manifestación extraarticular más frecuente es la uveítis aguda anterior, que aparece en el 40 por ciento de los pacientes y en ocasiones precede a la espondilitis.

Los episodios son unilaterales y se caracterizan por dolor, fotofobia y lagrimeo. La pupila está miótica y la tensión ocular disminuida. Estas crisis tienden a recurrir, a menudo en el ojo opuesto. Tanto las cataratas como el glaucoma secundario constituyen secuelas relativamente frecuentes. (LARRY J. 2016)

SÍNDROME DE Sjogren. -

Es una enfermedad auto inmunitaria crónica y de avance lento caracterizada por una infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas que resultan en resequead de los órganos visuales y xerostomía.

Un tercio aproximadamente de los pacientes presenta conjuntamente manifestaciones generales. La enfermedad puede verse aisladamente (síndrome de Sjogren primario) o asociada a otras enfermedades reumáticas autoinmunitarias (síndrome de Sjogren secundario).

La enfermedad aqueja principalmente al sexo femenino de mediana edad, aunque esto no descartar el generarse en otros grupos etarios, incluida la niñez. La mayoría de los pacientes con síndrome de Sjógren tiene vinculados relacionados con la disfunción de las glándulas salivales y lagrimales.

En gran parte de los individuos afectos, la forma primaria de la enfermedad evoluciona despacio de forma progresiva y sin presencia de malignidad. El principal síntoma bucal del síndrome de Sjógren es la sequedad (xerostomía).

El paciente lo describe como dificultad para deglutir el alimento, incapacidad para hablar sin interrupciones, sensación de quemazón, intensificación de la caries dental y problemas para llevar dentadura postiza completa.

Entre las manifestaciones extra-glandulares más prevalentes tenemos: Artralgias o artritis, fenómeno de Raynaud, linfadenopatías, afección pulmonar, vasculitis, afección renal, afección hepática, linfomas, esplenomegalia, neuropatías periféricas, y miositis. (Paulina García Guerrero, 2018)

Las manifestaciones clínicas oftálmicas incluyen fotofobia, sensación de cuerpo extraño en los ojos, prurito, quemazón, e inclusive, oftalmología; en la exploración se corrobora hiperemia conjuntival y disminución de la agudeza visual, queratosis filamentaria (con descamación del epitelio), que permanecen adheridas al mismo, semejando fibras mucosas a las que se puede vincular procesos infecciosos. (Martínez Larrarte, 2010)

El curso avanzado de la enfermedad, puede llegar a producir a epiescleritis o escleritis, y con la pérdida continua de células epiteliales de la esclera, que en

los casos más graves puede llegar a la pérdida de la continuidad resultando en la perforación. (Martínez Larrarte, 2010)

ENFERMEDAD DE BEHCET. –

El Síndrome de Behçet es un desorden inflamatorio crónico, multisistémica de origen desconocido. Su nombre procede del dermatólogo turco, Hulusi Behcet, el que en 1937 detalló un cuadro de úlceras orales y genitales acompañado de inflamación ocular. (Valdés, 2016)

Es una vasculitis que afecta estructuras vasculares de pequeño calibre, provoca una alteración de la función endotelial y se expresa clínicamente con lesiones orgánicas en varios niveles. (Valdés, 2016)

Las manifestaciones clínicas se atribuyen al daño vascular, que se demuestra en un alto porcentaje de las úlceras y lesiones de piel. El hallazgo patológico característico de esta enfermedad es la aparición no solo de la vasculitis inicial sino a la tendencia de generar trombos. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran las úlceras aftosas (orales y genitales), estas causan dolor, son pequeñas, y bien circunscritas. (Valdés, 2016)

Además de afecciones de la piel como foliculitis, vesículas, forúnculos, púrpura y urticaria. Las manifestaciones articulares en forma de artralgia, o artritis, generalmente en grandes articulaciones de evolución subaguda, intermitente y no deformantes.

Con menor frecuencia podemos contemplar alteraciones en estructuras vasculares de mayor calibre, gastrointestinales, pulmonares y renales. Una de las manifestaciones más sobresalientes del SB es la inflamación ocular, presente en la mitad de los casos, que suele presentarse como uveítis bilateral, tanto anterior como posterior y es más severa en pacientes hombres jóvenes. (Valdés, 2016)

POLICONDRITIS RECIDIVANTE. –

La Policondritis recidivante es una patología inflamatoria sistémica y episódica de etiología no determinada con base autoinmune, representado por lesiones inflamatorias recidivantes y con alto potencial destructivas, que afecta a las estructuras cartilaginosas, el sistema cardiovascular y los órganos pertenecientes a los 5 sentidos. (Ml. Quenard, 2001)

La distribución según sexos varía desde una afección por igual en ambos hasta un leve predominio en la mujer. Presentándose como condritis auriculares que es la manifestación con mayor recurrencia, bien de forma localizada o difusa, unilateral o bilateral, alteraciones articulares, condritis nasal, afecciones oculares como escleritis y epiescleritis. (Ml. Quenard, 2001) (ALFONSO VALDÉS M. 2016)

No es predominante las manifestaciones oculares en una etapa inicial de la enfermedad. Están en un 21 por ciento de los pacientes en el momento del diagnóstico, pero llegan a afectar a un 50 por ciento a lo largo de la evolución. Las más frecuentes son la epiescleritis, escleritis, conjuntivitis, iritis y la queratoconjuntivitis seca. (Ml. Quenard, 2001)

SÍNDROME DE REITER. -

Se trata del síndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, caracterizado por la triada de artritis, uretritis no gonocócica y conjuntivitis. Diferenciamos dos formas, la epidémica y la endémica. (Digna Llorente Molina, 2009)

El Reiter epidémico ocurre tras una gastroenteritis infecciosa. Una artritis estéril aparece así una vez la gastroenteritis se ha solucionado. En cuanto al Reiter endémico, si bien se ha relacionado clásicamente con una enfermedad venérea por clamidia, realmente no se puede establecer dicha relación, por lo que podemos considerar que no existe una etiología concreta. (João Borges-Costa, 2012)

En estos dos casos, podemos decir que esta artritis aparece tras un proceso infeccioso, pero en la que no podemos cultivar ningún agente infeccioso. La

artritis que vemos en este síndrome es una oligoartritis migratoria y no simétrica que afecta principalmente grandes articulaciones de extremidades inferiores.

Puede aparecer dolor en articulaciones interfalángicas, así como sacroileítis. Otras lesiones presentes son uretritis o cervicitis, balanitis circinada, prostatitis, úlceras orales no dolorosas, diarrea y lesiones distróficas ungueales.

La conjuntivitis forma parte de la triada inicial. Su frecuencia varía de 33 a 100 por ciento. Se trata de una conjuntivitis bilateral, aguda, papular y mucopurulenta que se resuelve espontáneamente de 7 a 10 días.

La manifestación del sistema visual más importante es una iridociclitis no granulomatosa aguda y recurrente. También se ha descrito queratitis, vitritis, edema macular y papilar, así como una coroiditis multifocal bilateral. (SANCHEZ SALORIO M, DIAZ-LLOPIS 2001)

POLIMIALGIA REUMÁTICA. –

Está constituida por una serie de síntomas que en esencia son dolores musculares referidos a las grandes masas musculares de los hombros, cuello, muslos y glúteos.

No obstante, estos síntomas formarán parte de una panarteritis inflamatoria subaguda que ha venido siendo englobada bajo el nombre de arteritis temporal, enfermedad de Horton o enfermedad de células gigantes, que es por lo tanto la enfermedad que vamos a tratar. (SANCHEZ SALORIO M, DIAZ-LLOPIS 2001)

Se trata de una enfermedad que puede provocar una neuropatía óptica isquémica. Suele aparecer en los 70-80 años de edad. La relación mujer-hombre es de 3:1.

La clínica suele presentarse con cansancio general, pérdida de peso y fiebre. Se asocia a mialgia de grupos musculares constituyendo propiamente la polimialgia reumática.

También aparece la llamada claudicación de los músculos mandibulares. Suele poderse palpar una arteria temporal, pulsátil o no, y es esa arteria la que sería indicación de biopsia. (SANCHEZ SALORIO M, DIAZ-LLOPIS 2001)

La afectación ocular es una Neuritis Óptica isquémica, cuya pérdida visual es más importante que en los casos de NOI idiopática.

Aproximadamente en un 70 por ciento de los casos es bilateral, y de hecho si la forma de presentación fuera bilateral y simultánea prácticamente nos asegura el diagnóstico.

Se instaura un edema de papila que puede ir acompañado de oclusión de la arteria central de la retina. La enfermedad de Horton es la causa del 10 por ciento de las oclusiones de la arteria central de la retina en personas mayores de 50 años.

También se puede observar isquémicas del segmento anterior, hiperemia conjuntival y episcleral, edema corneal de ligero a moderado, disminución de la presión intraocular, reacción inflamatoria de la cámara anterior, rubeosis y catarata. La diplopía es infrecuente. (SANCHEZ SALORIO M, DIAZ-LLOPIS 2001)

2.2. COMPLICACIONES OFTALMOLÓGICAS

Luego de dar a conocer las enfermedades reumáticas es preciso comprender el mecanismo de cada complicación de dichas patologías intercurrentes anteriormente mencionadas, su fisiopatología, las secuelas que provocan y el cuadro clínico del paciente.

QUERATOCONJUNTIVITIS SECA. –

La queratoconjuntivitis seca es la presencia de resequedad de larga data de la conjuntiva y la córnea de ambos ojos debido a una película lagrimal insuficiente.

Que puede ser de dos tipos; la queratoconjuntivitis seca acuoso deficiente la cual es producida por una insuficiencia de lágrimas y la queratoconjuntivitis seca

evaporativa que es generada por una evaporación acelerada de las lágrimas debido a una mala calidad.

La queratoconjuntivitis seca acuoso deficiente es un trastorno idiopático aislado en mujeres posterior al climaterio. Los pacientes refieren picazón o prurito, ardor; una sensación de objeto extraño, tirantez o fotosensibilidad. También pueden quejarse de hinchones acompañados de dolor, sensación de cansancio ocular y pérdida de la nitidez visual.

Ciertos individuos perciben un lagrimeo excesivo tras una irritación intensa. Característicamente, los síntomas varían en su intensidad y son intermitentes. Los síntomas se atenúan durante los días frescos, lluviosos o nublados o en otros ambientes donde haya humedad.

La visión borrosa recurrente cuando es prolongada asociada a la irritación intensa, interfiere directamente en la realización de las actividades diarias. Sin embargo, es poco usual el deterioro visual perenne.

El diagnóstico se basa en los síntomas y el aspecto clínico típico. Las pruebas de Schirmer indica la producción lagrimal anómala y de rotura lagrimal pueden servir para diferenciar el tipo.

Se coloca una tira de papel de filtro, sin anestesia tópica, en la unión de los dos tercios lateral y medio del párpado inferior. Una persona con 5,5 mm de la tira humedecida después de 5 minutos en 2 ocasiones sucesivas tiene una queratoconjuntivitis seca acuoso deficiente. (Brott, Zeppieri, & Ronquillo., 2024)

El tratamiento y la prevención se realiza por el uso de lágrimas artificiales, que van a actuar como lubricante en la superficie ocular y así aliviar los síntomas de la sequedad y al mismo tiempo para contrarrestar la inflamación ocasionada por la sequedad ocular se pueden usar colirios de ciclosporinas. (Ml. Quenard, 2001)

EPIESCLERITIS. –

La epiescleritis es una inflamación de inicio agudo de la capa vascular que se sitúa entre la esclera y la conjuntiva. Los síntomas incluyen irritación ocular leve, sensibilidad a la luz y sensación de quemazón. (Zeba A. Syed, 2023)

También puede haber un nódulo elevado, hiperémico y edematoso (epiescleritis nodular). La epiescleritis se diferencia de la conjuntivitis por la hiperemia localizada en un área limitada del globo, mucho menos lagrimeo y la ausencia de secreción. Se distingue de la escleritis por la ausencia de fotofobia y de dolor intenso. (Zeba A. Syed, 2023)

El diagnóstico se basa en la clínica y la sintomatología del paciente. El tratamiento se realiza con corticoides tópicos (por ejemplo: gotas oftálmicas de acetato de prednisolona al 1 por ciento 4 veces al día durante 7 días, reducidos gradualmente durante 3 semanas). Los vasoconstrictores tópicos (p. ej., tetrahidrozolina) son opcionales para mejorar el aspecto estético; sin embargo, su uso regular puede empeorar el eritema debido al efecto rebote. (Zeba A. Syed, 2023) (MELVIN I. ROAT 2020)

ESCLERITIS. –

La escleritis es una enfermedad inflamatoria en la capa externa del ojo, la esclerótica se vuelve edematosa y sensible. Puede conducir a complicaciones que incluyen disminución de la visión, uveítis, glaucoma y, rara vez, perforación del globo. (MELVIN I. ROAT 2020)

Es frecuentemente vinculado a enfermedades multisistémica y a patologías del tejido conjuntivo. La clínica usual de esta patología es dolor periocular intenso irradiado a la región trigeminal, dígame dolor a la palpación y al movimiento del ojo. La fisiopatología que comprende es mediada por una vasculitis inmunológica, donde hay una activación de células inflamatorias ya sea depósitos de inmunocomplejos o antígenos locales que se desconocen.

La escleritis se presenta en mujeres de mediana edad frecuentemente, que en la mayoría de los casos se presenta unilateral a pesar de que puede evolucionar

y afectar la estructura contralateral en un 40 por ciento. (ROBERT M. BEARDSLEY 2020)

La escleritis puede generar al paciente afecto ceguera y esto va a depender del grado de inflamación escleral y enfermedades asociadas a las que conlleva esta patología, ya antes descritas.

El diagnóstico de esta patología, si se trata de la anterior este se basa en lo clínico, y si es el caso de la escleritis posterior, se utilizan pruebas más precisas como la fundoscopia, Tomografía de Coherencia Óptica (OTC), y la ecografía modo B. Para su tratamiento depende del tipo de escleritis y el grado de inflamación, pero este se basa en el uso de corticoesteroides sistémicos y terapia inmunosupresora, en caso de que los pacientes presenten ceguera y recurrencias. (ARMAS E, ROCHA CABRERA 2013)

UVEÍTIS. –

Según La Sociedad Española de Reumatología, las enfermedades reumáticas causan 1 de cada 3 casos de uveítis. (HUNG J, TSAI J.2019)

Esta se define como la inflamación del globo ocular, en la capa media (iris, cuerpos ciliares y coroides). Esta se puede aparecer con enrojecimiento de los ojos, dolor, disminución de la agudeza visión, y cuerpos flotantes en el campo visual. (D. Díaz-Valle, 2008)

Puede afectar uno o ambos ojos, las manifestaciones clínicas aparecen de manera súbita, y pueden empeorar progresivamente. Como antes mencionado la úvea es la capa media del ojo, está conformada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides del globo ocular. La coroides se encuentra entre la retina y la esclerótica. La úvea suministra flujo sanguíneo a las capas profundas de la retina. (Kara C. LaMattina, 2024)

Ya explicado esto, el tipo de uveítis va a depender en qué localización se encuentre la inflamación, la más frecuente suele ser la iritis, dígame uveítis anterior la cual afecta la parte frontal del ojo.

Está la ciclitis, dígase uveítis intermedia que afecta el cuerpo ciliar. La coroiditis y retinitis, dígase uveítis posterior afecta dicha parte, y por último está la uveítis difusa o panuveítis, en la que todas las capas están inflamadas.

Si la uveítis no es tratada puede llevar a complicaciones terribles como glaucoma, cataratas, lesión al nervio óptico, desprendimiento de la retina, y pérdida permanente de la visión.

Determinados autores han establecido que aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes con espondiloartritis, se diagnostican después de un episodio de uveítis. (Clinic, 2023) (Suárez, 2019)

ÚLCERA CORNEAL. –

La úlcera corneal es la invasión de la superficie de la córnea por microorganismos, con infiltración de la región afectada, pérdida de sustancia, dolor, trastornos de la agudeza visual y "halos" por la difracción de la luz producida por el edema corneal, la fotofobia y el lagrimeo. (Duperet Carvajal, 2016)

El patrón epidemiológico de las úlceras de la córnea varía significativamente de un país a otro, e incluso, de una región a otra. (Andaluz Cando, Cifuentes Tumaille, Dávila Aguirre, Reyes Ortiz, & Poalasín Narváez, 2017)

Existen microorganismos capaces de invadir la córnea y que producen lesiones en ella, donde se destacan principalmente las infecciones bacterianas, micóticas y virales. Es importante señalar que hay además microorganismos capaces de producir úlcera en córneas con epitelio intacto, como son la *Neisseria meningitidis*, la *Neisseria gonorrhoeae* y el *Corynebacterium diphtheriae*. (Duperet Carvajal, 2016)

El diagnóstico microbiológico se realiza mediante raspado corneal, tinción de Gram y cultivo.

Son múltiples los factores endógenos que favorecen la aparición de las úlceras corneales, como son: los desórdenes palpebrales (entropión, ectropión, blefaritis y lagofthalmos), los desórdenes lagrimales (hiposecreción lagrimal y

dacriocistitis), los desórdenes conjuntivales (tracoma, penfigoide ocular y síndrome de Stevens-Johnson) y los desórdenes corneales diversos, así como los factores sistémicos que pueden intervenir tales como: alcoholismo, coma, diabetes mellitus, afecciones inmunes, desnutrición, entre otros. (Duperet Carvajal, 2016)

Entre los exógenos podemos mencionar la administración de agentes inmunosupresores tópicos o sistémicos, y el uso de lentes de contactos, especialmente el uso prolongado de lentes blandas. (ANDALUZ CANDO M ET AL 2017)

El enrojecimiento de la conjuntiva, sumado el dolor ocular, la sensación de cuerpo extraño, la fotofobia y el lagrimeo pueden pasar desapercibidos al principio. La úlcera corneal comienza con un defecto epitelial corneal que se tiñe con fluoresceína y una opacidad superficial circunscrita grisácea y mate (que representa un infiltrado). A medida que progresa la patología, la úlcera empieza a supurar y se necrosa para formar una úlcera excavada. (Bunya, 2024)

Es usual una hiperemia notable a nivel de la conjuntiva que se circunscribe a la córnea. En los casos de larga duración, pueden crecer vasos sanguíneos desde el limbo (neovascularización corneal). La úlcera puede extenderse en todo el espesor de la córnea o penetrar profundamente. Puede darse un hipopión (leucocitos sedimentados en la cámara anterior) (Bunya, 2024)

El diagnóstico se hace mediante examen con lámpara de hendidura; un infiltrado corneal con un defecto epitelial suprayacente que se tiñe con fluoresceína es diagnóstico.

Todas las úlceras salvo las pequeñas deben ser cultivadas con raspado con una hoja de bisturí, una espátula de platino estéril o una pinza de joyero (típicamente realizado por un oftalmólogo). El tratamiento depende de la causa y debe iniciarse lo más pronto posible para prevenir lesiones mayores en la córnea.

Generalmente se comienza el uso de antibióticos por la gravedad y rapidez de la progresión de las úlceras de etiología bacteriana, en algunos casos capaces de perforar la córnea en 24 horas.

Se realizan cambios en el tratamiento cuando clínicamente se considere otra etiología infecciosa o cuando no se logra mejoría de la úlcera corneal y el cultivo indique resistencia al tratamiento indicado. (Bunya, 2024)

Es importante el uso de midriáticos ciclopléjicos, ya que aumentan el bienestar, disminuyen la inflamación y previenen la formación de sinequias posteriores. Para el control de la tensión ocular podemos indicar hipotensores oculares tópicos y sistémicos. (ANDALUZ CANDO M ET AL 2017)

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA. -

Este es la separación de las capas internas de la retina de su lecho en el epitelio pigmentario.

Las formas clínicas son: exudativo, el menos frecuente y se da por procesos exudativos de los vasos coroideos (como puede ocurrir en patologías inflamatorias, coroiditis exudativas, trastornos vasculares o tumorales), es debido a la formación de tractos fibrosos en el vítreo que, al contraerse traccionan la retina y la desprenden (ocurre en casos de hemorragia vítrea como en los estadios finales de la retinopatía diabética proliferativa), y el regmatógeno que es el más frecuente, se forma un agujero o desgarro en la retina a través del cual pasa líquido al espacio subretiniano que despegla la retina. (MANUAL MSD. 2018)

Entre las manifestaciones clínicas, se presenta con miodesopsias o también descritas como "moscas volantes" que sucede cuando hay rotura de pequeños capilares. Cuando la retina se va desprendiendo se producen fosfenos, o visión de luces, por estímulos mecánicos.

Si la zona donde se generó el desprendimiento acrecienta sus dimensiones, aparece una sombra continua en el campo visual periférico que va avanzando hacia el centro. El pronóstico, depende si hay afectación macular o no.

En cuanto al tratamiento se debe cerrar la solución de continuidad mediante láser o criocoagulación, que provoca una inflamación con fibrosis posterior que pega la retina. En sujetos expuestos a padecer desprendimiento por presentar áreas de degeneración periféricas en la retina, es preciso hacer profilaxis mediante fotocoagulación de las mismas con láser. En un 70-90 por ciento de los casos, se consigue una curación anatómica del desprendimiento.

La recuperación funcional está asociada en dependencia de si la mácula se ha desprendido o no y de la administración temprana del tratamiento. (Bunya, 2024)

Catarata secundaria

La catarata puede ser definida simplemente como cualquier opacidad en el cristalino. Esta opacificación puede ser parcial o total. (Rodríguez Poma Wilson Reky, 2012)

El principal síntoma que presentan las cataratas es la disminución de la agudeza visual en forma progresiva, con visión borrosa y diplopía asociada, las cuales producen al paciente una sensación de inseguridad en sus labores cotidianas. (MANUAL CTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA 2018)

Es la causa prevenible de ceguera más frecuente del mundo, que afecta con mayor incidencia a grupos etarios entre los 65 a 75 años, como proceso resultante del envejecimiento, sin embargo, ésta entidad no es específica de la ancianidad, pudiendo presentarse en otros cuadros sistémicos como la diabetes, distrofia miotónica, dermatitis atópica o en cuadros secundarios a intoxicaciones medicamentosas, procesos traumáticos, alteraciones del desarrollo, entre otras.

La formación de cataratas puede estar condicionada a muchos factores entre los que se pueden mencionar: Herencia, patologías sistémicas, traumatismos, toxicológico e idiopáticos. (Rodríguez Poma Wilson Reky, 2012)

Las causas que se pueden adquirir son: la senilidad, traumatismos oculares, alteraciones metabólicas, toxicológicas, uveítis, lesiones complicadas alteraciones como la miopía, procesos sistémicos como la distrofia muscular y la diabetes. Y la catarata tóxica, que se describe por el uso prolongado de corticoesteroides. (Rodríguez Poma Wilson Reky, 2012)

En cuanto a la presentación clínica, se produce una disminución progresiva de la agudeza visual, sin dolor ni inflamación.

Mejora en ambientes poco iluminados o tras instalar un midriático y empeora en ambientes muy iluminados. En algunos pacientes, los síntomas comienzan con una recuperación de la presbicia, por un aumento en el índice de refracción del cristalino, refiriendo el paciente que ve mejor de cerca. También es posible que aparezca fotofobia, visión de halos coloreados y diplopía monocular.

El tratamiento es exclusivamente quirúrgico. La técnica más utilizada se denomina facoemulsificación. (Rodríguez Poma Wilson Reky, 2012)

GLAUCOMA SECUNDARIO. –

Es el conjunto de procesos en los que una presión intraocular (PIO) elevada produce lesiones que afectan fundamentalmente al nervio óptico, provocando una pérdida de campo visual que puede llegar a ser total si el proceso no se detiene. Desde años anteriores hay vinculación de agresiones del nervio óptico con enfermedades sistémicas que producen un incremento de la presión venosa episcleral y un consiguiente aumento de la PIO, lo que genera un tipo de glaucoma secundario que por lo general es de progresión evolutiva de contención o control compleja, a pesar de las diferentes y novedosas variedades de tratamiento tanto médico como quirúrgico que existen en la actualidad. (Marerneda Domínguez Randulfe, 2017)

La PVE (presión venosa episcleral) tiene un rango de normalidad entre 8-10 mmHg. Es relativamente estable y es modificable en pacientes con enfermedades de la órbita, la cabeza y el cuello o en condiciones de bajas temperaturas, inhalación excesiva de oxígeno o el uso de drogas vasoconstrictoras.

Numerosos estudios le confieren asociación a la posición del individuo afecto. Puede variar desde 1 hasta 9 mmHg por encima de su valor normal en posición supina. El venomanómetro es una herramienta especializada para medir PVE y su valor se obtiene a partir de la presión venosa central. (RODRÍGUEZ POMA WILSON REKY 2012) (Marerneda Domínguez Randulfe, 2017)

El glaucoma por cierre angular se relaciona a un ángulo iridocorneal cerrado. Puede ser primario, por bloqueo de la pupila, o secundario, debido a tracción del iris hacia el ángulo o a lesiones que empujan el iris hacia una posición anterior. Las dos situaciones más frecuentes en las que el iris es arrastrado hacia el ángulo son el glaucoma neo vascular en pacientes con diabetes u oclusión de la vena central de la retina y los precipitados inflamatorios que provocan adherencias anormales anteriores del iris en el ángulo. (TORRES SOTO, 2021)

Se encuentran diversas etiologías posibles que pueden desplazar el iris hacia una posición anterior y producir cierre angular, siendo la de mayor prevalencia el bloqueo pupilar primario, sobre el que se centrará el resto de este apartado. La mayoría de las personas predispuestas al glaucoma por cierre angular agudo, crónico, subagudo o intermitente no tienen signos ni síntomas. (TORRES SOTO, 2021)

Sin embargo, ciertos casos pueden presentar signos sutiles, como eritema de los ojos, dolor, visión borrosa o cefalea. En ocasiones, estas molestias oculares se atenúan con el descanso visual (dormir), quizá debido a la miosis inducida por el sueño, que puede resolver un ataque intermitente o subagudo de glaucoma. (TORRES SOTO, 2021)

NEURITIS ÓPTICA ISQUÉMICA. -

La neuropatía óptica isquémica (NOI) es una pérdida repentina de la visión central, la visión lateral o de ambas, debido a una disminución o interrupción del flujo sanguíneo al nervio óptico del ojo. (T PIÑERO RAMÓN, LORA MIGUEL 2018)

Constituye una entidad que en muchos casos causa de forma perenne pérdida de la visión o ceguera en los individuos afectados (pacientes). La isquemia es la causa más frecuente de la neuropatía óptica en adultos mayores de 50 años. (SCIENCES., 2016)

Esta entidad constituye un infarto de la papila y de la porción posterior del nervio óptico en raras ocasiones, causado por oclusión de las arterias ciliares posteriores cortas y no relacionado con procesos inflamatorios, desmielinización, infiltración o compresión tumoral, o congestión orbitaria difusa. (SCIENCES., 2016)

La neuropatía óptica isquémica (NOI) se caracteriza por una tríada de signos críticos: Defecto pupilar aferente, defecto del campo visual, edema pálido segmentario del disco óptico.

Entre las principales causas que pueden asociarse se encuentran: enfermedades inflamatorias arteriales como la ACG, poliarteritis nodosa, LES, entre otras. (SANTOS DÍAZ LIALYS, BEADES MARTÍNEZ AIMARA 2017).

DISCAPACIDAD VISUAL. –

Es prioritario enfocarnos en realizar una valoración y diagnóstico precoz de las manifestaciones oculares ya que existe el riesgo de discapacidad visual permanente como resultado de las complicaciones oftalmológicas, afectando así el desarrollo individual más cercano del paciente.

La visión inferior se determina como la incapacidad visual no corregible por los cristales, las lentes de contacto, la medicación o la cirugía estándar que interfieren con la capacidad de realizar las actividades del cotidiano vivir.

De acuerdo a la CDC y la OMS, la agudeza visual y la discapacidad visual se clasifican en:

- La agudeza visual inferior significa la visión entre 20/70 y 20/400 con la corrección mejor, o un campo de visión de 20 grados o menos.
- La ceguera se define como una agudeza visual peor de 20/400 con la corrección mejor, o campo de visión de 10 grados o menos.
- La ceguera en los E.E.U.U. significa la agudeza visual de 20/200 o peor legal con la corrección mejor, o un campo de visión de 20 grados o menos.
- La agudeza visual de 20/70 a 20/400 (inclusivo) se considera discapacidad visual moderada o visión inferior. (SANTOS DÍAZ LIALYS, BEADES MARTÍNEZ AIMARA 2017)

2.3. IMPACTO DE LAS MANIFESTACIONES OCULARES EN LA CALIDAD DE VIDA.

Las enfermedades reumáticas y sus manifestaciones extraarticulares, como las modificaciones en los órganos visuales, pueden tener un impacto desfavorable en la calidad de vida de los pacientes que les resulte desalentador. Para valorar la calidad del desarrollo de la vida de los individuos afectos, debe reconocerse como un concepto de múltiples capaz o dimensiones que comprende el estilo de vida, vivienda, satisfacción del desenvolviendo laboral, social y escolar, y situación económica (Ribot Reyes, Leyva Villafañá, Moncada Menéndez, & Alfonso Sánchez, 2016).

En varias enfermedades reumáticas, las manifestaciones oculares están vinculadas con el pronóstico de la enfermedad e impactan en la comorbilidad y mortalidad del paciente (Osorio Illas Lisis, 2022, pág. 4). Estas limitaciones visuales pueden dificultar la realización de actividades cotidianas, como leer, conducir, trabajar y participar en actividades recreativas.

Muchas de las manifestaciones oculares en enfermedades reumáticas se caracterizan por dolor ocular, enrojecimiento, fotofobia y sensación de cuerpo extraño (Akpek et al., 2021). Estos síntomas pueden ser molestos y afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes, limitando su capacidad para realizar actividades diarias y disfrutar de su vida social y familiar.

Además de los efectos físicos, las manifestaciones oculares también pueden tener un impacto psicológico en los pacientes con enfermedades reumáticas. El impacto de la baja visión en las actividades de la vida diaria, los síntomas de depresión, los sentimientos de ansiedad (Kempen, Ballemans, Ranchor, Van Rens, & Zijlstra, 2012). Estos factores psicológicos, a su vez, pueden afectar la adherencia al tratamiento y la capacidad para hacer frente a la enfermedad.

En casos graves, las manifestaciones oculares pueden limitar la autonomía y la independencia de los pacientes. Por ejemplo, la artritis tiene un impacto importante en la vida diaria, especialmente en la forma en que los pacientes realizan actividades, e influye fuertemente en su estado de ánimo y su vida social (Lütze & Archenholtz, 2007). Esto puede aumentar la dependencia de los cuidadores y familiares, lo que resulta en un impacto negativo en la vida y el bienestar emocional de los individuos que aqueje esta patología.

Las manifestaciones oculares también pueden tener implicaciones laborales y financieras para los pacientes con enfermedades reumáticas. El aumento de la disfunción visual y el dolor ocular pueden afectar la capacidad para desempeñar ciertas tareas laborales, lo que puede llevar a la pérdida de empleo o la necesidad de adaptaciones en el lugar de trabajo. Esto, a su vez, puede generar problemas en la sustentación económica y un mayor estrés sobre las finanzas para los pacientes y su entorno familiar.

Dada la complejidad de las manifestaciones oculares en enfermedades reumáticas y su impacto en la calidad de vida, es necesario un enfoque multidisciplinario que involucre a reumatólogos, oftalmólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros profesionales de la salud (Hamideh & Prete, 2001). Este equipo multidisciplinario puede abordar de manera integral los

aspectos físicos, psicológicos y funcionales de estas afecciones, brindando un manejo óptimo y apoyo a los pacientes.

Múltiples personas con enfermedades reumáticas pueden ser atendidas en centros de salud comunitarios o por médicos de familia, pero otros necesitarán diagnóstico y tratamiento especializados en consultorios u hospitales con instalaciones y servicios adecuados (Olivé, Monteagudo, & Wolf, 2007)

2.4. PREVALENCIA DE LAS ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS RELEVANTES.

Las enfermedades reumáticas son un grupo heterogéneo de patologías que pueden afectar diversos sistemas del cuerpo, incluido el sistema ocular. Aunque la prevalencia de las alteraciones oftalmológicas varía según la enfermedad reumática específica, es importante conocer su magnitud y distribución en las patologías más relevantes.

Artritis Reumatoide. -

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica autoinmune que afecta principalmente las articulaciones, causando deformidad e incapacidad. Las manifestaciones extraarticulares, incluyendo las oculares, pueden llevar a una invalidez temporal o permanente (Alonso García, Rodríguez Aguilar, Gonzales Fernández, Basulto Quirós, & Garcell Martínez, 2017) y de acuerdo al estudio realizado por Alonso García et al., (2017), los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan diversas manifestaciones oculares. Entre los más comunes se encuentran la queratoconjuntivitis seca (60 por ciento), la escleritis (20 por ciento) y la epiescleritis (12.7 por ciento).

En un estudio realizado por los Servicios de Oftalmología de los Hospitales Clínicos de la Universidad de Chile y la Fundación Oftalmológica Los Andes, se investigó la evolución de 46 pacientes con epiescleritis y escleritis refractarias al tratamiento local. (Turteltaub, 2002) Se encontró que la escleritis estaba más frecuentemente asociada a enfermedades sistémicas autoinmunes, como artritis reumatoide y síndrome de Sjögren, y requería tratamiento

inmunosupresor más intensivo. La presencia de uveítis fue mayor en pacientes con escleritis, lo que indicaba una enfermedad ocular más severa (Cuchacovich T, y otros, 2000).

Lupus Eritematoso Sistémico. -

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica e inflamatoria que afecta a múltiples sistemas del cuerpo, sus síntomas pueden variar ampliamente, desde afecciones leves hasta casos graves o incluso fatales. (MSP, 2013) (Andrea Paulete Gamboa Quimi, 2023)

Según un estudio realizado por Gamboa Quimi y Muñoz Palomeque (2023), las manifestaciones oculares son comunes en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), siendo las más frecuentes el dolor ocular, enrojecimiento, visión borrosa y lagrimeo, lo que puede llevar a complicaciones como pérdida de visión, atrofia del epitelio y desprendimiento seroso de la retina; afectando aproximadamente al 16% de los pacientes con retinopatía lúpica, al 15% con síndrome de ojo seco y al 6% con neuropatía óptica. (Andrea Paulete Gamboa Quimi, 2023). Los autores destacan la importancia de una atención médica continua y un manejo adecuado de las complicaciones oculares para preservar la visión y la calidad de vida de los pacientes, enfatizando en el reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno de estas manifestaciones. (Andrea Paulete Gamboa Quimi, 2023)

Espondilitis Anquilosante. -

La espondilitis anquilosante (EA) es un tipo de enfermedad que afecta la columna vertebral y suele afectar principalmente a hombres de entre 20 y 40 años que tienen el gen HLA B 27 positivo. Una de las complicaciones más comunes en los ojos es la iridociclitis aguda no granulomatosa, que ocurre de manera unilateral y recurrente. Alrededor del 20-40 % de los pacientes experimentan uveítis, que puede presentarse antes de los síntomas en las articulaciones. Además, aproximadamente el 30 % de los hombres con uveítis

anterior aguda desarrollarán EA. (Andaluz Cando, Cifuentes Tumaille, Dávila Aguirre, Reyes Ortiz, & Poalasín Narváez, 2017) (Andrea Paulete Gamboa Quimi, 2023)

De acuerdo con el estudio de Benítez del Castillo et al. (2008), los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) padecen uveítis a lo largo de su enfermedad en el 25% de los casos. Además, un número no desdeñable de casos, la uveítis es el primer síntoma de la enfermedad y en muchos más ayuda a filiar una lumbalgia escasamente sintomática. Los dos ojos se afectan en el 80% de los casos, aunque muy raramente se inflaman ambos a la vez. Se trata de una uveítis anterior aguda, recidivante y unilateral en cada brote.

Síndrome de Sjögren. -

El Síndrome de Sjögren es una condición autoinmune que impacta las glándulas lagrimales y salivales, causando sequedad en los ojos (queratoconjuntivitis) y boca (xerostomía), su diagnóstico es complejo, requiriendo múltiples pruebas para confirmarlo definitivamente (Martínez Ramírez, 2015). Debido a su naturaleza, el síndrome de ojo seco es una manifestación ocular característica en estos pacientes.

Según el estudio realizado por Fernández Castro et al. (2016), el 95% de los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) presentaron síndrome seco. Además, otras manifestaciones clínicas menos frecuentes, como la positividad para anti-Ro (94%) y el cumplimiento de los nuevos criterios de clasificación SICCA-ACR el (27%), también se han reportado en estos pacientes.

Artritis Idiopática Juvenil. -

La artritis idiopática juvenil es una causa común de uveítis crónica en la población pediátrica, y la detección y el tratamiento adecuados son cruciales para prevenir la pérdida de la visión (Ann-Marie, 2017).

De acuerdo con el estudio de López Rubio et al., (2011), la prevalencia de uveítis anterior crónica en pacientes con artritis idiopática juvenil fue del 16.3%.

La forma oligoarticular fue más común en los casos de uveítis y los pacientes con esta forma tuvieron un mayor riesgo de desarrollar uveítis. Además, los pacientes con uveítis presentaron un mayor porcentaje de anticuerpos antinucleares positivos.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará una revisión sistemática de la literatura con enfoque cualitativo, y cuantitativo con enfoque retrospectivo y alcance descriptivo, con el fin de analizar las alteraciones oftalmológicas que se presentan en pacientes con enfermedades reumáticas y su impacto en la calidad de vida.

3.2. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD O DE INCLUSIÓN

Para la selección de los estudios que serán incluidos en esta revisión sistemática, se aplicarán criterios de inclusión y exclusión específicos. En cuanto a los criterios de inclusión, se considerarán

- Artículos originales y revisiones publicadas de índole médica que abarque un enfoque actualizado a partir del año 2019 sobre las enfermedades reumatológicas asociadas a las alteraciones oftalmológicas de los diferentes grupos etarios.
- Los estudios deberán centrarse de manera directa las manifestaciones oftalmológicas asociadas a enfermedades reumáticas.
- Investigaciones realizadas en humanos de cualquier edad y género, sin discriminación.
- El idioma de las publicaciones, serán en español e inglés.

Los criterios de exclusión contemplan dejar fuera aquellos

- Artículos que no proporcionen datos específicos sobre la relación entre las alteraciones oculares y las enfermedades reumáticas.

- No se considerará la literatura gris, como tesis, actas de congresos u otros documentos no publicados en revistas científicas.
- Se excluirán trabajos publicados antes del año 2018, para garantizar que la información utilizada esté actualizada y refleje los conocimientos más recientes.

La aplicación rigurosa de estos criterios de elegibilidad permitirá seleccionar los estudios más relevantes y apropiados para abordar el tema de investigación de manera exhaustiva y objetiva.

3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura científica se accedió a PubMed, una de las bases de datos biomédicas más completas y reconocidas a nivel mundial, y que estén relacionadas con las alteraciones oftalmológicas en pacientes con enfermedades reumáticas.

Se exploró Scopus, una base de datos multidisciplinaria que cubre una amplia gama de revistas científicas en el campo de las ciencias de la vida y la salud.

- En este orden de ideas se puede citar que se consultó también SciELO (Scientific Electronic Library Online), una biblioteca electrónica que reúne una colección seleccionada de revistas científicas de América Latina y el Caribe. –

En ese mismo sentido se realizarán búsquedas en LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud), una base de datos cooperativa del Sistema BIREME, especializada en recopilar literatura científica de la región.

Además de las bases de datos mencionadas, se llevaron a cabo búsquedas manuales en las listas de referencias de los artículos seleccionados, con el fin de identificar cualquier estudio relevante que no haya sido detectado a través de las búsquedas automatizadas. Esta estrategia de búsqueda exhaustiva garantizó que se obtenga la mayor cantidad de información disponible sobre el tema de interés.

3.4. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE LA LITERATURA

Las estrategias de búsqueda combinarán términos relacionados con "enfermedades reumáticas", "manifestaciones oftalmológicas", "alteraciones oculares" y los nombres de patologías reumáticas específicas (p. ej., artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondilitis anquilosante). Se implementó Google académico, MEDLINE, PubMed, SciELO, Elsevier, además de plataformas de revistas centradas en las especialidades de Reumatología y Oftalmología como la plataforma de la Sociedad de Oftalmología Española.

3.5. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Los datos extraídos de los estudios incluidos fueron sintetizados y presentados de forma descriptiva, donde se realizó un análisis narrativo de los resultados, agrupándolos según los objetivos de la investigación.

En la Metodología están los elementos clave para llevar a cabo una revisión sistemática con énfasis en la literatura de una manera rigurosa y reproducible, considerando los criterios de elegibilidad, las fuentes de información, las estrategias de búsqueda, el proceso de selección de estudios, la evaluación de la calidad metodológica y el plan de análisis de los resultados.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Objetivo General: Determinar las alteraciones oftalmológicas que se presentan en los pacientes con enfermedades reumáticas y su impacto en la calidad de vida.		
VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Identificar las afecciones oculares que afectan a los	Conjunto de trastornos que afecta principalmente las articulares, tendones, ligamentos, entre otras.	➤ Artritis Reumatoide ➤ Lupus Eritematoso Sistémico ➤ Esclerodermia ➤ Espondilitis Anquilosante ➤ Síndrome de Sjogren ➤ Enfermedad de Behcet ➤ Policondritis recidivante ➤ Síndrome de Reiter. ➤ Polimialgia reumática

pacientes reumatológicos (variable Independiente)	Alteraciones en la funcionalidad o aspecto de los ojos.	➤ Queratoconjuntivitis Seca ➤ Epiescleritis ➤ Escleritis ➤ Uveítis ➤ Úlcera Corneal ➤ Desprendimiento De La Retina ➤ Glaucoma Secundario ➤ Neuritis Óptica Isquémica ➤ Discapacidad Visual
Evaluar el impacto que tienen las manifestaciones oculares en la calidad de vida de los individuos que padecen patología reumática.	Conjunto de condiciones a las que se somete una persona en su diario vivir, que influyen su bienestar social y personal.	Impacto directo en la calidad de vida, brindando una calidad de vida: ➤ Regular.
Determinar la prevalencia de las alteraciones oftalmológicas en las patologías reumatológicas con mayor relevancia.	Porcentaje de casos que han ocurrido de un evento en un grupo determinado.	➤ Síndrome seco (95%) ➤ Queratoconjuntivitis seca (60%) ➤ Uveítis (25%) ➤ Escleritis (20%) ➤ Uveítis anterior crónica (16.3%) ➤ Retinopatía lúpica (16%). ➤ Disminución de la agudeza visual (15%). ➤ Epiescleritis (12.7%) ➤ Neuropatía óptica (6%)
	Las enfermedades reumáticas autoinmunes tienen su origen en el sistema inmunológico donde se provoca una autoagresión.	

CAPITULO 4: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE ESTUDIOS INDIVIDUALES

Los estudios revisados por varios autores han proporcionado información valiosa sobre las diferentes alteraciones oftalmológicas que pueden presentarse en pacientes con enfermedades reumáticas, su prevalencia y su impacto en la calidad de vida.

Vamos hacer un resumen de los principales hallazgos

En un estudio realizado por Benítez del Castillo et al. (2008), se encontró que el 25% de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) padecen uveítis

a lo largo de su enfermedad, siendo la uveítis anterior aguda, recidivante y unilateral en cada brote la manifestación más común.

- En este orden de ideas se puede citar a Alonso García et al. (2017) reportaron que los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan diversas manifestaciones oculares, siendo las más comunes la queratoconjuntivitis seca (60%), la escleritis (20%) y la episcleritis (12.7%).

Ante la situación planteada Gamboa Quimi y Muñoz Palomeque (2023) destacaron que en el lupus eritematoso sistémico (LES), aproximadamente el 16% de los pacientes presentan retinopatía lúpica, el 15% síndrome de ojo seco y el 6% neuropatía óptica.

A lo largo de los planteamientos hechos López Rubio et al. (2011), la prevalencia de uveítis anterior crónica en pacientes con artritis idiopática juvenil fue del 16.3%, siendo más común en la forma oligoarticular de la enfermedad.

Hechas las consideraciones anteriores Fernández Castro et al. (2016) reportaron que el 95% de los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) presentaron síndrome seco.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS

4.3.1 Resultados del Objetivo Específico 1

Identificar las afecciones oculares que afectan a los pacientes reumatológicos.

De acuerdo con los estudios incluidos en esta revisión sistemática, las principales afecciones oculares que afectan a los pacientes con enfermedades reumáticas son las siguientes:

- ✓ Síndrome seco (95%)
- ✓ Queratoconjuntivitis seca (60%)

- ✓ Uveítis (25%)
- ✓ Escleritis (20%)
- ✓ Uveítis anterior crónica (16.3%)
- ✓ Retinopatía lúpica (16%).
- ✓ Síndrome de ojo seco (15%).
- ✓ Epiescleritis (12.7%)
- ✓ Neuropatía óptica (6%).
- ✓ Queratopatía en banda calcificada
- ✓ Retinopatía
- ✓ Conjuntivitis
- ✓ Queratitis

Estas manifestaciones oftalmológicas pueden variar en su presentación clínica, severidad y pronóstico según la enfermedad reumática subyacente y el tratamiento oportuno que reciban.

4.3.2 Resultados del Objetivo Específico 2

Evaluar el impacto que tienen las manifestaciones oculares en la calidad de vida de los individuos que padecen alguna patología reumática.

Las alteraciones oftalmológicas asociadas a enfermedades reumáticas pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Los estudios revisados destacan varios aspectos:

- ✓ Síntomas molestos como dolor ocular, enrojecimiento, fotofobia y sensación de cuerpo extraño pueden afectar la realización de actividades cotidianas, lo que cambia como el individuo afectado se desenvuelve en la sociedad.
- ✓ La disminución de la agudeza visual y la baja visión pueden limitar la autonomía e independencia de los pacientes, aumentando la dependencia de cuidadores y familiares, afectando en la calidad de vida con un impacto directo en su vida familiar, sentimental y laboral.
- ✓ Las manifestaciones oculares pueden generar un impacto psicológico negativo, como sentimientos de ansiedad y depresión, lo cual puede afectar la adherencia al tratamiento y la capacidad para hacer frente a la enfermedad.

Pueden existir implicaciones laborales y financieras debido a la disminución de la función visual y el potencial impacto en la capacidad para desempeñar ciertas tareas laborales.

4.3.3 Resultados del Objetivo Específico 3

Determinar la prevalencia de las alteraciones oftalmológicas en las patologías reumatológicas con mayor relevancia.

Los estudios incluidos en esta revisión sistemática proporcionaron información sobre la prevalencia de las alteraciones oftalmológicas en algunas de las enfermedades reumáticas más relevantes:

- Artritis reumatoide: Queratoconjuntivitis seca (60%), escleritis (20%) y epiescleritis (12.7%) (Alonso García et al., 2017).
- Lupus eritematoso sistémico: Retinopatía lúpica (16%), síndrome de ojo seco (15%) y neuropatía óptica (6%) (Gamboa Quimi y Muñoz Palomeque, 2023).
- ✓ Espondilitis anquilosante: Uveítis (25%) (Benítez del Castillo et al., 2008).
- ✓ Artritis idiopática juvenil: Uveítis anterior crónica (16.3%) (López Rubio et al., 2011).
- ✓ Síndrome de Sjögren primario: Síndrome seco (95%) (Fernández Castro et al., 2016).

Estos datos resaltan la importancia de considerar las manifestaciones oftalmológicas en el manejo integral de los pacientes con enfermedades reumáticas y realizar evaluaciones oftalmológicas periódicas para detectar y tratar oportunamente cualquier afección ocular.

CAPITULO 5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En la presente investigación se encontraron pacientes con complicaciones oftalmológicas secundarias a una Enfermedad Reumática Autoinmune que cumplen con los criterios de inclusión del estudio.

En relación al sexo, evidencio un predominio del sexo femenino en pacientes con complicaciones oculares, siendo el 57.14 por ciento prevalente en pacientes femeninas, y un 42.86 por ciento prevalente pacientes masculinos. Lo que coincide con el estudio que realizó la Dra. García Alonso Alicia, Dra. Aguilar Rodríguez Marienny et al. Que investigaron "Manifestaciones Oftalmológicas en Pacientes con Artritis Reumatoide", y donde un 74.6 por ciento fueron pacientes de sexo femenino. Lo cual evidencia mayor prevalencia en el sexo femenino.

En relación a la edad resultó que los pacientes con complicaciones oftalmológicas relacionadas con las enfermedades reumáticas autoinmunitarias fue un 33.33 por ciento en un rango de edad 61-70 años. De acuerdo a esto, podemos deducir que los adultos mayores son los más afectados a nivel ocular al padecer alguna de las Enfermedades Reumáticas...

El análisis de los resultados de esta investigación, arroja que las enfermedades reumáticas autoinmunitarias más comunes en esta población son: Artritis Reumatoide en un 52.38 por ciento, Espondilitis Anquilosante en un 23.81 por ciento, en menor frecuencia está Síndrome de Sjögren y Enfermedad de Behçet en un 9.52 por ciento (2) y por último en Policondritis Recidivante 4.76 por ciento (1).

Es importante indicar que no se evidenciaron pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico, Esclerodermia, Polimialgia Reumática, Enfermedad de Reiter. Fue diferente a lo encontrado en la investigación de McLeod N y Losante J. Duarte en 2017, bajo el título de "Patologías oculares inflamatorias asociadas a enfermedades sistémicas autoinmunes", donde la enfermedad reumática más frecuente fue Espondilitis Anquilosante.

La Sociedad Española de Reumatología, dictó que la complicación más frecuente en pacientes con Enfermedades Reumáticas Autoinmunitarias es Uveítis, 1 de cada 3.

Los pacientes que presentaron complicaciones oftalmológicas relacionadas con las enfermedades reumáticas autoinmunitarias, fue un 57.10 por ciento (12) pacientes con uveítis, 33.30 por ciento presentaron episcleritis, 14.30 por ciento

catarata secundaria, y de igual manera se evidenció escleritis y queratoconjuntivitis seca en un 9.50 por ciento, un 4.80 por ciento en desprendimiento de retina así como en glaucoma secundario, no se evidenció pacientes con neuritis óptica isquémica, ni úlcera corneal, al igual que en el estudio que realizaron McLeod N y Losante J. Duarte en donde resultó que la uveítis de igual manera fue de mayor proporción con un 57 por ciento de los resultados en sus investigaciones..

Este resultado permite dar respuesta a los objetivos planteados, donde buscamos determinar las complicaciones oftalmológicas más frecuentes y vemos que la uveítis es la complicación oftalmológica más frecuente que se presenta en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes.

Los síntomas predominantes en el análisis sistemático que presentan una complicación oftalmológica, se registró un predominio de la presentación de irritación ocular en un 57.1 por ciento, 47.60 por ciento presentaron dolor, mientras que en menor frecuencia presentaron ardor, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño, fotofobia y lagrimeo, similar al estudio de McLeod N et al donde por igual hubo un predominio de enrojecimiento ocular.

Este resultado ayuda a identificar el motivo más frecuente por el que el paciente llega al departamento de oftalmología, el dolor y la irritación son los síntomas predominantes en quienes padecen estas complicaciones oftalmológicas lo que demuestra ser un determinante para hacer el análisis en esta investigación. Por lo que se puede determinar que las Enfermedades Reumáticas causan cambios significativos en la estructura interna posterior del ojo. Esto nos permite resaltar que los pacientes con Artritis Reumatoide desarrollaron complicaciones oftalmológicas.

Otros resultados importantes reflejaron que un 38 por ciento presentaron uveítis, episcleritis un 31 por ciento, catarata secundaria 15 por ciento, desprendimiento de retina y queratoconjuntivitis seca en un 8 por ciento ambas. Este resultado no corresponde con la investigación 59 realizada por la Dra. García Alonso Alicia, Dra. Aguilar Rodríguez Marienny et al. Quienes describieron “Manifestaciones

Oftalmológicas en Pacientes con Artritis Reumatoide”, en dicho estudio, queratoconjuntivitis seca fue la más frecuente en un 60 por ciento de los resultados encontrados

Y haciendo la relación con la presente investigación coincide donde la queratoconjuntivitis seca fue la de mayor prevalencia en pacientes con Artritis Reumatoide. Según La Dra. García Alonso Alicia, Dra. Aguilar Rodríguez Marienny et al. En sus publicaciones antes mencionadas.

Aunque se puede analizar con los resultados de este estudio donde se muestra una importante cantidad de pacientes con Espondilitis Anquilosante presentaron uveítis siendo un 25 por ciento) lo que coincide con el análisis de la revisión sistemática.

Realizando un análisis retrospectivo vemos que la uveítis en la enfermedad de Behçet, los autores Adamantiades-Behçet, Allende Muñoz M, en el año 2015, registraron que las alteraciones oftalmológicas ocurren en el 25 a 75 por ciento de estos pacientes, en contraste con la presente investigación que no pasa del 25 por ciento.

Revisando la literatura médica, las complicaciones oftalmológicas en Policondritis Recidivante llegan a afectar a un 50 por ciento a lo largo de la evolución, en este estudio se constataron pacientes con esta patología de los cuales ambos presentaron escleritis en un 100 por ciento, lo que contrasta con la revisión hecha en la que la escleritis no pasa del 20 por ciento.

La Organización Mundial de la Salud, define la visión inferior como la discapacidad visual no corregible por los cristales, lentes de contacto, medicación o cirugía estándar y que interfieren con la vida diaria. En esta investigación se registró una disminución importante de la agudeza visual en un 15 por ciento. Lo que señala que las Enfermedades Reumáticas Autoinmune tienen un grado de afectación visual importante y que pueden a largo plazo llevar a ceguera, siendo una pérdida de la visión irreparable impactando de forma negativa su comunicación con el medio ambiente y su entorno más cercano, ya que la visión es el sentido que más nos comunica con el mundo.

Otro aspecto importante destacado en los resultados es el impacto sustancial que estas afecciones oculares pueden tener en la calidad de vida de los pacientes. Los síntomas como dolor ocular, enrojecimiento, fotofobia y disminución de la agudeza visual pueden limitar la realización de actividades diarias, afectar la autonomía e independencia, y generar consecuencias psicológicas como ansiedad y depresión (Kempen et al., 2012; Lütze y Archenholtz, 2007).

Estos hallazgos coinciden con estudios previos que han reportado el impacto negativo de las manifestaciones oculares en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas (Osorio Illas Lisis, 2022; Ribot Reyes et al., 2016).

En cuanto a las limitaciones de los procesos de revisión utilizados, cabe mencionar que, aunque no se realizaron evaluaciones sustantivas de la calidad de vida de los pacientes, los estudios incluidos, nos muestran que la síntesis de los resultados se realizó de manera narrativa, lo cual puede introducir cierto grado de subjetividad en la interpretación de los hallazgos y se requieren más estudios que evalúen de manera prospectiva la prevalencia y el impacto de las alteraciones oftalmológicas en diferentes poblaciones y contextos geográficos. Además, sería valioso explorar estrategias de intervención y programas de educación para pacientes, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento y el autocuidado en el manejo de estas afecciones.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática ha permitido resaltar la importancia de la prevención y como la detección temprana o hasta la consejería al paciente preparándolo para detectar estas alteraciones apenas se presenten tienen un impacto positivo en la calidad de vida, a continuación, se resumen las conclusiones más relevantes:

- Las enfermedades reumáticas se asocian con un enorme arsenal de alteraciones oftalmológicas, incluyendo uveítis, escleritis, episcleritis,

queratopatía en banda, queratoconjuntivitis seca, neuritis óptica y retinopatía, entre otras.

- La prevalencia de las alteraciones oculares varía según la patología reumática base del paciente. Por ejemplo, las epiescleritis son comunes en la artritis reumatoide, mientras que la retinopatía lúpica, el síndrome de ojo seco.
- Las manifestaciones oftálmicas que se asocian a las patologías antes descritas tienen un impacto negativo en la calidad de vida de quienes las padecen, ya que afectan la autonomía e independencia generando consecuencias psicológicas adversas, como ansiedad y depresión.
- Aunque se han realizado avances en la comprensión y el manejo de las afectaciones oculares en individuos con enfermedades reumatológicas, todavía se evidencia la falta de información lo que indica la necesidad de investigaciones adicionales en relación a su prevención o el manejo inicial de las mismas.

5.2. RECOMENDACIONES

Sobre la base de las conclusiones obtenidas, se formulan las siguientes recomendaciones:

- Resaltar la importancia de realizar las evaluaciones oftalmológicas periódicas en los pacientes con enfermedades reumáticas, para detectar, tratar y prevenir complicaciones graves. Para con esto desarrollar estrategias educativas como charlas en centros de salud de primer nivel, con el fin de promover el autocuidado (incluyendo materiales informativos, programas de apoyo y grupos de autoayuda para los pacientes).
- Recomendar la implementación de capacitaciones periódicas y continuas en el primer nivel de atención con programas de educación médica continua, talleres, congresos, seminarios, guías actualizadas sobre detección y abordaje en el primer nivel de salud, enfocados en prevención y detección temprana, de alteraciones oftalmológicas en pacientes con enfermedades reumáticas para una derivación o referencia a tiempo con el especialista.

- Recomendar la realización de investigaciones adicionales actualizadas por parte de las Universidades sobre la prevalencia y el impacto en el día a día de los pacientes con afectación oculares en diferentes poblaciones y contextos geográficos.
- Utilizar los hallazgos de esta revisión sistemática como base para el desarrollo de nuevos proyectos de investigación que aborden aspectos específicos relacionados con la descripción detallada de las diferentes manifestaciones oculares, como impacta o afecta la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, o el impacto económico en los sistemas de salud.
- Recomendar la implementación de cuidados paliativos para pacientes que por causa de estas alteraciones oftalmológicas tengan deterioro en su calidad de vida, con especial énfasis en los pacientes de edad avanzada, los cuales tienen mayor prevalencia asociada a las alteraciones visuales perdiendo su autonomía.

La implementación de estas recomendaciones contribuirá a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas, prevenir complicaciones oculares graves y optimizar la atención integral mediante un enfoque multidisciplinario y basado en la evidencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso García, A., Rodríguez Aguilar, M., Gonzales Fernández, M., Basulto Quirós, N., & Garcell Martínez, D. (2017). Manifestaciones oftalmológicas en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, XXI(4), 469-478. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v21n4/amc050417.pdf>
- Amer, R., Alsughayyar, W., & Almeida, D. (2017). Pattern and causes of visual loss in Behçet's uveitis: short-term and long-term outcomes. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, CCLV, 1423–1432. doi:10.1007/s00417-017-3667-0
- Andaluz Cando, M. E., Cifuentes Tumaille, M. Y., Dávila Aguirre, E. M., Reyes Ortiz, L. J., & Poalasín Narváez, L. A. (2017). La uveítis como manifestación inicial de la espondilitis

- anquilosante. A propósito de un caso. *Revista Cubana de Reumatología*, XIX(1), 220-223. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v19s1/rcur09s17.pdf>
- Andrea Paulete Gamboa Quimi, D. G. (2023). https://www.researchgate.net/publication/375443930_Manifestaciones_oculares_en_lupus_eritematoso_sistmico_Revision_Bibliografica. *Salud ConCiencia*, 2(2). doi:DOI: 10.55204/scc.v2i2.e51
- Anjum Iqbal, M., Annamalai, R., & Muthukumar, M. (2016). Clinical features, visual outcome and association with systemic disease in patients with episleritis and scleritis. A study of 50 eyes. *International Journal of Medical Research and Review*, IV(5), 707-712. doi:10.17511/ijmrr.2016.i05.07
- Ann-Marie, L. (2017). Juvenile Idiopathic Arthritis. *Springer*, 183-188. doi:10.1007/978-3-319-09126-6_25
- Benítez del Castillo Sánchez, J. M., Díaz Valle, D., Pato, E., López Abad, C., & Alejandro, N. (2008). Enfermedades articulares y uveítis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, XXXI(3), 83-95.
- Blanco Cáceres, C. P.-S. (2021). Espondiloartritis axial. Espondilitis anquilosante,. *Elsevier [Internet]*, 13, 16611-1622. doi:<https://doi.org/10.1016/j.med.2021.03.019>.
- Bobrzyk, M., Łabuzek, K., Orski, M., Tarnawska, D., & Okopień, B. (2014). Ocular symptoms in rheumatic diseases. *Pol Merkur Lekarski*, XXXVI(215), 612-616. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24964517/>
- Borges-Costa, J., Pacheco, D., Antunes, J., & Sacramento-Marques, M. (2012). Síndrome de Reiter (artritis reactiva). *PIEL. Formacion Continuada en Dermatologia*, XXVII(7), 384–389. doi:10.1016/j.piel.2012.02.007
- Brott, N. R., Zeppieri, M., & Ronquillo, Y. (febrero de 2024). *National Library Of Medicine*. Obtenido de https://www.ncbi.nlm.nih.gov.translate.google/books/NBK559159/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge#:~:text=Otto%20Schirmer%20utiliz%C3%B3%20la%20prueba,e%20inhibir%20el%20lagrimeo%20reflejo.
- Bunya, V. Y. (2024). *MANUAL MSD version para profesionales*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/enfermedades-de-la-c%C3%B3rnea/%C3%BAlcera-de-c%C3%B3rnea?ruleredirectid=758>
- Calvo Hernández, L. M., Bautista Salinas, R. M., Cervera Segura, R., & Suárez Cabrera, M. (2008). Uveítis. Un reto para el internista. *Anales de Medicina Interna*, XXV(3), 141-148. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/ami/v25n3/revision2.pdf>
- Cetina Manzanilla, J. (2017). Métodos de diagnóstico en las enfermedades reumáticas. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica*, LXIV(3), 135-145. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2017/pt173f.pdf>

- Cetina Manzanilla, J. A. (2017). Métodos de diagnóstico en las enfermedades reumáticas. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab*, LXIV(3), 135-145. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2017/pt173f.pdf>
- Chaverra Sandoval, C. M., Valencia Ceballos, J. E., & Restrepo Peláez, C. A. (2008). Ojo seco en pacientes con artritis reumatoidea. *Medicina UPB*, XXVII(2), 119-124. Obtenido de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/2202/1980>
- Clemente Garulo, D., León Mateos, L., & López Robledillo, J. C. (2018). Enfermedades reumáticas en la adolescencia. Artritis idiopática juvenil. Conectivopatías. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, XII(61), 3588-3600. doi:10.1016/j.med.2018.08.004
- Clinic, M. (2023). *mayoclinic.org*. Obtenido de Espondiloartritis anquilosante: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/ankylosing-spondylitis/symptoms-causes/syc-20354808>
- Cuchacovich T, M., Pacheco B, P., Merino B, G., Gallardo V, P., Gatica R, H., Valenzuela H, H., . . . Verdaguer T, J. (2000). Características clínicas y respuesta al tratamiento sistémico de la epiescleritis y escleritis primarias y secundarias, refractarias al tratamiento local. *Revista médica de Chile*, CXXVIII(11). doi:10.4067/S0034-98872000001100004
- D. Díaz-Valle, R. M. (2008). Enfermedades sistémicas no infecciosas y uveítis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000600009#:~:text=Las%20uve%C3%ADtis%20constituyen%20una%20manifestaci%C3%B3n,un%2019%25%20de%20%C3%A9stos35.
- Díaz Moreno, Y. M. (2021). *Abordaje en el tratamiento del ojo seco*. Universidad de Sevilla .
- Digna Llorente Molina, S. C. (2009). Síndrome de Reiter. *iMed Pub JOURNALS*, 5(1). doi: 10.3823/023
- Duperet Carvajal, D. L. (2016). Úlceras corneales bacterianas: actualización terapéutica. *Revista Cubana de Oftalmología*, 29(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762016000100011
- Fernández Castro, M., Andreu, J. L., Sánchez-Piedra, C., Martínez Taboada, V., Olivé, A., Rosas, J., & Sánchez-Alonso, F. (2016). SJÖGREN-SER: Registro nacional de pacientes con síndrome de Sjögren primario de la Sociedad Española de Reumatología: objetivos y metodología. *Reumatología Clínica*, XII(4), 184-189. doi:10.1016/j.reuma.2015.09.002
- Freire1, M. L. (Octubre de 2022). Efectos del Covid 19 en infantes con enfermedades reumáticas. *Recimundo*, 6(4), 566-572. doi: 10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.566-572
- Fundación Española de Reumatología. (19 de Febrero de 2024). *El 4% de la población padece una enfermedad autoinmune sistémica y el 75% de afectados son mujeres*. Obtenido de inforeuma.com: <https://inforeuma.com/el-4-de-la-poblacion-padece-una-enfermedad-autoinmune-sistemica-y-el-75-de-afectados-son-mujeres/>

- Gamboa Quimi, A. P., & Muñoz Palomeque, D. G. (2023). Manifestaciones oculares en lupus eritematoso sistémico: Revisión Bibliográfica. *Salud ConCiencia, II*(2), 1-18. doi:10.55204/scc.v2i2.e51
- Garza Garza, L. A. (2022). *Perfil Epidemiológico y Características Clínicas de la Escleritis en una*. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Obtenido de https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/651435/GarzaGarza_TesisEspecialidadpdfa.pdf
- Gatzioufas, Z., Hamada, S., & Palioura, S. (2018). Ocular Surface Disease: Advances in Diagnostics and Therapeutics. *Hindawi Journal of Ophthalmology*. doi:10.1155/2018/6342130
- Guerra Almaguer, M., Cárdenas Díaz, T., Pérez Suárez, R. G., Cruz Izquierdo, D., Machado Fernández, E., & Mariño Hidalgo, O. (2016). Queratectomía fototerapéutica en la queratopatía en banda. *Revista Cubana de Oftalmología, XXIX*(4), 706-711. Obtenido de https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/484/html_252
- Hamideh, F., & Prete, P. E. (2001). Ophthalmologic manifestations of rheumatic diseases. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, XXX*(4), 217-241. doi:10.1053/sarh.2001.16639
- Hart, C., Ferdinands, M., & Barnsley, L. (2017). Ocular complications of rheumatic diseases. *Medical Journal of Australia*. doi:10.5694/mja16.00352
- Huaraca-Morocho B, A.-C. R.-Z.-A. (2023). Síndrome ansioso depresivo en pacientes con enfermedades reumáticas. *Rev Cuba Reumatol [Internet], 25*(1). Recuperado el Sept de 2023, de <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1123>
- João Borges-Costa, D. P.-M. (2012). Síndrome de Reiter (artritis reactiva). *27*(7), 384 - 389. doi:DOI: 10.1016/j.piel.2012.02.007
- Kara C. LaMattina, M. B. (2024). *MANUAL MSD version para profesionales*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/uve%C3%ADtis-y-trastornos-relacionados/generalidades-sobre-la-uve%C3%ADtis>
- Kempen, G., Ballemans, J., Ranchor, A., Van Rens, G., & Zijlstra, R. (2012). The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services. *Qual Life Res, XXI*, 1405–1411. doi:10.1007/s11136-011-0061-y
- Kristin, N., & Ulbig, M. (2006). Ocular manifestations of systemic disease. *MMW Fortschr Med*, 38-41. doi:10.1007/BF03364511
- Laboratorio Platinum. (29 de Febrero de 2024). *Manejo Efectivo de las Enfermedades Reumáticas: Diagnóstico y Soluciones*. Obtenido de Laboratorio Platinum: <https://laboratorioplatinum.com/2024/02/29/manejo-efectivo-de-las-enfermedades-reumaticas-diagnostico-y-soluciones/>

- León Aguila, A. P., Arrighi, E., Caballero Uribe, C. V., Soriano, E. R., Torres, P., & Pereira, D. (2022). Manifiesto Panamericano sobre las Enfermedades Reumáticas: La perspectiva de los pacientes. *Global Rheumatology*, III. doi:10.46856/grp.10.e109
- López Rubio, S., López Jaime, G. R., Lam Franco, L., Paez Garza, J. H., & Rodríguez García, A. (2011). Prevalencia y manifestaciones clínicas de la uveítis anterior crónica en pacientes mexicanos con artritis idiopática juvenil. *Revista Mexicana de Oftalmología*, LXXXV(1), 8-20. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-oftalmologia-321-pdf-X0187451911022828>
- Lütze, U., & Archenholtz, B. (2007). The impact of arthritis on daily life with the patient perspective in focus. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, XXI(1), 64-70. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00443.x
- Marerneda Domínguez Randulfe, Y. D. (2017). Glaucoma secundario a presión venosa epiescleral elevada en Síndrome de Crest. *Revista de Oftalmología / Instituto Cubano de Oftalmología "Ramón Pando Ferrer"*. Obtenido de https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/573/html_319
- Martínez Larrarte, J. P. (2010). Síndrome de Sjögren. *Revista Cubana de Medicina*, 49(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232010000200006
- Martínez Ramírez, P. L. (2015). *Correlación entre métodos diagnósticos en el síndrome de Sjögren*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Obtenido de <http://eprints.uanl.mx/11298/1/1080215442.pdf>
- Marvillet, I., Terrada, C., Pierre, Q., Bui Quoc, E., Bahram, B., & Prieur, A.-M. (2009). Ocular threat in juvenile idiopathic arthritis. *Joint Bone Spine*, LXXVI(4), 383-388. doi:10.1016/j.jbspin.2008.10.015
- McKinney, J. K. (8 de Diciembre de 2022). *American Academy of Ophthalmology*. Obtenido de ¿Qué es la uveítis?: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-uveitis>
- Messmer, E. M., & Foster, C. S. (1999). *Vasculitic peripheral ulcerative keratitis*. *Surv Ophthalmol*.
- MI. Quenard, M. G.-C.-C. (2001). Policondritis Recidivante. *ELSEVIER*, 38(1), 25-29. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-policondritis-recidivante-13015298>
- Molina, D. R. (Enero de 2021). Abordaje de la artritis idiopática juvenil. *Revista Médica Sinergia [Internet]*, 6(1). doi:<https://doi.org/10.31434/rms.v6i1.502>
- MSP. (2013). *Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Guía de Práctica Clínica*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- Olivé, A., Monteagudo, I., & Wolf, A. (2007). Sistema sanitario para los pacientes con enfermedades reumáticas: un servicio de reumatología. *Seminarios de la fundación española de reumatología*, VIII(3), 130-144. doi:10.1016/S1577-3566(07)75613-0
- Olivieri, I., Accorinti, M., Abicca, I., Bisceglia, P., Cimino, L., Latanza, L., . . . D'Angelo, S. (2018). Standardization of red flags for referral to rheumatologists and ophthalmologists in patients with rheumatic diseases and ocular involvement: a consensus statement. *Rheumatology International*, XXXVIII, 1727–1734. doi:10.1007/s00296-018-4094-1
- Osorio Illas Lisis, A. F. (Junio de 2022). Manifestaciones oftalmológicas en pacientes con enfermedades reumáticas en edades pediátricas. *Rev Cubana Oftalmol [Internet]*, XXXV(2), 1-16. Recuperado el 2023, de <http://scielo.sld.cu/pdf/oft/v35n2/1561-3070-oft-35-02-e1520.pdf>
- Paulina García Guerrero, V. L. (2018). Síndrome de Sjögren primario y enfermedad. *REV Metro Ciencia*, 26(2), 85-88. Obtenido de <https://www.revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/download/50/50>
- Pérez Canales, J. L., Pérez Santonja, J. J., & Rico Sergado, L. (2014). Tratamiento con Metotrexato de una escleritis necrotizante inducida quirúrgicamente tras cirugía de pterigión. En J. M. Benítez del Castillo Sánchez, J. A. Durán de la Colina, & J. Merayo Lloves, *Casos clínicos en Superficie Ocular*. (págs. 82-86). Angelini.
- Pérez, M. V., & Díaz de Alvarez, P. (2001). Frecuencia de ojo seco y su correlación con un cuestionario sintomatológico en pacientes con artritis reumatoide. *Revista de La Facultad de Medicina*, XXIV(2), 145-150. Obtenido de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692001000200009
- Reiff, A. (2009). Ocular complications of childhood rheumatic diseases: Nonuveitic inflammatory eye diseases. *Current Rheumatology Reports*, XI, 226-232. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11926-009-0031-3>
- Ribot Reyes, V., Leyva Villafañá, Y., Moncada Menéndez, C., & Alfonso Sánchez, R. (2016). Calidad de vida y demencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, XX(1), 77-86. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v20n1/amc120116.pdf>
- Rodríguez Poma Wilson Reky, M. D. (2012). Cataratas. *Revista de Actualización Clínica*, 19, 926 - 930. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/pdf/raci/v19/v19_a03.pdf
- ROSARIO3. (21 de Diciembre de 2023). *La importancia del diagnóstico temprano de enfermedades reumáticas*. Obtenido de Rosario 3: <https://www.rosario3.com/salud/La-importancia-del-diagnostico-temprano-de-enfermedades-reumaticas-20231221-0010.html>
- Sánchez Villacís Lincoln Sebastián, A. A. (abril de 2022). Uveítis, complicación ocular de enfermedades reumatológicas. (e235, Ed.) *Rev Cuba Reumatol [Internet]*, 24(1). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000100011&lng=es. Epub 01-Abr-2022.

- Sánchez Villacís, L. S. (Abril de 2022). Uveítis, complicación ocular de enfermedades reumatológicas. *Rev Cuba de Reumatol [Internet]*, 24(1). Recuperado el 15 de Sept de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000100011
- SCIENCES., N. C. (2016). *NIH*. Obtenido de Neuropatia Optica Isquemica Anterior: <https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/13127/neuropatia-optica-isquemica-anterior>
- Solis Cartas, U. &. (Diciembre de 2022). Actividad del sistema inmune en pacientes reumáticos. *Rev. Cuba. Med. Mili [Internet]*, 51(4). Recuperado el 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572022000400011&script=sci_arttext
- Solis Cartas, U. M. (2023). La atención primaria de salud como piedra angular del control de las enfermedades reumáticas. *Rev Cuba Reumatol [Internet]*, 25(2). Obtenido de <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1099>
- SRNA. (2021). *Neuritis Óptica*. Obtenido de https://files.wearesrna.org/sheets/ON_ES.pdf
- Suárez, D. F. (2019). Uveítis recidivante a causa de espondilitis anquilosante. Presentación de un caso. *QhaliKay. RReveistva idse tCaie ndcieas dCe laie Snalucd*, 8-13. Obtenido de <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/download/1501/2684/8454>
- Sundaram, V. (2018). Ophthalmology. *Oxford Assess and Progress: Clinical Specialties*, 91-100. doi:10.1093/oso/9780198802907.003.0016
- Tayel, M., Mohannad, N., El Gerby, A., & Amin, R. M. (2015). Prevalence and Pattern of Ocular Involvement in Patients Attending Alexandria University Rheumatology Clinic: A Pilot Study. *Egypt J Rheumatology and Clinical Immunology*, III(2), 108-110. doi:10.21608/EJRCI.2015.9214
- TORRES SOTO, A. (2021). *Universidad Autonoma de Mexico*. Obtenido de GLAUCOMA E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA VISIÓN DEL DOCTOR ENRIQUE GRAUE WIECHERS.: <http://132.248.9.195/ptd2022/enero/0821326/Index.html>
- Turteltaub, M. C. (2002). *Sociedad Iberoamericana de Informacion Cientifica*. Obtenido de CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LA EPIESCLERITIS Y ESCLERITIS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS, REFRACTARIAS AL TRATAMIENTO LOCAL.: <https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/20270>
- Valdés, D. M. (2016). Síndrome de Behcet. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 301-315. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubheminhem/rch-2016/rch163c.pdf>
- Zeba A. Syed, M. W. (2023). *MANUAL MSD version para profesional*. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/trastornos-conjuntivales-y-esclerales/epiescleritis>

Zurutuza, A., Andonegui, J., Berástegui, L., & Arrut, N. (2011). Escleritis posterior bilateral. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, XXXIV(2), 311-315. doi:10.4321/S1137-66272011000200019