

Impacto psicosocial y económico de la uveítis en México

Luz E. Concha-del Río* y Rashel Cheja-Kalb

Clínica de Enfermedades Inflamatorias Oculares, Asociación Para Evitar la Ceguera en México. I.A.P., Ciudad de México, México

Resumen

Objetivo: Conocer el impacto psicosocial y económico que tiene la uveítis en México. **Métodos:** Encuesta en pacientes diagnosticados con uveítis. Se registraron datos demográficos y nivel socioeconómico. Se identificaron síntomas, tiempo al diagnóstico, tratamiento, comportamiento, actitudes y sentimientos ante la enfermedad. **Resultados:** Se realizaron 100 encuestas a pacientes con uveítis, con edad media de 45 ± 17.08 años, nivel socioeconómico $\leq D$; 54 eran mujeres. El diagnóstico se realizó al 1.87 ± 2.73 años. Acuden anualmente a cita 2.1 ± 2.14 mes, más de 1 a urgencias y son hospitalizados 3.7 días. Utilizan tratamiento sistémico con antiinflamatorios esteroideos (53 %), inmunosupresor (31 %), terapia biológica (7 %), tratamiento tópico con lubricantes (44 %), esteroides (26 %) y cirugías (39 %). Comorbilidades observadas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis reumatoide (18 %), síndrome de Sjögren, lupus y colitis ulcerativa crónica inespecífica. Complicaciones: deterioro visual, cataratas y ceguera. La uveítis afecta su vida en el 83 % de los casos, en el 41 % a diario y el 49 % necesitan cuidados de otra persona. El 79 % reciben atención privada, el 43 % cuenta con seguridad social, gastando mensualmente $\$3,590 \pm \$2,730.65$ pesos en medicamentos, transporte, consulta médicas y estudios. Anualmente con ausentismo laboral de 8.5 ± 14.56 días, más 7.0 días de incapacidad u hospitalización. El 51 % refieren falta de apoyo para conocer la enfermedad. **Conclusiones:** Se trata del primer estudio nacional que escenifica la condición de los pacientes con uveítis y las insuficiencias por las que atraviesan, incluyendo el ámbito económico y biopsicosocial.

PALABRAS CLAVE: Uveítis. Impacto psicosocial. Impacto económico.

Psychosocial and economic impact of uveitis in Mexico

Abstract

Objective: Determine the psychosocial and economic impact suffered by patients diagnosed with uveitis in Mexico. **Methods:** Survey in uveitis-diagnosed patients. Demographic data and socioeconomic level were recorded. Symptoms, time to diagnosis, type of treatment, behavior, attitudes and feelings towards the disease were identified. **Results:** One hundred surveys were conducted in patients with uveitis, who had a mean age of 45 ± 17.08 years, and socioeconomic level $\leq D$; 54 were females. Diagnostic delay was 1.87 ± 2.73 years. Annually, patients attend 2.1 ± 2.14 appointments per month, and are admitted once to the emergency department and remain hospitalized for 3.7 days. Patients use systemic treatment with steroidal anti-inflammatory drugs (53 %), immunosuppressant agents (31 %), biological therapy (7 %), topical treatment with lubricants (44 %) or steroids (26 %) and undergo surgery (39 %). Observed comorbidities include hypertension, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis (18 %), Sjögren's syndrome, systemic lupus erythematosus, and nonspecific chronic ulcerative colitis. Complications: visual impairment, cataracts and blindness. Uveitis affects their life in 83 % of cases, in 41 % does it daily, and 49 % need care from another person. Seventy-nine percent receive private care and 43 % have social security, with $\$3,590 \pm \$2,730.65$ pesos being spent monthly on medicines, transportation, medical appointments and studies. Annually, work absenteeism is 8.5 ± 14.56 days, plus 7.0 days of disability or hospitalization; 51% refer lack of support to learn

Correspondencia:

*Luz E. Concha-del Río

E-mail: luzelena.concha@apec.com.mx

Fecha de recepción: 31-03-2020

Fecha de aceptación: 25-06-2020

DOI: 10.24875/GMM.20000156

Gac Med Mex. 2021;157:147-153

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

0016-3813/© 2020 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

about the disease. **Conclusions:** This is the first national study to portray the condition of patients with uveitis and the shortcomings they go through, including the economic and biopsychosocial fields.

KEY WORDS: Uveitis. Psychosocial impact. Economic impact.

Introducción

La uveítis es un grupo de condiciones caracterizadas por inflamación intraocular. Técnicamente describe la inflamación de la úvea (iris, cuerpo ciliar y coroides). Ya que puede afectar a los tejidos cercanos, el término uveítis también incluye inflamación de la córnea, retina, nervio óptico y vítreo.^{1,2} Es una condición poco conocida, pobremente entendida e infravalorada.¹ Sin embargo, tiene impacto global y una relevancia directa en varias especialidades médicas. Causa mundialmente una pérdida visual importante, en edad productiva, con predominio en mujeres, y puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica.^{1,2} Las alteraciones en la visión, molestias oculares, enfermedades sistémicas y efectos adversos de los medicamentos impactan en la calidad de vida y deben considerarse.¹

La uveítis se clasifica de acuerdo con su localización anatómica en anterior, intermedia, posterior y panuveítis. Otras clasificaciones la dividen de acuerdo con el tipo de inflamación (granulomatosa y no granulomatosa) o la severidad o duración (aguda y crónica).²

Las formas severas de uveítis requieren tratamiento con corticosteroides sistémicos, pero los efectos adversos obligan al oftalmólogo a utilizar medicamentos inmunosupresores.³⁻⁵

La incidencia de la uveítis es de 20-50/100,000/año y la prevalencia de 100-150/100,000. Sin embargo, varía, encontrando más causas infecciosas en países menos desarrollados. Causa el 10-15 % de la ceguera mundial^{1,2,5} y es la tercera causa de ceguera prevenible en el mundo.⁶

Adicionalmente, el 25-50 % de los pacientes tendrán una enfermedad sistémica asociada.² Existen cuestionarios de calidad de vida relacionada con la visión y han encontrado que la función visual y el estado de general de salud es peor que en las personas sanas.^{2,7} Además, la mala agudeza visual, las complicaciones oculares y el tratamiento tienen un impacto en la calidad de vida asociada a la visión.⁸

Al presentarse en edades productivas causa un impacto socioeconómico importante.⁶ Este depende de múltiples factores, como la causa y duración de la

enfermedad, comorbilidades, el ingreso del paciente/familia o el apoyo gubernamental.² Hasta ahora carecemos de información sobre el efecto psicosocial y económico que experimentan los pacientes diagnosticados con uveítis en México. El objetivo de nuestro estudio es conocer este impacto e identificar los factores que influyen en la calidad de vida.

Material y métodos

El objetivo del estudio es conocer el impacto psicosocial y económico que sufren los pacientes diagnosticados con uveítis en México. Se realizó en la Clínica de Enfermedades Inflamatorias Oculares del Hospital Luis Sánchez Bulnes de la Asociación Para Evitar la Ceguera (APEC) en México en octubre y noviembre del 2018.

Participantes y diseño del estudio

Se realizaron entrevistas a personas con uveítis, mayores de 18 años. Se les entregó un documento de consentimiento informado. Tras la respuesta afirmativa, se realizaron las entrevistas de manera personal. Las preguntas fueron desarrolladas por clínicos experimentados en el manejo de inflamación ocular, utilizando preguntas cerradas (dicotómicas, categorizadas, escala y opción múltiple) y abiertas. Se utilizó una estrategia en cinco módulos: 1) datos demográficos y preguntas estandarizadas de la Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI); b) síntomas que presentan, tiempo al diagnóstico, tipo de tratamiento y seguimiento; c) comportamiento, actitudes y sentimientos ante la enfermedad; d) conocimiento y fuentes de información, y e) necesidades no cubiertas.

Análisis de los datos

Se codificaron los cuestionarios, los datos se depuraron, consolidaron y analizaron en una base de datos en soporte informático. Posteriormente se realizó un análisis temático. Para las variables descriptivas se utilizaron frecuencias relativas y medidas de tendencia central.

Tabla 1. Datos demográficos, nivel socioeconómico y seguridad social

	Total	Femenino	Masculino
Sexo	100	56	44
Edad	45± 17.08	48.8 ± 17.21	40.2± 15.83
Nivel socioeconómico			
AB/C+	12	9	3
C/C-	27	13	14
D+/D/E	61	34	27
Escolaridad			
No estudio	3	3	0
Primaria in/completa	5/9	2/4	3/5
Secundaria in/completa	5/33	2/19	3/14
Carrera comercial/técnica	2/8	2/5	0/3
Preparatoria in/completa	3/18	1/7	2/11
Licenciatura in/completa	7/6	7/3	0/3
Diplomado/maestría	1	1	0
Seguridad social	43	22	21
IMSS	26	15	11
ISSSTE	10	5	5
Seguro popular	7	2	5

ISSSTE = Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tabla 2. Atención médica previa y comorbilidades

	Total	Femenino	Masculino
Número de médicos que visitó antes del diagnóstico	3.7±3.15	3.8±2.69	3.6±3.68
Especialidades que visitó antes del diagnóstico			
Oftalmólogo	94	52	42
Médico general	51	25	26
Retinólogo	12	8	4
Reumatólogo	8	7	1
Servicio de urgencias	7	3	4
Nefrólogo	1	0	1
Comorbilidades			
Diabetes	15	5	10
Hipertensión arterial	14	10	4
Artritis reumatoide	10	9	1
Síndrome de Sjögren	4	4	0
Lupus eritematoso sistémico	3	2	1
CUCI	3	2	1
Granulomatosis con poliangiitis	1	0	1
Otras*	15	7	8

CUCI = colitis ulcerativa crónica inespecífica.

*Cirrosis, epilepsia, fibromialgia, hemiplejía, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, insuficiencia renal, Parkinson, psoriasis, trastorno bipolar, tuberculosis, VIH/SIDA.

Resultados

Perfil del paciente encuestado

Se incluyeron 100 pacientes. Afecta en un 56 % a mujeres, con una edad media de 45 ± 17.08 años y nivel socioeconómico ≤ D en el 61 %. El lugar de residencia incluye Ciudad de México 36 %, Estado de México 26 %, Puebla 7 %, Guerrero 6 %, Oaxaca 6 %, Morelos 5 % y el resto de otros Estados. El 71 % reciben atención médica exclusivamente en el sector privado y el 21 % atención mixta. El 43 % cuenta con seguridad social, forma directa o por su cónyuge y/o hijo (Tabla 1).

Síntomas, tiempo al diagnóstico, tipo de tratamiento utilizado y seguimiento

Los principales síntomas fueron: mala visión (67 %), dolor ocular (60 %), inflamación ocular (60 %) y cefalea (42 %). La enfermedad fue bilateral en un 44 %. El diagnóstico se realizó 1.87 ± 2.73 años del inicio de síntomas, acudiendo a 3.7 ± 3.15 médicos, incluyendo oftalmólogos, médicos generales, reumatólogos y nefrólogos. Los pacientes que se diagnosticaron rápido residen en Ciudad de México y/o Estado de México.

Actualmente son atendidos en la APEC, en una clínica con especialistas en inflamación ocular y acuden en promedio 6.3 visitas al año (rango 1 a 50), con una frecuencia 2.1 ± 2.14 mes, más de una vez a urgencias y permanecen hospitalizados de 3.7 días por el padecimiento ocular (Tabla 2).

El tratamiento sistémico utilizado es con antiinflamatorios esteroideos (53 %), inmunosupresor (31 %) y terapia biológica (7 %). El tratamiento tópico, con lubricantes (44 %) y esteroides (26 %). El 39 % ha sido sometido a cirugía, con una media de 1.6 ± 1.04 desde el diagnóstico, con cirugías de catarata (21 %), retina (8 %) y glaucoma (4 %) (Tabla 3). Las principales complicaciones incluyen deterioro visual importante en el 69 %, cataratas en el 39 %, ceguera en el 34 % y opacidades en vítreo en el 28 %.

Las comorbilidades frecuentes fueron hipertensión arterial y diabetes *mellitus*, seguidas de las de origen autoinmune: artritis reumatoide 18 %, síndrome de Sjögren 5 %, lupus eritematoso sistémico 4 % y colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) 3 % (Tabla 2).

Comportamiento, actitudes y sentimientos ante la enfermedad

Sobre la severidad de la inflamación al diagnóstico, lo consideraba leve el 21 %, moderado el 22 %, severo el 43 % y lo desconocía el 14 %; y al momento

Tabla 3. Tratamiento médico y quirúrgico

	Total	Femenino	Masculino
Tratamiento antiinflamatorio			
Esteroides orales*	53	28	25
Inmunosupresor†	31	11	20
Medicamento biológico‡	7	4	3
Agentes alquilantes§	3	1	2
Triamcinolona intravítrea	9	6	3
Betametasona periocular	8	4	4
Dispositivos implantados¶	2	0	2
AINE oral	2	2	0
Tratamiento antiinfeccioso y quirúrgico			
Antibiótico/antiviral oral	6	3	3
Cirugías	39	20	19
Cirugías desde el diagnóstico	1.6 ± 1.04	1.6 ± 1.04	1.5 ± 0.96
Cirugías en el último año	0.8 ± 0.96	1 ± 1.19	0.6 ± 0.61
Cataratas	21	8	13
Vitrectomía	8	15	5
Válvula de Ahmed	4	0	4

AINE: antiinflamatorio no esteroideo.

*Prednisona, deflazacort.

†Azatioprina, cloroquina, ciclosporina, hidroxycloquina, metotrexato, micofenolato de mofetilo, sulfasalazina.

‡Adalimumab, anakinra, golimumab, infliximab.

§Ciclofosfamida.

¶Ozurdex.

de la entrevista cambio a leve el 32 %, a moderado el 24 %, a severo el 14 % y lo desconocía el 5 %. En cuanto a la causa de la uveítis, el 31 % de los pacientes la desconocen.

Impacto en la vida cotidiana del paciente y costos asociados con la uveítis

La vida de los pacientes se afecta por la uveítis en el 83 % y dicha afectación es diaria en el 41 %. Todos han cambiado algo, además de las afecciones, como problemas emocionales, psicológicos, laborales, escolares, de autonomía y sociales. Refieren emociones negativas como impotencia, molestia, tristeza, desesperación, rabia, miedo y frustración. Además, el 49 % de los pacientes necesitan cuidados por parte de un familiar, y estos son proporcionados por madre, hija y/o esposa.

Respecto a los gastos por la enfermedad, invierten mensualmente \$3,590 ± \$2,730.65 pesos. El 71 % emplean entre \$1,001 y \$5,000 al mes, principalmente en medicamentos, transporte, consultas y estudios.

En cuanto a la situación laboral, el 21 % tiene empleo formal; con ausencias por acudir a consulta de 8.5 ± 14.56 días al año y por incapacidad u hospitalización 7.0 días al año (Tabla 4).

Conocimiento y fuentes de información

Los pacientes obtienen información de la enfermedad por parte del médico especialista (62 %), de internet (44 %), del hospital (23 %), redes sociales (8 %), familiares (8 %) y libros (7 %).

Necesidades no cubiertas

El 51 % de los pacientes refieren falta de apoyo para conocer la enfermedad y el 76 % están dispuestos a pertenecer a una asociación de apoyo. Solicitan: apoyo psicológico (63 %), material de apoyo (53 %), un lugar de encuentro con personas en su misma situación (45 %), acceso rápido para una cita médica con un especialista (45 %), un *call center* para resolver dudas (39 %), una página de internet de confianza (31 %), apoyo económico (16 %) y apoyo para medicamento (6 %) (Tabla 5).

Discusión

La importancia del estudio es conocer la visión del paciente con enfermedades inflamatorias oculares en nuestro país. Los resultados de la encuesta evidencian el impacto en la vida de los afectados. Desde el inicio de la enfermedad, el paciente tiene un retraso en su diagnóstico, y afectación en el aspecto afectivo, emocional, social y económico.^{9,10}

Los pacientes reportan que la uveítis afecta su vida en un 83 %, y en un 41 % todos los días, principalmente en lo emocional y laboral, y casi la mitad de ellos requiere ayuda de familiares. Una de las principales preocupaciones es el efecto de la pérdida de la visión en la calidad de vida.¹⁰

Otro punto que tomar en cuenta es que los pacientes son jóvenes, con una edad media de 45 años, acuden al año a seis citas médicas, a urgencias, tienen ausentismo laboral y permanecen hospitalizados. En EE.UU. se describen situaciones anuales similares,¹¹ o hasta 11 consultas al año¹² y el 51.2 % acuden a urgencias en un año.⁶

El impacto económico estimado por la pérdida visual en pacientes menores de 40 años es mayor a \$38 mil millones, debido a la atención médica, el apoyo al paciente y la pérdida de la calidad de vida.¹² Casi la cuarta parte de los pacientes son desempleados, y eso se relaciona con la mala visión, múltiples citas y hospitalizaciones; esto conculda, ya los

Tabla 4. Gastos mensuales y situación laboral

	Total	Femenino	Masculino
Gasto mensual por uveítis	3,590 ± 2,730.65	3,571.4 ± 2,715.99	3,613.6 ± 2,780.46
< \$1,000/mes	8	5	7
\$1,0001 a \$5,000/mes	71	39	32
\$5,001 a \$10,000/mes	17	10	16
> \$10,001/mes	4	2	2
Rubros de gastos			
Medicamentos	92	51	41
Transporte	70	39	31
Consulta médica	47	27	20
Estudios	43	22	1
Lentes	33	19	14
Visita a urgencias	18	9	9
Cirugías	11	5	6
Productos desechables	7	3	4
Alojamiento/hospedaje	1	1	0
Situación laboral actual			
Desempleo	23	14	9
Empleo formal	21	8	13
Empleo informal	16	10	6
Ama de casa	15	14	1
Estudiante	10	4	6
Jubilado	6	4	2
Jornalero	5	0	5
Pensionado	3	2	1
Discapacitado	1	0	1
Faltas a trabajo por consulta (año)	8.5 ± 14.56	7.7 ± 6.41	9.3 ± 19.59
Días hospitalizados (año)	3.7 ± 4.32	3.5 ± 5.08	3.8 ± 3.73

Tabla 5. Aspectos psicológicos influidos por la uveítis

	Total	Femenino	Masculino
Emocionales/psicológicos	54	31	23
Laborales	50	27	23
Dependencia para cuidados	49	24	25
Movilidad	41	27	14
Autonomía/discapacidad	32	19	13
Relaciones sociales	24	11	13
Discriminación	17	9	8
Ninguno	17	11	14
Encontrar pareja	4	1	3
Escolares	2	0	2
Limitación al usar computadora	1	0	1
Falta de memoria	1	1	0

pacientes son incapaces de mantener su empleo mientras son tratados.¹²

El tiempo para llegar al diagnóstico es mayor a un año y acuden en promedio a 3.7 ± 3.15 médicos para ser diagnosticados, incluyendo oftalmólogos y médicos de otras especialidades. Otros estudios diagnostican el 81.2 % en una consulta subsecuente, aunque desconocemos en cuál número.¹² El diagnóstico oportuno de las uveítis disminuye el riesgo de complicaciones,

que contribuyen a una carga económica, de discapacidad y altera la esfera de psicosocial.¹³

Los pacientes emplean mensualmente \$3,590 ± \$2,730.65 pesos en su enfermedad. La APEC es un hospital que pertenece a la junta de Instituciones de Asistencia Privada y es un hospital de referencia. Los pacientes acuden de diversas entidades, siendo del área metropolitana el 62 %, seguido de Puebla, Guerrero y Oaxaca. El costo de la consulta al momento del estudio era de \$180 pesos; el paciente además paga por los estudios de laboratorio, gabinete, cirugías y medicamentos; aunque el 43 % de los pacientes cuentan con seguridad social, cifra menor al 63.9 % reportado en México en 2018.¹⁴⁻¹⁶ Los pacientes gastan más en medicamentos y transporte, similar al gasto en glaucoma.¹⁷ En España y Francia los mayores gastos son en hospitalizaciones y medicamentos.^{18,19}

En cuanto a las complicaciones, la catarata se encontró en el 39 %, otros estudios la reportan hasta en el 77.3 %.²⁰ Desconocemos el número de pacientes con glaucoma, pero si asumimos los números, ocuparía cifras de hasta el 20 %.²¹ La ceguera se

reportó en el 34 %, pero es la percepción del paciente y no sabemos si es ceguera legal como lo reportado (5-29 %).^{9,21,22} La ceguera también ocasiona otros gastos, como en depresión (39 %), uso de aparatos ópticos (33 %), atención residencial (30 %) y rehabilitación visual (11 %).²³

Los pacientes con uveítis tienen comorbilidades crónicas degenerativas, principalmente diabetes *mellitus* (5.7-27.2 %) e hipertensión (15.6-29.3 %), que representan un gasto extra.²⁰⁻²⁵ Encontramos diabetes en un 17 %, que es mayor a lo reportado para México, que es del 9.4 %.²⁶ E hipertensión arterial en el 20 %, que es menor a lo reportado.²⁶

Además, una tercera parte tienen enfermedades autoinmunes, principalmente artritis reumatoide (17 %), seguido de síndrome de Sjögren, lupus y CUCI, al igual que lo descrito.^{9,20}

Los pacientes con uveítis no infecciosa tienen más enfermedades autoinmunes, graves, requieren hospitalización y uso de agentes inmunosupresores y/o biológicos, que representan el 20 % de los costos de salud. Por país existen guías para tratamiento y los gastos varían.²² Nuestros pacientes utilizan esteroides orales (53 %), inmunosupresores (34 %) y terapia biológica (7 %). Comparando con EE.UU., donde utilizan terapia biológica (40 %), esteroides orales (33.0 %) e inmunosupresores (15.3 %).^{6,23} El dar tratamientos a largo plazo con inmunosupresores es para prevenir la ceguera,²³ pero esto influye negativamente en las puntuaciones generales de calidad de vida.^{10,27}

La mitad de los pacientes desean información sobre la enfermedad, apoyo psicológico o económico. El 76 % quieren pertenecer a una asociación de apoyo. Un paciente informado es un mejor paciente, para comprender el diagnóstico, tomar decisiones y tener mejor adherencia al tratamiento, mejorando así el bienestar y la mortalidad. El nivel de educación del paciente influye de forma positiva en la interpretación de las indicaciones y de forma negativa en tener menores resultados en salud, incrementando las hospitalizaciones y citas a urgencias.²⁸ Para eso, hay que elaborar material educativo de calidad.²⁸

Este es el primer estudio mexicano sobre el impacto y costo de la uveítis. Dentro de las limitaciones está que solo es la percepción del paciente, sin un cuestionario validado y el enfoque metodológico carece de rigor en investigación cuantitativa. En uveítis hay poca investigación cualitativa que utilice medidas de calidad de vida para mejorar la atención del paciente.²⁹ Hay que tener en cuenta que la palabra del paciente

influye en la política de salud, afecta el suministro del tratamiento, nos ayuda a mejorar nuestro manejo y en investigación porque se incluyen los comentarios de los pacientes.²⁹

La encuesta nos proporcionó información objetiva del ámbito psicosocial y subjetiva sobre sus actitudes y opiniones. El punto débil es que los diagnósticos oftalmológicos, complicaciones y severidad de la enfermedad son la apreciación del paciente, por lo que se necesitará validar con estudios y con otras estimaciones el impacto y el costo de la enfermedad.

Conclusiones

En nuestra práctica médica tenemos que prestar atención a la voz del paciente para conocer lo que están experimentando en cuanto a su enfermedad, cuáles son sus prioridades y necesidades. Este estudio representa la situación de los pacientes con uveítis y las carencias por las que atraviesan. La carga económica asociada a uveítis es importante para el paciente, su familia y el sistema de salud. Además, en el entorno biopsicosocial del paciente se generan cambios. Es importante realizar un diagnóstico temprano, dar tratamiento adecuado, prevenir la progresión y así reducir la pérdida visual.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Financiamiento

Ipsos realizó las encuestas a los pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

Bibliografía

1. Krishna U, Ajanaku D, Denniston AK, Gkika T. Uveitis: a sight-threatening disease which can impact all systems. *Postgrad Med J*. 2017;93(1106):766-73.
2. Durrani OM, Meads CA, Murray PI. Uveitis: a potentially blinding disease. *Ophthalmologica*. 2004;218(4):223-36.
3. Miserocchi E, Modorati G, Mosconi P, Colucci A, Bandello F. Quality of life in patients with uveitis on chronic systemic immunosuppressive treatment. *Ocul Immunol Inflamm*. 2010;18(4):297-304.
4. Kaleemunnisha S, Sudharshan S, Biswas J. Quality of life in non-infectious uveitis patients on immunosuppressive therapy. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014;21(3):225-31.
5. Gui W, Dombrow M, Marcus I, Stowe MH, Tessier-Sherman B, Yang E, et al. Quality of life in patients with noninfectious uveitis treated with or without systemic anti-inflammatory therapy. *Ocul Immunol Inflamm*. 2015;23(2):135-43.
6. Nelson WW, Rice JB, White AG, Johnson M, Reiff J, Lima AF, et al. Predictors of high-cost patients with noninfectious inflammatory eye diseases. *Clin Ther*. 2019;41(11):2331-42.
7. Hui MM, Wakefield D, Patel I, Cvejic E, McCluskey PJ, Chang JH. Visual functioning and health-related quality-of-life are compromised in patients with uveitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2017;25(4):486-91.
8. Missaka RFBG, Souto FMS, Alborno NCA, Gaspar Carvalho da Silva FTB, Lavezzo MM, Oyama MK, et al. Self-reported quality of life in patients with long-standing Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Ocul Immunol Inflamm*. 2019;28:1-12.
9. Fernández-Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM*. 2004;47(6):251-4.
10. Haasnoot AJW, Sint Jago NFM, Tekstra J, de Boer JH. Impact of uveitis on quality of life in adult patients with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res*. 2017;69(12):1895-902.
11. Thorne J, Tundia N, Skup M, Macaulay D, Revol C, Chao J, et al. Healthcare resource use and costs in persistent noninfectious uveitis. *Acta Ophthalmol*. 2014;92(s253).
12. Bajwa A, LeeCS, Patrie J, Xin W, Reddy AK. Clinical and visual outcomes of patients with uveitis in the mid-Atlantic United States. *Clin Ophthalmol*. 2015;8:1555-64.
13. Rodríguez González MA, Ramírez Aranda JM, de los Santos Reséndiz H, Lara Duarte MY, Pazaran Zanella SO, Méndez López JF, et al. Health care utilization of Mexican patients with medically unexplained physical symptoms. *Colomb Med*. 2016;47(3):155-9.
14. IMSS. Estadísticas e informes [Internet]. Gobierno de México, Instituto Mexicano del Seguro Social [Fecha de consulta 11 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/imss-bienestar/estadisticas>
15. IMSS. Anuarios estadísticos [Internet]. Gobierno de México, Instituto Mexicano del Seguro Social [Fecha de consulta 11 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>
16. Sistema de protección Social en Salud. Informe de resultados enero-diciembre 2018 [Internet]. Gobierno de México, Secretaría de Salud, Seguro Popular [Fecha de consulta 11 de febrero del 2020]. Disponible en: [http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/IR_%20Integrado_%20\(25-01-2019\).v.final.pdf](http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2018/IR_%20Integrado_%20(25-01-2019).v.final.pdf)
17. Lazcano-Gomez G, Ramos-Cadena ML, Torres-Tamayo M, Hernández de Oteyza A, Turati-Acosta M, Jiménez-Román J. Cost of glaucoma treatment in a developing country over a 5-year period. *Medicine*. 2016;95(47):e5341.
18. Kobelt G, Richard B, Plesnila C, Buchholz P, Brezin A, Heron E, Labeltoulle M, Sahel J, Bodaghi B. Evaluation of the Cost of Uveitis Treatment: One Year Analysis From a Retrospective Chart Review in France. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. 2008;49(13):4985.
19. Adán-Civera AM, Benítez-del-Castillo JM, Blanco-Alonso R, Pato-Cour E, Sellas-Fernández A, Bañares-Cañizares A. Carga y costes directos de la uveítis no infecciosa en España. *Reumatol Clin*. 2015;12(4):196-200.
20. Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial Follow-up Study Research Group. Quality of life and risks associated with systemic anti-inflammatory therapy versus fluocinolone acetonide intraocular implant for intermediate uveitis, posterior uveitis, or panuveitis. Fifty-four-month result of the multicenter uveitis steroid treatment Trial and follow-up study. *Ophthalmology*. 2015;122(10):1976-86.
21. Dick A, Tundia N, Sorg R, Zhao C, Chao J, Joshi A, et al. Risk of ocular complications in patients with noninfectious intermediate uveitis, posterior uveitis, or panuveitis. *Ophthalmology*. 2016;123(3):655-62.
22. Rothova A, Suttorp-van Schulten MS, Frits Treffers W, Kijlstra A. Causes and frequency of blindness in patients with intraocular inflammatory disease. *Br J Ophthalmol*. 1996;80(4):332-6.
23. Singh DK, Magrey M. Racial differences in clinical features and co-morbidities in ankylosing spondylitis in the United States. *J Rheumatol*. 2020;47(6):835-8.
24. Squires H, Poku E, Bermejo I, Cooper K, Stevens J, Hamilton J, et al. A systematic review and economic evaluation of adalimumab and dexamethasone for treating non-infectious intermediate uveitis, posterior uveitis or panuveitis in adults. *Health Technol Assess*. 2017;21(68):1-170.
25. Chi CC, Tung TH, Wang J, Lin YS, Chen YF, Hsu TK, et al. Risk of uveitis among people with psoriasis: a nationwide cohort study. *JAMA Ophthalmol*. 2017;135(5):415-22.
26. Bello-Chavolla OY, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Hernández-Avila M. Epidemiology of diabetes mellitus in Mexico. *Nutr Rev*. 2017;75(1):4-12.
27. Tan P, Koh YT, Wong PY, Teoh SC. Evaluation of the impact of uveitis on visual-related quality of life. *Ocul Immunol Inflamm*. 2012;20(6):453-9.
28. Navarro Rubio MD, Gálvez Hernández P, González de Paz L, Virumbrales Cancio M, Borrás Santos A, Santesmases Masana R, et al. Desarrollo de materiales educativos para pacientes crónicos y familiares. *Educ Med*. 2019;20(6):341-6.
29. Dean S, Mathers JM, Calvert M, Kyte DK, Conroy D, Folkard A, et al. "The patient is speaking": discovering the patient voice in ophthalmology. *Br J Ophthalmol*. 2017;101:700-8.