



MEDICINA CLINICA

www.elsevier.es/medicinaclinica



Artículo especial

## Estándares de calidad para las Unidades de Atención Integral al paciente con uveítis de la Sociedad Española de Inflamación Ocular (SEIO)

Quality standards for Comprehensive Care Units for patients with uveitis of the Spanish Society of Ocular Inflammation (SEIO)

Maite Sainz-de-la-Maza<sup>a,\*</sup>, Alfredo Adan<sup>a</sup>, Iona Ruiz<sup>b</sup>, Emma Beltran<sup>c</sup>, Inés Yago<sup>d</sup>, Rosa Jimenez<sup>e</sup>, Ángela Gomez<sup>f</sup>, Ana Martín<sup>g</sup> y Antoni Trilla<sup>h</sup>, en representación del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Inflamación Ocular (SEIO)

<sup>a</sup> Instituto Clínico de Oftalmología, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>b</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital de Cruces, Bilbao, España

<sup>c</sup> Departamento de Reumatología, Hospital del Mar, Barcelona, España

<sup>d</sup> Departamento de Oftalmología, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

<sup>e</sup> Departamento de Oftalmología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

<sup>f</sup> Departamento de Oftalmología, Hospital de Araba, Vitoria, España

<sup>g</sup> Departamento de Enfermería, Hospital General, Valencia, España

<sup>h</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Barcelona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de diciembre de 2019

Aceptado el 5 de marzo de 2020

On-line el xxx

### Introducción

La uveítis es la inflamación del tracto uveal, integrado por el iris, cuerpo ciliar y coroides, aunque otras estructuras oculares adyacentes (humor vítreo, retina y nervio óptico) pueden verse afectadas por el proceso inflamatorio<sup>1,2</sup>. Puede ocurrir como resultado de un proceso autoinmune o infeccioso específico, o puede surgir como una inflamación ocular aislada inespecífica<sup>1,3</sup>.

En países desarrollados, la incidencia se estima entre 17 y 45 casos por 100.000 habitantes/año con una prevalencia aproximada de 38-714 casos por 100.000 habitantes<sup>4,5</sup>.

La uveítis puede causar una pérdida visual irreversible y es la causa subyacente de aproximadamente el 10% de los casos de ceguera<sup>1,6</sup>. Teniendo en cuenta las posibles consecuencias de la uveítis no tratada, es fundamental realizar un diagnóstico y tratamiento precoces con el fin de evitar en la medida de lo posible el déficit visual permanente<sup>2,5,7</sup>.

Sin embargo, las uveítis son enfermedades complejas, con etiologías diversas y formas de presentación muy variadas (con frecuencia con síntomas inespecíficos y asociadas a enfermedades sistémicas, principalmente autoinmunes), lo que plantea un importante reto clínico y requiere un abordaje multidisciplinar. De ahí la importancia de implementar Unidades multidisciplinarias de Uveítis, integradas por especialistas en oftalmología y en medicina interna, reumatología o inmunología, que valoran conjuntamente a los pacientes en una misma consulta, lo que constituye una herramienta clave tanto para el diagnóstico como para su tratamiento<sup>5,8</sup>.

En España, aunque este concepto está plenamente aceptado, la implementación de Unidades multidisciplinarias de Uveítis es menor de lo que sería deseable y no se han definido unos estándares para la atención de los pacientes con uveítis desde una perspectiva multidisciplinar.

El objetivo de esta iniciativa de la Sociedad Española de Inflamación Ocular (SEIO) es consensuar los requerimientos relevantes reconocibles y valorables como estándares de calidad, que deben definir una Unidad multidisciplinar de Uveítis como un nuevo modelo de gestión integral para el abordaje y manejo de esta enfermedad.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [msainz@clinic.cat](mailto:msainz@clinic.cat) (M. Sainz-de-la-Maza).

## Material y métodos

Para desarrollar el proyecto se utilizó una metodología cualitativa siguiendo el método Delphi, como método formal de priorización y consenso, basado en la interacción recurrente con retroalimentación. Para determinar qué lista extensiva de ítems (propuestas) se someterían a consideración y valoración por los miembros de la SEIOC, mediante cuestionarios anónimos, se constituyó un grupo de expertos multidisciplinar formado por 11 especialistas en oftalmología, reumatología, medicina interna, calidad asistencial, enfermería, así como por pacientes de la Asociación de Pacientes de Uveítis (AUVEA).

En una primera fase, se realizó una sesión de trabajo con reunión presencial del grupo de expertos. Previamente, 2 coordinadores del grupo de expertos, tras revisar la literatura médica publicada a 31 de octubre de 2018 y otra documentación accesible propia de la SEIOC, asociaciones u otras instituciones, elaboraron un extenso listado de posibles propuestas, que se clasificaron dentro de una de las 6 áreas predeterminadas: a) acceso, b) organización, c) estructura, d) formación y acreditación profesional, e) gestión asistencial del paciente, y f) experiencia del paciente y atención social.

Con posterioridad a la reunión, los miembros del grupo determinaron qué ítems se utilizarían para la encuesta y con qué redactado, de forma iterativa, con varias rondas de intercambios por *e-mail*, hasta alcanzar el acuerdo entre todos ellos. Finalmente, se seleccionaron 7 ítems en el área de acceso, 6 ítems en organización, 6 ítems en estructura, 6 ítems en formación y acreditación profesional, 8 ítems en gestión asistencial del paciente, y 3 ítems en experiencia del paciente y atención social.

En una segunda fase y mediante una encuesta online a través de una Web *ad hoc*, y de forma anónima se invitó a participar voluntariamente a todos los miembros de la SEIOC, quienes recibieron por *e-mail* una invitación con un acceso individual y de un solo uso, para la valoración de los distintos ítems agrupados por áreas.

Se les solicitó una puntuación acerca de su acuerdo o desacuerdo con cada una de las propuestas en base a distintos criterios como: el grado suficiente de evidencia; la buena comprensión de lo que se propone; la facilidad de extrapolación; la adaptabilidad a diferentes realidades, personas, fases de la enfermedad o tiempos; y el respeto con la situación actual y con posibles propuestas de futuro. Cada ítem fue valorado mediante selección única en una escala Likert de 1 a 5, progresiva de menor a mayor acuerdo, según se señalase estar: totalmente en desacuerdo, moderadamente en desacuerdo, algo de acuerdo, bastante de acuerdo o completamente de acuerdo. Se determinó el grado de consenso por el porcentaje de respuestas de valor 4 y 5 sobre el total de respuestas.

Igualmente, también se les solicitó que puntuaran la relevancia de cada ítem, según existiera: impacto positivo en la salud (supervivencia, morbilidad, calidad de vida); impacto positivo en el sistema, el modelo asistencial y las organizaciones; déficit clínico o asistencial establecido, reconocido o relevante; factibilidad de la actuación, generalización; posibilidad de registro y medida de las actuaciones. Cada ítem fue valorado mediante selección única en una escala Likert de 1 a 5 progresiva de menor a mayor relevancia, según se considerase como: completamente irrelevante, bastante irrelevante, algo relevante, bastante relevante, totalmente relevante. Se determinó el nivel de relevancia de cada área y de cada ítem por sus puntuaciones medias y estas se ponderaron sobre un total de 100 en función de su número de orden en un rango de mayor a menor de las puntuaciones, tanto a nivel general como para cada área. Se aplicaron los mismos números de orden en los casos *ex aequo*.

Opcionalmente, los participantes pudieron aportar cuantos comentarios y sugerencias considerasen, en relación con cada uno de los ítems encuestados, consideraciones que se utilizaron para adaptar las propuestas de forma que permitieran abarcar una mayor diversidad y flexibilidad, sin menoscabo de su valor. Solo se

analizaron los resultados de aquellos participantes que valorasen al menos el 80% de los ítems de alguna de las áreas.

Dada la iteración ya realizada durante el trabajo previo llevado a cabo por el grupo de expertos, la encuesta online se efectuó en una sola oleada, considerando como acuerdo un consenso mínimo del 75% y cualificando los ítems por ponderación de su relevancia relativa con respecto al resto, asumiendo linealidad entre las puntuaciones de la escala Likert, excepto para las ponderaciones basadas en la ordenación de las puntuaciones medias, dentro de un rango.

## Resultados

El total de participantes encuestados que valoraron al menos el 80% de los ítems fue de 31, representando el 29% de los miembros de la SEIOC invitados. De ellos, el 84% eran oftalmólogos, y el resto eran 2 reumatólogos, 2 internistas y un inmunólogo.

En la [tabla 1](#) se relacionan las 36 propuestas evaluadas como estándares de calidad para Unidades de Uveítis, agrupadas en 6 áreas estratégicas: acceso (7 ítems), organización (6 ítems), estructura (6 ítems), formación y acreditación profesional (6 ítems), gestión asistencial del paciente (8 ítems), y experiencia paciente y atención social (3 ítems).

Todas las propuestas, excepto las P21 y P22, del área de formación y acreditación profesional, alcanzaron un consenso mínimo del 75%. En la [tabla 2](#) se relacionan las 34 proposiciones finales, ordenadas y ponderadas por su relevancia, a las que se han incorporado las apreciaciones aportadas en los comentarios recibidos. Teniendo en cuenta la valoración de las diferentes áreas estratégicas, se puede deducir que las proposiciones de mayor relevancia son las relacionadas con la estructura y recursos físicos disponibles y con la gestión de los pacientes. Los estándares relacionados con la organización funcional multidisciplinar y con el acceso a dichas funciones también tienen una relevancia igualmente elevada, entre bastante y totalmente, mientras que los relacionados con la experiencia del paciente y la atención social o con la formación y acreditación profesional son valorados por debajo de los anteriores, entre algo y bastante relevantes, pero más cerca de lo segundo.

Una valoración individual de los ítems pone de relieve que las proposiciones con mayor consenso y consideradas más relevantes en la práctica habitual son, en el área de estructura, disponer de un Servicio de Oftalmología dentro de un hospital (con consultas externas y urgencias oftalmológicas, con disponibilidad para administrar inyecciones intravítreas y quirófano para intervenciones y biopsias oftalmológicas, con soporte de microbiología y anatomía patológica) y la disponibilidad del aparataje diagnóstico en consultas externas; y, en el área de gestión asistencial del paciente, el manejo de los pacientes que reciben tratamiento sistémico, con realización de analíticas cada 3-6 meses y gestión de las comorbilidades asociadas.

En el área de organización fueron altamente valoradas las propuestas de disponer de otros especialistas con conocimiento de entidades relacionadas con las uveítis (microbiólogo, neurólogo, gastroenterólogo, dermatólogo, radiólogo o anatomopatólogo...), y la potenciación de la formación en uveítis de los médicos internos residentes de oftalmología y/u otras especialidades (medicina interna, reumatología...) por parte del centro donde desarrolle la actividad la Unidad de Uveítis.

El apoyo a asociaciones de pacientes específicas de uveítis, o de otras enfermedades asociadas, a nivel nacional y regional, es considerado de máxima importancia, así como la participación de algún miembro del equipo de la Unidad de Uveítis, al menos cada 2 años, en la formación para otros profesionales sanitarios, generalistas y especializados, en el manejo de la uveítis, los tratamientos inmunosupresores, y derivación normal y urgente.

**Tabla 1**  
Relación de propuestas (ítems) evaluadas como estándares de calidad para Unidades de Uveítis, agrupadas en 6 categorías (áreas)**ACCESO**

- P1:** Mínimo 30 visitas al mes (330/año)
- P2:** Acceso, en casos nuevos, por derivación desde AP y desde consultas externas de oftalmología u otras especialidades, con opción a una cita temporal preferente (en 1-2 semanas) o urgente (en 1-3 días) desde urgencias oftalmológicas u otras
- P3:** Tiempo de espera de los casos nuevos desde AP, oftalmología (consulta externa no específica o urgencias) u otras especialidades, con valoración de la gravedad por la Unidad de Uveítis: normal (< 1 mes), preferente (1-2 semanas) o urgente (1-3 días)
- P4:** Consulta de Uveítis, mínimo un día a la semana
- P5:** Oftalmólogo de urgencias o MIR de 2.º año o más en oftalmología, que pueda ser contactado en casos nuevos, pautar tratamientos, pedir pruebas (serología...) y gestionar citas con la Unidad de Uveítis con carácter de urgencia (1-3 días)
- P6:** Los casos ya registrados (no nuevos) con brotes de uveítis deben poder contactar directamente con la unidad en horario laboral ordinario, mediante métodos establecidos para ello o a través del servicio de urgencias
- P7:** Realización periódica de consultas multidisciplinarias al menos una al mes

**ORGANIZACIÓN**

- P8:** Los oftalmólogos que forma parte de la unidad deberán tener experiencia clínica de un mínimo de 2 años en el manejo de las uveítis
- P9:** El centro donde realice la actividad la Unidad de Uveítis potenciará la formación en uveítis de los MIR de oftalmología y/u otras especialidades (interna, reumatología...)
- P10:** Optometrista/enfermería/auxiliar para valoración de agudeza visual y realización de pruebas complementarias no invasivas, el mismo día de la consulta siempre que sea posible
- P11:** Enfermería y auxiliares de soporte al oftalmólogo para las exploraciones uveítis, extracciones, inyecciones intravenosas e intravítreas y educación sanitaria del paciente (en la uveítis y su tratamiento)
- P12:** Comité multidisciplinar con oftalmología, enfermedades autoinmunes, medicina interna o reumatología y con pediatría (formación en oftalmología, enfermedades autoinmunes, reumatología), garantizando continuidad y transición a la edad adulta, con sesiones clínicas compartidas (una cada uno-2 meses)
- P13:** Debe ser posible la disposición de otros especialistas con conocimiento de entidades relacionadas con las uveítis: infectólogo-microbiólogo, neurólogo, digestólogo, dermatólogo, radiólogo, anatomopatólogo

**ESTRUCTURA**

- P14:** Servicio de oftalmología dentro hospital, con consultas externas y urgencias oftalmológicas. Con disponibilidad para administrar inyecciones intravítreas y quirófano para intervenciones y biopsias oftalmológicas, con soporte de microbiología y anatomía patológica
- P15:** El aparataje de la uveítis debe estar disponible en las consultas externas del servicio de oftalmología (OCT SD/SS, angiografía fluoresceínica/verde indocianina, retinografía, carta Snellen, lámpara hendidura, tonómetro aplanación, oftalmoscopio indirecto, campimetría...)
- P16:** HC electrónica con registro casos uveítis, conectada entre las especialidades y con otros centros (AP, urgencias, pediatría), y/o disponiendo de contactos, para asegurar la disponibilidad de la información y evitar demoras o duplicidad de pruebas
- P17:** Espacios acondicionados (separados o compartidos): sala de espera. Consultas Uveítis para adultos, infantil (si hay hospital infantil), de enfermería, para educación pacientes, y sala propia de hospitalización de día para tratamientos intravenosos o intravítreos
- P18:** La valoración de los pacientes en seguimiento por la Unidad de Uveítis, por oftalmólogos y otros especialistas, se hace conjuntamente en la misma consulta o de forma separada, pero en espacios próximos y con comunicación fácil y directa
- P19:** Horarios mínimos de urgencias en oftalmología de 6 h en días laborables, con disponibilidad de quirófano de día, y con guardias para el resto de horas y días

**FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN PROFESIONAL**

- P20:** FMC acreditada, con presentaciones en distintos aspectos de uveítis, de algún miembro del equipo, en al menos 2 reuniones científicas, nacionales o internacionales, por año
- P21:** Participación de algún miembro del equipo en al menos un estudio o proyecto de investigación en uveítis en los últimos 3 años, acreditado por el CEIC del centro y que se publiquen o presenten los resultados en alguna reunión nacional o internacional
- P22:** Publicaciones científicas en uveítis, al menos una al año, con participación de algún miembro del equipo
- P23:** Memoria de actividad con registro de actividades formativas, participación en reuniones científicas, cursos de FMC, proyectos de investigación y publicaciones científicas, actualizable cada 3 años como mínimo
- P24:** Es posible la certificación de la subespecialización de uveítis, avalada por el director del centro y por al menos 2 años de experiencia clínica
- P25:** Participación, de algún miembro del equipo, al menos cada 2 años, en la formación a otros profesionales sanitarios, generalistas y especializados, en el manejo de la uveítis, los tratamientos inmunosupresores, derivación normal y urgente...

**GESTIÓN ASISTENCIAL DEL PACIENTE**

- P26:** Existe el registro de tratamientos inmunosupresores y biológicos en uveítis, por el propio departamento de oftalmología o por farmacia hospitalaria, según procedimiento por hospital y por comunidad autónoma
- P27:** Consentimiento informado, con registro en la HC si es posible, y con confirmación entrega, información (clara e inteligible), en todo procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo
- P28:** Información al paciente de la enfermedad, tratamientos, su atención sanitaria, visitas a especialistas, estandarizada (con lenguaje y letra claros), como estándar de trabajo. Escrita o verbal y posibilidad de usar o recomendar recursos como webs, apps...
- P29:** Objetivo diagnóstico: <40% uveítis no clasificables (evaluable según lo registrado en la HC).
- P30:** Objetivo tratamiento: Disminución número de brotes, como indicador de eficacia del tratamiento (evaluable según lo registrado en la HC), o reducción del propio tratamiento sistémico u otros indicadores equivalentes
- P31:** Utilización de protocolos diagnóstico-tratamiento de referencia (grupo SUN) y propios
- P32:** En los pacientes que reciben tratamiento sistémico (biológico, inmunosupresor, dosis altas de glucocorticoide) se realizan analíticas de control cada 3-6 meses y se gestionan las comorbilidades asociadas (infecciones, riesgo cardiovascular y osteoporótico)
- P33:** Derivación (a medicina preventiva, AP...) para una correcta vacunación, antes de iniciar el tratamiento biológico

**EXPERIENCIA PACIENTE Y ATENCIÓN SOCIAL**

- P34:** Obtención de medidas del paciente como su satisfacción con la atención, con el tratamiento, su adaptación a la vida diaria, la calidad de vida relacionada con la salud (al menos en los estudios clínicos) y la calidad visual
- P35:** Responder y orientar ante la demanda de valoración de la discapacidad y prestación de servicios sociolaborales, con elaboración de informes y derivación al servicio de atención al paciente que instruye o gestiona la asistencia social
- P36:** Apoyo a asociaciones de pacientes específicas de uveítis, como AUVEA, o de otras enfermedades asociadas (como la de padres de niños con artritis idiopática juvenil) a nivel nacional y regional, mediante colaboración con la información, formación y medios de comunicación

AP: atención primaria; AUVEA: Asociación de Pacientes de Uveítis; CEIC: comité ético de investigación clínica; FMC: formación médica continuada; HC: historia clínica; MIR: médico interno residente; OCT-SD: tomografía de coherencia óptica de dominio espectral; OCT-SS: tomografía de coherencia óptica de fuente de barrido (swept source); SUN: Standardization of Uveitis Nomenclature.

**Tabla 2**  
Proposiciones finales ordenadas y ponderadas por su relevancia

Ponderación general (total 100%)	Ponderación intraárea	Área e ítem
<b>34,3%</b>	<b>100%</b>	<b>ESTRUCTURA</b>
12,5%	30,5%	Servicio de oftalmología dentro hospital, con consultas externas y urgencias oftalmológicas. Con disponibilidad para administrar inyecciones intravítreas y quirófano para intervenciones y biopsias oftalmológicas, con soporte de microbiología y anatomía patológica
12,5%	30,5%	El aparataje de la uveítis debe estar disponible en las consultas externas del servicio de oftalmología (OCT SD/SS, angiografía fluoresceínica/verde indocianina, retinografía, carta Snellen, lámpara hendidura, tonómetro aplanación, oftalmoscopio indirecto, campimetría...
4,2%	15,2%	La valoración de los pacientes en seguimiento por la Unidad de Uveítis, por oftalmólogos y otros especialistas, se hace conjuntamente en la misma consulta o de forma separada, pero en espacios próximos y con comunicación fácil y directa
2,5%	10,2%	HC electrónica con registro casos uveítis, conectada entre las especialidades y con otros centros (AP, urgencias, pediatría), y/o disponiendo de contactos, para asegurar la disponibilidad de la información y evitar demoras o duplicidad de pruebas
1,6%	7,6%	Horarios mínimos de urgencias en oftalmología de 6 h en días laborables, con disponibilidad de quirófano de día, y con guardias para el resto de horas y días
1%	6,1%	Espacios acondicionados (separados o compartidos): sala de espera. Consultas uveítis para adultos, infantil (si hay hospital infantil), de enfermería, para educación pacientes, y sala propia de hospitalización de día para tratamientos intravenosos o intravítreos
<b>25,5%</b>	<b>100%</b>	<b>GESTIÓN ASISTENCIAL DEL PACIENTE</b>
6,3%	30,9%	En los pacientes que reciben tratamiento sistémico (biológico, inmunosupresor, dosis altas de glucocorticoide) se realizan analíticas de control cada 3-6 meses y se gestionan las comorbilidades asociadas (infecciones, riesgo cardiovascular y osteoporótico)
4,2%	15,5%	Derivación (a medicina preventiva, AP. . .) para una correcta vacunación, antes de iniciar el tratamiento biológico
4,2%	15,5%	Objetivo tratamiento: Disminución número de brotes, como indicador eficacia tratamiento (evaluado según lo registrado en la HC), o reducción del propio tratamiento sistémico u otros indicadores equivalentes
3,1%	10,3%	Utilización de protocolos diagnóstico-tratamiento de referencia (grupo SUN) y propios
2,5%	7,7%	Información al paciente de la enfermedad, tratamientos, su atención sanitaria, visitas a especialistas, estandarizada (con lenguaje y letra claros), como estándar de trabajo. Escrita o verbal y posibilidad de usar o recomendar recursos como webs, apps. . .
2,5%	7,7%	Consentimiento Informado, con registro en la HC si es posible, y con confirmación entrega información (clara e inteligible), en todo procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo
1,4%	6,2%	Objetivo diagnóstico: < 40% uveítis no clasificables (evaluado según lo registrado en la HC).
1,4%	6,2%	Existe el registro de tratamientos inmunosupresores y biológicos en uveítis, por el propio departamento de oftalmología o por farmacia hospitalaria, según procedimiento por hospital y por comunidad autónoma
<b>16,3%</b>	<b>100%</b>	<b>ORGANIZACIÓN</b>
4,2%	30,5%	Debe ser posible la disposición de otros especialistas con conocimiento de entidades relacionadas con las uveítis: infectólogo-microbiólogo, neurólogo, digestólogo, dermatólogo, radiólogo, anatomopatólogo. . .
4,2%	30,5%	El centro donde realice la actividad la Unidad de Uveítis, potenciará la formación en uveítis de los MIR de oftalmología y/u otras especialidades (interna, reumatología...)
2,5%	15,2%	Optometrista/enfermería/auxiliar para valoración de agudeza visual y realización de pruebas complementarias no invasivas, el mismo día de la consulta siempre que sea posible
2,1%	10,2%	Los oftalmólogos que forman parte de la unidad deberán tener experiencia clínica de un mínimo de 2 años en el manejo de las uveítis
1,8%	7,6%	Enfermería y auxiliares de soporte al oftalmólogo para las exploraciones uveítis, extracciones, inyecciones intravenosas e intravítreas y educación sanitaria del paciente (en la uveítis y su tratamiento)
1,6%	6,1%	Comité multidisciplinar con oftalmología, enfermedades autoinmunes, medicina interna o reumatología y con pediatría (formación en oftalmología, enfermedades autoinmunes, reumatología), garantizando continuidad y transición a la edad adulta, con sesiones clínicas compartidas (una cada uno-2 meses)
<b>15,2%</b>	<b>100%</b>	<b>ACCESO</b>
3,1%	32,1%	Acceso, en casos nuevos, por derivación desde AP y desde consultas externas de oftalmología u otras especialidades, con opción a una cita temporal preferente (en 1-2 semanas) o urgente (en 1-3 días) desde urgencias oftalmológicas u otras
2,5%	16%	Realización periódica de consultas multidisciplinarias al menos una al mes
2,5%	16%	Los casos ya registrados (no nuevos) con brotes de uveítis deben poder contactar directamente con la unidad en horario laboral ordinario, mediante métodos establecidos para ello o a través del servicio de urgencias
2,1%	10,7%	Tiempo de espera de los casos nuevos desde AP, oftalmología (consulta externa no específica o urgencias) u otras especialidades, con valoración de la gravedad por la Unidad de Uveítis: normal (< 1 mes), preferente (1-2 semana) o urgente (1-3 días)
2,1%	10,7%	Consulta de Uveítis, mínimo un día a la semana
1,8%	8%	Mínimo 20 visitas al mes (220/año)
1,1%	6,4%	Oftalmólogo de urgencias o MIR de 2.º año o más en oftalmología, que pueda ser contactado en casos nuevos, pautar tratamientos, pedir pruebas (serología. . .) y gestionar citas con la Unidad de Uveítis con carácter de urgencia (1-3 días)
<b>3,8%</b>	<b>100%</b>	<b>EXPERIENCIA PACIENTE Y ATENCIÓN SOCIAL</b>
1,4%	54,5%	Apoyo a asociaciones de pacientes específicas de uveítis, como AUVEA, o de otras enfermedades asociadas (como la de padres de niños con artritis idiopática juvenil) a nivel nacional y regional, mediante colaboración con la información, formación y medios de comunicación
1,3%	27,3%	Responder y orientar ante la demanda de valoración de la discapacidad y prestación de servicios sociolaborales, con elaboración de informes y derivación al servicio de atención al paciente que instruye o gestiona la asistencia social
1,1%	18,2%	Obtención de medidas del paciente como su satisfacción con la atención, con el tratamiento, su adaptación a la vida diaria, la calidad de vida relacionada con la salud (al menos en los estudios clínicos) y la calidad visual
<b>5%</b>	<b>100%</b>	<b>FORMACIÓN Y ACREDITACIÓN PROFESIONAL</b>
1,4%	48%	Participación, de algún miembro del equipo, al menos cada 2 años, en la formación a otros profesionales sanitarios, generalistas y especializados, en el manejo de la uveítis, los tratamientos inmunosupresores, derivación normal y urgente...
1,4%	24%	FMC acreditada, con presentaciones en distintos aspectos de uveítis, de algún miembro del equipo, en al menos 2 reuniones científicas, nacionales o internacionales, por año
1,1%	16%	Memoria de actividad con registro de actividades formativas, participación en reuniones científicas, cursos de FMC, proyectos de investigación y publicaciones científicas, actualizable cada 3 años como mínimo
1%	12%	Es posible la certificación de la subespecialización de uveítis, avalada por el director del centro y por al menos 2 años de experiencia clínica

AP: atención primaria; AUVEA: Asociación de Pacientes de Uveítis; FMC: formación médica continuada; HC: historia clínica; MIR: médico interno residente; OCT-SD: tomografía de coherencia óptica de dominio espectral; OCT-SS: tomografía de coherencia óptica de fuente de barrido (swept source); SUN: Standardization of Uveitis Nomenclature.

Asimismo, se considera muy importante el acceso preferente (1-2 semanas) o urgente (1-3 días) a la Unidad de Uveítis por derivación desde los centros de asistencia primaria y desde consultas externas de oftalmología u otras especialidades, o desde urgencias oftalmológicas u otras.

En general, no hubo diferencias significativas entre el conjunto de los participantes y los que no eran oftalmólogos, en cuanto a la distribución de las puntuaciones de los distintos ítems, aunque los no oftalmólogos parecían conceder menos importancia a la exigencia de separación entre espacios físicos acondicionados para adultos y para niños, así como a la disponibilidad de quirófano de día propio.

## Discusión

El trabajo en equipo de distintos especialistas es cada vez más frecuente en medicina, y la uveítis, por su complejidad, es una enfermedad en la que la necesidad de esta colaboración es especialmente patente. Numerosos autores han demostrado que la colaboración entre el oftalmólogo y el internista/reumatólogo evita retrasos en el diagnóstico y permite instaurar más precozmente un tratamiento efectivo, lo que reduce el número de complicaciones y de secuelas permanentes<sup>3,5,8</sup>.

En algunos países como EE. UU. o Alemania desde hace mucho tiempo se considera imprescindible la implicación directa de un internista/reumatólogo en el diagnóstico y el tratamiento de las uveítis. En España, también está plenamente aceptada la necesidad de un abordaje multidisciplinar de las uveítis, aunque la implementación de Unidades multidisciplinarias de Uveítis es más lenta de lo deseable. Las primeras Unidades de Uveítis se crearon en la década de los noventa, y desde entonces se han ido expandiendo por todo el territorio nacional, aunque aún hay centros sanitarios en los que el abordaje multidisciplinar se limita a solicitar una interconsulta a los servicios médicos del hospital<sup>8</sup>.

La experiencia del trabajo conjunto realizado en las Unidades de Uveítis demuestra que se evita la circulación de pacientes y de interconsultas entre especialistas, con el consiguiente ahorro en el número de visitas, exploraciones y pruebas complementarias. Además, se facilita el entendimiento, se unifican los cuidados asistenciales, diagnósticos y terapéuticos, y gracias a este abordaje común, se disminuye la variabilidad y se aumenta la efectividad.

Asimismo, facilita la instauración de un tratamiento precoz, un factor clave para evitar secuelas a largo plazo, que pueden traducirse en complicaciones oculares como cataratas, glaucoma, edema macular e inflamación crónica, que pueden ser causa última de ceguera.

Se han publicado diversas experiencias de Unidades de Uveítis en hospitales terciarios e incluso secundarios, tanto en España como en otros países, y todas coinciden en señalar que el trabajo colaborativo mejora la calidad asistencial del paciente<sup>5,9</sup> y permite optimizar los recursos<sup>6</sup>.

La progresiva creación de Unidades de Uveítis en España no ha seguido unos estándares establecidos, sino que se ha hecho en cada centro según criterios de los profesionales implicados, sin duda con la mejor voluntad, pero no siempre obteniendo resultados óptimos en eficiencia y calidad.

En general, en estas unidades multidisciplinarias, el oftalmólogo en colaboración con el internista/reumatólogo figuran como piezas centrales del organigrama, y mientras los primeros llevan a cabo el examen ocular, realizan un diagnóstico diferencial de enfermedades concretas, y establecen una clasificación de patrones, los segundos afinan los diagnósticos cuando se sospecha una afectación sistémica. En el tratamiento, la decisión la toma el oftalmólogo, pero siempre en consonancia con las conclusiones que el internista/reumatólogo haya establecido después de haber valorado

íntegramente al paciente<sup>8,9</sup>. Estos especialistas han de contar en ocasiones con la colaboración de otros especialistas, tanto de carácter clínico como de investigación básica, entre los que se incluyen inmunólogos, microbiólogos, hematólogos, patólogos, etc.<sup>8</sup>.

La falta de unos criterios estandarizados para la organización de las Unidades de Uveítis en España es la razón por la que la SEIOC ha considerado oportuno establecer unos estándares de calidad que sean aplicables a todas las Unidades de Uveítis existentes en centros españoles.

Los resultados del estudio de los estándares de calidad para la atención integral en Unidades de Uveítis han identificado una lista estructurada de 34 proposiciones, con más que suficiente relevancia y elevado consenso entre distintos especialistas, mayoritariamente oftalmólogos, que deberían constituir la base para la certificación de una Unidad de Uveítis.

Esta iniciativa se incluye en el proceso de cambio que se está produciendo desde hace años en el sistema sanitario para cambiar el modelo asistencial y situar al paciente en el centro de la atención y organizar los recursos del sistema en torno a él y a sus necesidades. Este cambio de modelo tiene el objetivo de mejorar la calidad de vida y las funcionalidades del paciente, aumentando su capacidad de autorregulación y su autonomía en las actividades de la vida diaria.

Establecer unos estándares de calidad para las Unidades de Atención Integral al paciente con Uveítis ha de contribuir a este cambio de modelo, mejorando la calidad asistencial, y por tanto los resultados en salud, y optimizando la gestión de los recursos.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A los miembros de la SEIOC participantes en la encuesta, por su anónima, voluntaria y amable contribución, así como a Xavier Bona (Pulso ediciones, S.L.) por el necesario apoyo para el desarrollo del proyecto. Muy especialmente, agradecemos la contribución de las personas de la asociación AUVEA que junto al grupo de expertos lo hicieron posible.

## Bibliografía

1. Van Laar JAM, Rothova A, Missotten T, Kuijpers RWAM, van Hagen PM, van Velthoven MEJ, et al. Diagnosis and treatment of uveitis; not restricted to the ophthalmologist. *J Clin Transl Res*. 2015;1:94-9.
2. Biggioggero M, Crotti C, Becciolini A, Miserocchi E, Favalli EG. The management of acute anterior uveitis complicating spondyloarthritis: Present and future. *Biomed Res Int*. 2018;2018:9460187.
3. Barisani-Asenbauer T, Maca SM, Mejdoubi L, Emminger W, Machold K, Auer H. Uveitis- a rare disease often associated with systemic diseases and infections- a systematic review of 2619 patients. *Orph J Rare Dis*. 2012;7:57.
4. Miserocchi E, Fogliato G, Modorati G, Bandello F. Review on the worldwide epidemiology of uveitis. *Eur J Ophthalmol*. 2013;23:705-17.
5. Fanlo P, Heras H, Pérez D, Tiberio G, Espinosa G, Adán A. Caracterización de los pacientes con uveítis remitidos a una unidad multidisciplinar de referencia en el norte de España. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2017;92:202-9.
6. 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*. 2016;12:196-200.
7. Angeles-Han ST, Ringold S, Beukelman T, Lovell D, Cuello CA, Becker ML, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the screening, monitoring, and treatment of juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Arthr Care Res*. 2019;71:703-16.
8. Fonollosa A, Adán A. Uveítis: un abordaje multidisciplinar. *Arch Soc Esp Ophthalmol*. 2011;86:393-4.
9. De la Mora A, Aurrecochea E, Diez del Corral A, Calvo J. Rheumatology-Ophthalmology Collaborative Uveitis Units may improve the diagnostic and therapeutic approach of this pathology: Experience from a Uveitis Unit in a secondary Spanish hospital. *J Arthritis*. 2016;5:5.