



Universidad de Valladolid



**MÁSTER UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA
OFTALMOLÓGICA**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**“EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON
UVEÍTIS: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA”**

ALUMNO: Francisco José Bañón Martí

TUTOR: José Alberto de Lázaro Yagüe

COTUTOR: Pablo Arlanzón Lope

Curso 2022-2023

RESUMEN:

La uveítis es una enfermedad ocular inflamatoria que afecta la capa media del ojo, conocida como úvea. Esta afección puede tener diversas causas y manifestaciones clínicas, y su tratamiento puede resultar complejo y multidisciplinario. En este contexto, el papel de la enfermera en el cuidado de pacientes con uveítis se vuelve esencial para garantizar una atención integral y de calidad.

El objetivo de este trabajo fue explorar y analizar el papel de la enfermera en el cuidado de pacientes con uveítis, destacando su contribución en el manejo y la atención oftalmológica de estos pacientes. Para ello, se revisaron los fundamentos teóricos y las prácticas actuales relacionadas con la enfermería en la atención oftalmológica, así como los aspectos específicos de la uveítis que requieren atención especializada.

El cuidado de pacientes con uveítis implica la participación activa de enfermeras especializadas en oftalmología, quienes desempeñan un papel fundamental en el manejo integral de estos pacientes. Entre sus funciones se incluyen la educación y el apoyo al paciente, la administración de medicamentos oftálmicos, la monitorización de los efectos secundarios de los tratamientos y el seguimiento y coordinación con otros profesionales de la salud.

Además, las enfermeras desempeñan un papel crucial en la detección temprana de complicaciones oculares, la promoción de la adherencia al tratamiento y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Su presencia y cercanía brindan un soporte emocional invaluable, al tiempo que ayudan a garantizar una comunicación efectiva entre el paciente, el oftalmólogo y otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente con uveítis.

PALABRAS CLAVE: Uveítis, enfermería, cuidados de enfermería, calidad de vida.

ABSTRACT:

Uveitis is an inflammatory eye disease that affects the middle layer of the eye, known as the uvea. This condition has various causes and clinical manifestations, and its treatment can be complex and multidisciplinary. In this context, the role nursing personnel in the care of patients with uveitis becomes essential to ensure a comprehensive and quality care.

The aim of this work was to explore and analyze the role of nursing staff in the care of patients with uveitis, highlighting their contribution in the management and ophthalmic care of these patients. To achieve this, the theoretical foundations and current practices related to nursing in ophthalmic care, as well as the specific aspects of uveitis that require specialized attention were reviewed

The care of patients with uveitis involves the active participation of specialized nurses in ophthalmology, who play a fundamental role in the comprehensive management of these patients. Their functions include patient education and support, administration of ophthalmic medications, monitoring of treatment side effects, follow-up, and coordination with other healthcare professionals.

Furthermore, nurses play a crucial role in early detection of ocular complications, promotion of treatment adherence, and improvement of patients' quality of life. Their presence and proximity provide invaluable emotional support, while also helping to ensure effective communication between the patient, ophthalmologist, and other healthcare professionals involved in the care of patients with uveitis.

KEY WORDS: Uveitis, nurse, nursing care, quality of life.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. OBJETIVOS.....	8
3. METODOLOGÍA.....	9
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	11
4.1 ¿QUÉ ES LA UVEÍTIS?.....	12
4.1.1 CLASIFICACIÓN DE LA UVEÍTIS.....	12
4.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA UVEÍTIS.....	15
4.1.3 ETIOLOGÍA.....	17
4.1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	19
4.1.5 DIAGNÓSTICO.....	20
4.1.6 TRATAMIENTO.....	22
4.2 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA UVEÍTIS.....	24
4.2.1 CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.....	25
4.2.2 PRUEBAS OFTALMOLÓGICAS REALIZADAS POR ENFERMERÍA.....	27
4.2.3 EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE COLIRIOS EN EL TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS.....	30
4.2.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	31
4.2.5 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON UVEÍTIS.....	32
5. CONCLUSIÓN.....	34
6. BIBLIOGRAFÍA.....	36

ABREVIATURAS:

- **AV.** Agudeza Visual
- **SUN.** Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN)
- **IUSG.** International Uveitis Study Group (IUSG)
- **UA.** Uveítis anterior (UA)
- **UAC.** Uveítis anterior crónica (UAC)
- **UAA.** Uveítis anterior aguda (UAA)
- **UI.** Uveítis intermedia (UI)
- **UP.** Uveítis posterior (UP)
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud (OMS)
- **PIO.** Presión intra ocular (PIO)

FIGURAS:

- **Figura 1.** Anatomía ocular.
- **Figura 2.** Diagrama de flujo.
- **Figura 3.** Uveítis anterior.
- **Figura 4.** Tipos de uveítis
- **Figura 5.** Diferentes optotipos.
- **Figura 6.** Tipos de tonómetros.
- **Figura 7.** Tomografía de coherencia óptica (OCT).
- **Figura 8.** Angiografía.

TABLAS:

- **Tabla 1.** Clasificación etiopatogénica de las uveítis.

1. INTRODUCCIÓN.

La úvea es la capa media o también llamada capa vascular del ojo, que está formada por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides, los cuales se dividen en anterior (iris), medio (cuerpo ciliar) y posterior (retina y coroides).¹ Se encuentra debajo de la esclerótica y por encima de la retina.⁴

La función principal de la úvea es suministrar sangre y nutrientes a la retina, así como regular la cantidad de luz que entra en el ojo a través del iris y el músculo ciliar.¹⁵

La túnica vascular o también llamada úvea, está compuesta de tres partes: la coroides, el cuerpo ciliar y el iris.³⁰

- La coroides es la porción posterior de la túnica vascular y recubre la parte interna de la esclera. Presenta un gran número de vasos sanguíneos encargados de nutrir a la retina y contiene células llamadas melanocitos que poseen melanina.³⁰
- El cuerpo ciliar se encuentra en la porción anterior de la úvea, formada por los procesos ciliares encargados de secretar un líquido incoloro llamado humor acuoso a través de sus capilares sanguíneos y el músculo ciliar, que se contrae y se relaja para cambiar la tensión de las fibras zonulares las cuales se adhieren al cristalino y regulan la forma de este, ajustándose para la visión de cerca o de lejos.³⁰
- El iris es el pigmento coloreado del ojo, según la cantidad de melanina que posea se determinará el color de los ojos. Se encarga principalmente de regular la cantidad de luz que pasa a través de la pupila, el orificio situado en el centro del iris.³⁰

Cuando la úvea se inflama, puede cursar con ojo rojo y doloroso. Según la zona afectada, podemos hablar de: uveítis anterior, uveítis media y uveítis posterior. Sin embargo, si se ven afectadas todas las estructuras nombradas anteriormente, estaremos hablando de panuveítis.

A continuación, se presenta un recuerdo anatómico fisiológico del globo ocular. Se puede observar las diferentes capas en la figura 1:

En el ojo se diferencian tres compartimentos bien distintos:³

- La cámara anterior: situada entre la córnea y el iris
- La cámara posterior: entre el iris y el cristalino.
- El espacio vítreo: ubicado detrás del cristalino y rodeado por la hialoides y la retina, en el que se encuentra el llamado cuerpo vítreo.

Además, el ojo consta de diferentes capas, entre las que podemos distinguir:⁴

- Capa externa, formada por la esclera, que en su porción anterior se continúa con la córnea.
- Capa intermedia, formada por la úvea. Es mayormente vascular. Se divide en tres segmentos:
 - Iris: situado de forma más anterior.
 - Cuerpo ciliar: corresponde a la zona intermedia.
 - Coroides: que es la capa posterior.
- Capa interna, formada por la retina

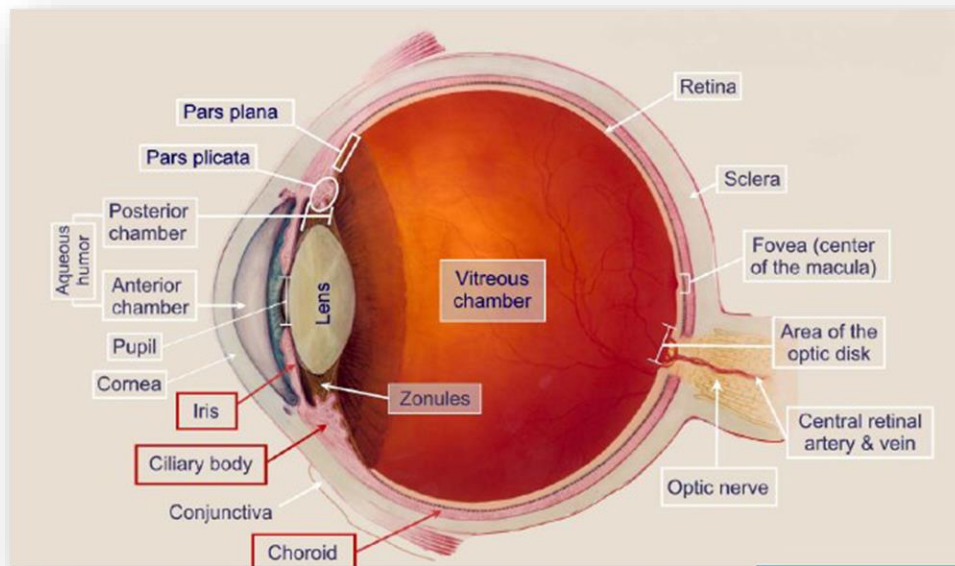


Figura 1. Anatomía Ocular. Tomado de <http://www.uveitis.org/docs/eye> el 28 de febrero 2023

Como se ha nombrado anteriormente, la capa intermedia o capa vascular es dónde encontramos la úvea. Si hay un proceso inflamatorio en cualquiera de estas estructuras nombradas anteriormente, se le denomina uveítis.

Se trata de una enfermedad compleja, de abordaje multidisciplinar, que hace necesario consensuar la terminología con objeto de comparar datos de forma mucho más precisa.⁵

Esta enfermedad es más frecuente entre los 20 y los 50 años de edad, aunque puede presentarse a cualquier edad. En muchas ocasiones estos cuadros acompañan a otros procesos sistémicos (enfermedades reumatológicas, infecciones).¹ Debido a esto, es muy común que esta patología se trate de manera multidisciplinar entre un oftalmólogo, además de un reumatólogo o internista.

En los países desarrollados, la prevalencia de la enfermedad es de 38-714 casos por 100.000 habitantes y la incidencia estimada de 17-52 casos por 100.000 habitantes/año. A pesar de la baja prevalencia, es considerada una enfermedad grave, puesto que es causante del 5-20% de ceguera y del 10% de todos los casos de trastornos visuales.²

2. OBJETIVOS.

Objetivo principal:

- Describir y profundizar en la patología de la uveítis para definir y destacar así el papel del personal de enfermería en esta patología.

Objetivos secundarios:

- Determinar la etiología, fisiopatología y complicaciones de la uveítis.
- Aprender a clasificar y localizar las uveítis, así como conocer la sintomatología característica de cada una de ellas.
- Describir las uveítis y los diferentes tipos que encontramos, así como su diagnóstico y tratamiento a seguir.
- Definir los cuidados de enfermería en la uveítis.
- Conocer las funciones que puede realizar la enfermera en los cuidados de los pacientes con uveítis.

3. METODOLOGÍA.

El siguiente trabajo se trata de una revisión bibliográfica. Para la realización de la investigación, primero se comenzó realizando la pregunta de investigación: ¿Cuál sería el papel o funciones de la enfermera en la atención al paciente con uveítis?

Con el objeto de optimizar el rendimiento de la búsqueda de información en las diferentes bases de datos y fuentes utilizadas, se transformó la pregunta de investigación en una pregunta específica, mediante la utilización de los componentes del sistema PICO establecido por la enfermería basada en la evidencia. Problema (definición del problema o paciente), Intervención que se pretende analizar, intervención de Comparación, y Resultado.

P: Paciente con uveítis

I: Funciones de la enfermera

C: Atención al paciente con uveítis

O: Mejora en la atención y manejo de la uveítis

Criterios de elegibilidad:

Todos aquellos trabajos de investigación recuperados de las diferentes bases de datos, debían cumplir unos criterios de inclusión referenciados a continuación.

- Artículos referidos a población adulta y no a población infantil.
- Artículos que estudian aspectos relacionados con la uveítis.
- Artículos redactados en inglés, español y portugués.

Así mismo, se seleccionaron artículos publicados entre los años 2013 al 2023.

Fuentes de información:

Las fuentes de información se obtuvieron realizando en primer lugar una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos. Las fuentes de datos empleadas fueron las siguientes: Pubmed, Cochrane, Cuiden, Scielo, Cinhal, Scopus, Web of Science y Google académico.

Para evaluar la calidad científica de los artículos seleccionados, se ha empleado la herramienta CASPe, con el objetivo de descartar aquellos que no tienen una calidad suficiente, empleando los cuestionarios disponibles en la página web de la organización Critical Appraisal Skill Programme español. (www.redcaspe.org).

Búsqueda:

La ecuación de búsqueda diseñada para este estudio fue la siguiente:

((Nursing care AND Uveitis) OR (Care AND Uveitis) OR (Nurse AND uvea inflammation))

En primer lugar, en cuanto a la confección de dicha ecuación se utilizó el tesoro DeCS para averiguar descriptores relacionados o que tuvieran equivalencia con la pregunta de investigación del trabajo.

Selección de estudios:

El proceso de selección de artículos se llevó a cabo en dos fases. La primera consistió en revisar los títulos y los resúmenes de todos los registros de artículos producidos por la ecuación y mostrados por las bases de datos, utilizando los criterios de inclusión, exclusión y el objetivo del estudio como medidas de cribado. En la segunda fase se realizó una revisión, esta vez, a texto completo de todos los estudios científicos, asegurando la pertinencia de cada uno de ellos.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Las búsquedas en las diferentes bases de datos dieron como resultado $n=378$ registros. Después de eliminar los registros duplicados, se obtuvieron $n=365$ títulos y Abstract que fueron revisados para determinar su selección. De estos, $n=84$ registros fueron seleccionados para una lectura a texto completo y finalmente fueron incluidos para la elaboración del estudio, $n=28$ (Tabla 1). El resto de artículos fueron excluidos, 42 por no ser relevantes para la realización del estudio en cuestión, 8 por referirse a población infantil y no a la adulta y 6 por ser de pago y no poder visualizarlos al completo (Figura 2).

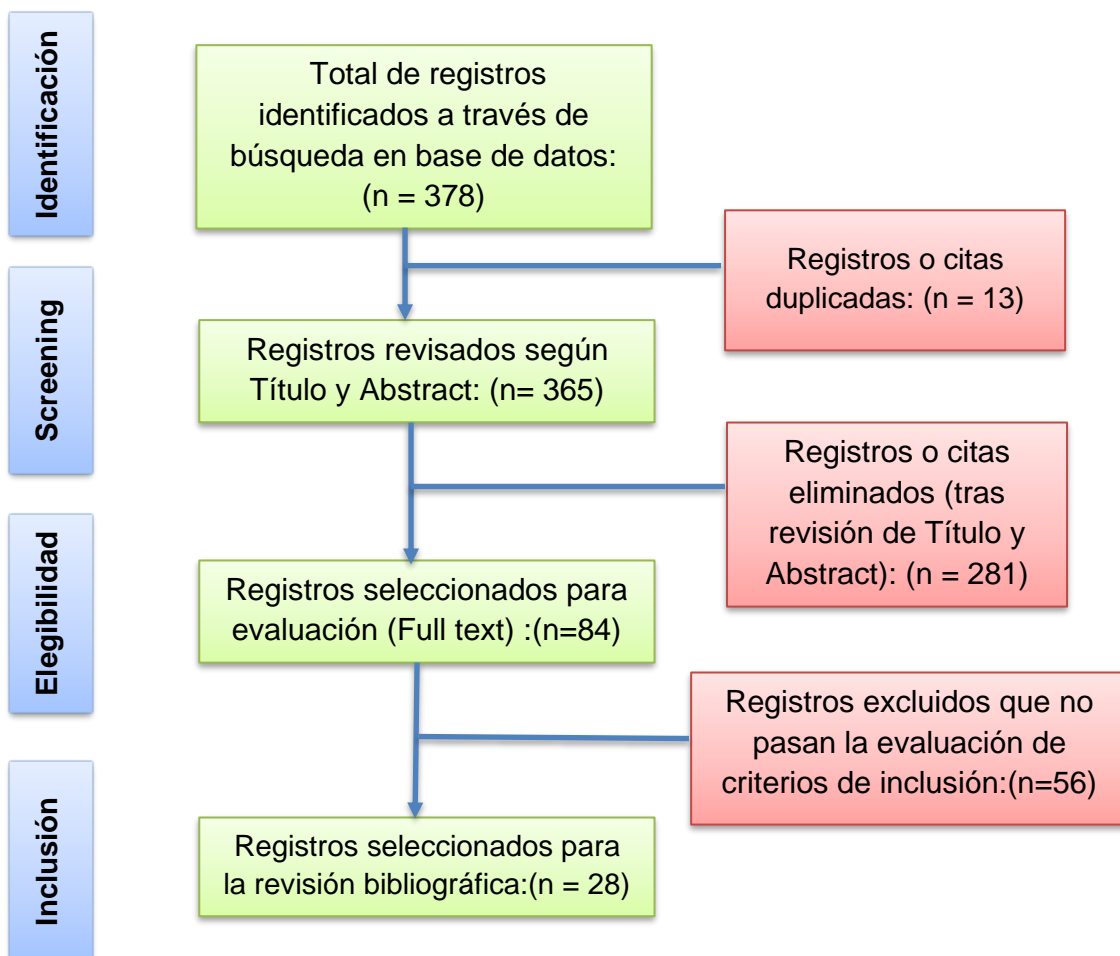


Figura 2. Diagrama de flujo de selección de artículos.

4.1 ¿QUÉ ES LA UVEÍTIS?

Se entiende por uveítis toda inflamación intraocular que afecte a la úvea (iris, cuerpo ciliar y coroides). Esta capa contiene multitud de vasos sanguíneos que nutren el ojo, por lo que, si se inflama, puede ocasionar un daño vital del ojo y provocar la pérdida permanente de la visión.²⁸

Encontramos 4 tipos de uveítis, que se clasifican según la zona afectada, uveítis anterior (UA), uveítis intermedia (UI), uveítis posterior (UP) y panuveítis.²⁸ A continuación describiremos cada una de ellas para comprenderlas.

4.1.1 CLASIFICACIÓN DE LA UVEÍTIS.

Un criterio básico de clasificación es el de la localización de la afectación inflamatoria de la úvea.⁸ En las recomendaciones del *Standardization of Uveitis Nomenclature* (SUN) *Working Group* sobre terminología de las uveítis, apoyadas por el *International Uveitis Study Group* (IUSG), se clasifica anatómicamente la uveítis como:⁴

- A. Anterior: la cámara anterior es la localización primaria de la inflamación.
- B. Intermedia: inflamación primaria del vítreo; incluye la pars planitis.
- C. Posterior: retina y/o coroides.
- D. Panuveítis: están afectadas todas las estructuras uveales.

También se emplea una clasificación clínica del IUSG basada en la etiología:⁴

- Infeciosa: bacteriana, vírica, micótica, parasitaria y de otro tipo.
- No infecciosa: asociada o no a una enfermedad sistémica conocida.
- Síndromes de enmascaramiento: neoplásicos y no neoplásicos.

a) UVEÍTIS ANTERIOR

La UA es una inflamación que afecta a la capa uveal anterior -iris y parte anterior (pars plicata) del cuerpo ciliar y es con diferencia la forma más habitual de uveítis. La iritis describe la inflamación que afecta principalmente al iris, mientras que en la iridociclitis se ven afectados tanto el iris como el cuerpo ciliar; en la práctica se trata de términos intercambiables, porque no pueden distinguirse clínicamente.⁴

La UA es la forma más común, representando el 50% de los casos de uveítis.¹⁶

Las UA, suelen cursar con dolor, fotofobia, epífora y grado variable de disminución de la agudeza visual (AV), sobre todo, en las formas agudas. Los signos más frecuentes son el tyndall (o presencia de células en cámara anterior), precipitados queráticos endoteliales, sinequias posteriores (uniones entre el iris y la cápsula anterior del cristalino), hiperemia ciliar y miosis.⁵

Suelen ser idiopáticas y entre las formas secundarias destacan las asociadas a espondiloartritis.⁸

La uveítis anterior crónica (UAC) es menos frecuente que la uveítis anterior aguda (UAA). Por lo general, es bilateral y hay más probabilidad de que exista una enfermedad sistémica asociada.⁴



Figura 3. Uveítis anterior. Tomada de: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-uveitis>

b) UVEITIS INTERMEDIA

La UI es aquella en la que la inflamación afecta principalmente a la cavidad vítrea.⁵ Concretamente en este tipo de uveítis se incluyen, Pars planitis, Ciclitis posterior y la Vitritis.⁵ Las uveítis intermedias son las uveítis más infrecuentes, pero es la más común en niños y adultos jóvenes.⁸ Comporta aproximadamente el 15% de todos los casos de uveítis, y alrededor del 20% de las pediátricas. ⁶

Suelen ser de patogenia inmunológica y debe señalarse su especial vinculación con la sarcoidosis y la esclerosis múltiple.⁸

Es una entidad con sintomatología más inespecífica. Suelen asociarse a miodesopsias. Los signos que se asocian suelen ser los “snowballs”, que corresponden a depósitos en la base del vítreo en forma de bolas de nieve, vitritis y edema macular.⁵ El curso de este tipo suele ser fundamentalmente benigno (80% de los casos) y crónico.⁶

c) UVEÍTIS POSTERIOR

La UP se refiere a la inflamación del segmento posterior del globo ocular, que comprendería coroides, retina y nervio óptico.⁷

En este tipo de uveítis se incluyen, coroiditis focal, multifocal o difusa, coriorretinitis, retinocoroiditis, retinitis, neurorretinitis, y la vasculitis retiniana.⁵

Las UP son la segunda forma más frecuente, corresponde con 15-30% de todas las uveítis y su etiología más habitual es la toxoplasmosis.⁸

Suelen debutar con pérdida de visión y miodesopsias. Los signos más frecuentemente asociados son la vitritis, focos de exudación coroidea y retiniana, vasculitis y desprendimiento de retina exudativo.⁵

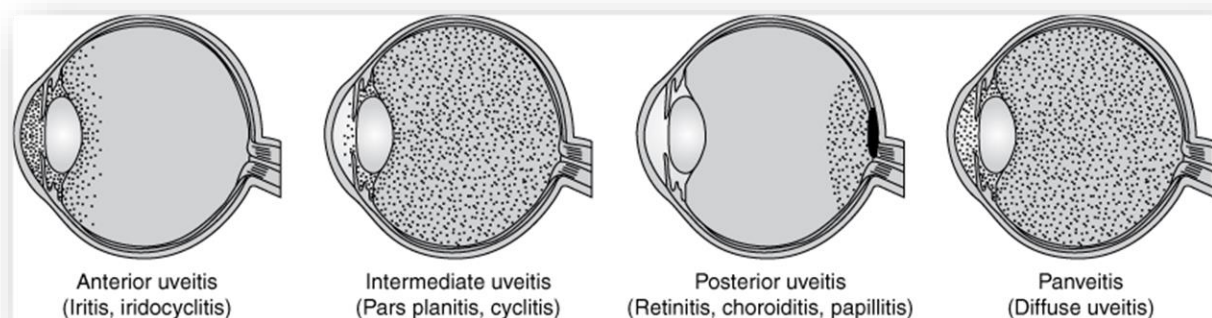


Figura 4. Tipos de uveítis. Tomada de: <https://www.centrooftalmologicocarballino.com/noticias/38/cajon-de-sastre-ocular-uveitis>

d) PANUVEITIS

Este término sólo se reserva para cuando la inflamación no tiene una localización específica, y se ven implicadas la cámara anterior, vítreo, retina y/o coroides.⁵

Se ha descrito como la uveítis más común en Suramérica, África y Asia.¹⁷

En los países desarrollados la prevalencia de este tipo de uveítis se sitúa en el 10%, sin embargo, estudios realizados con población de países desarrollados, la uveítis puede situarse la prevalencia entre un 15% y un 69% según la población estudiada.⁶

En las panuveítis, que constituyen el tercer grupo más frecuente, debe destacarse la relevancia de las enfermedades de patogenia por el sistema inmunitario como la enfermedad de Behcet y la sarcoidosis.⁸

En las panuveítis las manifestaciones clínicas varían considerablemente, pero la sintomatología es propia de los tres tipos de uveítis definidos previamente.⁸

4.1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA UVEÍTIS.

La incidencia de uveítis en la población general es de 52 casos/100.000 habitantes/año y una prevalencia del 0.1 %. El pico máximo de incidencia se sitúa entre los 20-50 años. El 10 % de los casos de ceguera son debidos a las uveítis. Existen numerosos datos epidemiológicos que relacionan la uveítis con patología reumática. Las uveítis aparecen en el 40 % de los pacientes con espondilitis anquilosante y en un 50 % en otras espondiloartropatías. Muchas de estas enfermedades se manifiestan inicialmente en forma de uveítis.⁹

La uveítis supone aproximadamente un 10% del deterioro visual en el mundo desarrollado. Se estima que el 35% de todas ellas presentan ceguera legal o un importante deterioro visual. Esta patología afecta prioritariamente a pacientes en edad laboral, lo cual repercute de manera directa en la calidad de vida, así como en la productividad.⁵

Sabiendo las importantes secuelas de esta enfermedad, la mejora en el conocimiento de los distintos tipos de uveítis es imprescindible para poder evitarlas. En estos últimos años, ha habido un incremento en el número de trabajos que estudian factores epidemiológicos, así como la patogénesis de la enfermedad, siendo todo ello clave para el desarrollo de mejoras en este campo.⁵

Las tasas de incidencia y prevalencia tienen gran variabilidad en función del año de realización y la población estudiada. Esto se debe no sólo al avance en el conocimiento y mejoras diagnósticas, sino a la existencia de otros factores que afectan a la distribución de la uveítis en las distintas poblaciones. Estos factores son fundamentalmente:⁵

- Factores raciales
- Factores genéticos
- Factores geográficos
- Factores sociales
- Factores ambientales

Debemos tener en cuenta todos estos factores para realizar un correcto diagnóstico e incidir en ellos a la hora de realizar una correcta anamnesis, para llegar así a un diagnóstico exacto.⁵

Si hablamos de epidemiología de la uveítis en España, existen muy pocos estudios epidemiológicos realizados en nuestro país.

En 2015, Llorens y colaboradores publicaron un estudio epidemiológico que nos ofrece una visión más actual de la incidencia y prevalencia en España, así como los cambios que se han producido en los últimos tiempos.⁵

Los datos obtenidos en dicho estudio indican que la uveítis más frecuente es la UA con un (52%), seguida de la UP (23 %), la panuveítis (15 %) y la UI (9 %).⁵

En este trabajo realizado por Llorenç y colaboradores, nos da una perspectiva del espectro etiológico debido, entre otros factores, al incremento de la población inmigrante, cuyos países de origen presentan enfermedades muy diferentes a las de nuestra población. Todo esto nos lleva a la conclusión de la importancia y necesidad de realizar estudios epidemiológicos que mejoren nuestro conocimiento acerca de las etiologías más prevalentes, para así llegar a un mejor diagnóstico y tratamiento.¹⁰

Como se ha expuesto previamente, los resultados de los investigadores españoles son similares a los trabajos europeos, donde predominan las uveítis anteriores, siendo la mayoría idiopáticas. Las segundas en frecuencia son las uveítis posteriores, identificando la toxoplasmosis como causa más común. La panuveítis y la UI son las más infrecuentes y de causa idiopática. El último trabajo realizado por Llorenç y colaboradores nos muestra un cambio en el espectro etiológico debido, entre otros factores, al incremento de la población inmigrante, cuyos países de origen presentan enfermedades muy diferentes a las de nuestra población. Todo esto nos lleva a la

conclusión de la importancia y necesidad de realizar estudios epidemiológicos que mejoren nuestro conocimiento acerca de las etiologías más prevalentes, para así llegar a un mejor diagnóstico y tratamiento.¹⁰

4.1.3 ETIOLOGÍA

La etiología de las uveítis puede ser muy diversa y la patogenia suele ser mediada por el sistema inmunitario/inflamatorio. Desde una perspectiva de manejo clínico se establecen dos grandes categorías, las de etiología infecciosa y las de patogenia inmunológica sin agente microbiológico desencadenante demostrado (Tabla 1).¹¹

TABLA 1. CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA DE LAS UVEÍTIS.¹¹

CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA DE LAS UVEÍTIS	
CLASIFICACIÓN ETIOPATOGÉNICA BÁSICA	AGENTES ETIOLÓGICOS Y FORMAS CLÍNICAS
<p style="text-align: center;">Infecciosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Parásitos:</u> toxoplasma, toxocara, acanthamoeba, Pneumocystis jiroveccii ● <u>Virus:</u> citomegalovirus, herpes simple, herpes zoster, virus de Epstein-Barr, virus de la inmunodeficiencia humana, rubeola ● <u>Bacterias:</u> tuberculosis, sífilis, lepra, enfermedad de Lyme, enfermedad por arañazo de gato, enfermedad de Whipple ● <u>Hongos:</u> aspergillosis, candidiasis, blastomycosis, histoplasmosis
<p style="text-align: center;">Patogenia inmunológica sin evidencia de causa infecciosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Con expresión clínica extraocular:</u> espondiloartritis, enfermedad

	<p>inflamatoria intestinal, vasculitis y enfermedad de Behçet y de Kawasaki, síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico, policondritis recidivante, artritis idiopática juvenil, síndrome de Sjögren, esclerosis múltiple, nefritis tubulointersticial</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Sin expresión clínica extraocular:</u> formas clínicas específicas o definidas. Ciclitis heterocrómica de Fuchs, crisis glaucomatociclíticas, uveítis facogénica, pars planitis, retinocoroidopatía de Birdshot, epitelopatía pigmentaria placoide aguda multifocal, coroidopatía serpinginosa, coroiditis multifocal con panuveítis, coroidopatía punctata interna, oftalmía simpática ● <u>Formas clínicas no específicas.</u> Vasculitis retiniana Retinitis. Coroiditis. Retinocoroiditis. Papiloflebitis
<p>Síndrome mascarado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Neoplásica:</u> linfoma, leucemia, retinoblastoma, metástasis ● <u>No neoplásica:</u> enfermedad veno oclusiva, retinosis pigmentaria, cuerpo extraño intraocular, desprendimiento de retina

Tabla 1. Clasificación etiopatogénica de las uveítis Tomado de: de Mon Soto, M. Á., Hernández, F. A., Gorroño, M., & Gómez, A. P. (2017). Uveítis: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(28), 1645-1653.

El desarrollo de las uveítis infecciosas puede producirse por diversos mecanismos. El más frecuente es justo aquel en el que el germen causal penetra en la úvea en el curso de una diseminación hematógena en forma de bacteriemia, fungemia, parasitemia o viremia, con daño inmediato o posterior del tejido uveal. También se puede producir por mecanismos indirectos mediados por el sistema inmunitario por respuesta directa al germen o a sus productos localizado en la úvea o de forma indirecta o cruzada con presencia del microorganismo a distancia. También se producen uveítis infecciosas por paso directo local del germen como las provocadas por heridas traumáticas o quirúrgicas.¹¹

Las parasitaciones por *Toxocara canis* o *cati* son una causa muy infrecuente de uveítis en Europa, y también puede cursar de forma asintomática. Sin embargo, la etiología por infección bacteriana es poco frecuente.¹¹

Entre las etiologías víricas destacan las producidas por los virus de la familia herpes que son causa de queratouveítis, uveítis anteriores aisladas y recurrentes y del síndrome de necrosis retiniana aguda.¹¹

En nuestro medio, la mayoría de las uveítis son de patogenia inmunológica, sin evidencia de etiología infecciosa y en algunos casos con demostración de respuesta autorreactiva linfocitaria específica o que reúnen criterios de enfermedad autoinmune.¹¹

Aunque su patogenia exacta aún no está clara, se reconoce que es multifactorial, englobando la genética, la desregulación inmune, las anomalías de la microbiota intestinal y los factores ambientales.¹³

Se ha postulado que la combinación de ciertos factores genéticos o epigenéticos con un desequilibrio en la regulación de la respuesta inmune conduce al desarrollo de esta enfermedad. Por lo que, la predisposición genética es un factor de peso para el desarrollo de la uveítis.¹⁴

4.1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de las uveítis son variadas, con predominio de mayor o menor afectación de la visión. La expresión en síntomas y signos se relaciona con la localización del proceso inflamatorio.¹¹

Los síntomas del paciente ya orientan hacia la localización anatómica de la inflamación.⁹

Los principales síntomas de uveítis son:⁵

- Dolor
- Fotofobia
- Epífora
- Alteraciones visuales, fundamentalmente visión borrosa y escotomas
- Miodesopsias

Los signos derivan de la respuesta inflamatoria, inmunomediada, que abordamos previamente en el apartado de fisiopatología. Los mediadores químicos producen:⁵

- Dilatación vascular (inyección ciliar)
- Incremento de la permeabilidad vascular (turbidez humor acuoso)
- Quimiotaxia de células inflamatorias hacia el ojo (reacción celular en humores acuoso y vítreo)

Se pueden diferenciar tres grupos de síntomas en función de la localización anatómica de la inflamación

- La UA, suelen cursar con dolor, fotofobia, epífora y grado variable de disminución de la agudeza visual, sobre todo, en las formas agudas.¹²
- La UI, es una entidad con sintomatología más inespecífica. Suelen asociarse a miodesopsias y se caracteriza por visión borrosa, vitritis, bancos de nieve y bolas de nieve.¹²
- La UP, suele debutar con pérdida de visión y miodesopsias.¹²

4.1.5 DIAGNÓSTICO

El patrón y tipo de uveítis establecido por la exploración oftalmológica en algunos casos puede conseguir la identificación de la etiología del proceso.¹¹

Es esencial realizar una anamnesis completa y una exploración física general, con el establecimiento de un diagnóstico preciso o de sospecha que orienta la realización de pruebas complementarias de tipo analítico, de imagen o de otro ámbito.¹¹

En el proceso diagnóstico de las uveítis es clave establecer la patocronia del proceso (agudo, crónico o recurrente), localización uni o bilateral y la topografía de la afectación ocular: anterior, intermedia, posterior o panuveítis, el carácter

granulomatoso de la lesión, la detección en la anamnesis y la exploración física de las manifestaciones clínicas extraoculares y la epidemiología del enfermo.¹¹

El diagnóstico de la uveítis exige una valoración por el especialista en oftalmología. Sin embargo, la colaboración entre profesionales debe permitir el establecimiento de una presunción diagnóstica del tipo de uveítis que padece el enfermo y de su posible etiopatogenia.¹¹

Una detallada anamnesis es fundamental para llegar al diagnóstico de cualquier uveítis. Dentro de estas, debemos siempre indagar en varios puntos principales:⁶

- Antecedentes personales: edad, sexo, raza, procedencia geográfica, hábitos (sexuales, alimenticios, tóxicos), contacto con animales, fármacos, etc.
- Antecedentes oftalmológicos: cirugía ocular previa, traumatismos o episodios de uveítis previos.
- Antecedentes familiares.
- Anamnesis completa por aparatos: aparato respiratorio, digestivo, circulatorio, locomotor, etc.

Realizar una adecuada exploración oftalmológica, es la parte más importante para poder determinar el tipo de uveítis, y esto será clave para el posterior diagnóstico etiológico. Dentro de la exploración oftalmológica es importante determinar:⁶

- AV
- Motilidad ocular: intrínseca y extrínseca
- Biomicroscopía
- Presión intraocular (PIO)
- Funduscopía (fondo de ojo)

La realización de una exploración física sistémica, en general, se requiere sólo en los casos donde se sospecha patología sistémica, y el paciente es remitido al especialista correspondiente (internista o reumatólogo en general), siendo éstos los encargados de realizar la exploración física sistémica orientada.⁶

Actualmente disponemos de gran cantidad de pruebas complementarias.

En gran parte de los casos de uveítis, seremos capaces de orientar el diagnóstico sin necesidad de pruebas complementarias. Sólo se solicitarán, en aquellos pacientes en los que sean necesarias.⁶

Las pruebas complementarias propiamente oftalmológicas, encontramos.⁶

- a) Retinografía

- b) Angiografía fluoresceínica (AFG) y angiografía con verde de indocianina (AVI):
- d) Ecografía
- e) Biomicroscopía ultrasónica
- f) Tomografía de Coherencia Óptica (OCT): una de las más importantes en el diagnóstico y seguimiento de las uveítis dado que tienen una mayor sensibilidad y velocidad, dando una imagen histológica virtual, que nos aporta gran cantidad de información.
- g) Campimetría o campo visual. Microperimetría:
- h) Pruebas electrofisiológicas:

También hay otro tipo de pruebas complementarias que ayudarán a realizar el diagnóstico de la uveítis. Estas son:⁶

- Pruebas de radiodiagnóstico
- Pruebas de laboratorio
- Otras pruebas: Estudio de humor acuoso o humor vítreo, Biopsias, Hemocultivo, punción lumbar, etc.

4.1.6 TRATAMIENTO

El tratamiento de las uveítis, como en general en la práctica de la medicina, debe fundamentarse en el adecuado diagnóstico del proceso y, en la manera de lo posible, de la identificación del mecanismo etiopatogénico responsable de la inflamación.⁹

El objetivo del tratamiento de las uveítis es eliminar completamente la inflamación, puesto que la cronicidad puede provocar secuelas muy graves. Es por ello, que se deben emplear tantos fármacos como sean necesarios, para poder controlar dicha inflamación.⁶

El estándar de tratamiento de las uveítis no infecciosas son los corticoides ya sean tópicos, regionales o sistémicos. Los corticoides son eficaces y deben ser reservados para determinadas situaciones específicas que pueden ser agrupadas en tres categorías terapéuticas: el control de la inflamación postoperatoria, las patologías que cursen con anomalías de la regulación del sistema inmune y en entidades donde se combinan mecanismos inflamatorios e inmunes. A pesar de su gran eficacia están

relacionados con importantes efectos secundarios, especialmente cuando su uso es prolongado,¹⁹ por ello, se deben utilizar hasta que los beneficios sean mayores que los riesgos.⁶

Se pueden administrar de forma tópica, periocular, intraocular o sistémica.⁶

- Corticoides tópicos: son de elección en uveítis anteriores, y como en otras vías de administración, su descenso debe ser gradual para evitar la reactivación de la inflamación.⁶
- Corticoides perioculares: pueden administrarse a nivel subconjuntival, subtenoniano o retrobulbar. La más usada es la vía subtenoniana, siendo de elección en uveítis intermedias.⁶
- Corticoides intraoculares: cada vez más empleada. Actualmente existen implantes de dexametasona de administración intravítrea, fundamentalmente indicados para el tratamiento del edema macular.⁶
- Corticoides sistémicos: pueden administrarse vía oral o intravenosa. El más utilizado es la prednisona.⁶

Si la afectación ocular es unilateral, se puede optar por el uso de inyecciones perioculares o intraoculares de corticosteroides. Si la uveítis es refractaria al tratamiento local o afecta a ambos ojos, se utilizan los corticosteroides sistémicos, generalmente por vía oral en pauta descendente en función de la gravedad del cuadro.⁸

El uso de midriático y ciclopléjicos, es imprescindible en el tratamiento de la inflamación aguda, sobre todo en uveítis anteriores, ya que ayudan a prevenir sinequias y alivian el dolor secundario al espasmo del músculo ciliar. Los más usados son: ciclopentolato, tropicamida, fenilefrina, homatropina y atropina. La administración de todos ellos es por vía tópica.⁶

Los fármacos inmunomoduladores, también llamados ahorradores de corticoides, pueden usarse como fármacos de primera línea en determinadas patologías con grave repercusión sobre la visión y riesgo de pérdida de la integridad anatómica ocular, como la enfermedad de Behçet con complicaciones retinianas, la oftalmía simpática, el síndrome de VKH, la artritis reumatoide, la granulomatosis con poliangeítis, la poliarteritis nodosa (PAN), policondritis recidivante y la AIJ que no responden a terapia convencional.¹⁹ Supone el segundo escalón terapéutico en el

tratamiento de las uveítis no infecciosas. Se aplican cuando el tratamiento corticoideo no ha dado resultado, o sus efectos secundarios obligan a suspenderlos.⁶

4.2 PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA UVEÍTIS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en cualquier circunstancia. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. Se encuentra muy vinculada a los términos de calidad hospitalaria, desde la época de Florence Nightingale, quien postuló que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan tratamientos con resultados y si se emplean herramientas para medir los sistemas de cuidados y la efectividad de la asistencia en los hospitales.²⁰

En la especialidad de Oftalmología la calidad y la seguridad del cuidado de enfermería constituyen una prioridad en las áreas asistenciales. Los profesionales de la disciplina deben garantizar que la atención que proporcionan a los usuarios cumpla con los estándares internacionales de calidad establecidos, lo cual es un reto que requiere el compromiso de todos los involucrados en la institución de salud.²⁰

Las enfermeras especialistas en oftalmología pueden evaluar el potencial visual de un paciente y su capacidad para funcionar de forma independiente. También ayudan a los pacientes a superar los obstáculos psicológicos y brindan la asistencia necesaria para aumentar la independencia del paciente. Pueden educar a los pacientes y aumentar la conciencia sobre los recursos públicos y los servicios disponibles para las personas con discapacidad visual.²³

Mientras que los médicos diagnostican enfermedades, recetan medicamentos y realizan cirugías, las enfermeras ayudan a los pacientes a adaptarse a condiciones nuevas y persistentes que alteran el estilo de vida.²³

Es obvio que las enfermeras desempeñan un papel importante como docentes y asesoras de pacientes y proveedores de atención médica a través del desarrollo, el aprendizaje y la comunicación de las impresiones del equipo multidisciplinario y el

conocimiento oftalmológico. Las enfermeras oftalmológicas son ideales para ello por la relación íntima y cercana que desarrollan con los pacientes, lo que permite a las enfermeras comprender mejor las necesidades y demandas de los pacientes. Esto ayuda a los pacientes a ganar independencia y la capacidad de cuidar de sí mismos.²³ Soto et al afirman que la educación para la salud forma parte de las actividades propias del rol del enfermero y que las intervenciones educativas que estos desarrollan están dirigidas a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Una revisión sistemática realizada por estos mismos autores mostró que un 87% de los estudios analizados presentaban intervenciones educativas enfermeras eficaces en la prevención de sobrepeso, obesidad, diabetes, riesgo cardíaco y otros.²¹

Las responsabilidades de las enfermeras especialistas en oftalmología incluyen evaluar, diagnosticar, tratar y dar de alta a los pacientes con afecciones y enfermedades/trastornos oculares. También manejan pacientes derivados de médicos generales y unidades de atención primaria de la salud, realizan exámenes de detección iniciales, monitorean la progresión de la enfermedad y ayudan con el tratamiento temprano de afecciones oculares crónicas (p. ej., glaucoma, retinopatía diabética y ojo seco).²³

Las enfermeras juegan un papel clave en todo el dominio de la salud oftalmológica. Numerosos estudios han confirmado una correlación positiva entre la competencia de las enfermeras y la calidad de la atención al paciente.²³

4.2.1 CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un instrumento fundamental para la atención sanitaria del paciente, ya que recoge toda la información relativa a su proceso asistencial. Incorpora un conjunto de documentos que contienen datos sobre la situación y evolución clínica del paciente. Como elemento básico en la relación médico-paciente, ha de estar a disposición de los profesionales que le asisten.²²

La historia clínica constituye un fichero de datos de carácter personal que contiene información que afecta a la intimidad del paciente.²²

Es el instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia sanitaria adecuada al paciente. Para ello, en la historia clínica deberá quedar constancia de

toda la información sobre el proceso asistencial de modo que permita el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente.²²

Por tanto, la correcta cumplimentación de la historia clínica es esencial en la relación de cualquier profesional sanitario, con su paciente.

Ante una sospecha de un paciente con uveítis, se debe cumplimentar lo más detalladamente posible la historia clínica. Ya que esta, aportará gran información de relevancia para orientar el diagnóstico correcto de dicha enfermedad por el oftalmólogo.

Habitualmente, en la práctica asistencial es la enfermera la que recibe primeramente al paciente, por lo que será esta, quien realice la primera cumplimentación de dicho documento.

La historia clínica de un paciente con sospecha de uveítis, debe contener como mínimo:

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**⁶

- **Edad**: Las uveítis aparecen en pacientes de todas las edades. En función de cuál sea la edad del paciente, las entidades etiológicas varían.

- **Sexo**: En general, en las uveítis no suele haber preferencia según el sexo del paciente, pero sabemos, que determinadas patologías sistémicas están más asociadas a mujeres.

- **Raza**: Los factores demográficos como la raza, predisponen a una determinada patología asociada a la uveítis.

- **Procedencia geográfica**: Tanto para las uveítis, como para la mayoría de patologías, la prevalencia e incidencia de determinadas enfermedades dependen de la localización geográfica.

- **Hábitos**: Dentro de este apartado se deben considerar hábitos sexuales, tóxicos (tabaco, alcohol u otro tipo de drogas) y alimenticios.

- **Contacto con animales**: Determinadas patologías como la enfermedad por arañazo de gato (*Bartonella Henselae*), toxoplasmosis o toxocariasis, tienen el antecedente previo de contacto o mordedura por animales domésticos.

- **Fármacos**: Es muy importante investigar sobre la toma de medicación, tanto habitual, como esporádica, ya que pueden ser la causa del cuadro de inflamación ocular.

- **Otros:** Hay que reflejar cualquier otro aspecto del paciente que pueda predisponer a patologías concretas, o cualquier otra situación que predisponga a la inmunosupresión: Pacientes con VIH, trasplantados, etc.

- **ANTECEDENTES OFTALMOLÓGICOS:** En este apartado deben quedar recogidos cualquier tipo de cirugía ocular previa, traumatismos o episodios de uveítis previos, detallando lateralidad, curso, evolución, tipo de tratamiento empleado y resultado del mismo. ⁶
- **ANTECEDENTES FAMILIARES:** Determinadas patologías tienen predisposición genética (algunas enfermedades reumáticas, enfermedades del tejido conectivo...) por eso, es muy importante dejar registrados en nuestra anamnesis los antecedentes familiares. ⁶
- **ANAMNESIS POR APARATOS:** Las manifestaciones extraoculares pueden ser claves para determinar el diagnóstico, por ello, debemos realizar una historia exhaustiva aparato por aparato. ⁶

4.2.2 PRUEBAS OFTALMOLÓGICAS REALIZADAS POR ENFERMERÍA

Cómo se desarrolló anteriormente, la exploración oftalmológica es la parte fundamental para orientar el diagnóstico de la uveítis. Es por ello que las enfermeras tienen un rol en este sentido esencial. Ya que son ellas las que habitualmente realizan dichas técnicas dentro de un equipo multidisciplinar.

- **AV:** La AV se explora mediante optotipos, que son láminas con letras, números o figuras, de diferentes tamaños, correspondiéndole a cada línea una determinada AV. ^{6,19}



Figura 5. Diferentes optotipos. Tomado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13279/TFM-H195.pdf?sequence=1>

- **TONOMETRÍA:** consiste en la medida indirecta de la presión intraocular (PIO). La PIO es la presión ejercida por los líquidos contenidos en el interior del globo ocular (humor vítreo y humor acuoso) contra sus estructuras firmes.^{6,19}



Tonómetro de aire



Tonómetro de Perkins



Tonómetro de Goldman

Figura 6. Tipos de tonómetros. Tomado de: <https://www.clinicamenteria.es/pruebas-diagnosticas/tonometria>

- **TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT):** La tomografía de coherencia óptica (OCT) es una herramienta imprescindible para el manejo y seguimiento de patologías retinianas incluidas las uveítis.^{6,19}



Figura 7. Tomografía de coherencia óptica (OCT). Tomado de: <https://clinicavejamoreno.com.ar/estudio/tomografia-de-coherencia-optica-oct/>

- **ANGIOGRAFÍA FLUORESCÉINICA (AGF):** La angiografía con fluoresceína (AGF) y la angiografía con verde indocianina (ICG) son las pruebas de referencia para visualizar la vasculatura retiniana y coroidea.^{6,19}



Figura 8. Angiografía. Tomado de: <http://www.altavision.co/exámenes/angiografia-fluoresceinica>

A parte de las pruebas estrictamente oftalmológicas, en el diagnóstico de la uveítis también se realizan otras pruebas en las que la enfermera, también se ve involucrada directa o indirectamente, como: pruebas de laboratorio (bioquímicas, hemogramas,

serologías, biopsias, hemocultivos, etc.) y pruebas de radiodiagnóstico (TAC, RMN, TACAR, etc.)

4.2.3 EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE COLIRIOS EN EL TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS

En el campo de la oftalmología, la administración de colirios es el estándar del tratamiento de las diferentes patologías oculares. En la uveítis el tratamiento oftalmológico habitualmente contiene dichos colirios, entre otros fármacos. Las enfermeras deben conocer todos los medicamentos utilizados por sus pacientes, sus efectos y sus interacciones, para poder así instruirlos adecuadamente.²⁴

Los colirios se definen como una preparación farmacéutica que consiste en disoluciones o suspensiones estériles de una o varias sustancias químicas en un vehículo acuoso u oleoso, destinadas a su instilación sobre la mucosa ocular de forma tópica con el objeto de tratar afecciones de la misma, incluyendo párpados conjuntiva y córnea.²⁴

Los colirios constituyen la forma más utilizada de aplicación de fármacos a la superficie ocular. Por ser una vía no invasiva, presentar buena tolerancia y tener menos efectos sistémicos, pero no exentos de los mismos.²⁴

Enfermería no sólo debe prestar asistencia, sino atender las necesidades educativas del paciente. La educación sanitaria debe utilizarse adecuadamente adaptándola a la situación real de cada usuario, hasta alcanzar los conocimientos, aptitudes y habilidades necesarias para obtener unos resultados óptimos.²⁴

Los objetivos de Enfermería son:²⁴

- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse la medicación y poder adecuar la información a su situación real.
- Educar de manera higiénica y segura en la instalación de colirios.
- Instruir sobre la enfermedad y la importancia de seguir estrictamente el tratamiento prescrito (posología, horario de instilación, efectos adversos...).

Enfermería no sólo debe prestar asistencia, sino atender las necesidades educativas del paciente. La educación sanitaria debe utilizarse adecuadamente adaptándola a la situación real de cada usuario, hasta alcanzar los conocimientos, aptitudes y

habilidades necesarias para obtener unos resultados óptimos. La Educación Sanitaria en Enfermería, es fundamental para que se lleven a cabo dos términos: Adhesión y Persistencia.²⁴

- Adhesión: Grado de corrección o exactitud con el que el paciente lleva a cabo el tratamiento.
- Persistencia: Hace referencia a la duración en el tiempo que dicho paciente mantiene su tratamiento.

Con el cumplimiento de estos dos términos se obtendrán:²⁴

1. Mayor efectividad.
2. Disminución de los efectos secundarios tanto locales como sistémicos.
3. Calidad en la prestación asistencial global.

4.2.4 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

A pesar de los múltiples conceptos de adherencia, una definición que ha tenido una notable aceptación es la propuesta por Haynes, quien la define como "el grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario".²⁶

La enfermera desempeña un papel fundamental en la mejora de la adherencia terapéutica en la uveítis. La educación es clave para que el paciente entienda la enfermedad y el tratamiento, lo que le ayudará a comprender la importancia de tomar sus medicamentos y seguir las recomendaciones del equipo de atención médica. Además, la enfermera puede ayudar al paciente a establecer un régimen de tratamiento que se adapte a sus necesidades individuales y estilo de vida.

También puede proporcionar recursos para ayudar al paciente a recordar tomar sus medicamentos, como alarmas en el teléfono móvil o recordatorios de citas, e informar sobre las dosis y la duración del tratamiento prescrito.

El rol de la enfermera se basa en la instrucción del paciente hacia el autocuidado, por ello, es impartido en cualquier ámbito de proceso asistencial en el ejercicio de la profesión y es apoyado por los demás miembros del equipo multidisciplinario de salud que contribuyen a la capacitación del paciente.²⁷

Se reconoce el valor del personal de enfermería en correlación con la adherencia terapéutica basado principalmente en el rol educativo que se le brinda al paciente sobre los cuidados que debe llevar en torno a su patología y los beneficios de la adherencia terapéutica conllevan a un éxito en el régimen terapéutico, motivo por el cual el personal de salud debe estar presente con su rol docente para que el paciente comprenda los riesgos que conlleva el no cumplimiento del tratamiento.²⁷

La falta de adherencia terapéutica es un problema a nivel mundial y a la vez un desafío para el personal de enfermería, razón por la que el enfermero/a debe establecer un plan adaptado a las necesidades del paciente y con la información necesaria para que logre comprender con facilidad y desarrolle la adherencia terapéutica, posterior a esto el profesional debe seleccionar una metodología que le ayude a evaluar el nivel de adherencia adquirido.²⁷

4.2.5 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON UVEÍTIS

Las uveítis, aunque constituyen una patología poco prevalente si las comparamos con otras enfermedades oftalmológicas, pueden tener serias repercusiones en la visión de los pacientes que las padecen ya que tienden a la cronicidad y potencialmente pueden derivar en serias complicaciones como son el glaucoma uveítico, el edema macular quístico y la hipotonía, entre otras. A todo esto, se suma la complejidad de los tratamientos aplicados, en muchas ocasiones sistémicos que requieren administración hospitalaria, así como las frecuentes revisiones por los distintos especialistas implicados en esta patología. Por ello, es fácil entender las importantes repercusiones que las uveítis pueden tener en la calidad de vida de las personas que las padecen.²⁵

No es infrecuente encontrar en pacientes con uveítis trastornos emocionales como ansiedad y depresión secundarios a su enfermedad y a lo que esta conlleva (revisiones, tratamientos, complicaciones y pérdida visual entre otros).²⁵

Uno de los estudios más recientes, publicado en 2021, analiza los dominios del espectro de la calidad de vida más afectados en pacientes con uveítis, estos fueron: sintomatología, emocional, limitación de la actividad, problemas de salud, convivencia, impacto social y económico. Los participantes describieron

repetidamente sentirse frustrados debido a la incertidumbre del pronóstico y la incomodidad asociada, estando preocupados por las frecuentes recaídas de la inflamación, así como por los efectos secundarios de los medicamentos sistémicos a largo plazo. La uveítis afectaba a su capacidad para la realización de sus tareas diarias, así como para el uso de ordenadores, conducir o leer libros, etc. Por último, en cuanto al ámbito económico, el impacto financiero directo incluyó la reducción de las horas de trabajo de los pacientes por sus respectivas bajas laborales y los costes asociados al tratamiento y a la atención especializada.²⁵

La enfermera puede ofrecer recursos y referencias a otros profesionales de la salud, como consejeros o grupos de apoyo. También puede desempeñar un papel importante en el monitoreo y seguimiento de los pacientes con uveítis. Esto puede incluir el seguimiento de los síntomas, la evaluación de la efectividad del tratamiento y la identificación de posibles efectos secundarios o complicaciones.

La enfermera también puede ofrecer apoyo emocional a los pacientes con uveítis. La enfermedad puede ser estresante y puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. La enfermera puede ayudar al paciente a comprender y manejar sus emociones, ofrecer recursos y referencias a otros profesionales de la salud, y proporcionar un espacio seguro y compasivo para que el paciente exprese sus inquietudes y miedos.

El monitoreo y seguimiento de los pacientes con uveítis también son importantes para lograr una buena calidad de vida. La enfermera puede ayudar en la identificación de signos y síntomas de recurrencia de la enfermedad y efectos secundarios de los medicamentos. También puede trabajar con el médico para realizar evaluaciones periódicas de la visión y otros síntomas, y colaborar en la modificación del tratamiento en función de los resultados.

En resumen, el papel de la enfermería en la calidad de vida de los pacientes con uveítis es fundamental en el manejo de la enfermedad. La enfermera puede proporcionar educación, apoyo emocional y monitoreo del tratamiento y los síntomas para lograr mejores resultados en el manejo de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente.

5. CONCLUSIÓN

Actualmente la enfermera está capacitada para abordar de manera autónoma la capacidad de tomar decisiones dentro de sus competencias. Cada vez están más especializadas y formadas para llevar a cabo su trabajo de manera efectiva. Con todo ello, decir que este trabajo ha conseguido abordar el objetivo propuesto y responder correctamente a la pregunta de investigación generada. Podemos afirmar que:

1. Es fundamental el papel de la enfermería en la uveítis: Durante el desarrollo de este trabajo, se ha demostrado claramente que la enfermera desempeña un papel fundamental en el cuidado de los pacientes con uveítis. Su participación abarca desde la valoración inicial, el seguimiento de los tratamientos, la monitorización de los síntomas, hasta el apoyo emocional y educación al paciente. La enfermera actúa como un enlace vital entre los pacientes y los profesionales médicos, brindando una atención cercana y personalizada que contribuye en gran medida al bienestar general de los pacientes.
2. Debe haber una colaboración multidisciplinaria: La uveítis es una enfermedad compleja que requiere una atención multidisciplinaria para lograr resultados óptimos. Durante la investigación realizada, se ha confirmado la importancia de la colaboración entre profesionales de la salud, incluyendo oftalmólogos, reumatólogos y otros especialistas. En este contexto, la enfermera desempeña un papel clave al coordinar los diferentes aspectos del cuidado, comunicándose eficazmente entre los miembros del equipo y asegurando que se implementen las intervenciones necesarias de manera oportuna.
3. La enfermera educa y empodera al paciente: Uno de los resultados más significativos de este estudio es la contribución de la enfermera en la educación y empoderamiento del paciente. La enfermera desempeña un papel esencial al brindar información clara y comprensible sobre la enfermedad, los tratamientos, los cuidados oculares y la importancia del cumplimiento terapéutico. Además, se dedica a responder preguntas, resolver dudas y proporcionar el apoyo emocional necesario tanto al paciente como a sus familiares. Esto no solo mejora la comprensión del paciente sobre su

enfermedad, sino que también fomenta la participación activa del paciente en su propio cuidado.

4. La enfermería es la coordinadora del cuidado: La enfermera asume una responsabilidad crucial en la coordinación del cuidado de los pacientes con uveítis. A lo largo de esta investigación, se ha destacado la importancia de la continuidad de la atención, el seguimiento de los tratamientos y la gestión adecuada de los recursos necesarios para el manejo óptimo de la enfermedad. La enfermera desempeña un papel activo en la programación de citas médicas, la comunicación de resultados y la gestión de la logística asociada con el tratamiento de los pacientes con uveítis. Su enfoque en la coordinación del cuidado garantiza una atención integral y oportuna, mejorando así los resultados clínicos y la satisfacción del paciente.
5. Debe haber más promoción de la investigación y mejora de la práctica: A lo largo de este estudio, se ha evidenciado la importancia de la investigación en el campo de la enfermería en uveítis. Se ha constatado que la investigación en enfermería es fundamental para identificar las mejores prácticas, evaluar la efectividad de las intervenciones y promover una atención basada en la evidencia. Como resultado, se alienta a los profesionales de enfermería a continuar investigando y participando activamente en la generación de conocimiento en el campo de la uveítis. Mediante la investigación, se podrán desarrollar protocolos y directrices basados en la evidencia que respalden la toma de decisiones clínicas y mejoren la calidad de atención proporcionada por las enfermeras, ya que en este campo la investigación es bastante escasa.

En conclusión, este trabajo ha destacado el papel fundamental de la enfermera en el manejo de la uveítis. La enfermera desempeña un papel activo en el cuidado directo de los pacientes, la coordinación del equipo de atención, la educación al paciente y la promoción de una atención basada en la evidencia. La colaboración interdisciplinaria, el empoderamiento del paciente y la promoción de la investigación son elementos clave que contribuyen a la mejora de la atención y los resultados clínicos en pacientes con uveítis. Es fundamental reconocer y valorar el papel de la enfermería en esta área, y seguir impulsando su participación activa y desarrollo profesional para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes con uveítis

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez M, Camargo L. El ABC de la medicina interna 2016. Editorial Alfil, S A de C. 2016;
2. Fernández G, A J. Diagnosis and treatment of uveitis. Arch. Soc. Esp. Oftalmol. 2002;77:695-6.
3. Cano Reyes, JC. Inés Infante, et al. Desprendimiento de retina: una revisión bibliográfica necesaria. MEDISAN vol.19 no.1 Santiago de Cuba. Enero 2015.
4. Kanski. (2016). Oftalmología clínica / Jack J. Kanski (8a ed.). Harcourt.
5. Márquez, M. J. (2016). Uveitis. Epidemiología y diagnóstico (Doctoral dissertation, Universidad de Málaga).
6. Rodríguez, R.D., Gil, R.R., Pestano, M.M., & Reyes, P.A. (2017). Uveítis intermedia como posible primera manifestación de Esclerosis múltiple:: a propósito de 2 casos.
7. Pascual, E. V., & Pérez, L. M. C. (2018). Uveítis intermedia y posterior: diagnóstico y tratamiento. Revista de la SVR: Sociedad Valenciana de Reumatología, 7(4), 20-22.
8. Soto, M. Á. M., Albarrán, F., Gorroño, M., & Gómez, A. P. (2017). Uveítis: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(28), 1645-1653.
9. Martínez, Á. L., Sotolongo, M. O., Alvarez, A. N., Pineda, Y. R., & Hernández, D. M. P. (2017). Uveítis. Un reto para el Reumatólogo. Revista Cubana de Reumatología, 18(3), 275-280.
10. Llorenç, V., Mesquida, M., Sainz de la Maza, M., Keller, J., Molins, B., Espinosa, G., ... & Adan, A. (2015). Epidemiology of uveitis in a Western urban multiethnic population. The challenge of globalization. Acta Ophthalmologica, 93(6), 561-567.
11. Soto, M. Á. M., Albarrán, F., Gorroño, M., & Gómez, A. P. (2017). Uveítis: etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(28), 1645-1653.
12. Toro-Arango, O., De-la-Torre, A., Pachón-Suárez, D., Salazar-Muñoz, J., & Parra-Morales, A. M. (2017). Diagnóstico y tratamiento inicial de la uveítis por médicos no oftalmólogos. Nova, 15(28), 99-114.
13. P. Yang, S. Ohno, M. Zierhut New Insights Into Uveitis: Immunity, Genes, and Microbes Front Immunol., 12 (2021), p. 765377
14. M.C. Cénit, A. Márquez, M. Cordero-Coma, M.B. Gorroño-Echebarría, A. Fonollosa, A. Adán, et al. No evidence of association between common autoimmunity STAT4 and IL23R risk polymorphisms and non-anterior uveitis PLoS One., 8 (2013), p. e72892
15. Levin, L. A., Nilsson, S. F. E., & Ver Hoeve, J. (Eds.). (2018). Adler's physiology of the eye (11th ed.). Elsevier.
16. Mendoza, C. A. G. (2023). Evaluación de las Uveítis. Actualización en O almología Tomo 3, 167.

17. Nieto-Aristizábal, I., Delgado, T., Mosquera-Hernández, J. C., Bonilla, J. C., Bolaños, J. D., Hormaza-Jaramillo, A., ... & Tobón, G. J. Caracterización epidemiológica de pacientes con uveítis en el suroccidente colombiano. *Epidemiological characterization of patients with uveitis in southwestern Colombia.*
18. Giraldo Agudelo, L. F. (2017). Diseño de una base de datos para diagnóstico y seguimiento de pacientes con uveítis.
19. Moreno Lavín, D. (2019). Calidad del cuidado de enfermería en la especialidad de Oftalmología. *Revista Cubana de Oftalmología*, 32(4).
20. Soto P, Masalan P y Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Rev Med Clin Condes* 2018; 29(3): 288-300.
21. Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica. (s. f.). Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/asistencia-sanitaria/prestaciones-derechos/decreto-101-2005-22-diciembre-regula-historia-clinica>
22. Moradi M. (2016). Importance of Ophthalmic Nursing in Primary Healthcare Systems. *Medical hypothesis, discovery & innovation ophthalmology journal*, 5(1), 1–3.
23. Lázaro, F. A., Molina, A. L., Palamós, M. D. L. M. C., Martínez, A. N., & Martínez, S. H. (2014). Educación sanitaria de enfermería en la administración de colirios oftalmológicos. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (104), 10-14.
24. Medina Tovar, B. (2022). Calidad de vida en pacientes con uveítis. Proyecto de investigación.
25. López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: concepto y medición. *Hacia promoc. salud*, 117-137.
26. López-Romero, L. A., Romero-Guevara, S. L., Parra, D. I., & Rojas-Sánchez, L. Z. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(1), 117-137.
27. ¿Qué es la uveítis? (2022, 8 diciembre). American Academy of Ophthalmology. <https://www.aaopt.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-uveitis>
28. Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, 9(2), 0-0.
29. Alonso González, P. (2022). Envejecimiento y visión.