

## Factores médico-legales y psicológicos asociados al trauma ocular

José Antonio Menéndez de Lucas,  
Rafael Marquez de Aracena del Cid

### CAPÍTULO 4

#### INTRODUCCIÓN

Cualquier herida grave que suframos puede ser muy estresante, pero el traumatismo ocular, dentro de las que no implican compromiso vital, puede serlo especialmente. La ceguera está considerada como la más temida de todas las discapacidades, y cualquier amenaza de la función visual es emocionalmente desgarradora. Los traumatismos oculares pueden ocasionar pérdidas visuales significativas en ojos que previamente tenían buena visión. Consecuentemente, el estilo de vida del lesionado se va a modificar de forma importante, produciendo muchas veces incluso una disminución en su capacidad laboral global.

De acuerdo con los datos epidemiológicos de los que disponemos en España, la causa más frecuente de traumatismo ocular son los accidentes laborales (23%), el segundo lugar lo ocuparían los accidentes domésticos (22%), en tercer lugar los accidentes ocurridos realizando actividades de ocio (16%), en cuarto los accidentes de tráfico (14%), seguidos en quinto lugar de los accidentes deportivos (10%) y las agresiones (10%), produciéndose el 5% restante por otras causas (fig. 1). Los registros norteamericanos (USEIR, HEIR) recogen porcentajes similares.

Dependiendo de la causa del traumatismo, algunas veces puede obtenerse algún tipo de indemnización compensatoria del daño sufrido (accidentes laborales, de tráfico, agresiones), pero cuando el daño se produce en una actividad no indemnizable (accidentes domésticos o en

actividades de ocio), el lesionado puede buscar en algún fallo de la actuación del oftalmólogo que le ha tratado, un medio para obtener una compensación económica por el daño sufrido. Por este motivo debemos ser especialmente cuidadosos en el cumplimiento de nuestras obligaciones médico-legales al tratar a este tipo de pacientes, en prevención de posibles reclamaciones por malap Praxis. De ello, y de los aspectos psicológicos asociados a los traumatismos oculares, trataremos en este capítulo.

#### FACTORES MÉDICO-LEGALES ASOCIADOS AL TRAUMA OCULAR

El oftalmólogo que atiende en urgencias a un lesionado con un traumatismo ocular tiene como prioridad evaluar adecuadamente el daño que sufre el paciente y tratar de repararlo para lograr una recuperación en las mejores condiciones posibles, desde el punto de vista anatómico y funcional, pero no debemos olvidar las implicaciones legales que muchos de estos casos conllevan.

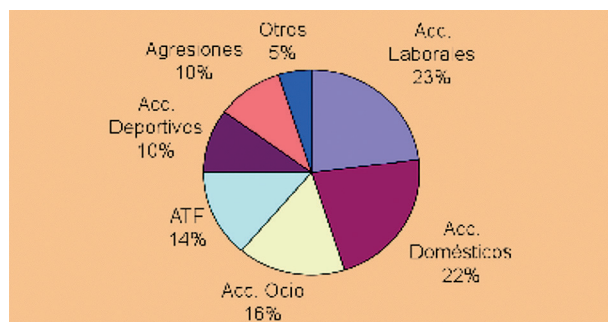
Como médicos oftalmólogos, no debemos ignorar las repercusiones legales que pueden tener nuestras actuaciones asistenciales en estos casos en los que el lesionado nos va a solicitar informes clínicos para acreditar documentalmente las lesiones sufridas, el tratamiento seguido, los días de curación y las posibles secuelas oculares que le han quedado.

#### Conceptos jurídicos básicos en relación a los traumatismos oculares

Hay una serie de aspectos jurídicos básicos que es necesario conocer para poder comprender las repercusiones jurídicas de los traumatismos oculares.

#### La reparación del daño ocular

Las lesiones oculares producidas de modo doloso (intencional) y en algunas ocasiones de modo culposo



**Figura 1:** Etiología de los traumatismos oculares. Estudio GEMTO (Grupo Español Multicéntrico de Traumatismos Oculares), realizado entre 1.988 y 1.991 en una muestra de 1.378 ojos.

(accidental), pueden dar lugar a responsabilidades que obliguen a reparar el daño causado. La finalidad de dicha reparación es reintegrar al lesionado a la situación previa, y cuando esto no fuera posible, compensar con una indemnización económica el daño ocasionado. Veremos en el capítulo 39 cómo se realiza la valoración pericial de las lesiones y secuelas oculares, para poder proporcionar al juzgador los elementos científicos necesarios para poder cuantificar la repercusión anatómica y funcional. También deberá pronunciarse el perito sobre otros aspectos de interés médico legal, como son:

- La relación de causalidad entre las lesiones y el accidente o la agresión.
- Los días que ha tardado en curar, especificando cuántos de ellos han sido improductivos para la realización de las actividades habituales (baja laboral) y cuantos no.
- La puntuación que tendrían estas secuelas en los baremos que habitualmente se utilizan para cuantificarlas.

### **La responsabilidad penal consecutiva a lesiones oculares**

Se deriva responsabilidad penal de la realización consciente y voluntaria de una conducta que esté tipificada (descrita) en el Código Penal (CP) como delito. El delito de lesiones se encuentra recogido en el artículo 147 de dicho código, que establece:

«El que, por cualquier medio o procedimiento causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental será castigado (...), siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico...»

El delito de lesiones está castigado con penas de prisión o multa, y además conlleva una responsabilidad civil para reparar el daño corporal producido. Genera también antecedentes penales, al ser una condena por delito. La pena en concreto dependerá de la entidad de la lesión y fundamentalmente si ésta ha precisado o no tratamiento médico o quirúrgico, concepto jurídico que difiere del concepto clínico. Así por ejemplo, según la Jurisprudencia dominante, el hecho de dar unos puntos de sutura se considera tratamiento quirúrgico, mientras que desde el punto de vista clínico dicha actuación claramente quedaría englobada dentro de la primera asistencia médica.

Existen además unos delitos agravados de lesiones (con mayor pena, mínima de tres años de prisión) que aparecen recogidos en los artículos 149 y 150 del CP. El artículo 149 se refiere al delito de lesiones muy graves, cuando se produzca pérdida o inutilidad de un **miembro principal** (aquel cuya función es esencial o preeminente para la vida, por ejemplo el ojo), se produzca la pérdida o inutilidad de un sentido (por ejemplo, la vista) o quede el lesionado impotente, estéril, con grave deformidad, gra-

ve enfermedad somática o psíquica, o mutilado genitualmente. El artículo 150 del CP recoge supuestos de mayor gravedad que el delito básico de lesiones, pero menor que el caso anterior. Se trata de aquellas situaciones en las que se produce pérdida de miembro no principal o deformidad no grave. La diferenciación en un caso concreto entre deformidad y grave deformidad quedará a criterio del tribunal (fig. 2).

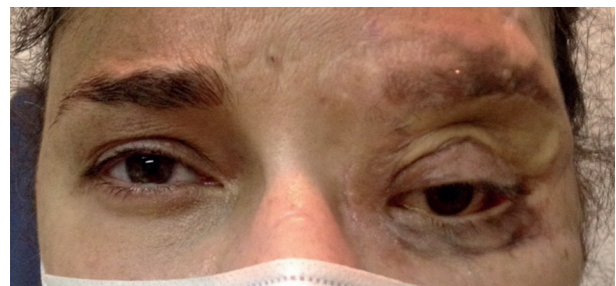
La pérdida anatómica o funcional del ojo se considera siempre como pérdida de miembro principal y por lo tanto, delito de lesiones muy graves (art. 149 del CP). Tiene una pena de prisión de entre seis y doce años, y no requiere que se produzca una amaurosis completa en ese ojo. Es suficiente que se produzca un «menoscabo sustancial e irreversible de la visión», que la Jurisprudencia fija en una pérdida funcional superior al 80% (STS 61/2013 de 7 de febrero, STS 715/2007 de 19 de septiembre).

En el caso de que el menoscabo fuera sustancial pero susceptible de corrección mediante cirugía –pongamos el caso de un luxación del cristalino consecutiva a un puñetazo (fig. 3)– «habrá de valorarse la entidad de la intervención, la voluntariedad en su realización y la existencia de riesgos no exigibles al perjudicado» (STS 1856/2000 de 29 de noviembre).

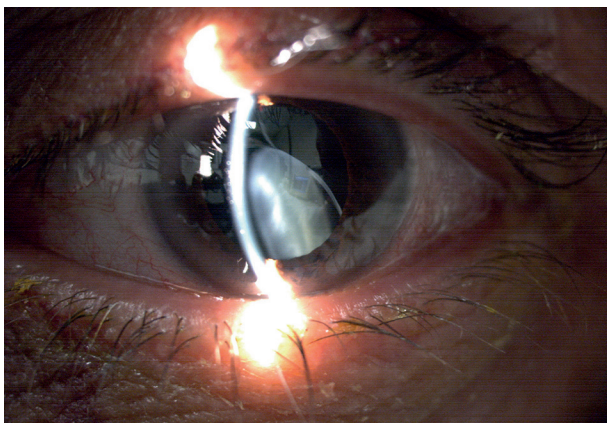
### **La responsabilidad civil consecutiva a lesiones oculares**

A diferencia de la responsabilidad penal que implica penas privativas de libertad, inhabilitación profesional, etc..., la responsabilidad civil se limita a una indemnización económica cuya finalidad es compensar el daño producido. En este caso, se indemnizará por los días que ha tardado en curar el lesionado (incapacidad temporal) y las secuelas que le han quedado. Estas secuelas se valorarán aplicando el baremo de la Ley 35/2015, que tiene carácter vinculante en el caso de los accidentes de circulación. En el capítulo 39 se explica el modo en el que se realiza la valoración de secuelas oculares mediante este baremo.

Existe además una responsabilidad civil derivada de responsabilidad penal, en virtud del artículo 109º del CP, que implica la indemnización por las lesiones produci-



**Figura 2:** El daño estético por cicatrices palpebrales consecutivas a traumatismo ocular puede considerarse «deformidad» e incluso «grave deformidad» a criterio del tribunal en función de la valoración que haga del caso concreto.



**Figura 3:** Luxación del cristalino consecutiva a un puñetazo. En este caso se produce un menoscabo sustancial de la visión. Sería susceptible de corrección quirúrgica, pero no podemos exigir al lesionado que asuma el riesgo quirúrgico.

das consecutivamente a una infracción penal, como por ejemplo una agresión.

### **Las consecuencias jurídicas de las lesiones oculares en el ámbito laboral**

Los traumatismos oculares pueden dejar secuelas que limiten la función visual dando lugar a una **invalidez** o incapacidad laboral permanente (ILP) en sus diversos grados (parcial, total, absoluta o gran invalidez) o una **discapacidad**, en el caso de que esta limitación sea significativa.

La ILP ha de ponerse en relación con los requisitos funcionales de la profesión habitual del trabajador. Así, la ILP **parcial** es aquella situación en la que se produce una disminución de su capacidad funcional significativa (superior al 33% de su capacidad funcional global) pero que no le impide realizar las tareas esenciales de la profesión habitual. La pérdida funcional de un ojo habitualmente se considera subsidiaria de reconocimiento de este tipo de incapacidad. Se denomina ILP **total**, a aquella situación en la que el trabajador, debido a su limitación funcional, no puede realizar las tareas esenciales de su profesión habitual. El reconocimiento de este tipo de incapacidad por un déficit visual, va a estar en función de los requisitos visuales de dicha profesión. En las guías de valoración de la Seguridad Social se establecen cuatro grupos de profesiones en función de sus requisitos visuales (capítulo 39, tablas 3 y 4). La ILP **absoluta** se define como aquel déficit funcional que impide la realización de cualquier tipo de profesión u oficio. En la práctica, nuestros Tribunales no exigen una incapacidad completa, para todo tipo de actividad laboral imaginable, sino sólo que la situación resulte incompatible con el desempeño de una actividad laboral con un rendimiento mínimamente aceptable. En general, una AV inferior a 0,5 en ambos ojos viene considerándose por nuestros

tribunales como subsidiaria del reconocimiento de este tipo de invalidez, aunque no hay criterios fijos, y el Tribunal lo valorará en cada caso concreto. Finalmente, se considera **gran invalidez** a aquella situación en la que el trabajador es incapaz de realizar las AEVD (actividades esenciales de la vida diaria) sin el auxilio de una tercera persona. Una AV inferior a 0,10 en ambos ojos se viene considerando que justifica el reconocimiento de esta situación. Trataremos más ampliamente el tema de las incapacidades laborales y discapacidades por secuelas oculares en el capítulo 39.

#### **Punto clave:**

- En algunos casos de secuelas consecutivas a trauma ocular se van a exigir responsabilidades penales o civiles y compensaciones económicas por el daño sufrido o el reconocimiento de una incapacidad laboral de tipo permanente o una discapacidad.

### **Obligaciones médico legales en relación a la asistencia al paciente con un traumatismo ocular**

En muchos casos los traumatismos oculares están ocasionados por agresiones o accidentes, que van a dar lugar a procedimientos judiciales. Por ello, el médico que ha examinado o tratado al lesionado puede ser llamado a declarar como testigo. Incluso podrían plantearse reclamaciones por negligencia médica contra el profesional que no ha cumplido correctamente con sus obligaciones médico-legales en estos casos, por lo que debe estar familiarizado con este tipo de obligaciones legales.

#### **El consejo médico al paciente y los familiares**

De todas las posibles causas de pérdida visual, el traumatismo es la más repentina y dramática, porque ocurre de forma instantánea y generalmente inesperada. Esto hace que el consejo al paciente y a sus familiares revista una especial importancia. Debe ser: reconfortante, informativo, veraz, preciso, compasivo, paciente, dinámico y continuado, a lo largo de todo el proceso asistencial. En estos casos, el primer contacto con el oftalmólogo suele tener lugar en el servicio de urgencia, en un clima de estrés inherente al hecho de haber sufrido una lesión inesperada, por lo que es especialmente importante que el médico sepa transmitir calma y serenidad. Aunque en los primeros momentos el pronóstico sea incierto, el oftalmólogo debe alentar al lesionado a no perder la esperanza, salvo que sea muy evidente la escasa posibilidad de recuperación funcional del ojo. Es cierto que con los recursos terapéuticos disponibles en la actualidad, pueden recuperarse ojos que hace años eran insalvables.

Establecer el pronóstico visual desde el principio es fundamental; para el paciente, porque le ayuda a reducir su ansiedad y planificar posibles cambios en su estilo

de vida, y para el médico, porque le permite establecer una estrategia terapéutica. También resulta importante para el sistema sanitario porque puede evitar gastos innecesarios. Para ello puede ser de suma utilidad el OTS (Ocular Trauma Score). (Ver capítulo 2, clasificación del trauma ocular y predicción de resultados funcionales).

El pronóstico puede ir cambiando a lo largo del proceso asistencial, por lo que la información y el consejo médico deben ser continuados en el tiempo. Es importante detectar actitudes poco realistas del paciente, ya sean excesivamente optimistas o por el contrario muy pesimistas, y tratar de aclarar la situación real. El sincero compromiso por parte del oftalmólogo de intentar hacer todo lo posible por obtener el mejor resultado ayuda a crear una atmósfera de confianza. Independientemente de cuál sea el resultado final, este siempre será mejor aceptado por el paciente, si ha mantenido una buena comunicación con su médico.

El flujo constante de información por parte del oftalmólogo va a resultar muy importante también, para facilitar la cooperación del paciente (por ejemplo, para mantener la posición después de usar gases expansivos en cirugía vítreo-retiniana).

Suele ser útil la presencia de los familiares cuando se está informando al paciente, ya que se favorece una comunicación más efectiva, y permite una interpretación más precisa, mejorando el recuerdo posterior de la conversación.

El paciente debe ser advertido de la posibilidad de futuras intervenciones quirúrgicas y de posibles complicaciones a corto y largo plazo (endofthalmitis, hipertensiones oculares, oftalmía simpática,...), debiendo ser instruido para poder detectar la sintomatología inicial de dichas afecciones, y así poder realizar un diagnóstico y tratamiento precoz. También debe ser advertido del especial peligro que podría comportar, en su caso, realizar actividades de riesgo de traumatismos en el ojo sano.

En estos casos realizar un correcto asesoramiento del paciente, a veces representa la diferencia entre tratar únicamente los ojos, o tratar globalmente a la persona, y es un arte que no podemos aprender en los libros, sino que se ha de adquirir a lo largo de los años de ejercicio profesional (11).

### **El parte judicial de lesiones**

Tiene la obligación de emitirlo cualquier facultativo que presta asistencia a pacientes, con lesiones que pueden ser consecutivas a un acto delictivo o violento, tanto en el ámbito asistencial público como en el privado. Su finalidad es comunicar el hecho a la autoridad judicial, para que puedan llevarse a cabo las oportunas investigaciones judiciales. Es una obligación legal, que está recogida en la LECr. (Ley de Enjuiciamiento Criminal) con carácter genérico en el art. 262, según el cual todo ciudadano que tenga conocimiento de un hecho presuntamente delicti-

vo tiene la obligación de comunicarlo a la autoridad. Esta obligación está cualificada en el caso de los médicos. Así, en el art. 355 se establece: «... los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte.» No es función del médico realizar una labor de investigación, para comprobar si es real o no el origen de la lesión que nos cuenta el paciente. Su labor se limitará a describir las lesiones, estableciendo el pronóstico y recogiendo el origen que «refiere» el lesionado. Este término es muy importante desde el punto de vista médico-legal, porque indica claramente que es el origen de las lesiones que ha contado el paciente y cuya comprobación excede de la función del médico. Ante la mínima duda sobre la veracidad del origen de las lesiones referido por el paciente, hay que dar un parte judicial. Siempre es preferible comunicar a la autoridad un hecho del que no se deriven responsabilidades, que no hacerlo pudiendo haberlas. Estructuralmente el parte judicial de lesiones constará de:

- Un preámbulo, en el que debe figurar el nombre del facultativo y su número de colegiado.
- Una parte central donde se hará constar el nombre del paciente y las lesiones que presentaba y su pronóstico, así como su origen referido por este.
- Un final con la fecha y firma del médico.
- En la parte inferior figurará la persona a quien va dirigido el parte. Suele ser el «Ilmo. Sr. Juez de Guardia» de lugar donde nos encontremos.

### **El consentimiento informado (CI)**

Podríamos definirlo (15) como el permiso que el paciente otorga a su médico para realizar una intervención generalmente terapéutica, después de haber sido informado por este de los riesgos y consecuencias que dicha intervención pudiera conllevar. Es un derecho del enfermo, y una obligación legal del médico, que se encuentra recogida en la Ley 41/2002. El consentimiento informado es fundamentalmente verbal, pero que en aquellas intervenciones que conlleven un cierto riesgo deberá constar por escrito, en el llamado documento de CI y en la historia clínica. Debe emplearse un documento de CI por cada intervención, y el médico debe ofrecer al paciente información sobre el procedimiento que está previsto realizar y sus riesgos habituales (las denominadas «complicaciones típicas»), así como sobre las consecuencias relevantes que dicha intervención va a tener para el paciente. El documento de CI debe contener un espacio en blanco donde poder incluir los **riesgos personales**, que son aquellas complicaciones específicas a las que el paciente está expuesto por sus circunstancias concretas. Por ejemplo, si se produce un traumatismo penetrante en un paciente diabético, va a existir un mayor riesgo de infección y de problemas de cicatrización. Al final del capítulo incluimos como anexo un modelo de consentimiento informado, que publicamos (16) para intervenciones de traumatismo ocular.

### El informe médico de alta

Es obligación del médico emitir un informe de alta (art. 20 de la LAP) (15) al finalizar el proceso asistencial, en el que conste un resumen del historial clínico, la actividad asistencial prestada, así como el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas en el momento del alta (art. 3 LAP) (15). El paciente podrá solicitar posteriormente informes de la situación funcional visual en la que ha quedado una vez finalizado todo el proceso curativo (estabilización lesional con secuelas), para poder acreditar su déficit visual al objeto de solicitar el reconocimiento de una incapacidad laboral o una discapacidad, o pedir algún tipo de compensación económica por las lesiones sufridas. Es obligación del médico facilitar al paciente este tipo de informes, por lo que de no hacerlo, podría incurrir en responsabilidades legales. Estos informes deben recoger información de tipo asistencial, sin realizar ningún tipo de valoración de tipo pericial o médico-legal, que exceden claramente la competencia del médico que ha tratado al lesionado, además de ser contrario a la ética médica (art. 52.5 del Código de Deontología Médica) (17).

#### Puntos claves:

Además de nuestras obligaciones asistenciales con el paciente que ha sufrido un traumatismo ocular, no debemos olvidar nuestras obligaciones médico-legales, en relación a:

1. Aconsejar al lesionado y a sus familiares.
2. Emitir el preceptivo parte judicial de lesiones.
3. Cumplimentar correctamente el documento de CI.
4. Elaborar el informe de alta.

### Responsabilidad profesional en relación al trauma ocular

Los casos de traumatismos oculares vienen a representar entre el 6 y el 9% del total de reclamaciones oftalmológicas (18,19). Algunas veces las denuncias van dirigidas contra los médicos de urgencias encargados de asistir en primer lugar al paciente, y otras veces contra los oftalmólogos que le intervienen después. La pérdida parcial o completa de la visión es una lesión con una gran carga emocional, que va a tener importantes repercusiones funcionales para el lesionado, y pueden hacerle más propenso a plantear una reclamación contra los médicos que le atendieron. Entre las fuentes de litigio, podemos destacar (4):

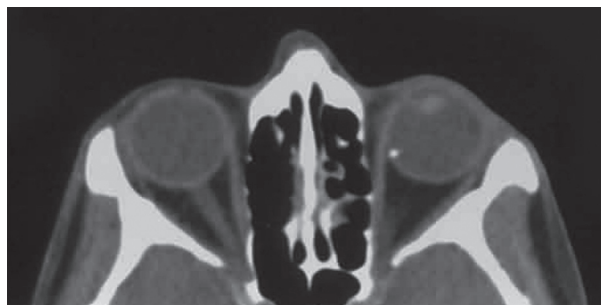
#### Fuentes de litigio

**1. Problemas relacionados con el consentimiento informado:** Las reclamaciones por defectos de información surgen cuando el paciente sufre una complicación típica de una intervención y afirma que no había

sido informado previamente de esta posibilidad y que, de haberlo sabido, no se habría operado. Es muy raro que esta situación se produzca en el tratamiento inicial de emergencia de un traumatismo ocular, ya que habitualmente no existe otra opción que intervenir (pongamos por ejemplo la extirpación de un cuerpo extraño intraocular). Sin embargo, las intervenciones de cirugía reconstructiva a menudo presentan múltiples opciones. En estos casos, cuando surge una complicación devastadora, de la cual el paciente no fue advertido, es posible que se plantee una demanda por mala información.

**2. Las gafas protectoras:** Es muy habitual en los traumatismos oculares consecutivos a accidente laboral, que el trabajador no lleve puestas las gafas protectoras, aunque esté realizando una actividad de riesgo de lesión ocular. Solo entre el 1.6 y el 6% de los trabajadores llevaban puestas las gafas en el momento del accidente laboral (2,20). En estos casos se pueden plantear reclamaciones contra el empresario o el encargado de las medidas de protección laboral, por no haber proporcionado los medios de protección personal adecuados para la actividad de riesgo o contra el fabricante de las gafas protectoras si han fallado en su función.

**3. Cuerpos extraños intraoculares (CEIO) no detectados en la primera asistencia:** Son una causa habitual de reclamación por mala praxis. Así, en una revisión realizada sobre 90 denuncias en oftalmología en nuestro medio (21), tres de ellas eran por este motivo, lo cual supondría un 3,33% de las denuncias en oftalmología. En los tres casos se produjo una endoftalmitis con graves secuelas, y solo en dos de los tres casos, el lesionado había referido al médico que le trató en urgencias el antecedente de haber estado realizando una actividad de riesgo de CEIO. Cuando el lesionado refiere haber estado realizando una actividad de este tipo (picar, clavar, soldar, martillar metal contra metal, etc...) está indicado realizar una prueba de imagen. La tomografía computarizada (TC) de órbita es de elección frente a la radiografía convencional (22), para descartar un posible CEIO (fig. 4), ya que en estos casos el diagnóstico precoz puede ser esencial para prevenir graves secuelas. Además, al ser muchos de estos casos accidentes laborales, son muy frecuentes las reclamaciones.



**Figura 4:** Imagen del TAC de un CEIO metálico, enclavado en la retina del OI. Tomado de Díaz VT et al. Siderosis ocular: ¿negligencia médica? Arch Soc Canar Oftal 2004; 15: 113-116.

**4. Errores y retrasos en el diagnóstico:** Los errores diagnósticos son una causa frecuente de reclamaciones, aunque es evidente que al médico, como a cualquier otro ser humano, no se le puede exigir infalibilidad. Puede equivocarse, pero no cometer lo que jurídicamente se denomina «**error inexcusable**». Se considera error inexcusable aquel que nunca cometería un médico de formación media dentro de su especialidad en similares circunstancias y tal y como se presentó el caso (23). Salvo que el error cometido sea inexcusable, en principio no va a conllevar responsabilidad penal. Los traumatismos oculares con frecuencia se tratan en el ámbito de la urgencia, donde muchas veces el médico está desbordado por la presión asistencial. Nuestra jurisprudencia siempre se ha mostrado más benévola con los errores cometidos en las urgencias médicas y habitualmente en estos casos no exige un diagnóstico certero, aunque sí descartar la existencia de patología urgente.

El retraso en establecer el diagnóstico es otra posible fuente de demandas. Puede ocurrir que el paciente traumatizado, en lugar de acudir al servicio de urgencias, llame al consultorio para solicitar una cita en consulta. Es importante que el personal auxiliar esté convenientemente instruido, para reconocer los síntomas de alarma que indiquen que el paciente debe ser atendido de forma inmediata.

**5. No advertir de futuras complicaciones:** Es importante advertir al paciente con un trauma ocular, de aquellas complicaciones que podrían aparecer a medio o largo plazo<sup>4</sup> (cataratas postraumáticas, desprendimiento de retina, glaucoma postraumático,...) para detectar los síntomas iniciales y aplicar medidas terapéuticas lo antes posible, así como establecer un seguimiento periódico del paciente para detectar cuanto antes estas complicaciones. De no hacerlo así, es posible que nos veamos envueltos en reclamaciones por no haber advertido al paciente sobre estas posibles complicaciones postraumáticas. También debemos advertir al lesionado de los signos precoces de posibles complicaciones futuras (miodesopsias y fosfenos en el caso de un DR postraumático, por ejemplo) y documentar correctamente esta información dada al paciente. Documentar todo es esencial. Las historias en urgencias habitualmente son más incompletas que en el resto de situaciones asistenciales, pero no debemos olvidar que un historial incompleto suele favorecer a la acusación del oftalmólogo y normalmente es un problema para su abogado defensor (24).

**6. Problemas con la anestesia:** También se han producido lesiones y denuncias en oftalmología por problemas relacionados con la anestesia. En un estudio publicado (25), el movimiento del paciente durante la intervención quirúrgica fue la causa de la reclamación en el 30% de los casos, resultando cieguera en todos ellos y dando lugar a indemnizaciones importantes.

#### Puntos claves:

Podemos considerar la asistencia a un traumatismo ocular como una actuación de riesgo de posibles reclamaciones por negligencia médica, destacando como fuentes de conflicto:

1. La correcta cumplimentación del documento de CI.
2. Los problemas relacionados con gafas protectoras oculares.
3. La no detección de CEIO en la primera asistencia.
4. Los errores y retrasos en el diagnóstico de posibles complicaciones.
5. El no advertir al paciente de la posibilidad de futuras complicaciones.
6. Los problemas relacionados con la anestesia.

#### Prevención de reclamaciones en relación al trauma ocular

Tener presente estas diez recomendaciones puede ayudar a reducir el excesivo número de reclamaciones por mala praxis que se producen en estos casos (10):

**1. Abstenerse de criticar a los compañeros:** Es una de las causas más habituales de denuncias. Puede ocurrir en aquellos pacientes que van buscando una segunda opinión para calmar sus inseguridades psicológicas. En ocasiones, un comentario desafortunado del segundo médico (muchas veces sin tener un conocimiento completo de cómo ocurrieron los hechos) puede socavar la confianza del lesionado en el médico con el que consultó originalmente.

**2. Documentar exhaustivamente todo en la historia clínica:** La reclamación por un traumatismo ocular puede ocurrir entre dos y cinco años después del momento de la asistencia, por lo que es esencial dejar constancia de todo lo ocurrido en la historia clínica: la AV antes y después de cualquier procedimiento, la situación del ojo contralateral, las interconsultas realizadas, la negativa del paciente a seguir algún tipo de opción terapéutica, etc... Debemos tener presente que en el momento del juicio, «lo que no esté documentado, no se hizo».

**3. No eliminar datos, ni modificar la historia clínica a posteriori.** Hacerlo puede significar un reconocimiento implícito de nuestra culpa. Si en una revisión del paciente advertimos algún error u omisión de algún dato importante en relación a una visita previa, lo haremos constar, dentro del evolutivo, en la fecha de esa revisión. Ya ha habido condenas en España a oftalmólogos por este motivo (26).

**4. Cuidar la cumplimentación correcta del consentimiento informado.** Ya hemos visto cómo el documento de CI debe recoger las complicaciones típicas, los riesgos personales y las complicaciones a largo plazo en estos casos (DR, glaucoma postraumático, oftalmía simpática,...).

**5. Personal auxiliar bien entrenado.** Es muy importante que el personal auxiliar y administrativo esté entrenado para detectar telefónicamente la sintomatología del paciente que precisa una revisión inmediata. A veces el oftalmólogo puede ser responsable de actuaciones u omisiones del personal auxiliar (10).

**6. Mantener un buen nivel de conocimientos científicos y estar actualizado.** El oftalmólogo debe

estar al tanto de los últimos avances en su campo, asistiendo asiduamente a los congresos de su especialidad. En caso necesario, no dudar en solicitar la opinión de un consultor y dejar constancia de ello.

**7. Descartar la existencia de un CEIO cuando exista riesgo**, mediante pruebas de imagen. Es preferible un TAC orbitario a una radiografía convencional. Hay que preguntar al lesionado si estaba realizando una actividad de riesgo de CEIO.

**8. Asegurar un nivel razonable de medios materiales y personales para el cuidado** del paciente con un traumatismo ocular. Debe asegurarse de que todo el material necesario está disponible y en perfectas condiciones de mantenimiento y esterilización.

**9. Es muy importante evitar que el paciente tenga sensación de abandono.** El trauma ocular conlleva una importante carga emocional, y el lesionado debe sentirse entendido y cuidado. Está comprobado que la sensación de abandono en el paciente es un factor de riesgo para futuras demandas, de la misma manera que una buena comunicación y la empatía las evitan.

**10. Prevenir reacciones adversas de los medicamentos.** Antes de iniciar el tratamiento hay que preguntarle al lesionado sobre sus antecedentes de alergias medicamentosas y siempre tener disponible medicación para tratar posibles reacciones adversas a medicamentos.

#### Punto clave:

Decálogo para evitar posibles reclamaciones por mala praxis:

1. Abstenerse de criticar a los compañeros.
2. Documentar exhaustivamente todo en la historia clínica.
3. No eliminar datos, ni modificar *a posteriori* la historia clínica.
4. Cuidar la cumplimentación del documento de CI.
5. Personal auxiliar bien entrenado.
6. Mantener un buen nivel de conocimientos científicos y estar actualizado.
7. Descartar la posible existencia de un CEIO.
8. Asegurar un nivel razonable de medios y cuidado del paciente.
9. Evitar que el paciente tenga sensación de abandono.
10. Prevenir reacciones adversas de medicamentos.

## FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL TRAUMA OCULAR

### Introducción

El ojo ocupa sólo el 0,1% de la superficie corporal, a pesar de ello, su afectación tiene un impacto muy alto, tanto a nivel personal (físico y psíquico) como social, ya que origina una pérdida de relación con el entorno de hasta un 80%. Entre las causas más relevantes está el

trauma (27). No sólo es su frecuencia, si no la gravedad del mismo (el 3% de las lesiones en los ojos son bilaterales) (28). Se calcula que, en España, 72.000 habitantes/año sufren traumatismos oculares con secuelas y disminución de agudeza visual (29), siendo la primera causa de pérdida anatómica del globo ocular (30) (55%) y que llega a afectar ambos ojos en el 0,36% de los casos. El trauma supone un cambio radical en la vida del paciente con limitaciones orgánicas y funcionales, que aconsejan apoyo multidisciplinar (31). A lo que hay que añadir unos enormes costos sociales.

### Aspecto psicofísico del trauma ocular

Un trauma con afectación visual grave genera gran estrés, pudiendo provocar desajustes adaptativos cognitivos, emocionales y conductuales (negación, rechazo, evitación, tristeza, depresión, inquietud, miedo, rabia, ira, ansiedad, inactividad, aislamiento). Esta adaptación pasa por una serie de fases: primera, Shock, desorientación, bloqueo mental. Segunda, fase depresiva. Si estas dos fases se dilatan, se demora la adaptación psicológica y funcional. Tercera, fase de movilización de recursos adaptativos, y cuarta, adaptación emocional y funcional. El objetivo principal será el reajuste del paciente a su nueva situación. La implicación del oftalmólogo trasciende de lo meramente orgánico y funcional, debiendo ser una atención global, considerando el aspecto psicosocial (32). Para ello, abordaremos la actividad del especialista, del paciente y, por último, las implicaciones sociales que originan.

### Actitud del especialista

La orientación de los pacientes con traumatismos oculares y sus familias es especialmente importante. El asesoramiento adecuado es singularmente crítico en casos de lesiones graves que requieren intervención quirúrgica. Se debe adoptar una especial sensibilidad, transmitiendo serenidad, confianza y esperanza, dando información real y precisa al paciente y familia: del estado del ojo; opciones terapéuticas, especialmente en enucleación/evisceración y reconstrucción estética. Debe ser proactivo, generando empatía no compasión (31). Favorecer la actitud positiva del personal sanitario que lo atiende, de la familia y de su entorno. Asimismo favorecer la participación concurrente de otros profesionales sanitarios y no sanitarios, si fuese necesario. Además de analizar la postura del especialista durante las diferentes etapas del proceso de tratamiento del trauma, se debe atender a la edad del paciente:

**1. Bebés y niños pequeños.** En esta etapa son muy importantes los padres, que suelen presentar shock, depresión, culpabilidad y ansiedad, situación que actúa negativamente en el desarrollo de la personalidad del niño.

Hay que favorecer su estabilidad emocional. El especialista puede aclarar a los padres las posibilidades y lo que pueden esperar de su hijo (32).

**2. Niños en edad escolar.** Periodo con una gran frecuencia de trauma ocular (30). En EEUU, casi 2/3 de los niños experimentarán un evento traumático antes de cumplir 18 años (33). Con frecuencia aparecen cuadros de estrés postraumático (3-7%), síntomas depresivos (12%), ansiedad (10%) y problemas de comportamiento social (19%). Es importante la integración del niño, para ello se usan terapias (34) cognitivo-conductuales individuales (en el estrés postraumático) (35), también grupales y familiares (en la ansiedad) (36). Es importante la intervención de todos profesionales (32) para evitar retrasos en el aprendizaje y adaptación social.

**3. El Adolescente:** En general, la mitad (52%) de los accidentes con pérdida del ojo ocurren antes de los 20 años, sobre todo en adolescentes (37). Es una etapa difícil, de autoconocimiento y conformación de la personalidad del paciente. La mayor dificultad es la social (paso de relacionarse con la familia a hacerlo con grupos). El especialista más que con los padres debe comunicarse con el paciente, hacerle comprender su situación y favorecer que tome decisiones, con la ayuda de otros profesionales, la familia y su entorno.

**4. Adultos jóvenes.** La mayoría de la pérdida ocular (60%) ocurre antes de los 30 años y cerca de la mitad (46%) en este periodo (30). En esta etapa se genera un deseo de independencia en la que son importantes las aptitudes físicas, lo que genera en el paciente una situación de dependencia e inseguridad (32). El oftalmólogo, no puede crear falsas expectativas al paciente, ya que genera tensión y ansiedad.

**5. Adultos:** La pérdida de capacidad visual suele conllevar incapacidad laboral y, con ella, un descenso de estatus social. También cambios en la relación de dependencia, que pueden afectar la relación de pareja y de familia. Es frecuente la aparición de depresiones, siendo necesario el asesoramiento de centros de rehabilitación que favorezca la reincorporación social.

**6. Senectud.** En este periodo la pérdida visual se puede acompañar de otros cambios seniles tales como pérdida de memoria, mal funcionamiento de los procesos cognitivos, movilidad lenta o disminuida o pérdidas de audición, complican el mantenimiento de las relaciones y comunicaciones sociales normales favoreciendo el aislamiento y mayor dependencia del paciente. Son más difíciles de adaptar ayudas ópticas, por ello, se suelen aconsejar ayudas no ópticas y utilización de servicios sociales. La tendencia a mantener hábitos rígidos puede dificultar su integración. El apoyo familiar es importante (32).

Una vez concluido el tratamiento oftalmológico, el especialista deberá conocer las diferentes opciones que puedan beneficiar al paciente para su desarrollo y adaptación personal y social. Si aquellos con baja visión se pueden beneficiar de ayudas ópticas, no ópticas, terapias y rehabilitación visual, los ciegos, aparte de la

integración de prótesis cosméticas, deberán potenciar otros sentidos como el oído o el tacto. Derivando a estos otros profesionales para que continúen la formación del paciente, sin olvidar el reforzamiento psicológico del paciente (terapia psicosocial).

### Actitud del paciente

En la respuesta ante una pérdida de visión brusca, como la que ocurre en el trauma pueden ocurrir desajustes que originen las siguientes reacciones emocionales. Se inicia con un shock (representa un período de anestesia emocional) seguido de depresión, caracterizada por desesperación, falta de confianza en sí mismo y retraso psicomotor. Se supera favoreciendo la actividad del paciente, ayuda de la familia y colaboración de un psicólogo y un asistente social. Otros trastornos que suelen aparecer también son: ansiedad, incredulidad, rechazo, tristeza o angustia. Será importante la autoimagen que tenga el paciente de su situación y la motivación positiva, que conducirá a mayor independencia e intimidad (32).

Más allá de la pérdida de visión, la pérdida del globo ocular y el uso de prótesis, provoca un impacto psicológico que requiere adaptación, pudiendo generar sentimientos de vergüenza, timidez, tristeza, inseguridad y miedo del paciente en su aspecto personal y social (38). Serán relevantes las intervenciones como la reparación protésica, que favorecen cambios emocionales, de conducta y mejoran la integración social (39) o la rehabilitación, que mejora la sintomatología merced a la concienciación psicosocial (38).

### Aspecto social del trauma

En España hay alrededor de cuatro millones de discapacitados, de ellos, dos millones son por baja visión. Ello genera unos costos sociales muy elevados. Destaca, por su frecuencia y consecuencias visuales el trauma ocular. En las naciones industrializadas, el trauma se ha convertido en la razón más común para la hospitalización prolongada de pacientes oftalmológicos. Las cifras que se mueven son muy importantes. Solo en los Estados Unidos hay alrededor de 2,5 millones de casos de lesiones oculares cada año (40) y el número de personas con discapacidad visual relacionada con el trauma era de 1 millón. El coste de los servicios de urgencias de EEUU por atención de problemas oculares es de 2 billones de dólares (\$) /año y su gasto hospitalario en los traumas oculares es de 200 millones \$, sin incluir costes indirectos ni medicamentos (41). En el sector laboral, en EEUU, el costo total en 1995 de las 140,000 lesiones oculares incapacitantes por accidentes laborales fue 3.920 millones de dólares. Sólo en indemnizaciones fueron 925 millones. Si se incluyen las lesiones oculares no discapacitantes la cifra asciende a 4.000 millones (42). En la



actualidad, el gasto derivado de los traumas oculares se ha cuadruplicado (15.000 millones \$/año) (43).

En España, la incidencia de traumas oculares en el trabajo es de un 0,84 a 1% (44). Supone un 23% de los todos traumas oculares, encontrándose entre EEUU (14%) e Israel (28%) (45). En España, en 2016, hubo 1.299.632 accidentes laborales, de los cuales necesitaron baja el 44%. De estos, el 15% lo fueron por problemas oculares<sup>44</sup>. Alrededor de 13% al 14% de los accidentes oculares laborales necesitaron baja y el 11% de ellos lo fueron graves (46). Respecto a la duración de los procesos oscilan entre casi 5 días en Baleares y Cáceres o 7 en Sevilla. Aquellos con secuelas oscilan entre 1,27% a 2%, de los cuales el 80% necesitaron cirugía. Que además tuvieran algún tipo de incapacidad fue del 0,87% (44).

Ante esta situación, y conocido que el 90% del trauma ocular es prevenible (47), se ha demostrado la eficacia del gasto en medidas preventivas bien planificadas basadas en datos epidemiológicos sólidos (48). Ejemplo, el medio laboral, en EEUU sólo el 6% de los trabajadores con traumas oculares llevaban las medidas de protección adecuadas (49) y en España únicamente el 1,6% (45). No se suelen utilizar simplemente por inadecuadas, insuficientes o por incómodas (50).

### La simulación y disimulación

Otro aspecto singular, por sus características es la simulación, que consiste en provocar, imitar o exagerar trastornos mórbidos subjetivos u objetivos o imputar falsamente la causa de una patología a algo que realmente no lo es (se puede incluir el autolesionismo) con un fin interesado y la disimulación es ocultar un trastorno presente también con un fin interesado (51).

Las alteraciones visuales sin evidencia de causa orgánica ocupan el 1% de los problemas visuales que manejan los oftalmólogos en Urgencias (52). Se suele utilizar el término de **pérdida visual de causa no orgánica** (PVNO) para describir cualquier alteración visual en la que no se demuestra disfunción alguna en el ojo ni en vía óptica. Pueden ser de causa psicógena o resultado de una simulación (53). En caso de trastorno psiquiátrico, el paciente no es consciente de que no existe dicha alteración; el simulador sí que lo es, esperando obtener algún tipo de beneficio. La PVNO es más común en mujeres y durante las primeras 2 décadas de vida. La alteración más frecuente es la reducción de la AV que puede acompañarse de alteraciones del campo visual (54). Se debe pensar en ella siempre que se descarte causa orgánica (55). Suelen ser de difícil diagnóstico ya que hasta la mitad de los casos suelen convivir con lesiones orgánicas.

La simulación, disimulación y el fraude asociado tienen consecuencias en la economía en general al tener que soportar cargas injustificadas y potenciar «la cultura del pensionismo» y va a ocasionar unos gastos sociales (gastos de fraude) (56), que recaen sobre la sociedad en gene-

ral y sobre diversas Instituciones en particular (57). Como ejemplo, señalar que el 14% de las solicitudes de incapacidad permanente a la Seguridad Social son fraudulentas (58). Hay situaciones ante las que son más usuales estos cuadros, como son los traumas relacionados con accidentes de tráfico o laborales. Respecto a la atención laboral, se encuentra que en un 22% no está relacionada con el trabajo (según datos del Hospital FREMAP de Sevilla del años 2016) pudiendo relacionarse con ventajas asistenciales (mayor rapidez en la atención, personalizada) y sociales (sueldos, pensiones, indemnizaciones y otras ventajas sociales frente a enfermedades comunes), entre otras.

Sobre la simulación infantil se ha estimado su incidencia en un 1% de las derivaciones de Pediatría a Oftalmología (59) y del 1 al 5% de los niños que acuden al oftalmólogo general (60). La pérdida visual debe sospecharse ante la incongruencia de los síntomas con la exploración y los datos obtenidos en la anamnesis. Suelen darse ante problemas psicosociales y psiquiátricos (61). La sintomatología es parecida a la del adulto (59). La mayoría de los casos suelen resolverse espontáneamente, asesorando a los padres y ofreciendo tratamiento psicológico o psiquiátrico cuando sea necesario (62).

Los simuladores suelen conllevar un consumo desproporcionado de medios, tiempo y costes para garantizar un diagnóstico correcto. **Puede diagnosticarse mediante pruebas subjetivas y objetivas.**

**1. Pruebas subjetivas.** Existen medios ambulatorias, previos a pruebas de imagen y electrofisiológicas, que pueden orientar el diagnóstico (59). Los principales síntomas que señalan generalmente están relacionados con alteraciones en la agudeza y en el campo visual. La determinación de la verdadera AV en un simulador podría realizarse mediante diversos métodos con pruebas subjetivas: como la prueba de la escritura o de Roth; prueba del espejo; optotipos especiales (como el de Terson o el de Thibaudet); prueba de confusión con lentes positivas; el método de Bravais que emplea tests y cristales coloreados o el test de estereopsis (basado en que la AV es proporcional a la agudeza visual mono o binocular) (63). Sobre la alteración del campo visual (depresiones o estrechamientos) del campo, se suelen sospechar cuando el resto de pruebas son normales y valorar la campimetría binocular o conjunta (64).

**2. Pruebas objetivas.** El diagnóstico sólo puede establecerse cuando no se encuentre patología orgánica apoyadas en pruebas objetivas de imagen (topografías, OCT, angiografía, TAC, RNM) y electrofisiológicas (PEV, ERG, EOG). Aun así, es difícil distinguir un trastorno psiquiátrico, como la conversión, de un trastorno ficticio o de simulación cuando la afectación psicopatológica no es evidente (65). Suele ayudar al diagnóstico el hecho de que exista un beneficio secundario y la actitud demandante del paciente.

Otras alteraciones que se observan son amaurosis, estrabismo, diplopía, nistagmo, blefaroespasmo y blefaroptosis (63).

## El autolesionismo

Un apartado aparte lo ocupan los traumas debidos al autolesionismo. Se han observado en Medicina Penitenciaria, de Guerra y Laboral en busca de ventajas sociales e indemnizaciones y en determinados trastornos psiquiátricos. Suelen ser patologías que afecten al segmento anterior y no provoquen pérdida visual ni orgánica grave, se relacionan más con blefaritis, conjuntivitis, queratitis, cuerpos extraños de superficie y cataratas. Tienen implicaciones legales para el especialista, por ejemplo, tras lesiones por lentes de contacto, en que las demandas a oftalmólogos se multiplicaron por 10 en la primera década del siglo y la tendencia continúa en alza (63).

Siempre pensar en la simulación, al realizar informes sobre valoración de secuelas de accidentes. Nunca transcribir valores de AV a documentos médico legales si no son datos claramente contrastados. La AV obtenida tras la curación de un traumatismo ocular, tiene escasa fiabilidad, si no se corresponde con los hallazgos objetivos de la exploración (66).

## RESUMEN DEL CAPÍTULO 4

1. Como médicos oftalmólogos, no podemos ignorar las repercusiones legales que pueden tener nuestras actuaciones asistenciales, en casos en los que el lesionado nos va a solicitar informes para acreditar documentalmente las lesiones sufridas, el tratamiento seguido, los días de curación y las posibles secuelas oculares que le han quedado.

2. Debemos conocer la responsabilidad penal y la civil, consecutivas a las lesiones oculares.

3. En el ámbito laboral, los traumatismos pueden dar lugar a una invalidez (incapacidad laboral permanente (en sus grados: parcial, total, absoluta o gran invalidez) o a una discapacidad (si la limitación es significativa).

4. Independientemente de nuestra obligación asistencial, nuestras obligaciones medico-legales incluyen, aconsejar al lesionado y sus familiares, emitir el parte judicial de lesiones, si procede, cumplimentar el consentimiento informado y elaborar el informe de alta.

5. La mayor parte de las fuentes de litigio contra el oftalmólogo son: Problemas en relación con el consentimiento informado; reclamaciones acerca de las medidas de protección laboral (gafas de protección); cuerpos extraños no detectados en la primera asistencia; errores y retrasos en el diagnóstico; no advertir de futuras complicaciones; problemas con la anestesia por el movimiento del paciente.

6. Para prevenir posibles reclamaciones, debemos: Abstenernos de criticar a los compañeros; documentar exhaustivamente, todo, en la historia clínica; no modificar datos a posteriori; cumplimentar correctamente el consentimiento informado; tener un personal auxiliar perfectamente entrenado, en distinguir el grado de urgencia; descartar siempre la posibilidad de que exista un

CEIO; evitar que el paciente tenga sensación de abandono; prevenir reacciones adversas a medicamentos y que nosotros mismos tengamos el máximo nivel científico y de actualización (así como nuestros medios).

7. La afectación ocular tiene un impacto muy alto en la persona, tanto a nivel personal (físico y psíquico) como social, ya que origina una pérdida de relación con el entorno de hasta un 80%. El trauma supone un cambio radical en la vida del paciente con limitaciones orgánicas y funcionales que aconsejan apoyo multidisciplinar y genera unos enormes gastos sociales.

8. Un aspecto singular por sus características son la simulación y la disimulación. Son frecuentes en la práctica clínica diaria, tanto en niños como en adultos, las alteraciones visuales de causa no orgánica, que pueden ser de causa psicógena o resultado de una simulación y son difíciles de diagnosticar, pues suelen coexistir con lesiones orgánicas.

9. Existen pruebas objetivas y subjetivas que nos permiten diagnosticar la simulación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hine HV. Second sight. Thorndike, Me: Thorndike Publisher; 1993: 213.
- León F, Taboada JF, Guimerá V, et al. Traumatismos oculares graves en España: Factores epidemiológicos, estudio de las lesiones y medidas de prevención. Barcelona: León; 1994. p. 12-27.
- Kuhn F et al. Eye injury epidemiology and prevention of ophthalmic injuries. In: Kuhn F, Pieramici DJ, Ocular Trauma. Principles and Practice. New York. Thieme; 2002. 14-21.
- Blakeslee WD. Medicolegal issues. In: Kuhn F, Pieramici DJ, Ocular Trauma. Principles and Practice. New York. Thieme; 2002. 33-37.
- Menéndez JA: Concepto médico-legal de lesión y su valoración en el ámbito penal. En: Menéndez JA, Manual de Medicina Legal y Forense para estudiantes de Medicina. 1 ed. Barcelona. Elsevier; 2014. 61-67.
- Ley 35/2015 de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE de 23 de septiembre de 2015.
- Real Decreto Legislativo 1/94 de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social. BOE de 29 de junio de 1994.
- Guía de valoración profesional. 3ª ed. 2014. Edita Instituto Nacional de la Seguridad Social. Disponible en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/198948.pdf> (consultado el 19 de noviembre de 2017).
- Arastey ML. Enfermedades oftalmológicas. Análisis jurisprudencial. En: Rivas P. Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales. Navarra: Aranzadi; 2006, 1299-1363.
- Raju KV, Medico legal aspects of ocular trauma. Kerala Journal of ophthalmology. 22(3): sept 2010: 277-278.
- Morris R. et al. Counseling the patient and the family. In: Kuhn F, Pieramici DJ, Ocular Trauma. Principles and Practice. New York. Thieme; 2002. 22-26.
- Kuhn F. El al. The OTS: predicting the final vision in injurie eye. In: Ocular trauma: Principles and practice. New York. Thieme; 2002. 9-13.
- Menéndez JA. Documentos médico-legales. En: Menéndez JA, Manual de Medicina Legal y Forense para estudiantes de Medicina. 1 ed. Barcelona. Elsevier; 2014. 25-29.
- Menéndez JA. Consentimiento informado e historia clínica. En: Menéndez JA, Manual de Medicina Legal y Forense para estudiantes de Medicina. 1 ed. Barcelona. Elsevier; 2014. 30-35.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Menéndez JA, Zato MA. La responsabilidad profesional del Oftalmólogo. Madrid. Mac Line. 2006.

**ANEXO: Documento de consentimiento informado para cirugía de traumatismo del globo ocular (16)****DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(Cirugía de traumatismo del globo ocular)**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ en calidad de paciente o de su representante legal, con DNI n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, manifiesto haber sido informado por el Dr/Dra. \_\_\_\_\_ de los siguientes aspectos, en relación a la intervención de \_\_\_\_\_ a la que voy a someterme, como es legalmente preceptivo (art. 4, 8, 9 y 10 de Ley 41/2002):

**A) LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:**

Cuando se produce la rotura traumática del globo ocular, es preciso reparar quirúrgicamente las lesiones producidas, ya que la exposición del contenido ocular conduce a necrosis y graves infecciones, de nefastas consecuencias para el ojo, pudiendo ocasionar la pérdida de la visión del mismo e incluso podría requerir su extracción (evisceración/enucleación) y colocación de una prótesis.

El objetivo de la intervención prevista es la reparación de las estructuras dañadas, para tratar de recuperar lo mejor posible su integridad anatómica y funcional. Me han explicado la cirugía probable que requiere mi caso y que no existen alternativas no quirúrgicas, ya que la situación no puede resolverse con tratamiento médico.

**B) LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES TÍPICAS:**

Es posible que sea preciso eliminar estructuras oculares (úvea, cristalino, iris, piel de los párpados, etc...) por encontrarse en mal estado.

Pueden surgir **complicaciones intraoperatorias** como sangrado de algunas estructuras, y/o hemorragia coroidea, que es un cuadro poco frecuente, pero muy grave, ya que puede ocasionar la pérdida de visión de ese ojo. Pueden surgir imprevistos, durante la intervención, que hagan necesario variar el procedimiento quirúrgico previsto, eliminar estructuras oculares dañadas o incluso todo el globo ocular (evisceración/enucleación), actuación que autorizo en caso de que los cirujanos lo consideren estrictamente necesario.

Una vez realizada la intervención pueden ocurrir **complicaciones postoperatorias** como infecciones, inflamaciones de este ojo e incluso en casos muy excepcionales del contralateral (oftalmía simpática), proliferaciones y hemorragias vítreo-retinianas, desprendimiento de retina, cicatrices corneales o astigmatismos postraumáticos que reduzcan la visión. Algunas complicaciones relativamente frecuentes a medio o largo plazo es la catarata o el glaucoma postraumático. Debido a estas u otras complicaciones que pudieran surgir puede ser necesario realizar nuevas intervenciones quirúrgicas (vitrectomía, cirugía de cataratas, trasplante corneal,...). El pronóstico por lo tanto es incierto, ya que no existe posibilidad razonable de predecir actualmente el pronóstico visual a largo plazo.

En algunos casos, puede quedar el ojo hipotónico evolucionando con el tiempo a la atrofia, que se conoce como «ptisis bulbi». Se pierde la visión y se reduce su tamaño. Otras veces además de perder la visión ocasiona dolor crónico, que hace necesaria su eliminación e implante de una prótesis.

**C) LOS RIESGOS PARTICULARES:**

Además de estas complicaciones típicas y las propias del procedimiento anestésico, que me explicará en su momento el anestesista, he sido advertido de que debido mis características personales, en mi caso concreto, existen los siguientes riesgos probables y contraindicaciones:

**D) OTROS ASPECTOS GENERALES, COMO SON:**

- Que he sido advertido de la posible participación en proyectos docentes o de investigación, que en ningún caso comportarán un riesgo adicional.
- Que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento previo a la intervención.
- Que se respetará y hará constar mi voluntad de no ser informado, en caso de que en algún momento así la exprese.
- Que este documento escrito tiene carácter complementario a la información esencial dada de forma verbal.

Por lo tanto **DECLARO**:

- 1.º Que **he sido informado con suficiente anticipación** al acto quirúrgico como para poder comprender, sopesar y meditar todos estos aspectos, pudiendo plantear a los médicos las dudas o preguntas que he considerado oportunas.
- 2.º Que soy plenamente consciente de que me voy a someter a una intervención quirúrgica, y como tal, **no existen garantías absolutas de éxito**, asumiendo el riesgo de las eventuales complicaciones inherentes a dicha técnica y de las que he sido convenientemente informado.
- 3.º Que he comprendido perfectamente la información recibida y **libremente doy mi consentimiento** a este equipo de facultativos para que me realicen la intervención descrita.

En Madrid a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma del Médico

Firma del paciente o su representante

17. Código de Deontología Médica. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. 2011. Disponible en [https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf) (consultado el 29 de noviembre de 2017).
18. Bettman JM. Seven hundred medicolegal cases in ophthalmology. *Ophthalmology* 1990; 97: 1379-1384.
19. Kraushar MF, Turner MF. Médicolegal malpractice litigation in ophthalmology: the New Jersey experience. *Ophthalmic Surg* 1986; 17: 671-674.
20. Dannenberg AL, Parver LM, Berchner RJ, Kkoo L. Penetrating eye injuries in workplace, the National Eye Trauma System Registry. *Arch Ophthalmol* 1992; 110: 843-848.
21. Menéndez JA, Luque F, Molina V. Denuncias en oftalmología en España. *Arch Soc Esp Oftalmol* 2009; 84: 459-468.
22. Díaz VT et al. Siderosis ocular: ¿negligencia médica?. *Arch Soc Canar Oftal* 2004; 15 : 113-116. Disponible en <http://sociedadcanariadeoftalmologia.com/wp-content/revista/revista-15/Revista-Canaria-2004.pdf> Consultado 29 de noviembre de 2017.
23. Menéndez JA. Responsabilidad profesional médica. En: Menéndez JA, Manual de Medicina Legal y Forense para estudiantes de Medicina. 1 ed. Barcelona. Elsevier; 2014. 17-24.
24. Bettman JW. How to reduce medico-legal involvement in cause of trauma. *Ophthalmology*. 1980;87:432-434.
25. Gild WM, Posner KL, Caplan RA, Cheney FW. Eye injuries associated with anesthesia. A closed claims analysis. *Anesthesiology*. 1992; 76: 204-208.
26. Condenado un oftalmólogo por falsificar la historia clínica de la paciente. Normativa. *Diario Médico* de 21/04/2009.
27. Haring RS1 Canner JK, Haider AH, Schneider EB. Ocular injury in the United States: Emergency department visits from 2006-2011. *Injury*. 2016 Jan; 47(1): 104-8.
28. Morris R, Kuhn F, Witherspoon CD, Stephens DC. Counseling the Patient and the Family. En Kuhn F, Pieramici J. *Ocular Trauma. Principles and Practice*. Italia, 2002: 25.
29. Parver LM, Dannenberg AL, Blacklow B, Fowler CJ, Brechner RJ, Tielsch JM. Characteristics and causes of penetrating eye injuries reported to the National Eye Trauma System Registry, 1985-91. *Public Health Rep*. 1993 Sep-Oct; 108(5): 625-32.
30. Laiseca Negro J, Laiseca Rodríguez D, Laiseca Rodríguez A, Laiseca Martínez J. Prótesis oculares y cirugía reconstructiva de cavidades. Madrid, 1991: 73.
31. Morris R, Kuhn F, Witherspoon CD, Stephens DC. Counseling the Patient and the Family. En Kuhn F, Pieramici J. *Ocular Trauma. Principles and Practice*. Italia, 2002: 25.
32. Mehr EB, Freid AN. El cuidado de la baja visión. Madrid, 1992; 29.
33. McLaughlin KA, Koenen K, Hill E, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky A, Kessler RC. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in a US national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 52: 815-830.
34. Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, Harrison JP, Lambert HK, Briggs EC, Revillion Cox J, Amaya-Jackson L. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017 May-Jun; 46(3): 303-330.
35. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, Amaya-Jackson L. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008; 37(1): 156-183.
36. Weems CF, Scheeringa MS. Maternal depression and treatment gains following a cognitive behavioral intervention for post-traumatic stress in preschool children. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27: 140-146.
37. Dorsey S, McLaughlin KA, Kerns SEU, Harrison JP, Lambert HK, Briggs EC, Revillion Cox J, Amaya-Jackson L. Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017 May-Jun; 46(3): 303-330.
38. Goiato MC, dos Santos DM, Bannwart LC, Moreno A, Pesqueira AA, Haddad MF, dos Santos EG. Psychosocial impact on anophthalmic patients wearing ocular prosthesis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2013 Jan; 42(1): 113-9.
39. Goulart DR, Queiroz E, Fernandes AÚ, Oliveira LM. Psychosocial aspects in the rehabilitation of patients with anophthalmic socket: implications of the use of ocular prosthesis. *Arq Bras Oftalmol*. 2011 Sep-Oct; 74(5): 330-4.
40. National Society to Prevent Blindness. *Vision Problems in the U.S.: Data Analysis*. New York: National Society to Prevent Blindness; 1980: 25-26.
41. Tielsch J, Parver L. Determinants of hospital charges and length of stay for ocular trauma. *Ophthalmology*. 1990; 97: 231-237.
42. Kuhn F, Mester V, Mann L et al. Eye Injury Epidemiology and Prevention of Ophthalmic Injuries. In Kuhn F, Pieramici J. *Ocular Trauma. Principles and Practice*. Italia, 2002: 14.
43. Scott JW, Neiman PU, Najjar PA, Tsai TC, Scott KW, Shrime MG, Cutler DM, Salim A, Haider AH. Potential impact of Affordable Care Act-related insurance expansion on trauma care reimbursement. *J Trauma Acute Care Surg*. 2017 May; 82(5): 887-895.
44. Gómez Villa P, Ladarias Lliteras A. Patología Oftálmica en el medio laboral. *Ergofoftalmología*. Universitat de Barcelona. Barcelona 2007, p. 83. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/7101/1/PATOLOGIA%20OFTALMICA.pdf> [18/10/2017] p. 33.
45. León Hernández FA y col: Grupo de estudio multicéntrico de los traumatismos en España. *Traumatismos oculares graves en España: factores epidemiológicos, estudio de las lesiones y medidas de prevención*. *Soc Esp de Oft*, 1994: 12-13 y 79-80.
46. Estadísticas de Accidentes de Trabajo 2016. Dirección General de Estadística y Análisis Sociolaboral. Subdirección General de Estadísticas. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. [http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/eat16/ATR\\_2016\\_Completa.pdf](http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/eat16/ATR_2016_Completa.pdf) [15/10/2017] p. 69-70.
47. Beshay N, Keay L, Dunn H, Kamalden TA, Hoskin AK, Watson SL. The epidemiology of Open Globe Injuries presenting to a tertiary referral eye hospital in Australia. *Injury*. 2017 Jul; 48(7): 1348-1354.
48. Easterbrook M. Eye protection in racquet sports. *Curr Ther Sports Med*. 1990; 2: 356-362.
49. Dannenberg AL, Parver LM, Brechner RJ, Khoo L. Penetration eye injuries in the workplace. The National Eye Trauma System Registry. *Arch Ophthalmol*. 1992 Jun; 110(6): 843-8.
50. Machín Mahave, A. Análisis epidemiológico y evolutivo de los traumatismos oculares abiertos en Cantabria. 2007-2014. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria. 2016: 68.
51. Díaz Salazar, CE. La simulación y disimulación en medicina evaluadora. *Med Segur Trab (Internet)* 2014; 60 (235) 379-391.
52. Kathol RG, Cox TA, Corbett JJ, Thompson HS, Clancy J. Functional visual loss: a true psychiatric disorder? *Psychol Med*. 1983; 13: 307-14.
53. Muñoz-Hernández AM, García-Catalán R, Santos-Bueso E, López-Abad C, Gil-De-Bernabé JG, David Díaz-Valle D et al. Simulación en oftalmología. *Arch Soc Esp Oftalmol* vol. 86 no. 10 oct. 2011. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912011001000003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912011001000003) [consultado 15/10/2017].
54. Beatty S. Non-organic visual loss. *Postgrad Med J*. 1999; 75: 201-7.
55. Bain KE, Beatty S, Lloyd C. Non-organic visual loss in children. *Eye [revista en internet]*. 2000 [citado 6 de febrero 2017]; 14(5): 770-2. Disponible en: <http://www.nature.com/eye/journal/v14/n5/abs/eye2000201a.html>.
56. Álvarez Sáenz, J. J. La simulación y disimulación. Incidencia en el marco laboral de la legislación española. *Diagnóstico en VDC*. 2001;13:12-5.
57. Díaz Salazar, CE. La simulación y disimulación en medicina evaluadora. *Med Segur Trab (Internet)* 2014; 60 (235) 379-391.
58. Gallego lago I, Zarco Villarosa D, Rodríguez Salvador V. Simulación y disimulación en Oftalmología. *Técnicas ambulatorias y de diagnóstico*. Barcelona 2005: 23.
59. Bain KE, Beatty S, Lloyd C. Non-organic visual loss in children. *Eye*. 2000; 14: 770-2.
60. Beatty S. Non-organic visual loss. *Postgrad Med J*. 1999; 75: 201-7.
61. Taich A, Crowe S, Kosmorsky GS, Traboulsi EI. Prevalence of psychosocial disturbances in children with nonorganic visual loss. *J AAPOS*. 2004; 8: 457-61.
62. Tan S, Maul T, Mennie N. Measuring the Performance of Visual to Auditory Information Conversion. *Plos ONE [revista en internet]*. 2013, 8(5): 1-7. Disponible en: Academic Search Premier. [consultado 10/11/2017].
63. Gallego Lago I, Zarco Villarosa D, Rodríguez Salvador V. Simulación y disimulación en Oftalmología. *Técnicas ambulatorias y de diagnóstico*. Barcelona 2005: 35-48.
64. Muñoz-Hernández AM, García-Catalán R, Santos-Bueso E, López-Abad C, Gil-De-Bernabé JG, David Díaz-Valle D et al. Simulación en oftalmología. *Arch Soc Esp Oftalmol* vol. 86 no. 10 oct. 2011. URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-66912011001000003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-66912011001000003) [consultado 15/10/2017].
65. Mesa F, Losada MJ, García M, Arteaga V, Álvarez A, Abreu JA. Ceguera post-traumática como manifestación de un trastorno de conversión. *Arch Soc Canar Oftal*. 2001; 12.
66. Carrillo Arroyo I, Carrillo Gijón, Simulación oftalmológica. A propósito de un caso. *Sanid. Mil*. vol.68 no.2 Madrid abr./jun. 2012. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712012000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712012000200007) [consultado 10/10/2017].