

# Secuelas y discapacidades post trauma ocular

José Antonio Menéndez de Lucas

## CAPÍTULO 39

### INTRODUCCIÓN

Los traumatismos oculares constituyen una de las principales causas de pérdida visual en los países industrializados, afectando fundamentalmente a pacientes jóvenes, considerándose como la primera causa de pérdida anatómica ocular y dando lugar en muchos casos a importantes secuelas y discapacidades, con una enorme repercusión no solo económica, sino también laboral, social y familiar.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, los traumatismos oculares son responsables en el mundo de diecinueve millones de casos de amaurosis unilateral, 2,3 millones de casos de mala visión bilateral y 1,6 casos de ceguera bilateral (1).

Comentamos en el capítulo 4 los diferentes tipos de actividades en las que se puede producir el traumatismo ocular, haciendo referencia al estudio GEMTO (2). En algunos de estos casos el traumatismo ocular tiene lugar en el ámbito privado, ya sea en el domicilio del paciente o mientras se realiza alguna actividad deportiva o de ocio, por lo que el lesionado ocular no recibirá ningún tipo de indemnización o compensación económica por el daño sufrido, pero en otros casos (accidentes laborales, de tráfico, agresiones,...) habrá una persona, una mutua laboral o una compañía de seguros que tendrá que responder penal o civilmente del daño ocasionado y de las secuelas oculares producidas. Para poder fijar la cuantía de la indemnización por el daño sufrido deberá realizarse una valoración médica, en este caso oftalmológica, del alcance y repercusión funcional de las secuelas sufridas. Habitualmente hay que ajustarse a unos baremos que en muchos casos tienen carácter vinculante para el tribunal que fija la indemnización.

En otros casos, el lesionado ocular queda en una situación que condiciona una limitación de tipo permanente para la realización de su actividad laboral (incapacidad laboral permanente o invalidez en sus diversos grados) o sufre un menoscabo visual significativo, que le sitúa en una situación de *handicap* o desventaja en su lucha diaria en la vida (discapacidad). También en estos casos, deberá someterse a una valoración médica para

que el tribunal competente le reconozca esta situación de invalidez o discapacidad.

El objetivo de este capítulo va a ser proporcionar al oftalmólogo los fundamentos médico-legales relativos a la valoración de secuelas, incapacidades permanentes y discapacidades oculares, según la legislación y los baremos vigentes en España.

#### Punto clave:

- Los traumatismos oculares en muchos casos dejan secuelas o discapacidades visuales que deben ser valorados pericialmente, para poder asesorar a la persona o tribunal encargado de fijar una indemnización compensatoria o reconocer la discapacidad o invalidez. Dicha valoración deberá hacerse conforme a la legislación y baremos vigentes en nuestro país.

### CONCEPTOS JURÍDICOS BÁSICOS RELATIVOS A LA VALORACIÓN DE LESIONES

#### La reparación del daño

Toda **lesión corporal** derivada de un acto **doloso** (es decir, intencional, como por ejemplo una agresión) o **culposo** (es decir, accidental, del tipo que sea) da origen a una responsabilidad de la que nace la obligación de reparar el daño producido. Esta reparación del daño tiene como finalidad reintegrar al lesionado a la situación previa antes del accidente o la agresión. En aquellos casos en los que esto no es posible, habrá que compensar adecuadamente el daño producido mediante una indemnización económica (3).

Aunque en nuestro país rige el principio de resarcimiento íntegro de todos los daños, coincidimos con Calabresi en que «la completa compensación (del daño) es una ilusión», y aquellos que han sufrido un accidente de tráfico saben perfectamente que la indemnización económica recibida dista mucho de compensarles las penalidades sufridas como consecuencia del accidente.

La **valoración del daño corporal** (VDC) es una especialidad médica que se ha desarrollado de forma

vertiginosa en España en los últimos treinta años, y que abarca todas aquellas actuaciones médicas de carácter pericial encaminadas a proporcionar al juzgador los fundamentos científicos necesarios para poder cuantificar la repercusión anatómica y funcional de las secuelas, al objeto de fijar una indemnización económica que trate de compensar el daño causado. Sin el asesoramiento de un perito médico de confianza, el magistrado no podría fijar una indemnización justa, por lo que la misión de este facultativo va a ser de capital importancia colaborando en la administración de la Justicia.

### Concepto de causa y concausa de las lesiones

En la medicina clínica o asistencial muchas veces no resulta imprescindible conocer la causa concreta de una enfermedad para poder curar al paciente. En medicina legal, por el contrario, es fundamental determinar, con el máximo grado de certeza posible, el origen o causa del daño para poder exigir responsabilidades. Es decir, resulta esencial determinar la causa y establecer el nexo o **relación de causalidad** entre ésta y el resultado dañoso producido (lesión, enfermedad, secuela).

La aparición de un estado patológico o variación anatomofisiológica inmediatamente después del accidente, no significa necesariamente que sea consecutiva al mismo. A nadie se le ocurriría plantear que por el hecho de coincidir el inicio de un embarazo con la fecha de un accidente de tráfico, dicha gestación sea consecutiva a éste. Por el contrario, no resulta extraño encontrar lesionados mayores de cuarenta años que inician la presbicia y nos plantean que ellos leían perfectamente sin corrección, y que desde el accidente precisan unas gafas de cerca, luego *«algo tendrá que ver el accidente, ¿no le parece doctor?»*.

En algunas ocasiones el efecto del traumatismo ocular (la lesión) no es debido a una única causa. Pongamos el ejemplo de un DVP (desprendimiento del vítreo posterior) que ocurre a los pocos días de un zarandeo en una discusión de vecinos a un paciente miope de 63 años de edad. El lesionado empezó a notar fosfenos e incremento de las miodesopsias en su ojo derecho, a los dos o tres días de la agresión; acudió a urgencias y le diagnosticaron un DVP agudo en ese ojo. Resulta evidente que el lesionado ya tenía una sínquis o degeneración vítrea por su edad y su miopía previamente a la agresión, y que un simple zarandeo no habría producido esa patología en una persona con un vítreo normal, pero también es cierto que el zarandeo del vecino ha sido el desencadenante del DVP agudo. El DVP podría haber tardado meses en manifestarse, de no haber sido por la agresión. En estos casos, que no son tan excepcionales en la práctica diaria, se produce una concurrencia de causas y en medicina legal hablamos de concausas. Se denomina **concausa** o causa concurrente, a aquella circunstancia que conjun-

tamente con otra es causa de un efecto. La concausa es una condición necesaria, pero no suficiente, para que se produzca el efecto.

Las concausas pueden ser de tres tipos:

- **Concausas anteriores**, son las más habituales y por lo tanto las que más problemas suelen plantear en la práctica pericial diaria. Ocurre en aquellos casos en los que el lesionado tiene una predisposición patológica o menoscabo anatómico o funcional, ya sea conocido o no, antes del accidente o la agresión, como en el ejemplo que hemos visto anteriormente del DVP agudo que se desencadena por un simple zarandeo en un paciente con degeneración vítrea predisponente. Estas concausas anteriores se denominan estado anterior. Puede ocurrir que el traumatismo agrave el **estado anterior** (por ejemplo, una luxación del cristalino en un paciente con subluxación debido a una enfermedad de Marfan) o que el estado anterior agrave el efecto del traumatismo (un hemovítreo tras un latigazo cervical en un paciente con retinopatía diabética proliferativa).

- **Concausas simultáneas**, son aquellas que ocurren en el mismo momento del accidente, como por ejemplo, una perforación ocular que se produce al romperse los cristales de las gafas tras un puñetazo.

- **Concausas posteriores**, son aquellas complicaciones sobrevenidas en el curso que habitualmente siguen este tipo de lesiones. Pongamos como ejemplo una catarata desarrollada en un lesionado joven tras una vitrectomía posterior (VPP) que hubo que realizar para tratar un desprendimiento de retina postraumático. Esta catarata no se habría desarrollado si se hubiera tratado mediante cirugía extraescleral, en lugar de mediante una VPP.

### Valoración médico-legal del estado anterior

Es un principio fundamental en Derecho que el responsable del daño tiene la obligación de repararlo íntegramente, pero nada más que el daño producido. Este principio, aparentemente sencillo, puede plantear algunos problemas prácticos cuando el lesionado padece un estado anterior.

Pongamos un ejemplo clásico en medicina legal: un lesionado pierde completamente la visión de un ojo como consecuencia de un traumatismo (un accidente o una agresión), pero previamente sufría una amaurosis en el ojo contralateral. ¿Deberá responder el causante del accidente o de la agresión por haberle dejado ciego o por haberle dejado tuerto?. La realidad es que el lesionado ha quedado ciego como consecuencia del accidente o la agresión, cuando hasta ese momento se desenvolvía perfectamente con visión monocular; pero por otro lado no parece justo que deba responder el causante del accidente o de la agresión por haberle dejado ciego, cuando tan solo le ha lesionado un ojo.

Los juristas han resuelto este dilema de diferente forma según la jurisdicción en la que se plantee el pleito (3):

- En la **jurisdicción penal** resulta fundamental la intencionalidad del agresor. Habrá que averiguar si el agresor era conocedor de la circunstancia de que el lesionado no veía con uno de sus ojos (por ejemplo, por ser familiar o conocido) y, siendo consciente de este déficit, le asestó el puñetazo en el ojo sano. Si el estado anterior no era conocido por el agresor, no se le podrán imputar las lesiones a título doloso (intencional) sino, en todo caso a título culposo (imprudente). Hasta hace unos años se consideraba como circunstancia atenuante no querer causar un mal de tanta gravedad como el producido (preterintencionalidad).

- En la **jurisdicción civil** esta cuestión se resuelve de una manera relativamente sencilla. Se descontará de la indemnización correspondiente a la situación actual del lesionado (ceguera bilateral) la cantidad correspondiente al estado anterior que padecía (amaurosis unilateral). Aplicando los valores que fija el baremo de responsabilidad civil en los accidentes de tráfico (Ley 35/2015 que veremos a continuación), restaríamos de la puntuación correspondiente a la ceguera (85 puntos), la que corresponde a la pérdida funcional de un ojo (25 puntos), por lo que se valorará en 60 puntos la indemnización correspondiente a este caso.

- La **jurisdicción laboral** tienen un carácter protectorista del trabajador, por lo que el estado anterior se considera también indemnizable. Así, se incluye como accidente laboral toda enfermedad preexistente, que el accidente laboral haya agravado o sacado de su estado latente, así como las enfermedades intercurrentes y las dolencias adquiridas en el nuevo medio en el que el trabajador ha sido situado para su curación, en virtud del artículo 115 de la LGSS (Ley General de la Seguridad Social).

### La relación de causalidad y los criterios para establecerla

Algunas veces, el motivo del pleito va a ser si las lesiones que presenta el paciente han sido o no producidas por el accidente o la agresión, es decir, demostrar la relación de causalidad.

En Medicina Legal, se aplican los criterios clásicos de Simonin (4) para demostrar una posible relación de causalidad, que son:

1. La **naturaleza adecuada del traumatismo** para poder producir ese tipo de lesión. Así, por ejemplo, un latigazo cervical en una colisión por alcance de un vehículo nunca va a causar una perforación ocular. Se requiere un traumatismo directo para que se produzca este tipo de lesión.

2. Que la lesión **pueda tener etiología postraumática**. Por ejemplo, un orzuelo no se va a considerar secuela de una contusión ocular.

3. Que exista una **correlación topográfica** entre el traumatismo y la secuela. No es necesario que exista una coincidencia anatómica, que en algunos casos puede darse, (ej: un leucoma consecutivo a una úlcera corneal postraumática), pero en otros al menos debe existir una relación topográfica (ej: un edema de Berlín por contragolpe en un puñetazo en un ojo).

4. Que haya **continuidad sintomática**. A veces, las secuelas no se producen inmediatamente después del traumatismo. Imaginemos el caso de un traumatismo que ocasiona un desgarro retiniano, que da lugar a fosfenos y miodesopsias a los pocos días. El lesionado no va oftalmólogo y al mes pierde la visión por un desprendimiento de retina. Estos síntomas intermedios se denominan «síntomas puente», porque nos permiten establecer una probable relación de causalidad entre el traumatismo y el desprendimiento de retina.

5. Que sea compatible con el **criterio cronológico**. Es decir, que exista un tiempo razonable entre el traumatismo y la aparición de la secuela. No podemos considerar un desprendimiento de retina consecutivo a una contusión ocular ocurrida cinco años antes.

6. Nos ayuda mucho a establecer la relación de causalidad **que exista integridad previa de zona**. Así por ejemplo, siempre va a ser más fácil considerar postraumática una catarata en un paciente de veintisiete años que ha recibido un puñetazo en un ojo, que en un anciano de setenta y cinco, que ya tenía un cierto grado de catarata senil. En aquellos casos en los que no tengamos informes previos del lesionado nos puede orientar muchas veces, con ciertas salvedades, el estado en el que se encuentra el ojo contralateral.

7. Es conveniente que **podamos excluir una causa externa**. Pongamos el caso de un lesionado que ha sufrido una contusión ocular en una agresión, pero que posteriormente se ha caído por unas escaleras, golpeándose en ese mismo ojo. Va a resultar muy complicado determinar qué secuelas postraumáticas son debidas al accidente y cuáles lo son a la agresión.

#### Puntos clave:

- Para poder considerar consecutiva una secuela a un traumatismo debe poder establecerse la **relación de causalidad** (causa-efecto) entre el traumatismo y la secuela.
- A veces concurren múltiples causas para producir un efecto. Se denominan **concausas**, y pueden ser anteriores (estado anterior), simultáneas o posteriores.
- Hay unos **criterios clásicos** para demostrar la relación de causalidad: naturaleza adecuada del traumatismo, etiología postraumática, correlación topográfica, continuidad sintomática, criterio cronológico, integridad previa de la zona y que podamos excluir una causa externa.

## VALORACIÓN DE LESIONES Y SECUELAS OCULARES

### Consideraciones iniciales

Desde el punto de vista jurídico, podemos definir **lesión** como toda alteración en la salud física o psíquica o de la integridad corporal de una persona de la que deba responder otra (5). Nos centraremos aquí en las lesiones consecutivas a traumatismos oculares y la valoración médico-legal de las secuelas que pueden producir.

Hemos visto, al tratar la etiología de los traumatismos oculares (2), que muchas veces son consecutivos a accidentes domésticos o a actividades de ocio, en los que no hay más responsable de las lesiones que el propio accidentado. En otros muchos casos, la lesión es consecutiva a una agresión o a un accidente en una actividad cubierta por una póliza de seguro (accidentes de circulación, laborales, de caza, de aviación, etc...). En estos últimos, en los que existe *alguien* (el agresor, el conductor del vehículo causante del accidente, el empresario, etc...) que debe responder por el daño ocasionado, se planteará judicial o extrajudicialmente la reclamación de una indemnización económica que compense de alguna forma las lesiones y secuelas producidas.

Puede ser que el lesionado, una vez finalizado el proceso curativo de las lesiones, vuelva a la misma situación en la que se encontraba antes del traumatismo ocular (*restitutio ad integrum*), pero en otras muchas ocasiones, una vez agotados todos los recursos terapéuticos y rehabilitadores, quedan una serie de menoscabos anatómicos o funcionales, de carácter permanente o definitivo, susceptibles de determinación objetiva que se denominan «secuelas». El momento a partir del cual las lesiones producidas dejan de evolucionar favorablemente y se convierten en limitaciones de tipo permanente (secuelas) se denomina estabilización lesional. Es el momento en el que habitualmente se da el alta al lesionado y se denomina alta por estabilización lesional con secuelas.

Al objeto de fijar la indemnización por los daños ocasionados, deberá intervenir un perito médico que realizará el **informe de sanidad**. En este informe se describen las lesiones producidas, estableciendo la relación de causalidad entre estas y el accidente o la agresión sufrida. Se fijan los días que ha tardado el lesionado en curar, especificando cuántos de ellos han sido impeditivos para las actividades habituales (equivalente a la baja laboral) y cuántos no impeditivos. En el caso de que existan secuelas, deberán describirse y puntuarse, ajustándose al baremo correspondiente, que traduce la limitación anatómica o funcional en puntos, para que el tribunal pueda fijar la indemnización correspondiente.

### La valoración pericial de las lesiones y secuelas oculares

El perito médico que tiene realizar una valoración de lesiones consecutivas a un traumatismo ocular se en-

frenta a una serie de dificultades específicas de las lesiones oftalmológicas (6):

**1. Dificultades en la exploración del lesionado:** así como en otras ramas de la medicina legal (traumatología, psiquiatría, ginecología, etc...) el perito médico no encuentra dificultad en valorar al lesionado, en la especialidad de Oftalmología surgen dificultades a la hora de interpretar los informes asistenciales o de explorar al paciente. La exploración oftalmológica precisa de costosos aparatos, que en ocasiones requieren un cierto entrenamiento y destreza en el manejo (biomicroscopía, tonometría, oftalmoscopia, gonioscopia, OCT, retinografías, etc...).

**2. Dificultades en la valoración del estado anterior:** es habitual que el lesionado ocular presente una patología previa (disminución previa de agudeza visual, glaucoma, cataratas, etc...) que actúe como concausa anterior y que debemos tener muy en cuenta al determinar las consecuencias legales exactas del traumatismo que estamos valorando. Algunas veces dispondremos de informes oftalmológicos previos a los hechos, pero otras veces no. Cuando no dispongamos de esta información, en muchos casos nos puede orientar mucho el estado del ojo contralateral, principalmente para valorar patología sistémica que ocasiona afectación bilateral (retinopatía diabética, degeneraciones maculares, cataratas seniles o metabólicas, glaucoma crónico de ángulo abierto,...), teniendo en cuenta que el grado de afectación de cada ojo no va a ser idéntico.

**3. La alta incidencia de simulación** que existe en relación a las secuelas oculares. Así, el 14% de los demandantes de una discapacidad visual no tenían patología que la justificara (7) y en el 22% de los lesionados en accidentes de tráfico que reclamaban una indemnización no se encontraron lesiones objetivas que justificaran su sintomatología, o bien ésta no guardaba relación con el accidente (8). Puede contribuir a esta alta incidencia de simulación el hecho de que la prueba funcional visual por excelencia en oftalmología, que es la determinación de la agudeza visual, es una prueba de tipo subjetivo. Precisa de la colaboración del lesionado y por lo tanto se presta a la simulación o al menos a una cierta exageración intencionada en cuanto a la gravedad de las secuelas. Por lo tanto, en oftalmología, para poder dar valor a la sintomatología que presenta el lesionado debemos poder ponerla en relación con lesiones y hallazgos exploratorios objetivos que la justifiquen; de lo contrario, tendrán escaso valor desde el punto de vista pericial (9).

**4. Dificultades en el manejo de los baremos.** Algunos de los baremos empleados habitualmente, en el apartado de secuelas oftalmológicas son complejos, incompletos y en ocasiones presentan algunos errores o incorrecciones (10), que dificultan la labor del médico valorador, especialmente cuando no es oftalmólogo.



## El baremo de la Ley 35/2015 aplicado a la valoración de secuelas oculares

### 1. Importancia del baremo de la Ley 35/2015.

El baremo contenido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (coloquialmente denominado «el baremo de tráfico») presenta una especial importancia en la valoración del daño corporal en España, no solo por su carácter vinculante para el juez (de uso obligatorio) a la hora de fijar las indemnizaciones por la responsabilidad civil derivada de accidentes de tráfico, sino porque también se aplica, aunque con carácter orientativo, en la mayoría de los casos en los que hay que fijar una indemnización por lesiones (accidentes deportivos, laborales, responsabilidad penal por lesiones, e incluso en las lesiones consecutivas a negligencias médicas).

**2. Principios y reglas de aplicación del baremo de la Ley 35/2015.** El principio fundamental de este baremo es la reparación íntegra del daño, que tiene como finalidad asegurar la total indemnización por los daños y perjuicios ocasionados, teniendo en cuenta cualesquiera circunstancias personales, familiares, sociales y económicas, incluidas las que afectan a la pérdida de ingresos y de la capacidad para obtener ganancias (lucro cesante). En el anexo de la Ley se encuentran las tablas que constituyen propiamente el baremo y que permiten fijar indemnizaciones por tres posibles situaciones consecutivas al accidente: tabla 1 (indemnizaciones por fallecimiento), tabla 2 (indemnizaciones por secuelas) y tabla 3 (indemnizaciones por incapacidad temporal, es decir, por los días de baja).

Como hacer Justicia no consiste en dar a todos lo mismo, sino a cada uno lo que le corresponde, en cada una de estas tres tablas, existen tres subsecciones. La subsección primera para calcular el perjuicio básico (ya sea por muerte, secuelas o día de baja), la subsección segunda para calcular el perjuicio personal (en el caso concreto de cada lesionado o beneficiario, en los tres tipos de tablas) y finalmente una subsección tercera para calcular el perjuicio económico tanto por el daño emergente (los gastos ocasionados) como por el lucro cesante (lo que se ha dejado de ganar) como consecuencia de las tres situaciones indemnizables (muerte, secuelas o días de baja).

No vamos a tratar aquí la tabla 1, ya que quedaría claramente fuera del contenido de este capítulo, pero sí veremos la tabla 2, donde se encuentra propiamente el baremo médico (tabla 2.A.1) y el baremo económico (tabla 2.A.2) en donde se traducen los puntos de las secuelas en euros en función de la edad del lesionado y de la cantidad total de puntos. De la tabla 3, tan solo hemos de indicar que contempla un perjuicio básico por día de curación (30,08 euros/día), y un perjuicio particular en el caso de los días que hayan sido impeditivos para la realización de las actividades habituales (52,13 euros/día), de estancia hospitalaria (75,18 euros/día), o de es-

tancia en unidad de cuidados intensivos (100,25 euros/día). Estas cantidades han sido actualizadas en el año 2018, incrementándolas en un 0,25% (BOE núm 40 de 14/02/2018).

La Ley exige que tanto la determinación y puntuación de las secuelas, como el establecimiento de los días de incapacidad temporal los realice un médico, que siga las normas de aplicación del baremo, entre las que destacamos:

- El perjuicio psicofísico, orgánico o sensorial de las secuelas se expresa en una puntuación que tiene un máximo de 100 puntos.

- El perjuicio estético se valora por separado en un capítulo especial, con un máximo de 50 puntos.

- La puntuación otorgada a cada secuela se hace siguiendo un criterio clínico, sin tener en cuenta la edad, el sexo, ni la repercusión sobre sus actividades habituales (ya que todas estas circunstancias se valoran en otros apartados).

- A cada secuela se le asigna una puntuación fija, o una puntuación dentro de una horquilla de valores que fijan una puntuación mínima y otra máxima siguiendo criterios clínicos.

- Cada secuela se valora solamente una vez en cuanto al perjuicio orgánico, aunque se valore su repercusión estética de modo independiente.

- La puntuación de varias secuelas dentro de una misma articulación, miembro, aparato o sistema, nunca podrá superar la puntuación asignada a la pérdida anatómica o funcional de mismo. En el caso de secuelas oculares siempre habrá que tener en cuenta que la pérdida funcional de un ojo supone 25 puntos, y la ceguera 85 puntos.

- Las secuelas no incluidas en el baremo se valorarán por analogía a otras incluidas similares.

- Cuando existan varias secuelas en un mismo accidente (secuelas concurrentes), no se suman las puntuaciones correspondientes a cada una, sino que se combinan sus valores mediante una tabla de valores combinados.

- Se llaman secuelas intercurrentes a aquellas concurrentes, derivadas de un mismo accidente y que, afectando funciones comunes, producen por su influencia recíproca una agravación significativa de cada una de ellas. En estos casos se incrementa un 10% la indemnización resultante de combinar las puntuaciones de cada una.

- El perjuicio estético se valora de forma independiente del psicoorgánico, sin tener en cuenta la edad, ni el sexo, ni la profesión del lesionado. Se valorará tanto en su vertiente estática como dinámica.

**3. Valoración de secuelas oculares con el baremo de la Ley 35/2015.** En el anexo de la Ley 35/2015 se recogen una serie de tablas que permiten calcular la indemnización en cada caso concreto. Dentro de estas tablas, la tabla 2.A.1, como ya hemos comentado, es el baremo médico propiamente dicho, ya que es donde se recogen las secuelas con sus puntuaciones correspondientes. Esta tabla agrupa las secuelas de los diferentes sistemas y aparatos en diez capítulos, e incluye además un capítulo especial para valorar el daño estético. El

Tabla 1. Apartado A del Capítulo II, de la Tabla 2.A.1 del baremo de la Ley 35/2015, en donde se recogen las secuelas oculares más habituales con su puntuación correspondiente



# BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 228

Miércoles 23 de septiembre de 2015

Sec. I. Pág. 84873

codigo	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	PUNTUACIÓN ANATÓMICO FUNCIONAL
<b>CAPITULO II - ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS / CARA / CUELLO</b>		
<b>A) SISTEMA OCULAR</b>		
<b>Globo ocular</b>		
<b>02001</b>	• Enucleación de un globo ocular	<b>30</b>
<b>02002</b>	• Enucleación de ambos globos oculares	<b>90</b>
<b>02003</b>	<b>Agudeza visual: Pérdida de la agudeza visual (Ver tabla A y B)</b>	<b>1-85</b>
	Nota: La determinación de la agudeza visual se realizará con corrección óptica, si precisa. Si el ojo afectado por el traumatismo tenía anteriormente algún déficit visual, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el preexistente.	
<b>02004</b>	• Pérdida de visión de un ojo	<b>25</b>
<b>02005</b>	• Ceguera	<b>85</b>

TABLA A. Agudeza visual: Visión de lejos													
AGUDEZA VISUAL	OJO DERECHO											Ceguera total	
	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20		Inferior a 1/20
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	25
8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	18	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
Inferior a 1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Ceguera total	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

TABLA B. Agudeza visual: Visión de cerca												
AGUDEZA VISUAL	OJO IZQUIERDO											0
	P1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	<P20	
P1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	38	40	42
P5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
<P20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
0	25	28	35	42	50	55	65	70	78	80	82	85

apartado A del capítulo II trata de la valoración de las secuelas del sistema ocular (ver tabla 2.1 y tabla 2.2).

La anterior versión del baremo de tráfico (Ley 34/2003) contenía una serie de errores e incorrecciones que en su momento criticamos constructivamente (10), y muchas de ellas han sido subsanadas en la versión actual (11). Ésta aclara definitivamente que la determinación de

la agudeza visual debe hacerse con la corrección óptica adecuada, en caso de que se precise (en la versión anterior se decía lo contrario) y que en aquellos lesionados que sufran un déficit previo de agudeza visual corregida en el ojo lesionado, la tasa de agravación será la diferencia entre el déficit actual y el preexistente. Se incluyen en este apartado una tabla A para calcular el déficit de

Tabla 2. Apartado A del Capítulo II, de la Tabla 2.A.1 del baremo de la Ley 35/2015, en donde se recogen las secuelas oculares más habituales con su puntuación correspondiente



# BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 228

Miércoles 23 de septiembre de 2015

Sec. I. Pág. 84874

	<b>Escotoma central:</b>	
<b>02006</b>	• Unilateral	<b>2-20</b>
<b>02007</b>	• Bilateral	<b>21-60</b>
	<b>Campo visual:</b>	
	Nota: La afectación de la visión central en las lesiones que afectan al campo visual debe priorizarse respecto de aquellas que afectan a la visión periférica.	
<b>02008</b>	• <b>Escotoma yuxtacentral o paracentral</b>	<b>2-15</b>
	<b>Hemianopsias</b>	
<b>02009</b>	• <b>Homónimas</b>	<b>20</b>
	• <b>Heterónimas:</b>	
<b>02010</b>	○ Nasal	<b>25</b>
<b>02011</b>	○ Temporal	<b>12</b>
<b>02012</b>	• <b>Quadrantanopsia</b>	<b>2-20</b>
	<b>Función oculo-motriz:</b>	
	• <b>Diploía binocular postraumática</b> que no se pueda resolver quirúrgicamente, ni con prismas:	
<b>02013</b>	○ En posiciones extremas de la mirada.	<b>1-2</b>
<b>02014</b>	○ En el campo lateral o superior de la mirada.	<b>5-10</b>
<b>02015</b>	○ En la parte inferior del campo visual (afecta a la lectura y deambulación).	<b>10-20</b>
<b>02016</b>	○ En posición primaria de la mirada (al mirar al frente) que obliga a ocluir un ojo.	<b>20-25</b>
	<b>Polo anterior:</b>	
	• <b>Córnea:</b>	
<b>02017</b>	○ Leucoma. Valorar según afectación de la agudeza visual. (Ver tabla A )	
<b>02018</b>	○ Erosión corneal recidivante	<b>2</b>
	• <b>Iris:</b>	
<b>02019</b>	○ Alteraciones postraumáticas del iris, incluyendo recesiones angulares inferiores a 270°	<b>1-5</b>
<b>02020</b>	○ Recesiones angulares superiores a 270° (se valora por su evolución futura a glaucoma)	<b>15</b>
	<b>Polo posterior:</b>	
<b>02021</b>	• Secuelas postraumáticas. (añadir pérdida de agudeza visual) (ver Tabla A)	<b>2</b>
	<b>Cristalino:</b>	
<b>02022</b>	• Catarata postraumática / facodonesis sin indicación quirúrgica. Valorar según trastorno de la agudeza visual y añadir 3 puntos (ver Tabla A)	
<b>02023</b>	• Pérdida del cristalino (afaquia) con o sin colocación de lente intraocular. Valorar según trastorno de la agudeza visual y añadir 5 puntos (ver Tabla A)	
<b>02024</b>	• Colocación de lente intraocular	<b>5</b>
	<b>Anejos oculares:</b>	
	Según tipo de afectación (entropion, ectropion, cicatrices viciosas, mal oclusión palpebral, ptosis, alteraciones de la secreción lacrimal)	
<b>02025</b>	○ Unilateral	<b>1-10</b>
<b>02026</b>	○ Bilateral	<b>5-20</b>
<b>02027</b>	<b>Manifestaciones hiperestésicas o hipoestésicas periorbitarias</b>	<b>1-3</b>

agudeza visual de lejos en función del déficit ocasionado en cada uno de los dos ojos, y una tabla B para hacer lo mismo para visión de cerca. Teóricamente debería hacerse la media aritmética del déficit en visión de lejos en la

tabla A, con el déficit para la visión de cerca con la tabla B, pero en la práctica la tabla B es innecesaria, y por ello propusimos eliminarla, ya que el grado de visión de cerca siempre es equiparable al de la visión de lejos, una vez

corregida la presbicia, en el caso de que la hubiera. Por otro lado, no existe actualmente una estandarización internacional para la medida de la agudeza visual de cerca. Creemos que esta tabla B lo único que hace es complicar innecesariamente la valoración de la agudeza visual, por lo que recomendamos olvidarse de ella.

Se contempla como secuela, en esta nueva versión del baremo, la recesión angular postraumática, que antes no estaba incluida. Otorga mayor puntuación cuando tiene una extensión mayor de 270°, ya que el riesgo de desarrollar glaucoma postraumático en el futuro es mayor. En estos casos, es imprescindible realizar una gonioscopia o una BMU (biomicroscopía ultrasónica) para poder determinar los grados de recesión angular que tiene el lesionado.

Actualmente se ha simplificado mucho la valoración de la diplopia postraumática, dando mayor puntuación a los casos con mayor repercusión funcional. La diplopia es muy limitante en la mirada al frente (ppm o posición primaria de la mirada) y en la mirada hacia abajo (infraversiones), ya que afecta a la lectura y a la deambulaci3n por terrenos irregulares. Reviste menor trascendencia funcional la diplopia que afecta a los campos superiores o laterales de la mirada, por lo que se le otorga menor puntuaci3n (tabla 2.2) y se valoran en un punto aquellos casos en los que la diplopia se limita a en posiciones extremas de la mirada.

Introduce esta nueva versi3n algunas secuelas t3picamente postraumáticas que no figuraban en versiones anteriores, como la ECR (erosi3n corneal recidivante) o las secuelas postraumáticas del polo posterior, donde se podr3an incluir lesionados que han sufrido un desgarro retiniano o un desprendimiento de retina postraumático y han sido fotocoagulados con láser o intervenidos mediante vitrectomía o cirugía extraescleral. En estos casos, además de la posible afectaci3n de la AV (agudeza visual), hay que tener en cuenta que estos tratamientos ocasionan secuelas que deben ser valoradas. Dentro de estas secuelas postraumáticas del polo posterior incluir3amos el DVP (desprendimiento del vítreo posterior) postraumático, que es la secuela ocular más frecuente en los accidentes de tráfico (8) (14% de los casos).

#### Puntos clave:

- Tras un traumatismo ocular, puede ocurrir que una vez producida la estabilizaci3n lesional queden una serie de menoscabos anatómicos o funcionales, de carácter definitivo, que se denominan secuelas.
- Para poder fijar la indemnizaci3n por estas secuelas será imprescindible un informe médico de sanidad, en el que se determinen y cuantifiquen dichas secuelas, se establezca la relaci3n de causalidad con el traumatismo y se fijen los días de curaci3n.
- El baremo más empleado en Espa3a para valorar las secuelas es el de la Ley 35/2015, que además tiene carácter vinculante para el tribunal en el caso de que sean consecutivas a accidentes de tráfico y tiene carácter orientativo en otros supuestos.

## VALORACI3N INVALIDECES Y DE DISCAPACIDADES CONSECUTIVAS A TRAUMA OCULAR

Un traumatismo ocular, una vez finalizado el periodo de baja laboral o IT (incapacidad temporal), puede curar sin secuelas, reincorporándose el lesionado a su vida normal, tal y como estaba previamente al traumatismo, o por el contrario, puede dar lugar a una serie de secuelas que determinen una invalidez o incapacidad laboral de tipo permanente en sus diversos grados, o a una discapacidad (antes minusvalía), entendida como un déficit físico, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo, al interactuar con diversas barreras, puede impedir a la persona que lo sufre una participaci3n plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás (12).

La incapacidad laboral permanente (ILP) o invalidez se define en el artículo 136 de la LGSS (Ley General de la Seguridad Social) (13), como aquella situaci3n en la que el trabajador, despu3s del alta, presenta una serie de limitaciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinaci3n objetiva y presumiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral. En funci3n del grado de limitaci3n funcional se diferencian cuatro tipos:

- **ILP Parcial:** es aquella en la que el trabajador presenta una limitaci3n significativa de su capacidad laboral (superior al 33%), pero que no le impide realizar las tareas esenciales de su profesi3n habitual.

- **ILP Total:** el trabajador afectado no puede realizar las tareas esenciales de su profesi3n habitual, aunque podr3a realizar alg3n otro tipo de actividad laboral diferente a ésta.

- **ILP Absoluta:** es aquella situaci3n en la que el trabajador no solamente se encuentra limitado para realizar las tareas esenciales de su profesi3n habitual, sino también para cualquier otra actividad laboral, con un rendimiento mínimamente aceptable.

- **Gran invalidez:** En estos casos la limitaci3n funcional que sufre el trabajador, además de ser incompatible con la realizaci3n de cualquier tipo de actividad laboral, le impide realizar de modo autónomo las AEVD (actividades esenciales de la vida diaria: vestirse, alimentarse, higiene personal, salir a calle...), por lo que precisa del auxilio de una tercera persona.

### Valoraci3n de incapacidades permanentes consecutivas a trauma ocular

#### Requerimientos visuales seg3n la actividad laboral

En las guías de valoraci3n profesional de la Seguridad Social (14) se valoran los requisitos visuales en funci3n de la agudeza visual binocular y del campo visual. Se establecen cuatro grupos para cada uno de estos parámetros. Se entiende por agudeza visual binocular aquella que tiene el sujeto mirando con ambos ojos simultáneamente.



**Tabla 3. Clasificación de actividades laborales en función del grado de agudeza visual binocular**

Grado	Tipo de trabajo	Agudeza visual binocular
1	Trabajos de baja exigencia visual	< 0,3
2	Trabajos de baja-media exigencia visual	0,3-0,4
3	Trabajos de media-alta exigencia visual, incluidos trabajos en alturas	0,5-0,7
4	Trabajos de muy altos requerimientos visuales, incluidos trabajos de precisión y aquellos sometidos a importantes riesgos (pilotos, bomberos, etc.)	0,8-1

**Tabla 4. Clasificación de actividades laborales en función de la amplitud del campo visual**

Grado	Tipo de trabajo	Campo visual
1	Trabajos de baja exigencia visual	< 20° centrales
2	Trabajos de baja-media exigencia visual	20°-30° centrales
3	Trabajos de media-alta exigencia visual, incluidos trabajos en alturas	> 30° centrales
4	Trabajos de muy altos requerimientos visuales, incluidos trabajos de precisión y aquellos sometidos a importantes riesgos (pilotos, bomberos, etc.)	Normal AO

mente, y siempre será por lo menos igual a la del ojo con mejor visión (tabla 3). La estereopsis es el acto binocular que nos permite una percepción simple en profundidad. Hay una merma importante cuando alguno de los ojos tiene una visión de 0,3 y se pierde cuando es inferior a 0,1. Los trabajos que requieren buena estereopsis precisan de una AV entre 0,8 y 1 en ambos ojos. En cuanto a los requisitos laborales relativos al campo visual (tabla 4), hemos de indicar que un campo visual central superior a los 30° centrales es compatible con la mayoría de actividades laborales, aunque ciertas profesiones (pilotos, policías, bomberos,...) pueden precisar un campo visual normal en ambos ojos.

#### **Crterios jurisprudenciales en relación al grado de visión**

Aunque no hay una doctrina legal indubitada, en cuanto al grado de agudeza visual, para considerar la situación de ceguera, se viene aceptando por nuestros tribunales que cuando esta es inferior a 0,10 en ambos ojos, ello significa prácticamente una ceguera (STS de 12/06/1990 RJ 1990,5064). Esta situación sería incompatible con la realización de las AEVD y por lo tanto daría lugar al reconocimiento de una gran invalidez.

En cuanto a la incapacidad laboral permanente absoluta, es un criterio coincidente en los Tribunales que deba producirse una pérdida superior al 50% de la visión en ambos ojos (15) (Sentencia TSJ de Cantabria de 18/06/99. AS 1.999, 5986).

El Reglamento para la aplicación del Texto Refundido de la legislación de accidentes de trabajo (16), se planteaba unos criterios bastante razonables:

- Pérdida de visión de un ojo, mientras se mantenga la visión del otro ojo .....ILP parcial.
- Pérdida de visión de un ojo con visión superior a 0,5 en el otro ojo.....ILP total.
- Pérdida de visión de un ojo con visión inferior a 0,5 en el otro ojo.....ILP absoluta.
- Pérdida de visión en ambos ojos .....Gran Invalidez.

#### **Puntos clave:**

- Una vez dado el alta, en algunos casos de traumatismos oculares, pueden quedar limitaciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y de carácter presumiblemente definitivo que disminuyan la capacidad laboral del trabajador, dando lugar a una incapacidad laboral permanente en sus diferentes grados: parcial, total, absoluta o gran invalidez.
- Nuestros Tribunales habitualmente consideran que una AV inferior a 0,10 en ambos ojos imposibilita para realizar las AEVD, por lo que este déficit visual sería subsidiario de un reconocimiento de una gran invalidez. En la valoración del resto de las deficiencias visuales, aunque puede orientar la escala de Wecker no hay reglas fijas, valorando el Tribunal el caso concreto en función de los requerimientos visuales de la profesión habitual.

Pero a partir de la Ley básica de la Seguridad Social desaparece esta tipificación, y son los Tribunales los que valorarán cada caso concreto. En algunos casos, los Tribunales suelen utilizar la escala de Wecker (tabla 5) que podrá servir como referencia genérica orientativa, pero tendrán en cuenta los requerimientos visuales concretos de la profesión habitual del demandante.

Tabla 5. Escala de Wecker, puede servir exclusivamente con carácter orientativo, ya que los Tribunales valorarán cada caso concreto, teniendo en muy en cuenta las exigencias visuales particulares de la profesión habitual

**Escala de Wecker** (*porcentaje de pérdida visual global*)

AGUDEZA VISUAL		OJO PEOR										
		≤ 0.05	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
O J O  S A N O	1.0	33	24	17	13	10	7	5	4	2	1	0
	0.9	36	28	20	15	12	10	8	6	5	3	
	0.8	38	30	22	18	15	12	10	9	7		
	0.7	41	33	25	20	17	15	13	11			
	0.6	44	36	28	25	21	18	16				
	0.5	48	40	32	28	25	22					
	0.4	53	45	37	32	29						
	0.3	59	51	43	39							
	0.2	68	60	52								
	0.1	84	76									
	≤ 0.05	100										

**Grado de incapacidad**

Incapacidad Permanente Parcial      24 - 36 %

Incapacidad Permanente Total        37 - 50 %

Incapacidad Permanente Absoluta    > 50 %

### Valoración de discapacidades consecutivas a trauma ocular

#### Concepto de discapacidad

Lo hemos visto anteriormente, tal y como lo define la OMS (12). Es un déficit físico, mental, intelectual o sensorial a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir la participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás personas. Se diferencia de las incapacidades laborales permanentes o invalideces, en que el reconocimiento de estas últimas guarda relación con la actividad laboral ejercida previamente y es exigible habitualmente un periodo de cotización previa (salvo en el caso de accidentes laborales o enfermedades profesionales). Por el contrario, el reconocimiento de una discapacidad es independiente de la actividad laboral, incluso puede referirse a una persona que nunca haya trabajado.

Para valorar médicamente una posible discapacidad, es preceptivo utilizar un baremo específico contenido en el RD 1971/99 que veremos a continuación. Aplicando las tablas contenidas en este baremo, se puede obtener el menoscabo visual expresado en porcentaje (porcentaje de discapacidad visual) en relación al déficit que

sufre en las principales funciones oculares (agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores y adaptación a la oscuridad). Este porcentaje de discapacidad visual, combinado con el resto de los déficits funcionales que sufra el paciente en el resto de aparatos y sistemas (osteomuscular, cardiovascular, etc...) van a permitir obtener el menoscabo global de la persona, en forma de porcentaje. El grado o porcentaje de discapacidad, será el resultado de sumar el porcentaje de menoscabo global de la persona a los factores sociales complementarios. Cuando este porcentaje es igual o superior al 33% se reconoce la situación de discapacidad y cuando este porcentaje es igual o superior al 65% y se cumplen una serie de requisitos, se puede solicitar una pensión de tipo no contributivo por discapacidad.

#### El baremo del RD 1971/99 (17), para determinación del grado de discapacidad visual

Este baremo es vinculante para la valoración y reconocimiento de las discapacidades y es una adaptación de las tablas AMA (de la Asociación Médica Americana), que constituyen el sistema de cuantificación del menoscabo funcional de uso más generalizado en los países indus-

trializados. En países como Australia, Canadá o Estados Unidos se emplea este baremo incluso para valorar el menoscabo consecutivo a accidentes de tráfico, por lo que constituye un referente para el resto de los sistemas de baremo (18). En la elaboración de estas tablas tuvieron un protagonismo decisivo las diversas asociaciones científicas americanas. Entre ellas la AAO (Academia Americana de Oftalmología) por lo que en el apartado de valoración de las lesiones oculares (capítulo 12) es un baremo correcto técnicamente, completo y relativamente sencillo de manejar. A pesar de ello, ha sido criticado (19,20) como medio para valorar el menoscabo real de las alteraciones de la visión binocular en aquellos casos en los que existe una diferencia significativa de la agudeza visual entre ambos ojos.

El capítulo 12 para la valoración del menoscabo visual, se encuentra dividido en tres partes: primero se exponen unas normas generales, que nos parecen muy acertadas, y posteriormente se ofrecen los criterios para el diagnóstico, valoración y cuantificación de las deficiencias oculares. Finalmente se incluye una tabla de conversión del déficit visual en el porcentaje de discapacidad global de la persona.

- **Normas Generales:** Sólo se valorarán deficiencias visuales de carácter definitivo. Se considera a la función visual determinada solo por cinco parámetros:

1. **La agudeza visual**, que se valora con corrección en caso de que sea necesaria, ya sea con gafas o lentes de contacto. Se encuentra en relación con la función macular, y se considera que la visión de cerca (distancia de lectura) siempre es buena, si existe una buena agudeza visual de lejos, una vez corregida la presbicia.

2. **El campo visual**, o espacio que puede ser percibido por el ojo, manteniendo la fijación en un punto central, es decir, estando en ppp (posición primaria de la mirada). En condiciones normales tiene una amplitud de 60° en el campo superior y nasal, 70° en el inferior y 90° en el temporal. Es diferente el campo visual central, que estaría por dentro de la isóptera de 30° y cuya percepción corresponde a la región macular, y el campo visual periférico, por fuera de esta isóptera, cuya percepción corresponde al resto de la retina más periférica. Los defectos del campo visual pueden ser por: a) **Reducción concéntrica** del campo visual. Es normal que se vaya produciendo con la edad, por lo que para ser valorado debe tener una cierta magnitud (más de 40° en los campos visuales superior y nasal, más de 50° en el campo inferior y más de 70° en el campo temporal), b) **Disminuciones sectoriales** de campo visual, que siempre son patológicas, y c) **Existencia de escotomas**, o zonas de pérdida de visión de modo absoluto o relativo (pérdida de sensibilidad), rodeadas por áreas de percepción normal. Cuando los escotomas son centrales suelen ocasionar un déficit de visión central. Tanto las deficiencias de agudeza visual como las de campo visual pueden ocurrir de forma monocular o binocular. Lo normal es tener visión binocular, aunque la visión monocular se considera

compatible con la mayoría de las actividades cotidianas comunes.

3. **La motilidad ocular.** La pérdida del paralelismo de los ejes de ambos ojos se denomina estrabismo, y suele producir una alteración de la función visual denominada diplopia binocular (o visión doble al mirar simultáneamente con los dos ojos), dificultando las actividades habituales. Cuando uno de los ojos no tiene visión o es muy inferior al contralateral, la diplopia tiene escasa repercusión funcional. Cuando la diplopia se produce exclusivamente en algunas posiciones de la mirada, se suelen poner en marcha mecanismos compensadores (mediante giros o movimientos de la cabeza) cuya finalidad es evitar la diplopia, lo que en ocasiones puede producir tortícolis.

4. **La visión cromática.** Su alteración se denomina discromatopsia y puede tener carácter congénito o adquirido. Las discromatopsias adquiridas son consecutivas a una enfermedad neurooftalmológica y evolucionan en función de esta.

5. **La visión nocturna.** Su alteración se denomina hemeralopia. Puede ser de tipo esencial o secundario (consecutiva a degeneraciones retinianas o a déficit de vitamina A).

- **Criterios para el diagnóstico, valoración y cuantificación de las deficiencias oculares:**

1. Para valorar un **déficit de agudeza visual (AV)**, se ha de determinar la AV del paciente con su corrección en caso de que la precise y expresada en forma decimal, y luego se transformará en **deficiencia visual monocular**, usando el cuadro 1 del baremo (lo recogemos en el anexo de este capítulo 39). A continuación se calcula la deficiencia visual binocular por AV utilizando la tabla 1 del baremo. Es una tabla de doble entrada, en la que se combinan los porcentajes de deficiencia visual monocular de ambos ojos. Así, por ejemplo, en una persona con AVcc OD = 0,2 y OI = 0,6, en el cuadro 1, obtenemos un porcentaje de deficiencia visual monocular del OD del 75% y del OI del 16%. Combinando estos valores mediante la tabla 1 obtendremos un déficit visual binocular por déficit de AV del 31%.

2. Las **deficiencias del campo visual (CV)** pueden presentarse aisladamente o asociadas a déficit de AV. **Los defectos del CV binocular** (cuadrantanopsias, hemianopsias), con buena AV se describen en el cuadro 2 del baremo. En el caso de que se asocien a un déficit de AV, el porcentaje de déficit global de la visión se calcularía combinando el porcentaje de deficiencia por AV binocular, con el porcentaje de deficiencia de CV binocular, mediante las tablas de valores combinados que se encuentran al final del anexo del baremo. Por ejemplo, en una hemianopsia homónima, vemos en el cuadro 2 que el porcentaje de deficiencia de CV bilateral es del 45%. Si este paciente tuviera además el déficit de agudeza visual bilateral del ejemplo anterior (31%), combinaríamos 31% con 45% en la tabla de valores combinados y obtendríamos un 62% de déficit global visual. **Las deficien-**

**cias concéntricas del CV** monocular con AV normal, se valoran en el cuadro 2.1 del baremo. En el caso de que el ojo contralateral también sufriera un defecto concéntrico del CV, tendríamos que combinar dichos valores en la tabla 1 del baremo, tal y como hacíamos para calcular el déficit de AV bilateral. En el caso de que un déficit concéntrico de CV bilateral se asocie a uno de AV bilateral, calcularemos el déficit visual global empleando la tabla de valores combinados. Por ejemplo una reducción concéntrica en OD de 25° y en OI de 35° nos daría en el cuadro 2.1 una deficiencia monocular de CV del OD del 30% y del OI de 16%. Aplicando la tabla 1 obtenemos una deficiencia de CV binocular del 20%. Imaginemos que se asociara al déficit de AV del caso anterior (31%). Combinaríamos el 20% del déficit binocular de CV con el 31% y obtendríamos un 45% de deficiencia visual global. En el caso de **defectos sectoriales del CV**, emplearíamos el cuadro 2.2 del baremo. Si hay afectación de ambos ojos, aplicamos la tabla 1 para obtener el déficit de CV bilateral por defectos sectoriales, y si se asociara a un déficit de AV utilizaríamos, como en los casos anteriores, la tabla de valores combinados. Finalmente, cuando exista un escotoma central se valorará en función del déficit de AV que ocasione.

3. Alteraciones de la **motilidad ocular**: solo se valorará la diplopia cuando ambos ojos tengan buena AV (o no exista una diferencia de AV entre ellos superior a 0,3). En estos casos, se considera que la diplopia ocasiona una deficiencia visual del 40%.

4. La alteración de la visión nocturna, denominada hemeralopia, ocasiona una deficiencia visual del 30%, que habría que combinar con un eventual déficit de AV o de CV.

• **El cálculo del porcentaje de discapacidad global de la persona por deficiencia visual:**

Se calcula en la tabla 2 del baremo, donde se traduce la deficiencia visual global en porcentaje de discapacidad global de la persona. En el caso de que presente otros tipos de discapacidad además de la visual (osteomuscular, cardiológica, etc...) tendremos que emplear la tabla de valores combinados para combinar las discapacidades en los distintos aparatos y sistemas para calcular el porcentaje de discapacidad global de la persona.

#### Puntos clave:

- La discapacidad es entendida como un déficit físico, mental, intelectual o sensorial, que al interactuar con determinadas barreras, puede impedir a la persona la participación plena y efectiva en la sociedad como el resto de las personas, y puede ser consecutiva a un traumatismo ocular.
- El déficit visual se determinará aplicando las normas y tablas del capítulo 12 del Baremo del RD 1971/99, y habrá de combinarse, en su caso, con el resto de posibles discapacidades en otros aparatos y sistemas, estableciéndose de esta manera el porcentaje global de discapacidad de la persona.

## RESUMEN DEL CAPÍTULO 39

1. Los traumatismos oculares en muchos casos dejan secuelas o discapacidades visuales que deben ser valorados pericialmente, para poder asesorar a la persona o tribunal encargado de fijar una indemnización compensatoria o reconocer al lesionado una discapacidad o invalidez. Dicha valoración deberá hacerse conforme a la legislación y baremos vigentes en cada país.

2. Para poder considerar consecutiva una secuela a un traumatismo, debe poder establecerse la relación de causalidad (causa-efecto), entre el traumatismo y la secuela.

3. A veces concurren múltiples causas para producir un efecto. Se denominan concausas, que son necesarias, pero no suficientes, para que se produzca dicho efecto y pueden ser anteriores (el lesionado tiene una predisposición patológica previa al accidente, que se agrava por el mismo), simultáneas o posteriores.

4. Hay unos criterios clásicos para demostrar la relación de causalidad: la naturaleza adecuada del traumatismo en relación a la lesión, que la etiología sea postraumática, que haya correlación topográfica, que haya continuidad sintomática entre el traumatismo, los síntomas y la lesión, que haya una relación cronológica lógica entre la lesión y la causa, que se constate la integridad previa de la zona y que podamos excluir una causa externa.

5. Desde el punto de vista jurídico, podemos definir lesión, como toda alteración en la salud física o psíquica o de la integridad corporal de una persona, de la que deba responder otra.

6. Una vez que se produce la estabilización de la lesión, pueden quedar una serie de menoscabos anatómicos o funcionales, de carácter definitivo, que se denominan secuelas.

7. Para poder fijar la indemnización por estas secuelas será imprescindible un informe médico, en el que se determinen y cuantifiquen dichas secuelas, se establezca la relación de causalidad con el traumatismo y se fijen los días de curación.

8. El baremo más empleado en España para valorar las secuelas es el de la Ley 35/2015, que tiene carácter vinculante para el tribunal en el caso de que sean consecutivas a accidentes de tráfico y tiene carácter orientativo en otros supuestos.

9. Desde el punto de vista laboral, las limitaciones anatómicas o funcionales definitivas, que disminuyen la capacidad laboral del trabajador, pueden dar lugar a una incapacidad laboral permanente en sus diferentes grados: parcial (limitación significativa, que no le impide su ocupación habitual), total (incapacidad de realizar su trabajo habitual), absoluta (incapacidad de realizar cualquier tipo de actividad laboral) o gran invalidez (incapacidad de realizar actividades esenciales de la vida diaria, precisando auxilio de un tercero).

10. Nuestros Tribunales habitualmente consideran que una AV inferior a 0,10 en ambos ojos imposibilita

para realizar las AEVD, por lo que este déficit visual sería subsidiario de un reconocimiento de una gran invalidez. En la valoración del resto de las deficiencias visuales, aunque puede orientar la escala de Wecker, no hay reglas fijas, valorando el Tribunal el caso concreto en función de los requerimientos visuales de la profesión habitual.

11. La discapacidad es un déficit físico, mental, intelectual o sensorial, que al interactuar con determinadas barreras, puede impedir a la persona la participación

plena y efectiva en la sociedad, como el resto de las personas, y es independiente de la actividad laboral. Puede ser consecutiva a un traumatismo ocular.

12. El déficit visual se determinará aplicando las normas y tablas del capítulo 12 del Baremo del RD 1971/99, y habrá de combinarse, en su caso, con el resto de posibles discapacidades en otros aparatos y sistemas, estableciéndose de esta manera el porcentaje global de discapacidad de la persona.

## ANEXO

### Cuadros y tablas del capítulo 12: deficiencias oculares del baremo del RD 1971/99 para valoración del grado de discapacidad

Cuadro 1: Deficiencia visual por déficit de AV

Agudeza visual corregida (1)	Deficiencia visual (%) de un solo ojo (2)
1	0
0,9	2
0,8	4
0,7	8
0,6	16
0,5	32
0,4	48
0,3	60
0,2	75
0,1	85

Agudeza visual corregida (1)	Deficiencia visual (%) de un solo ojo (2)
0,05	90
Bultos	95 %
Luz	98 %
Ceguera	100 %

(1) Después de la corrección óptica correspondiente, si fuera necesaria.

(2) La deficiencia visual por déficit de AV en los dos ojos se obtiene aplicando la tabla 1.

Cuadro 2: Deficiencia visual por déficit del CV binocular (1).

Déficit de C.V.	Déficit visual (%) (2)
Hemianopsia homónima (derecha o izquierda)	45
Hemianopsia bitemporal o binasal	20
Cuadrantanopsia homónima (derecha o izquierda)	15
Cuadrantanopsia bitemporal o binasal	10
Déficits sensoriales inferiores a cuadrantanopsia	5

(1) CV binocular explorado con pupila normal y con corrección óptica.

(2) Se trata de déficit exclusivo de CV con AV normal en cada ojo.



Cuadro 2.1: Deficiencia visual por déficit concéntrico del CV uniocular (1)

Déficit concéntrico de C.V.	Deficiencia (%) (2)
60-40°	0-10
35°	16
30°	20
25°	30
20°	48
15°	70
10°	85
inferior a 10°	95

- (1) CV explorado con pupila normal y con corrección óptica.
- (2) La deficiencia visual por déficit concéntrico del CV de los dos ojos se obtiene aplicando la tabla 1.

Cuadro 2.2: Deficiencia visual por déficit sectorial del CV uniocular (1)

Déficit sectorial	Deficiencia % (2)
pérdida inferior a un cuadrante	5
pérdida de un cuadrante	15
pérdida superior a un cuadrante	30
pérdida de 1/2 campo	45
pérdida superior a 1/2 campo	60
pérdida de 3 cuadrantes	75
pérdida superior a 3 cuadrantes	90
ceguera	100

- (1) CV explorado con pupila normal y con corrección óptica.
- (2) La deficiencia visual total por déficit sectorial del CV de los dos ojos se obtiene aplicando la tabla 1. La existencia de escotoma anular se valorará con una deficiencia visual uniocular del 30 %.

Tabla 1: Deficiencia visual binocular

Los valores de esta tabla se basan en la fórmula siguiente:  
 $3X \text{ deficiencia en el ojo mejor}(\%) + \text{deficiencia del ojo peor}$

4

% de deficiencia en el ojo peor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
2	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
4	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
6	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49		
7	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49		
8	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49		
9	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49		
10	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49			
11	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49			
12	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49			
13	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49			
14	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49				
15	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49				
16	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49				
17	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49				
18	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49					
19	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49					
20	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49					
21	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49					
22	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49						
23	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49						
24	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49						
25	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49						
26	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49							
27	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49							
28	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49							
29	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49							
30	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49								
31	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49								
32	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42															



## BIBLIOGRAFÍA

- Négrel AD, Thylefors B. The global impact of eye injuries. *Ophthalmic Epidemiol.* 1998; 5:143-69.
- 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.
- 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. pp 61-67.
- Oliveira De Sá, F.: Nexo de causalidade. En: Clínica médico-legal da reparacão do dano corporal em direito civil. APADAC, Coimbra, 1992; pp. 43-51.
- Hernández Cueto, C. Valoración médica del daño corporal. En: Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. 6ª ed. Elsevier Masson; 2004; 505-515.
- Menéndez JA, Molina V, Luque F. Guía para valoración de lesiones oculares en la práctica forense. *Cuad Med Forense* 2014; 20(4): 191-200.
- García Carcellé VA. La valoración médico-legal en oftalmología. Madrid: Allergan Therapeutic; 1991. 13-16.
- Menéndez JA, Pera FJ, Morcillo R, Valoración de lesiones oculares producidas en los accidentes de tráfico. *Cuad Med Forense.* 2008; 14(51): 25-33.
- Menéndez JA, Merayo J, Fernández-Vega L. Valoración del daño corporal en oftalmología: interpretación de informes oftalmológicos y exploración oftalmológica básica en la práctica pericial. Análisis de los principales baremos. En: Delgado S. Tratado de medicina legal y ciencias forenses. Barcelona: Bosch; 2012. II, 1291-1313.
- Menéndez JA. Crítica constructiva a las recientes modificaciones del baremo para la valoración de las secuelas de los accidentes de tráfico. *Studium Ophthalmologicum.* 2004; 1; 49-51.
- Menéndez JA. Las secuelas oculares en el nuevo baremo de tráfico. *Rev Esp Med Legal.* 2015; 41(4): 149-152.
- Convención internacional de la ONU en materia de discapacidad de 30 de marzo de 2007. Artículo 1. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> (consultado el 19 de noviembre de 2017).
- 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. 3.ª 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.
- Decreto de 22 de junio de 1956, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley y Reglamento de accidentes de trabajo. BOE núm 197 de 15 de junio de 1956.
- Real Decreto, 1971/99 de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 22 de 26 de enero de 2000.
- Garamendi PM. Reflexiones sobre la Ley 34/2003. Consideraciones generales sobre las tablas de indemnización de daños personales. *Cuad Med Forense.* 2004. (36): 19-28.
- Rubin GS, Munoz B, Bandeen-Roche K, West SK. Monocular versus binocular vision acuity as measures of vision impairment and predictors of visual disability. *Invest Ophthalmol VIS SCI.* 200 OCY; 41(11): 3327-34.
- Massof RW. The measurement of vision disability. *Optom Vis Sci.* 2002 Aug; 79(8): 516-521.