



## REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL

[www.elsevier.es/mlegal](http://www.elsevier.es/mlegal)



### REVISIÓN

## Las secuelas oculares en el nuevo baremo de tráfico<sup>☆</sup>



José Antonio Menéndez de Lucas<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> *Clínica Médico Forense, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Montepíncipe, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Facultad de Medicina, Universidad San Pablo CEU, Madrid, España*

Recibido el 14 de septiembre de 2015; aceptado el 14 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 31 de octubre de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Oftalmología;  
Valoración del daño corporal;  
Baremos;  
Lesiones;  
Informe pericial médico

**Resumen** Hace más de 10 años que criticamos constructivamente las deficiencias del baremo de tráfico. En el nuevo baremo se subsanan estas deficiencias: elimina algunos errores científicos, aclara definitivamente que la exploración de la agudeza visual debe hacerse con corrección y para visión de lejos, introduce secuelas típicas postraumáticas que no estaban, simplifica mucho la valoración de la diplopia postraumática, de los defectos campimétricos y de las secuelas palpebrales. Además, introduce lesiones postraumáticas del polo posterior y elimina muy acertadamente la tabla B. Consideramos, por lo tanto, muy favorables todas estas modificaciones.

© 2015 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Nacional de Médicos Forenses.

#### KEYWORDS

Ophthalmology;  
Body damage;  
Scales;  
Injuries;  
Medical expert report

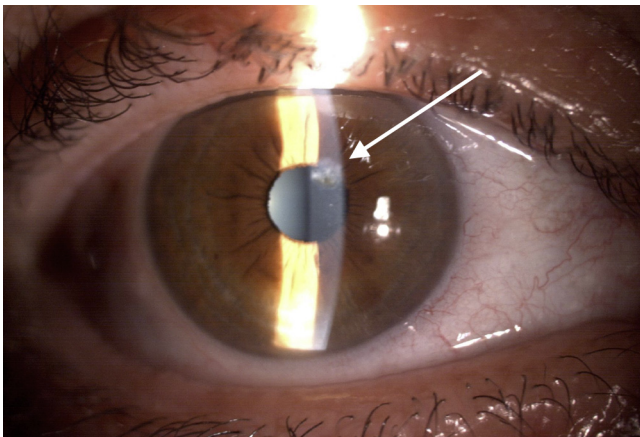
#### Ocular sequelae in the new traffic scale

**Abstract** We have been making constructive criticism about traffic scale failures for more than ten years. These deficiencies are going to be solved in the new scale. It eliminates some scientific errors, definitely clarifies that visual acuity exploration must be the corrected visual acuity for far vision, and introduces typical posttraumatic aftereffects previously unconsidered. Also, the new scale simplifies the evaluation of the traumatic diplopia, visual field defect and aftermath of the eyelid. In addition, it introduces new posterior pole sequelae and rightly eliminates the table B. Therefore, we consider all these changes very appropriate.

© 2015 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Nacional de Médicos Forenses.

<sup>☆</sup> Las tablas referenciadas corresponden a la Ley 35/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/23/pdfs/BOE-A-2015-10197.pdf>.

Correo electrónico: [amenendezdelucas@yahoo.es](mailto:amenendezdelucas@yahoo.es)



**Figura 1** El *leucoma* (flecha blanca) es una cicatriz corneal que cuando se localiza en el área pupilar reduce la agudeza visual en función del grado de opacidad. La afectación del campo visual sería completamente secundaria.

## Introducción

El propósito de este artículo es valorar el apartado de lesiones y secuelas oculares en el nuevo baremo de tráfico publicado en septiembre de 2015.

El actual baremo adolece de graves errores e incorrecciones, desde el punto de vista científico, que criticamos inmediatamente después de su publicación<sup>1</sup>, y que han permanecido vigentes durante más una década complicando innecesariamente la valoración de las secuelas oculares. Tuvimos ocasión de subsanar estas deficiencias en el año 2007, cuando fuimos invitados por la Agencia Española de Cooperación, a participar en el comité científico que elaboró el Baremo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Panamá<sup>2</sup>, publicando posteriormente este baremo<sup>3,4</sup>. En el año 2011, el comité técnico de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) solicitó la colaboración de los médicos forenses a través de los Institutos de Medicina Legal y Clínicas Médico Forenses de toda España, con lo que tuvimos ocasión de hacerle partícipe de nuestras sugerencias y propuestas de modificación. Estas sugerencias han sido tenidas en cuenta prácticamente en su totalidad, por lo que nuestra valoración del actual baremo de tráfico, necesariamente tiene que ser muy favorable. Pensamos que estas modificaciones van a facilitar de forma importante la tarea al médico valorador, que habitualmente no es oftalmólogo, pero debe asesorar al tribunal sobre la trascendencia que tienen las secuelas visuales del lesionado<sup>5</sup>.

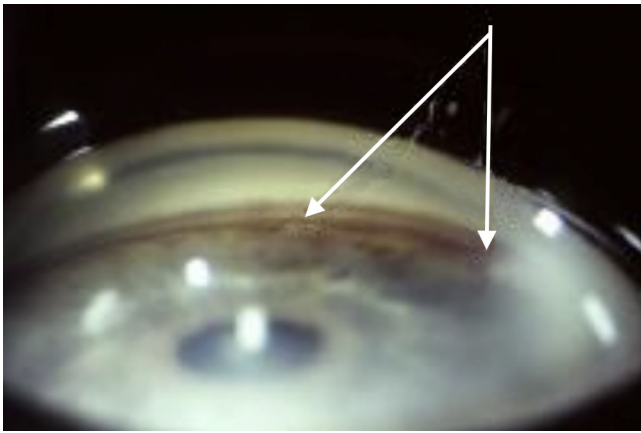
## Principales novedades

Las *principales novedades* que introduce el proyecto de modificación del baremo, son las siguientes:

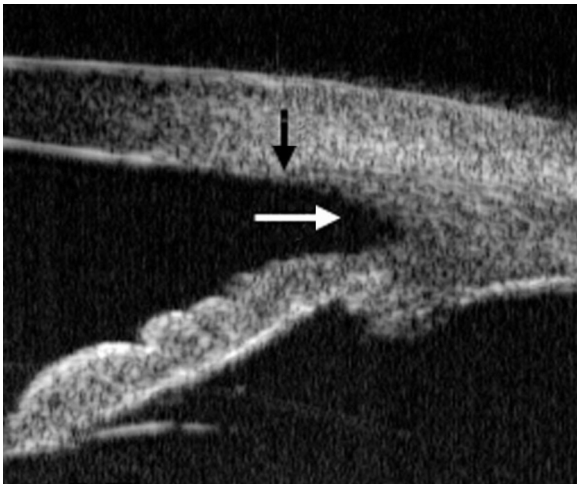
- *Elimina algunos errores científicos* en los que incurre el baremo cuando pretende valorar un leucoma corneal (fig. 1) por el déficit campimétrico ocasionado, en lugar de hacerlo por la eventual reducción de la agudeza visual que pudiera ocasionar. O cuando propone añadir una serie

de puntos adicionales a los traumatismos de iris «en el caso de trastorno de acomodación». Esto no tiene sentido, ya que la acomodación se realiza mediante acción del músculo ciliar y no del iris.

- *Aclara definitivamente que la exploración de la agudeza visual, a efectos periciales debe realizarse con corrección y en visión de lejos.* Así es como se hace habitualmente en la práctica clínica oftalmológica diaria. El motivo es que la refracción previa del lesionado, no se modifica por las lesiones traumáticas sufridas en el accidente. El traumatismo puede reducir la *agudeza visual* (cantidad de visión central) del paciente, pero es completamente excepcional que afecte a su *refracción* (dioptrías de miopía, hipermetropía o astigmatismo que lleva en su gafa). Solamente casos muy excepcionales (astigmatismos irregulares postraumáticos o subluxaciones del cristalino) podrían afectar a la refracción del lesionado. Estos casos generalmente no son susceptibles de solucionarse con corrección óptica (un cristal cilíndrico en una gafa). Por el contrario, es muy habitual encontrar a un lesionado miope hipocorregido que se queja, algunas veces de buena fe, de que después del accidente le han tenido que aumentar su graduación en la óptica. Tampoco es raro encontrar lesionados presbíta (en torno a los 45 años) que aún no usan gafas para leer, y que refieren ver mal de cerca «desde» el accidente. Afortunadamente se ha aclarado definitivamente esta cuestión, que lleva años ocasionando discusiones innecesarias entre médicos valoradores, no oftalmólogos, que confunden la «refracción» con la «agudeza visual» del lesionado.
- *Introduce lesiones típicamente postraumáticas* que hasta ahora no figuraban, como la erosión corneal recidivante o la recesión angular que puede dar lugar a un futuro glaucoma postraumático. El riesgo de desarrollo de este tipo de glaucoma está en función de la extensión del arco del ángulo camerular afecto por la recesión angular. El riesgo es bajo cuando afecta menos de 270°, pero es importante cuando es mayor de 270°, por lo que se le asigna mayor puntuación. Para valorar este tipo de secuela se requieren exploraciones oftalmológicas como la gonioscopia (fig. 2) o la biomicroscopia ultrasónica (BMU) (fig. 3).
- *Simplifica enormemente la valoración de la diplopia postraumática*, atendiendo a su repercusión funcional. La diplopia de mayor repercusión funcional es la que afecta a la posición primaria de la mirada (ppm) o mirada al frente, obligando a ocluir un ojo (20-25 puntos). La segunda en importancia sería la diplopia en infraversiones o mirada hacia abajo (fig. 4), ya que afecta a la lectura y a la deambulación (10-20 puntos). Se valora con menor puntuación la diplopia en superversiones o lateroversiones (5-10 puntos), y la que afecta a posiciones extremas de la mirada, que puede compensarse fácilmente con un giro del cuello, por lo que la repercusión funcional es mínima (1 punto). Se elimina así la referencia que se hacía a los 10.°, muy difícil de valorar en la práctica.
- *Se unifica muchas secuelas.* Así, los defectos campimétricos postraumáticos se clasifican solo en 3 grandes grupos: escotomas paracentrales, hemianopsias (homónimas y heterónimas) y cuadrantanopsias. Anteriormente



**Figura 2** Se denomina *recesión angular* a una rotura o fisura, generalmente el espolón escleral y el cuerpo ciliar en una zona más anterior, entre el espolón escleral y la raíz del iris. La probabilidad de desarrollar en el futuro un glaucoma postraumático está en función de su amplitud. En esta imagen *gonioscópica* vemos una recesión de unos 45° aproximadamente.



**Figura 3** La recesión angular se puede diagnosticar y cuantificar mediante la BMU, así como otras secuelas asociadas postraumáticas (luxación del cristalino, roturas zonulares, etc.).



**Figura 4** La diplopía de máxima repercusión funcional es en la mirada al frente o posición primaria de la mirada. También va a tener importante repercusión funcional la que afecta a las infraversiones (mirada hacia abajo), ya que afecta a la lectura y a la marcha por terreno irregular o bajando escaleras. En esta figura podemos apreciar una hipertropía del OD (signo exploratorio) debida a una limitación postraumática de la infraducción de ese ojo, que se corresponde con una *diplopía en infraversiones* referida por el lesionado (síntoma).

había 10 epígrafes. Se unifican también las *secuelas palpebrales* que se dividen en tan solo 2 grupos en función de que la afectación sea uni- o bilateral. Antes había 7 epígrafes diferentes.

- *Introduce las secuelas postraumáticas del polo posterior*. Podemos ver lesionados a los que se les ha realizado una vitrectomía, un cerclaje o han precisado fotocoagulación mediante láser para tratar un desgarro retiniano o un desprendimiento de retina postraumático, y pueden mantener su agudeza visual previa, pero están expuestos a futuras complicaciones a causa del accidente. Se incluiría en este epígrafe el desprendimiento de vítreo posterior (DVP) postraumático, que es la secuela ocular más frecuente en los accidentes de tráfico<sup>6</sup>. Por creíble que parezca, estas secuelas del polo posterior, no figuraban en el anterior baremo. En nuestra opinión es escasa la puntuación que se les da a estas secuelas (máximo 2 puntos).
- *Se eliminó la tabla B* para agudeza visual en visión de cerca y *se expresó la agudeza visual en forma decimal*. La tabla B complicaba innecesariamente la valoración, ya que la agudeza visual corregida de cerca es equiparable a la visión corregida de lejos, que valoramos con la tabla A, aparte de que no existe una escala homologada para valorar de la agudeza visual de cerca. Tampoco, en nuestra opinión, tiene mucho sentido expresar la agudeza visual en forma de números quebrados (p. ej., 2/3 o 6/10), cuando en la práctica oftalmológica habitual y, por lo tanto, en los informes que aporta el lesionado se expresa en forma decimal (p. ej., 0,6). Estas últimas modificaciones, figuraban en el proyecto de modificación consensuado por el comité de expertos, pero se modificó el documento al pasar el documento por el Ministerio de Justicia, por razones que desconocemos. El caso es que en introducción definitiva y publicada del baremo vuelve a introducirse la tabla B y a expresarse la agudeza visual en forma de números quebrados.

## Conclusión

En resumen, aunque hay reputados autores que proponen complicar al máximo todo lo relativo a la valoración del daño personal, para así mantener preservado este campo para los médicos valoradores, nuestra opinión es diametralmente opuesta. Creemos que cuanto más simplifiquemos la tarea al médico valorador, no especialista en oftalmología, mejor podrá realizar su función de asesoramiento al tribunal sobre la repercusión funcional de las secuelas oculares que sufre el lesionado. De esta manera el paciente recibirá una indemnización justa, y nosotros cumpliremos con nuestra función de auxiliar a la Administración de Justicia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Menéndez de Lucas JA. Crítica constructiva a las recientes modificaciones del baremo para la valoración de secuelas

- de los accidentes de tráfico. *Studium Ophthalmologicum*. 2004;1:49–51.
2. Menéndez de Lucas JA, Donat Laporta E, Varela Petrucelli LV, Pérez Mendez A, García Alvarado S. Baremo del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Panamá. Normas de aplicación. Jornada de exposición y validación del baremo organizada por el Ministerio Público, el IML y el fondo mixto de cooperación Hispano-Panameño, en el Hotel Riande Continental, el 23 de marzo de 2007.
  3. Menéndez de Lucas JA, Merayo Llovés 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 Bueno S, editor. Tratado de medicina legal y ciencias forenses. Barcelona: Bosch; 2012. p. 1291–313.
  4. Menéndez de Lucas JA, Molina Seoane V, Luque Mialdea F. Guía para valoración de lesiones oculares en la práctica forense. *Cuad Med Forense*. 2014;20:110–6.
  5. Menéndez de Lucas JA, Pera bajo FJ, Marote González RM. Valoración médico forense del lesionado con patología oftálmica. *Rev Esp Med Legal*. 2008;34:36–42.
  6. Menéndez de Lucas JA, Pera Bajo F, Morcillo Laíz R. Valoración de lesiones oculares producidas en los accidentes de tráfico. *Cuad Med Forense*. 2008;14:25–33.