DENUNCIAS EN OFTALMOLOGÍA, EN ESPAÑA

OPHTHALMOLOGY COMPLAINTS IN SPAIN

MENÉNDEZ-DE-LUCAS JA¹, LUQUE-MIALDEA F², MOLINA-SEOANE V³

RESUMEN

Introducción: Se ha realizado una revisión de 90 denuncias por actuaciones oftalmológicas presuntamente incorrectas. La mayoría de ellas son por intervenciones de cataratas (33%) y de cirugía refractiva (18%). En tercer lugar las intervenciones de cirugía oculoplástica (14%). El cuarto puesto las actuaciones relacionadas con el desprendimiento de retina (13 %), seguidas en quinto lugar por el grupo de miscelánea (10%), en sexto por el de urgencias oftalmológicas (9%) y en séptimo y último puesto denuncias por actuaciones oftalmológicas relacionadas con el glaucoma (3%).

Material y métodos: Se analizaron, dentro de cada subgrupo, las características de las denuncias, la información dada al paciente, los casos en los que existieron motivos para considerar incorrecta la actuación del oftalmólogo, y la resolución judicial que se adoptó.

Resultados: Los grupos más frecuentes son cirugía de cataratas y refractiva, que conjuntamente representan más de la mitad de las denuncias. Encontramos en el 26% de los casos informes de otros facultativos criticando a posteriori la actuación profesional del oftalmólogo denunciado y documentos de consentimiento informado incorrectos o incompletos, así como pacientes que aseguran que su cirujano les hizo promesas de resultados o les minimizó los riesgos de la intervención propuesta.

ABSTRACT

Purpose: We reviewed 90 complaints for allegedly incorrect ophthalmic procedures. Most of these complaints (33%) were related to cataract and refractive surgery (18%). In third position in terms of frequency (14%) were complaints concerning oculoplastic surgery and in fourth position were complaints related to retinal detachment (13%). This was followed by a miscellaneous group, which represented 10% of complaints. About 9% of complaints were related to emergency ophthalmic procedures, while just 3% of complaints were related to glaucoma.

Methods: We analysed within each subgroup the characteristics of the claims; the information given to the patient, those cases in which there existed grounds for considering the ophthalmologist's performance as being incorrect, and court orders that were adopted.

Results: The most common groups were cataract and refractive surgery, which together represented more than a half of the complaints. We found in 26% of cases, reports from other doctors criticising the professional performance a posteriori of an accused ophthalmologist, incorrect or incomplete documents of informed consent, as well as patients asserting that their surgeons made them promises of results, or minimized risks about the proposed operation.

Recibido: 16/1/09. Aceptado: 28/9/09.

Clínica Médico Forense de Madrid. Madrid. España.

¹ Doctor en Medicina.

² Doctor en Medicina. Hospital Universitario Montepíncipe de Madrid. Madrid. España.

³ Licenciado en Medicina. Hospital Universitario Montepíncipe de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia:

José Antonio Menéndez de Lucas

Clínica Médico Forense de Madrid

Edificio Juzgados de Instrucción

Plaza de Castilla, 1

28046 M

España

E-mail: jamenendezdelucas@yahoo.es

Conclusiones: En la inmensa mayoría de los casos la denuncia se plantea por una complicación típica, inherente a la técnica quirúrgica y que figuraba en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente. También vemos una minoría de casos, generalmente intervenciones de cirugía refractiva, en los que se produce una complicación previsible y evitable, en cirugías incorrectamente indicadas. En estos casos excepcionales, el informe pericial suele ser desfavorable y hemos encontrado alguna condena. Es probable que un mayor cuidado en la información al paciente redujera el número de estas denuncias.

Palabras clave: Malpraxis en oftalmología, cuestiones medicolegales, peritajes médicos, reclamaciones medicolegales.

Conclusions: In the great majority of cases, the claim was settled due to a characteristic complication inherent in the surgical technique and present in the document of informed consent signed by the patient. We also observed a minority of cases, particularly in refractive surgery, in which a foreseeable and avoidable complication related to incorrectly prescribed surgical techniques was produced. In these exceptional cases, expert evidence is usually unfavorable and charges are typically laid. It is probable that improved information for patients would reduce the number of these claims (*Arch Soc Esp Oftalmol* 2009; 84: 459-468).

Key words: Malpractice in ophthalmology, medicolegal issues, expert witnesses, medicolegal claims.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, una de las principales preocupaciones del oftalmólogo es verse implicado en una denuncia por una actuación profesional presuntamente incorrecta. Hemos demostrado que en la inmensa mayoría de estas denuncias, en nuestro medio, no existe realmente una actuación contraria a la Lex Artis, sino un problema de información (1). Esto ya era un hecho conocido a nivel internacional (2). Así pues, el evidente incremento del número de denuncias en los últimos años obedece a una serie de factores de tipo socio-económico (mayor concienciación de los derechos del paciente, evolución del modelo asistencial de carácter paternalista al actual más participativo, proliferación de los seguros de responsabilidad civil, etc.) y no debe interpretarse como el reflejo de una peor calidad en la asistencia médica, que sin duda alguna ha mejorado en los últimos años.

Hemos comprobado que en la mayoría de los casos la reclamación se produce por una complicación típica de ese tipo de intervención quirúrgica, de la que el paciente no había sido debidamente informado, o cuyo riesgo no había asumido. Cuando se produce esta complicación, el enfermo la interpreta como fruto de una mala actuación profesional (*mal praxis*). Por este motivo el informe pericial es favorable al oftalmólogo en la inmensa mayoría de los casos (82%) y las condenas, al menos en el ámbito penal son muy excepcionales (2-4%) y en la mayoría de los casos por falta (no por delito) lo cual no

implica inhabilitación profesional, ni antecedentes penales. Aunque las condenas en estos casos sean excepcionales, la ansiedad que conlleva estar pendiente de un procedimiento judicial que por término medio suele tardar unos dos años en resolverse (1), es una experiencia muy desagradable y está demostrado que acarrea importantes perjuicios para el oftalmólogo. Por ejemplo, sabemos que durante este periodo aumenta el riesgo de sufrir nuevas denuncias (Redacción. Un estudio muestra que la litigiosidad genera más errores asociados a la demanda. *Diario Médico* de 22/04/96. Normativa) (Passineau TL. The effects of medical malpractice litigation on subsequence physician performance. Presentation at the Internacional Conference on Physician Health, September 1994).

Un oftalmólogo que trabaje en la Sanidad Pública Inglesa (NHS: *National Health Service*), sufrirá al menos una reclamación durante los treinta años de su vida profesional. Incluso, haciendo una serie de aproximaciones, se ha llegado a concretar en un 30% la probabilidad que tiene ese oftalmólogo de ser denunciado en los próximos 10 años. Esta probabilidad aumenta al 90% si en lugar de ser un oftalmólogo medio es un consultor. En Estados Unidos (EEUU) la situación es aún peor, ya que el promedio de reclamaciones judiciales de un oftalmólogo medio a lo largo de su vida profesional asciende a 2,8 (3).

A pesar del interés que despierta entre los profesionales el tema de la responsabilidad en oftalmología, son escasos los artículos publicados y la mayo-

ría de ellos son norteamericanos (2). Concretamente en España, solamente tenemos referencia de dos series analizadas sobre este tema (4,5). Por esto hemos considerado, interesante realizar una revisión de las denuncias en las que hemos intervenido pericialmente en los últimos años, clasificándolas en diversas categorías en relación al tipo de actuación oftalmológica que origina la reclamación; así como analizar la frecuencia y características peculiares de cada grupo. El propósito de este artículo es compartir nuestra experiencia con el resto de los compañeros oftalmólogos y tratar de extraer algunas conclusiones útiles para la práctica diaria. Conocer a fondo el problema puede ser la mejor forma de prevenir futuras reclamaciones en situaciones similares y, en definitiva, mejorar la calidad asistencial que ofrecemos a nuestros pacientes.

SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado un estudio retrospectivo de todas las denuncias por las que se ha solicitado informe a la Sección de Oftalmología de la Clínica Médica Forense de Madrid, en los últimos nueve años. En esta Sección se informan los asuntos derivados por forenses no especialistas de la Comunidad de Madrid. No incluimos aquellos asuntos en los que se solicita informe a dicha Sección por asuntos de presunta negligencia médica producida por la actuación dentro de una especialidad que no sea Oftalmología y que ocasiona una secuela a nivel ocular. Por ejemplo, un caso de catarata traumática producida durante una depilación con láser de la ceja u otro caso de neuritis óptica isquémica en el contexto de una intervención de hernia discal. Durante este periodo hemos informado en 90 reclamaciones judiciales por actuaciones oftalmológicas. En la práctica totalidad de los casos la reclamación se planteaba en el ámbito jurisdiccional penal, aunque en 7 casos (7,77%) informamos en algún asunto solicitado por tribunales de la Jurisdicción Contencioso Administrativa (competentes en reclamaciones por la asistencia prestada en hospitales públicos) y no hemos intervenido en reclamaciones planteadas ante Tribunales de la Jurisdicción Civil, donde suelen actuar los peritos privados, designados por las partes. Como sabemos, las reclamaciones por la Vía Penal son las que mayor trascendencia tienen para el oftalmólogo (6). Hemos reconocido personalmente al denunciante en todos los casos,

excepto en uno que no fue posible porque había fallecido, y en todos los casos el informe pericial fue realizado por el mismo oftalmólogo.

Los objetivos de este trabajo, fundamentalmente son: determinar el número medio de denuncias por año, clasificar las denuncias en función de la actuación oftalmológica que ha motivado la denuncia, determinar el porcentaje de las denuncias totales correspondiente a cada grupo y finalmente analizar dentro de cada grupo las causas más frecuentes de reclamación, la información aportada al paciente, la proporción de casos en los que se consideró la actuación incorrecta y si la resolución judicial fue favorable o desfavorable al oftalmólogo.

RESULTADOS

El número total de informes realizados en la Sección de Oftalmología de la Clínica Médico Forense de Madrid, desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2008, han sido 90. Esto implica una incidencia media anual de 10 reclamaciones. Clasificamos estas 90 denuncias en siete grupos en función de la subespecialidad en que se encuadra la actuación oftalmológica que las ha originado, que representamos con sus valores porcentuales correspondientes en la figura 1.

Grupo 1.º Cirugía de cataratas: 29 casos

Es el grupo más numeroso, con 29 denuncias. En la mayoría de los casos el motivo de la reclamación es el mal resultado de la intervención al producirse una complicación típica de este tipo de intervencio-

Fig. 1.

nes. Así encontramos 5 casos de desprendimiento de retina considerado en relación con la intervención (estos casos no se incluyeron en el grupo de desprendimiento de retina), 3 casos de descompensaciones endoteliales, 3 hemorragias expulsivas, 3 endoftalmitis, 3 luxaciones posteriores del núcleo y dos roturas de la cápsula posterior con secuelas. En dos casos consideramos que la denuncia estaba motivada claramente por un interés económico: uno de ellos es un paciente que oculta al cirujano una ambliopía y luego reclama por el mal resultado de la intervención respecto a la agudeza visual alcanzada tras la intervención; y el otro una luxación del núcleo a la cavidad vítrea, en el que la paciente se mostraba manifiestamente interesada en obtener una indemnización.

Dentro de este grupo hay algunos casos peculiares, como una denuncia de una paciente a su oftalmólogo de la Seguridad Social por no retirarle un punto que le rozaba y que le obligó a acudir a un oftalmólogo privado, que según refiere, le solucionó las molestias. Hay un caso en el que se produce un error en el cálculo de la lente que ocasiona un defecto refractivo miópico de cuatro dioptrías que se corrigió posteriormente mediante LASIK, pero a pesar de ello denunció alegando disminución de la calidad de visión en ese ojo. En otro caso se denuncia al oftalmólogo por un presunto delito de estafa, al cobrar a la paciente una lente de cámara anterior que nunca llegó a implantar. En este caso no hubo condena, porque se admitió durante el juicio la prescripción del delito. Finalmente un caso en el que el cirujano olvidó realizar la iridotomía en un implante de lente intraocular (LIO) de cámara anterior y se produjo un bloqueo pupilar que ocasionó una amaurosis. Es el único caso en el que se produce condena por falta de imprudencia, de los tres en los que se llegó a celebrar juicio oral, dentro de este grupo.

Grupo 2.º Cirugía refractiva: 16 denuncias

Es el segundo grupo en frecuencia, con 16 casos. La inmensa mayoría (88%) son casos de intervenciones con Láser Excímer: Hay 2 casos de queratectomía fotorrefractiva (PRK), 8 de LASIK miópico y 4 de LASIK hipermetrópico. Los dos casos restantes fueron intervenciones intraoculares en las que se produjo endoftalmitis: en un caso era un implante secundario de LIO que se archivó, y el otro fue un

caso de cirugía de cristalino transparente, que se realizó de forma bilateral simultánea y se produjo una endoftalmitis en uno de los ojos. El documento de consentimiento informado (CI) que firmó la paciente era de cirugía de cataratas. Este último asunto llegó a juicio y se resolvió con sentencia absolutoria.

En la mayoría de los casos de cirugía con láser Excímer la denuncia se plantea por complicaciones típicas de estas intervenciones (descentramientos de la ablación, defectos en el corte del «flap», queratitis post-quirúrgica,...) que suelen estar recogidos en el documento de CI, por lo que el informe pericial suele ser favorable y habitualmente se archivan. Por el contrario, en 3 de las 16 denuncias de este grupo el informe pericial fue desfavorable al oftalmólogo; fueron casos en los que se produjo un defecto refractivo residual predecible y esperable al intervenir fuera de los límites actualmente aceptados para estas técnicas (hipermetropías superiores a 5 dioptrías (7,8), o miopías de más de -10 ó -12 dioptrías). Uno de ellos fue una intervención de LASIK, realizada de forma bilateral simultánea en un paciente que sufría una ambliopía profunda en su OD por una miopía magna (-22 D) y con una miopía importante (-9,5 D) en el OI. Los otros dos casos son denuncias contra el mismo oftalmólogo en casos muy similares: los pacientes son mujeres hipermetropes de más de 5 dioptrías de equivalente esférico, presbitas y con ambliopía ligera, que quedan con defectos refractivos residuales y con reducción de la calidad visual. El documento de consentimiento informado que firmaron era para una intervención de LASIK miópico en lugar de hipermetrópico. Uno de ellos está pendiente de juicio y en el otro se celebró juicio oral, y el oftalmólogo fue absuelto.

Grupo 3.º Cirugía oculoplástica: 13 casos

Seis de estas trece denuncias, son por mal resultado en intervenciones de blefaroplastia. Además de la secuela estética, los casos que llegan a los juzgados suelen tener importantes repercusiones funcionales al comprometerse la oclusión ocular y producirse queratitis de repetición.

En estos casos el informe pericial generalmente ha sido favorable, al ser complicaciones descritas en este tipo de intervenciones, de las que el paciente había sido advertido previamente y las había

aceptado, como consta en el documento de consentimiento informado que firmó. No ha habido condenas en estos casos.

Los otros siete casos, dentro de este grupo, son por secuelas menores o inexistentes, como por ejemplo un pequeño astigmatismo en una intervención de pterigión, o una mínima cicatriz al extirpar un orzuelo del borde libre del párpado inferior o una pequeña eversión palpebral al intervenir un entropión congénito. Hay un caso en el que se plantea la denuncia por haber realizado una dacriocistorrinostomía en el lado equivocado. En la mayoría de estos casos probablemente existía un interés económico en obtener una indemnización que nunca se consiguió, al menos en la jurisdicción penal. Este tipo de complicaciones son inherentes a estas intervenciones quirúrgicas y los pacientes habían sido advertidos, según reflejaban los documentos de CI firmados.

Grupo 4.º Desprendimiento de retina: 12 casos

De las 12 denuncias que vemos en este grupo, un tercio (4 casos) se producen por error diagnóstico al no dilatar a un paciente que viene de urgencia, generalmente alegando una sintomatología que no es la típica del desprendimiento de retina. En otro tercio la denuncia está motivada por un mal resultado de la intervención, que sorprendió a pacientes mal informados que creían que la cirugía del desprendimiento de retina siempre conseguía recuperar completamente la visión. Y en el último tercio de los pacientes, el motivo por el que plantea la reclamación es una presunta mala ejecución de la intervención. En dos de estos tres casos la denuncia está apoyada por un informe de otro oftalmólogo que *a posteriori*, se pronuncia sobre la incorrección del tratamiento aplicado al paciente. Uno de ellos, era la quinta intervención de un desprendimiento de retina que se realizó al mes de la indicación por problemas de lista de espera y el otro fue un desprendimiento de retina superior que se trató mediante neumoretinopexia, y aportaba un informe que atribuía el mal resultado al no haberlo tratado mediante vitrectomía como primera opción terapéutica.

Dentro de este tercer grupo, es muy frecuente que existan problemas de información o de relación médico-paciente, ya que de las 12 denuncias, solo encontramos documento de consentimiento informado en una de ellas, y dicho documento era exce-

sivamente genérico, como para considerarlo válido. En todos estos casos el informe pericial fue favorable al oftalmólogo y se archivaron todas estas denuncias, sin llegar a celebrarse juicio oral.

Grupo 5.º Miscelánea: 9 casos

Hemos incluido en este grupo nueve denuncias no clasificables en ninguno de los restantes. Algunas de estas denuncias reflejaban problemas de información muy evidentes, como dos casos de pacientes que motivaban su queja en que se había producido un rechazo del injerto en una queratoplastia u otra que denunciaba porque había recidivado su exotropía, después de operarla. Hay casos en los que se alegan errores de ejecución, al realizar la fotocoagulación a un prematuro, o al realizar una queratectomía superficial manual, en lugar de haberla hecho con láser Excimer. Hay un caso en el que se plantea la denuncia por un retraso de 6 meses en diagnosticar una queratitis por *acanthamoeba*, en una paciente que había evolucionado favorablemente con el tratamiento antivírico y antibacteriano que había seguido durante estos meses. Y finalmente hay otro grupo de denuncias en las que no existe fundamento alguno, salvo el interés económico al pretender conseguir alguna indemnización, por el supuesto efecto de una dilatación pupilar con un colirio ciclopléjico: en un caso la paciente refería haber estado viendo todo blanco durante seis meses, y en otro alegaba que le había desencadenado una fibromialgia, un «síndrome de la fatiga crónica» y un «síndrome de sensibilidades químicas múltiples». En todos estos casos, el informe pericial es favorable y el asunto se archiva.

Grupo 6.º Urgencias Oftalmológicas: 8 casos

De las ocho denuncias que encontramos en este grupo, seis de ellas alegan errores diagnósticos en la asistencia realizada de urgencia. De estos seis presuntos errores, tres de ellos fueron endoftalmitis por cuerpos extraños que no fueron detectados durante la primera asistencia. En dos de estos tres casos el paciente no refirió estar realizando una actividad de riesgo de entrada de un cuerpo extraño intraocular (taladrar, picar, martillar,...) por lo que no se hizo exploración radiológica. Este tipo de denuncias son relativamente frecuentes, ya que la secuela es

importante (generalmente amaurosis) y suelen ser accidentes laborales que están cubiertos por una mutua laboral. En los otros tres errores diagnósticos, es posible que influyeran problemas de relación con el paciente durante la asistencia de urgencia, ya que eran paciente conflictivos, de nivel sociocultural bajo y alguno con dificultades idiomáticas para expresar su sintomatología.

En las dos denuncias restantes se produce un error en la ejecución de la actuación médica de urgencia. No son oftalmólogos. En uno de los casos se produce una catarata traumática por una aguja que penetra a través de la córnea, al tratar de extraer un cuerpo extraño enclavado mediante irrigación con la aguja montada en la jeringuilla, y en el otro se produce una queratitis por salpicadura de pegamento biológico sobre la córnea, con el que se intentaba cerrar una herida palpebral en un niño. No hemos encontrado condenas dentro de este grupo.

Grupo 7.º Glaucoma: 3 casos

Dos de estas denuncias son por error diagnóstico. En uno de ellos se denuncia por las secuelas campimétricas ocasionadas por un retraso en el diagnóstico. Al paciente no se toma la tensión ocular en dos ocasiones, a lo largo de cuatro meses, cuando en ambos casos consultaba por enrojecimiento ocular. Posteriormente se detectaron tensiones de 52 mmHg. Se informó la actuación como negligente, desde el punto de vista pericial, pero a pesar de ello no se consideró que existiera responsabilidad penal y el asunto fue archivado. En el otro caso, el error diagnóstico ocurrió en sentido contrario; se indicó (aunque no se llegó a realizar) una trabeculectomía en una paciente en la que no se conseguía reducir la presión intraocular empleando tratamiento con dos tipos de colirios antiglaucomatosos, y posteriormente se comprobó que la paciente no sufría glaucoma. En este caso el informe pericial consideraba la complejidad diagnóstica del glaucoma en sus fases iniciales, así como la ausencia del cumplimiento de los requisitos del delito culposo, al no tener secuelas la paciente de esta presunta negligencia.

El otro caso, es una denuncia claramente fraudulenta, ya que se pretendía atribuir un defecto campimétrico a un retraso en atenderle en urgencias y reducirle la tensión intraocular elevada. El paciente sufría un escotoma absoluto en ese ojo, del que era plenamente consciente por la exploración campimétrica

realizada tan solo cinco días antes por su oftalmólogo habitual. Se solicitó a éste un informe que aclaró el asunto y se procedió al archivo de las diligencias penales.

De las 90 denuncias estudiadas, se han resuelto 74 (82%) y están pendientes aún 16 denuncias (18%) (fig. 2). De las 74 resueltas, 67 (75% del total) fueron archivadas y solo llegaron a juicio 7 (7%), en tres de estos casos (3%) se celebró juicio de faltas que terminó con sentencia absolutoria y en cuatro de ellas se celebró juicio oral, de los cuales dos de ellos (2%) absoluciones y otros dos (2%) fueron condenas por falta. No hemos hallado ningún caso de condena por delito.

DISCUSIÓN

La distribución de los porcentajes de denuncias, en relación a las diferentes subespecialidades oftalmológicas varía en función de la época y el medio en el que se realiza el estudio, ya que las técnicas quirúrgicas van evolucionando y no es lo mismo revisar estadísticas de las compañías aseguradoras, datos de la sanidad pública o denuncias realizadas en un Juzgado. Los porcentajes que hemos obtenido en nuestro estudio son bastante acordes a los que encontramos en la bibliografía internacional. En 1990, J. W. Bettman, publicaba una revisión de 700 casos (9).

En la mayoría de estos casos, Bettman había intervenido personalmente como oftalmólogo pericial durante 40 años de ejercicio profesional. Las

Fig. 2.

reclamaciones son anteriores a los 90, por lo que no aparecen aún reclamaciones por cirugía refractiva con láser excímer. Recientemente, en diciembre de 2007, Ali N publica una revisión de 848 reclamaciones (3), analizando las peculiaridades de cada una de las subespecialidades oftalmológicas, pero el estudio está limitado a datos obtenidos de la Sanidad Pública Inglesa, el NHS, por lo que tampoco incluye reclamaciones por cirugía refractiva, ni por cirugía estética palpebral, que suponen una causa frecuente de denuncias, generalmente limitadas a la práctica privada de la oftalmología.

Hay autores que consideran que el 34% de las reclamaciones que terminan en indemnización, son consecutivas a intervenciones con láser, y en el 3% a una blefaroplastia (10), por lo que no podemos despreciar el ejercicio privado como fuente de eventuales reclamaciones.

En todas las series publicadas, la causa más frecuente de reclamaciones son las intervenciones de cataratas, suponiendo entre el 22-39% de los casos. La cirugía de cataratas se ha considerado como actividad de riesgo de denuncias, no por la posibilidad de reclamación tras una intervención de cataratas, que realmente es baja, sino por la altísima frecuencia de este tipo de intervenciones y por las importantes secuelas que pueden ocasionar las complicaciones de este tipo de cirugía (11).

Para nosotros, este grupo también es el más numeroso, suponiendo el 33% de las denuncias. En la mayoría de los casos éstas se producen, como hemos visto, por complicaciones típicas aunque infrecuentes de este tipo de intervenciones, que dejan serias secuelas, pero de las que habitualmente el paciente fue informado previamente a la intervención dejando constancia en el documento de CI. La mayoría de estos casos se archivan, sin llegar a celebrarse juicio oral, por lo que no hemos encontrado condenas en estos casos. Es doctrina consolidada en nuestros Tribunales de Justicia, absolver en aquellos casos en los que se materializa un riesgo típico de una intervención, cuando la actuación de los facultativos se ha ajustado a la Lex Artis (Esteban M. El riesgo típico en una intervención no se indemniza si hay buena praxis. *Diario Médico* de 13/12/06. Normativa), estos criterios se aplican incluso en las reclamaciones contra la Sanidad Pública (Jurisdicción Contencioso-Administrativa) (Redacción. Andalucía. El riesgo previsible e inevitable de una operación no se paga. *Diario Médico* de 20/11/07. Normativa).

La cuantía de las indemnizaciones recibidas por secuelas consecutivas a intervenciones de cataratas pueden oscilar entre 180.000 y 28.000 dólares en EEUU (unos 67.000 euros de media) (10) y unas 20.000 libras que se considera la indemnización media en Inglaterra este tipo de intervenciones (unos 25.000 euros aproximadamente). Estas últimas cifras son similares a las indemnizaciones que se están concediendo actualmente en España: 15.000 euros por no informar adecuadamente a una paciente que sufrió una descompensación endotelial (Europa Press Sevilla. Indemnización por causar daño en una operación de cataratas. *Diario Médico* de 06/11/07. Normativa), o 38.390 euros por una endoftalmitis secundaria a cirugía de cataratas en una clínica privada, donde se consideró acreditada la falta de asepsia durante la intervención (Gonzalo de Santiago. Condena por falta de asepsia y de control postoperatorio. *Diario Médico* de 06/02/08. Normativa).

Se han propuesto estrategias para reducir el riesgo de este tipo de reclamaciones consistentes esencialmente en documentar adecuadamente las exploraciones preoperatorias, hacer referencia en el documento de CI a los riesgos personales específicos de nuestro paciente concreto, cumplimentar correctamente las hojas de protocolo quirúrgico, dejar constancia del seguimiento post-operatorio, aumentando la frecuencia de las revisiones habituales cuando surgen complicaciones o cuando el paciente nota algún síntoma alarmante, evitar hacer correcciones a posteriori de la historia y derivar al paciente precozmente a un consultor, en caso de que sea necesario (10).

El segundo grupo en número de reclamaciones es la cirugía refractiva. Nuestra revisión se circunscribe a reclamaciones penales, por lo que probablemente este porcentaje sea solo la «punta del iceberg», ya que la inmensa mayoría de las reclamaciones por este tipo de intervenciones se resuelven en la Jurisdicción Civil, o incluso extrajudicialmente, por lo que no nos parece exagerado que las indemnizaciones por cirugía con láser pueda suponer el 34% del total (9).

Las intervenciones de cirugía refractiva, desde el punto de vista jurídico tienen una consideración semejante a las intervenciones odontológicas o las de cirugía estética, como se refleja en sentencias recientes: «se trata de una zona limítrofe entre lo que se ha denominado medicina voluntaria o satisfactiva y la curativa o terapéutica, pues aún cuando

se hallaba destinada a eliminar un defecto visual, su finalidad era también estética al tener como fin la eliminación de las gafas en un 99% de los casos». Por lo que «acerca la operación al arrendamiento de obra, que propicia la exigencia de una mayor garantía en la obtención del resultado que se persigue». (Sentencia de Sección 7.^a de la sala Civil de la Audiencia Provincial de Valencia de 10 de mayo de 2005).

Coincidimos con la mayoría de los autores (12) en que, en las intervenciones de cirugía refractiva es exigible un mayor rigor en el cumplimiento del deber de informar al paciente de una forma comprensible y realista sobre las expectativas que puede tener respecto a la intervención en su caso concreto. El cirujano debe asegurarse de que acepta la posibilidad, aunque remota, de eventuales complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica y la posibilidad de una reducción del la agudeza visual mejor corregida.

En estos casos hemos visto que cuando surge una complicación típica de este tipo de intervenciones, que estaba recogida en un correcto documento de CI, el informe pericial habitualmente es favorable y la denuncia no progresa, al menos en el ámbito penal. Es muy diferente la situación en aquellos casos en los que no existe documento de CI, o es incorrecto (hemos encontrado casos de CI para LASIK miópico cuando la intervención realizada era de LASIK hipermetrópico, o de cirugía de cataratas, cuando la intervención realizada era una extirpación de cristalino transparente), o cuando se realiza una intervención que está fuera de las indicaciones de ese procedimiento quirúrgico. En estos casos, cuando se producen secuelas, el informe pericial suele ser desfavorable y hemos encontrado alguna condena.

El tercer grupo en frecuencia de denuncias son las intervenciones de cirugía oculoplástica, en nuestra revisión suponen el 14% de todas las denuncias. La incidencia es muy alta comparada con otras series, pero probablemente pueda explicarlo el hecho de que casi la mitad de las denuncias, dentro de este grupo, sean por intervenciones de blefaroplastia (6,66% del total). Este tipo de intervenciones han aumentado mucho en los últimos años, lo que puede explicar el aumento frente al 2,5% que considera Bettman (9) en su revisión de casos anteriores a 1990, y son intervenciones que no se realizan habitualmente en la Sanidad Pública, por lo que no es extraño que en la revisión reciente (2007) de Nadee Ali este grupo represente sólo el 5% (3).

Es necesario informar ampliamente al paciente y documentar cuidadosamente esta información, antes de realizar estas intervenciones de cirugía de tipo electiva (8). La mayoría de las denuncias se plantean por una resección excesiva que produce lagofthalmos y consecutivamente queratitis por exposición que obligan a emplear lubricantes oculares de por vida. Sería muy discutible aplicar criterios de obligación de resultados en este tipo de intervenciones (Sentencia de 17 de junio de 2003 del Juzgado de Primera Instancia número 8 de Palma de Mallorca en el juicio de menor cuantía n.º 301/1997).

En todas las series publicadas, las denuncias relacionadas con el desprendimiento de retina suponen un porcentaje importante (entre el 7 y el 16 % de los casos) (Passineau TL. The effects of medical malpractice litigation on subsequence physician performance. Presentation at the Internacional Conference on Physician Health, September 1994) (4,8,9). En nuestra revisión suponen un 13% de las denuncias analizadas, ocupando el cuarto grupo en frecuencia. En una revisión de las causas de reclamaciones, dentro de este grupo de cirugía vitreoretiniana, que tuvieron lugar en la sanidad pública inglesa (NHS) entre 1995 y 2006, destaca como motivo principal los problemas o errores en el perioperatorio (53%), seguido por los fallos en el diagnóstico o tratamiento (34%), y con mucha menor frecuencia las reclamaciones por causas poco fundamentadas (9%) o las que se planteaban por fallos de los equipos (3%) (13).

Jerome W. Bettman (9), considera que los errores en el diagnóstico del desprendimiento de retina son la causa más frecuente de denuncias dentro de este grupo. Algunas veces este error es fruto de una exploración incorrecta al no haber realizado un examen del fondo de ojo previa dilatación pupilar y con oftalmoscopia indirecta o no haber descartado lesiones en el ojo contralateral. Coincidimos con su opinión de que un pequeño desprendimiento, que no ha sido diagnosticado después de una cuidadosa exploración oftalmoscópica bajo midriasis, no debe considerarse mal praxis. Un error diagnóstico, para que sea punible, al menos desde el punto de vista penal, debe tener una entidad importante, como lo recoge la Jurisprudencia (Sentencia de la Sala de Lo Penal del Tribunal Supremo de 29 de febrero del 2006): «El error en el diagnóstico no es tipificable (= condenable) salvo que por su entidad y dimensiones sea una equivocación inexcusable».

Hemos visto que otro tercio de estos casos se producen porque el resultado de la intervención no ha sido el esperado por el paciente. Probablemente estas denuncias podrían haberse evitado con una información correcta preoperatoria dejando claro que este tipo de intervenciones no siempre consiguen la recuperación funcional visual.

En el último tercio de las reclamaciones se producen por un presunto error en la ejecución de la intervención. En dos de estas tres denuncias, se aportan informes de otros facultativos que critican a posteriori el tratamiento aplicado al paciente. Este tipo de escritos están presentes en la cuarta parte (26%) de las denuncias a oftalmólogos que hemos investigado (1). Deberíamos ser sumamente prudentes en la elaboración de los informes, evitando hacer consideraciones sobre la corrección o no de la actuación de otros colegas, que claramente exceden de nuestra obligación de información al paciente, salvo que hayamos sido designados peritos en esa causa. Habitualmente ignoramos el uso que el paciente hará de este tipo de informes, pero pueden llegar a constituir un indicio de culpabilidad del compañero, que el abogado del denunciante no dudará en utilizar.

En el grupo quinto en frecuencia, sería el de miscelánea. En todas las series publicadas hay un apartado de reclamaciones no clasificables en otros grupos, con una frecuencia habitualmente baja (entre el 6,6 y el 16%). En nuestra revisión, dentro de este grupo nunca se ha encontrado indicios de mal praxis y no hemos visto condenas.

Las denuncias por problemas relacionados con la asistencia a urgencias oftalmológicas, son el sexto grupo en frecuencia. También es algo más alto el porcentaje de este grupo comparado con las cifras de otros autores: así Bettman considera que representan un 6,8% y Nadeem tan sólo un 4%. Hemos visto que el facultativo implicado habitualmente no es oftalmólogo, lo cual puede explicar que en la mayoría (6 de las 8 denuncias de este grupo) el motivo sea un error diagnóstico. La mitad de estos errores diagnósticos se producen por no descartar la presencia de un cuerpo extraño intraocular, que en pocas horas ocasiona una endoftalmitis con importantes secuelas o incluso produce la pérdida anatómica o funcional del ojo. Es difícilmente defendible, desde el punto de vista pericial, la conducta del facultativo que no hace una radiografía de órbita para descartar un cuerpo extraño intraocular, a un paciente que acude a urgencias refiriendo haber

estado realizando una actividad de riesgo (taladrar, picar,...). Recientemente se publicaba un caso de un paciente que fue diagnosticado en urgencias de laceración corneal y a las 24 horas regresó con una endoftalmitis postraumática por un cuerpo extraño intraocular no detectado. La sentencia fue absoluta, considerando que el diagnóstico de urgencias no es definitivo, sino que responde a una primera impresión sobre el estado del enfermo (Esteban M. Un fallo dice que en urgencias no hay diagnóstico definitivo. Diario médico de 02/11/07. Normativa).

El último grupo en frecuencia de denuncias, es el grupo de glaucoma. Este grupo suele tener baja frecuencia en todas las series: 7,8% en la de Bettman¹⁰ y 5% en la de Nadeem⁽³⁾. Aunque las denuncias por glaucoma son muy poco frecuentes, sólo 43 casos en 10 años en la sanidad pública inglesa⁽¹⁴⁾, cuando se plantean son las reclamaciones que mayor probabilidad tienen de resolverse obteniendo una indemnización. Así, el 64% de estos casos en el Reino Unido y el 42% en Estados Unidos de América consiguen una indemnización. Para Bettman, la mayoría ocurren por retraso en el diagnóstico; y aquellos casos en los que sólo se han hecho tonometrías digitales, pero no se ha examinado cuidadosamente la papila, ni se han hecho campos visuales son muy difíciles de defender⁽⁹⁾. Coincidimos con su criterio, por lo que informamos desfavorablemente en uno de los dos casos, a pesar de lo cual el caso fue archivado, sin que se produjera condena para el oftalmólogo.

A pesar de haberse incrementado últimamente el número de denuncias contra los oftalmólogos, este sigue siendo bajo: 90 denuncias en los últimos ocho años y medio. Es decir, un promedio anual de 10 denuncias.

La actuación oftalmológica que más reclamaciones produce es la cirugía de cataratas. El segundo lugar lo ocupa la cirugía refractiva, generalmente intervenciones de LASIK. Ambos grupos conjuntamente suponen algo más de la mitad de las denuncias. El tercer lugar en frecuencia, en nuestra serie, lo ocupan las intervenciones de cirugía oculoplástica, suelen ser denuncias por lagofthalmos secundarios a blefaroplastias. En cuarto lugar, están las denuncias relacionadas con el desprendimiento de retina; un tercio ellas son por errores en el diagnóstico, otro por mal resultado de la intervención y otro por mala ejecución de la misma. Hemos comprobado que los errores diagnósticos en las urgencias oftalmológicas, en concreto, no detectar cuerpos

extraños intraoculares, son una causa relativamente frecuente de reclamaciones. El grupo de menor incidencia es el de glaucoma.

En la mayoría de los casos, la denuncia se plantea por un resultado desfavorable de la intervención, con el que el paciente no contaba, pero que habitualmente estaba recogido en el documento de CI. Excepcionalmente, hemos encontrado casos en los que se producen complicaciones previsibles y evitables, derivados de intervenciones incorrectamente indicadas, generalmente de cirugía refractiva.

En un 26% de las denuncias hemos hallado informes de otros facultativos criticando *a posteriori* la actuación profesional del oftalmólogo denunciado y documentos de CI incorrectos o incompletos, así como pacientes que aseguran que su cirujano les hizo promesas de resultados o les minimizó los riesgos de la intervención propuesta. Probablemente con un mayor cuidado de la información y de la relación médico-paciente disminuiría el número de denuncias y aumentaría la calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menéndez JA. *El informe pericial oftalmológico en las reclamaciones por mala praxis*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2005; 292 pps. Thesis Doctoralis.
2. Mavroforou A, Michalodimitrakis E. Physicians liability in ophthalmology practice. *Acta Ophthalmol Scand* 2003; 81: 321-325.
3. Ali N. A decade of clinical negligence in ophthalmology. *BMC Ophthalmol* 2007; 7: 20.
4. Solans Barri T. *Repercusión médico-legal del ejercicio de la oftalmología*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1992. 335 pp. Thesis Doctoralis.
5. Menéndez JA, Zato M. *La responsabilidad profesional del oftalmólogo*. Madrid: Mac Line SL; 2006; 71-106.
6. Menéndez JA. El oftalmólogo y los juzgados. *Studium Ophthalmologicum* 2006; 4: 269-270.
7. Morcillo Agramunt M, Amorós García S, Babiera Sabater J. Tratamiento de la hipermetropía de equivalente esférico mayor de +5 D con lasik: resultado. *Microcirugía Ocular* 2000; 2.
8. Pérez-Santonja JJ, Sakla HF, Ayala-Espinosa MJ, Cardona-Ausina C, Alió JL. *Queratomileusis in situ con láser Excimer (lasik) para hipermetropía: resultados preliminares*. *Arch Soc Esp Oftalmol* 1999; 74: 89-96.
9. Bettman JW. Seven hundred medicolegal cases in ophthalmology. *Ophthalmology* 1990; 97: 1379-1384.
10. Tomkins C. Over 120 years of defending ophthalmologists. *Br J Ophthalmol* 2006; 90: 1084-1085.
11. Brick DC. Risk management lessons from a review of 168 cataract surgery claims. *Surv Ophthalmol* 1999; 43: 356-360.
12. Juanes Peces A. El consentimiento informado, aspectos sustantivos y procesales. En: *Análisis de la responsabilidad profesional del médico*. Responsabilidad del médico forense. Madrid: CEJAJ; 1999; 76-110.
13. Fetherston T. Risk management, adverse events and litigation in vitreoretinal surgery. *Clinl Risk* 2007; 13: 7-11.
14. Ali MN, Fraser SG. Medico legal aspects of glaucoma. *Clin Risk* 2007.