

CAPÍTULO 6

LESIONES OCULARES EN AGRESIÓN. DELITO DE LESIONES Y SUS CONSECUENCIAS JURÍDICAS. VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LESIONES Y SECUELAS OCULARES

José Antonio Menéndez de Lucas, María del Mar Schaufhausen Peláez



Diseñado por Freepik.

INTRODUCCIÓN

Los **traumatismos oculares** son una de las principales causas prevenibles de discapacidad visual (1) y como vimos en el capítulo 3 suponen entre el 2-3 % de los motivos de consulta en los servicios de urgencias generales y el 49% de los de urgencias oftalmológicas (2). De hecho, los traumatismos oculares

pueden ser considerados como la causa más frecuente de ceguera unilateral en la población activa, principalmente en los países en vías de desarrollo (3). En este capítulo analizaremos de las características clínicas que presentan estos traumatismos y aquellos aspectos médico legales que debe tener en cuenta el facultativo de urgencias cuando tiene que atender a un paciente que presenta lesiones oculares consecu-

tivas a una agresión. También trataremos la responsabilidad penal que conlleva para el agresor. Veremos que, en los casos que se produzcan lesiones graves, pueden implicar importantes penas privativas de libertad (prisión) y, finalmente, analizaremos algunas cuestiones relativas a la valoración pericial de este tipo de traumatismos oculares.

LESIONES OCULARES EN AGRESIÓN

Según los datos epidemiológicos de los que disponemos actualmente, en nuestro país, de acuerdo con el estudio GEMTO, realizado entre 1989 y 1991 en 1378 ojos (4), la mayoría de los traumatismos oculares graves se producen en accidentes laborales y domésticos, pero **las agresiones son responsables del 10 %** de los casos.

En los estudios revisados sobre traumatismos oculares que figuran en las referencias bibliográficas de este capítulo, se aprecia una clara preponderancia de los casos de varones frente a los sufridos por las mujeres, viniendo a superar el 80 %. Este predominio de los supuestos de traumatismos oculares de varones es más acusado en las lesiones oculares consecutivas a accidentes deportivos y agresiones. Los traumatismos oculares, además, suelen afectar predominantemente a población joven; así, observamos que los pacientes son, en el 61,6 % de los casos, menores de 31 años, mientras que en torno al 88,2 % (5) se encuentra en edad laboral (entre 21 y 60 años).

Este tipo de traumatismos tienen un marcado **carácter recurrente** de manera que una persona que ya ha sufrido un traumatismo ocular tiene una probabilidad tres veces superior a la población general (6) de volver a sufrir otro. Esta recurrencia se aprecia especialmente en los producidos en accidente laboral y agresión (7).

En general, las lesiones oculares sufridas cuando se produce una solución de continuidad en la pared del globo ocular, revisten peor pronóstico. El estudio GEMTO diferencia entre traumatismos perforantes y no perforantes, que se corresponderían con el traumatismo abierto o cerrado en la clasificación de Brimingham (8), que es posterior y la habitualmente utilizada hoy día (Gráfico 6.1).

Los **traumatismos cerrados**, en general, revisten mejor pronóstico. En el 78 % de ellos se producen hifemas, heridas no perforantes, úlceras y causticaciones, que no suelen producir secuelas graves. Tan solo en el 10 % de estos traumatismos cerrados afectan al polo posterior (hemovítreo, edema retiniano) y son

poco frecuentes los casos de desprendimiento de retina. Los anejos oculares (párpados y vías lagrimales) se afectan en el 8,7 % de estos casos (5).

Los **traumatismos abiertos**, suponen el 50,7 % de los traumatismos oculares (4), y, dentro de ellos, los que peor pronóstico revisten son las heridas esclerales y esclerocorneales (Fig. 6.1) así como las localizadas en el polo posterior. En el 6,5 % de los casos se produce la pérdida del globo ocular, siendo precisa la evisceración en el 70 % de ellos y la enucleación en el 30 % restante.

Las **agresiones producen el 20 %** de los traumatismos oculares abiertos, que, como acabamos de ver, son los más graves. Así, en una revisión de 2.939 casos de traumatismos oculares penetrantes declarados en el Sistema Nacional de Registro de Traumatismos oculares en EEUU publicada en 1992 (9), 648 casos fueron consecutivos a agresiones y el 83 % de los lesionados eran varones, con una edad media de 28 años, estando implicado el consumo de alcohol en el 48 % de los casos y de drogas de abuso en el 6 % de los lesionados. Las lesiones se produjeron mediante puños, fragmentos de cristal, varas o palos metálicos, cuchillos y tijeras. En el 17 % de los casos estaban implicadas armas de fuego o blancas. En el 70 % de los casos se afectó el polo posterior del ojo, produciéndose hemovítreo en el 40 %, desprendimiento de retina en el 11 %, cuerpos extraños intraoculares (CEIO) en el 6 % y daño en el nervio óptico en el 4 % de los casos. La agudeza visual corregida



Figura 6.1. Traumatismo ocular abierto con herida esclerocorneal suturada. Son relativamente frecuentes en las agresiones y se asocian a complicaciones tales como catarata traumática o lesiones vitreo-retinianas que implican mal pronóstico.

después del traumatismo fue de tan solo movimientos de manos, o peor, en el 74 % de los casos (10).

Obligaciones médico legal del médico de urgencia ante un lesionado que presenta lesiones oculares consecutivas a agresión

En estos casos, el médico que atiende en urgencias a un paciente con lesiones oculares producidas por una agresión tiene ser consciente de que dichas lesiones van a dar lugar a un procedimiento judicial para determinar responsabilidades del autor, en el que puede ser llamado a declarar como testigo. Otras veces incluso, podrá tener que responder ante reclamaciones por negligencia médica, en el supuesto de incumplimiento de sus obligaciones legales (11). Por ello, consideramos importante que el facultativo que atiende a este tipo de lesionados esté al corriente de las implicaciones legales que puede tener su actuación asistencial y destacamos especialmente los siguientes aspectos (12):

— La **información al paciente**, en estos casos, debe ser muy cuidadosa. El primer contacto con el oftalmólogo suele ser en el servicio de urgencia, en un clima de estrés después de haber sufrido una agresión inesperada, por lo que es esencial transmitir al lesionado calma y serenidad. Aunque en un primer momento el pronóstico sea incierto, debe alentar al lesionado a no perder la esperanza, salvo que sea muy evidente la escasa posibilidad de recuperación funcional del ojo. Establecer el pronóstico visual desde el principio es fundamental (13) ya que le ayudará a reducir su ansiedad y a planificar posibles cambios de su estilo de vida. Para ello es de suma utilidad el OTS (*Ocular Trauma Score*) (14). La información debe ser continuada, ya que el pronóstico va cambiando en el tiempo y ello va a facilitar la cooperación del paciente a lo largo del proceso asistencial. Suele ser útil la presencia de familiares cuando se está informando al paciente, ya que favorece una comunicación más efectiva, mejorando el recuerdo posterior de la conversación. Es esencial documentar estos aspectos en la historia clínica. En estos casos, el correcto asesoramiento del paciente, representa, muchas veces, la diferencia entre tratar únicamente los ojos, o tratar globalmente a la persona. Es este un arte que no vamos a poder aprender en los libros, sino que se ha de adquirir a lo largo de años de ejercicio profesional (15).

— El **parte judicial de lesiones**, tiene la obligación legal de emitirlo cualquier facultativo que asiste

un paciente, que presenta lesiones que pudieran ser constitutivas a un acto violento o delictivo. Esta obligación, impuesta tanto en el ámbito asistencial público como privado, está recogida en el art. 355 LECr (Ley de Enjuiciamiento Criminal), que establece que: «... los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte». No es función del médico valorar la veracidad sobre el mecanismo de producción de las lesiones, tan solo comunicar a la autoridad las lesiones que presentaba el paciente, y el origen que este «REFIERE» como mecanismo de producción, el tratamiento prescrito y el pronóstico. Ante la duda, siempre es preferible dar un parte judicial, ya que es preferible comunicar un hecho del que no se derivan responsabilidades, que no hacerlo, pudiendo haberlas (16).

— La emisión del **informe médico de alta**, también es una obligación legal del médico que atiende al paciente y está contemplada en el artículo 20 LAP (Ley de Autonomía del Paciente) (17). En este informe deberá recoger un resumen de la actividad asistencial prestada, así como el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas en el momento del alta. La información recogida en estos informes debe ser exclusivamente asistencial, sin hacer ningún tipo de valoración de tipo pericial o médico legal, que además de exceder claramente la competencia del médico que ha tratado al lesionado, sería contrario al artículo 76.7 del Código Deontológico vigente (2022), que considera poco ético peritar sobre un paciente con el que hemos tenido una relación asistencial, ya que se vulnera la independencia que requiere la pericia médica (18).

— La **enucleación primaria** después de un traumatismo ocular grave es un aspecto controvertido que puede tener importantes repercusiones legales. Se debe plantear en aquellos traumatismos oculares en los que las posibilidades de recuperación visual pueden ser nulas, con pérdida importante de los tejidos oculares o destrucción completa del globo ocular y, a ser posible, en las dos primeras semanas, para tratar de prevenir una oftalmía simpática. Dado que el paciente en la primera asistencia de urgencias suele estar sedado, bajo el efecto de analgésicos, inconsciente e incluso intoxicado, puede ser incapaz, transitoriamente, de comprender la gravedad de sus lesiones e incluso de firmar el documento de consentimiento informado. La mayoría de los especialistas aconsejan realizar un cierre primario de la herida, salvo casos en los que las lesiones son imposibles de reparar o en los que el paciente es capaz de prestar el consentimiento (19).

DELITO DE LESIONES Y SUS CONSECUENCIAS JURÍDICAS

Las lesiones oculares producidas de modo **doloso** (intencional) y, en algunas ocasiones, de modo **culposo** (sin esa intencionalidad, pero sin emplear las mínimas normas de cuidado), pueden dar lugar a responsabilidad penal. Se incurre en esa responsabilidad penal cuando se realiza una conducta que está descrita (tipificada) en un texto, el conocido **código penal** (CP), y no concurren circunstancias eximentes. En el mismo están recogidas de forma precisa aquellas conductas reprobables desde el punto de vista criminal (matar, lesionar, robar, estafar, violar, etc...). Si una conducta no está específicamente contemplada en el CP no genera responsabilidad penal y por lo tanto no nos podrían condenar penalmente.

La **condena penal** es más grave que la civil, ya que puede incluir:

— **Sanciones económicas:** multas e indemnizaciones, destinadas estas últimas a cubrir la responsabilidad civil (daños y perjuicios) derivada de la infracción penal. La multa se fija por días, con una cuota de diaria de entre 2 y 400 euros, en función de la capacidad económica del condenado. Si no se paga se hará cumplir una responsabilidad personal subsidiaria (un día de privación de libertad por cada dos cuotas impagadas).

— **Penas privativas de libertad:** prisión y localización permanente. Cuando tienen una duración inferior a dos años, y el condenado no tiene antecedentes penales, puede dar lugar a una suspensión condicional de la pena, que evita su ingreso en prisión, siempre y cuando sea delincuente primario y haya pagado la responsabilidad civil derivada del delito. Esta suspensión, de entre dos y cinco años, puede revocarse si comete otra infracción penal durante ese período, que daría lugar a que deba cumplir las dos condenas. También se revocará si incumple cualquiera de las condiciones impuestas para su concesión (por ejemplo, el alejamiento de la víctima o sometimiento a programas específicos de educación/resocialización).

— **Trabajos en beneficio de la comunidad:** No se pueden imponer sin el consentimiento del condenado y están sometidos a supervisión. Su incumplimiento puede dar lugar, como ocurre con las penas privativas de libertad, al delito de quebrantamiento de condena.

— **Prohibiciones** tales como las de residir en determinados lugares, comunicación o acercamiento a la víctima, privación del permiso de conducir, etc.

— **Inhabilitación profesional,** cuando se comete un delito ejerciendo una determinada actividad profesional o cargo.

Las condenas civiles, como veremos en el próximo capítulo, se limitan siempre a una cantidad económica, demandada para compensar el daño producido. Nunca van a implicar penas privativas de libertad, ni inhabilitación profesional debiendo recordar que, este tipo de responsabilidad, en actividades de riesgo como la conducción de vehículos a motor o el ejercicio de la medicina, está cubierta por un seguro obligatorio de responsabilidad civil.

La responsabilidad penal por lesiones oculares

Se deriva de la realización consciente y voluntaria de una conducta, que esté tipificada como delito en el CP, en nuestro caso, una agresión que causa lesiones oculares. El delito básico de lesiones se encuentra recogido en el artículo 147 de dicho código, que establece:

Art. 147 del CP:

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

El delito de lesiones, **en función de la pena prevista**, puede ser grave (supera los 5 años de prisión), menos grave (superior a 3 meses de prisión y hasta 5 años) o leve, las antiguas faltas de lesiones (de 1 a 3 meses de multa). El **delito básico de lesiones** (art.147.1 CP) que acabamos de transcribir está castigado con penas de prisión (6 meses a 3 años) o multa (6 a 18 meses). En cualquier de esos supuestos el delito genera la obligación de pagar la responsabilidad civil que cubra el daño derivado de las lesiones producidas y dará lugar a antecedentes penales (cancelables en más o menos tiempo según la gravedad de la/s pena/s impuesta/s). La pena en concreto dependerá, en todo caso, de la entidad de la lesión y, fundamentalmente, de si ésta ha precisado o no **tratamiento médico o quirúrgico**, concepto jurídico que difiere del concepto clínico. De

esta manera, en el caso de que se haya causado un menoscabo físico que cure tras una primera asistencia facultativa, estaremos en presencia de un delito leve de lesiones del art. 147.2 CP; por su parte, el art. 147.3 CP castiga el delito leve de «maltrato de obra», en el que sanciona con multa de 1 a 2 meses al que golpear a otro sin causarle lesión alguna. Estos delitos (leves) sólo se persiguen por denuncia de la víctima.

En cuanto al **concepto de tratamiento médico o quirúrgico** que impera en la jurisprudencia, debemos acudir a la múltiple casuística que se examina en la misma pero no está sujeto a discusión, por ejemplo, que la aplicación de «punto de sutura» o la aplicación de AINES o antibióticos constituye tratamiento quirúrgico –el primer supuesto– y médico –los segundos¹, mientras que, desde el punto de vista clínico, dicha actuación claramente quedaría englobada dentro de la primera asistencia médica.

La correcta valoración y aplicación de la *lex artis* por el facultativo se torna, por lo tanto, en esencial, puesto que se ha de determinar la existencia «objetiva» de ese tratamiento médico para la sanidad de la lesión como elemento definidor del delito. Como señala la Sentencia de 27 de julio de 2002, el tratamiento ha de ser objetivamente necesario, y así, *«aunque éste no se aplique, podrá ser delito la causación de una lesión que necesite objetivamente de tratamiento, y no serlo una lesión a la que se aplicara tratamiento si éste no fuere objetivamente necesario en el caso, pues de otro modo quedaría a la discreción de la víctima la realización del tratamiento»*.

Existen más allá del tipo penal básico previsto en el art. 147.1 CP, unos delitos de lesiones que se denominan **agravados** (castigados con una pena mínima de prisión de tres años) que aparecen recogidos en los artículos 149 y 150 del CP. El artículo 149 se refiere al delito de lesiones muy graves, cuando se produzca pérdida o inutilidad de un **miembro principal** (aquel cuya función es esencial o preeminente para la vida, y el ojo, según la jurisprudencia, lo es); se produzca la pérdida o inutilidad de un **sentido** (por ejemplo, la vista) o quede el lesionado impotente, estéril, con grave deformidad, grave enfermedad somática o psíquica, o mutilado genitualmente.

Art. 149 del CP:

«El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad o una grave deformidad, será castigado con pena de prisión de 6 a 12 años».

El artículo 150 del CP recoge supuestos de mayor gravedad que el delito básico de lesiones, pero menor que el caso anterior. Se trata de aquellas situaciones en las que se produce pérdida de miembro no principal o deformidad no grave.

Art. 150 del CP:

«El que causare a otro la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro no principal, o la deformidad, será castigado con la pena de prisión de 3 a 6 años».

La diferenciación en un caso concreto entre deformidad y grave deformidad quedará a criterio del tribunal, que lo hará valorando la intensidad de la repercusión estética de las lesiones producidas (Fig. 6.2).



Figura 6.2. La diferenciación entre deformidad y grave deformidad, en un caso concreto, quedará a criterio del tribunal que valorará la magnitud del daño estético producido.

1.- Define la jurisprudencia el **tratamiento médico o quirúrgico** como «Aquel sistema que se utiliza para curar una enfermedad o para tratar de reducir sus consecuencias, si aquella no es curable, siendo indiferente que tal actividad posterior la realiza el propio médico o la ha encomendado a auxiliares sanitarios, también cuando se imponga la misma al paciente por la prescripción de fármacos o por la fijación de comportamientos a seguir, quedando al margen del tratamiento médico el simple diagnóstico o la pura prevención médica».

Concepto jurídico de pérdida funcional del ojo

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

En el caso de que el menoscabo fuera sustancial, pero susceptible de corrección quirúrgica, pongamos el caso de una luxación del cristalino consecutiva a un puñetazo (Fig. 6.3), y que el lesionado, por el momento, no quiera someterse a una intervención quirúrgica, por el riesgo que conlleva, la doctrina jurisprudencial determina que *«habrá de valorarse la entidad de la intervención, la voluntariedad en su realización y la existencia de riesgos no exigibles al perjudicado»* (STS 1856/2000 de 29 de noviembre).

La responsabilidad civil derivada de la penal en lesiones oculares en agresión

Como hemos dicho anteriormente, la responsabilidad civil se limita a una indemnización económica cuya finalidad es compensar el daño producido. En

este caso, se indemnizará por los días que ha tardado en curar el lesionado (incapacidad temporal) y las secuelas que le han quedado. Estas secuelas se valorarán aplicando el baremo de la Ley 5/2025 (20), que es el denominado **«baremo de tráfico»** y que se utiliza como referencia en la jurisdicción penal, aunque no tiene carácter vinculante como ocurre en la valoración de la responsabilidad civil originada por los accidentes de tráfico. Esta responsabilidad civil derivada de la penal, se establece en el artículo 109 del CP que dice que:

Art. 109 del CP:

1. *«La ejecución de un hecho descrito por la ley como delito obliga a reparar, en los términos previstos en las leyes, los daños y perjuicios por él causados».*
2. *«El perjudicado podrá optar, en todo caso, por exigir la responsabilidad civil ante la Jurisdicción Civil».*

VALORACIÓN MEDICOLEGAL DE LESIONES Y SECUELAS OCULARES EN AGRESIONES

En las agresiones, con relativa frecuencia se producen lesiones oculares, ya que la cabeza, el rostro y la región ocular, son zonas en las que el agresor suele enfocar sus acometidas (21). A pesar de la protección que le confieren las estructuras anatómicas que le rodean (cejas, reborde orbitario, párpados y pestañas), el ojo es un órgano especialmente vulnerable a los traumatismos, que pueden dejar graves secuelas, o incluso su pérdida funcional o anatómica, en los casos más graves.

Son muy escasos en la bibliografía los artículos que recogen específicamente casos de traumatismos oculares consecutivos a agresiones. Sí hemos encontrado muchos artículos de traumatismos oculares por otras causas (accidentes laborales, de tráfico, en la infancia, etc...), pero no exclusivamente por agresiones. Por ello, y con el fin de determinar las características específicas de este tipo de traumatismos oculares, hemos realizado una revisión de 201 casos de lesiones oculares consecutivas a agresiones, en las que se solicitó un informe pericial de valoración de las lesiones a la Sección de Oftalmología del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) de Madrid, a lo largo de 10 años (2013-2022), que está pendiente de publicación. Hemos analizado diver-

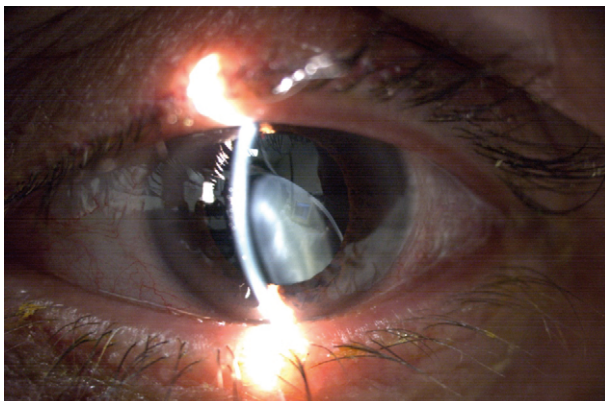


Figura 6.3. Luxación del cristalino consecutiva a un puñetazo. Para considerar la agresión a originado una pérdida funcional del ojo (miembro principal) deberá ocasionar una pérdida sustancial (>80%) e irreversible de la visión. Aquí, sería susceptible de tratamiento quirúrgico, luego no se podría considerar “irreversible”, pero si el lesionado rechaza la intervención, no podemos obligarle a operarse.

sas variables con el fin de determinar su incidencia y evolución en el tiempo a lo largo de estos años, los perfiles típicos de la víctima y el agresor, las lesiones y secuelas más habitualmente producidas así como los términos en los que se emitía el informe de sanidad, en estos casos. Analizamos los días de curación y puntuación de secuelas y daño estético y finalmente la calificación jurídica en el procedimiento judicial, en cuanto a si era un delito leve de lesiones, un delito de lesiones básico o un delito de lesiones agravado. Obtuvimos los siguientes resultados:

— La **frecuencia** con la que se solicitan informes a la Sección de Oftalmología del IMLCF de Madrid, a lo largo de estos 10 años, ha sido de $20,1 \pm 5,23$ casos/año, con un máximo de 28 informes en 2022 y un mínimo de 10 informes, en 2020, coincidiendo con el periodo de confinamiento durante la pandemia por COVID-19.

— En cuanto al **perfil del lesionado**, encontramos que en el 90% de los casos son varones, con una edad media de $40,03 \pm 14,95$ años, con un rango entre 16 y 83 años, con una mediana de edad de 37 años y una moda de 52 años. Son resultados similares a otras series publicadas (4,7,9).

— El **agresor** es también varón en el 94,8 % de los casos y en algo más de la mitad de los casos (58,82%) es desconocido para la víctima, hasta el momento de la agresión.

— El **tipo de traumatismo ocular** producido en la agresión, lo diferenciamos con relación a la clasificación de Birmingham (BETT) (7), de la que ya

hemos hablado, al principio de este capítulo, por ser la que se emplea habitualmente en estos casos y que se centra esencialmente en el globo ocular, diferenciando entre traumatismos cerrados y abiertos. Nosotros hemos visto que, en las agresiones, son muy frecuentes las lesiones palpebrales, las fracturas orbitarias y las parálisis oculares secundarias a TCE (traumatismos craneoencefálicos), por lo que hemos hecho una modificación de dicha clasificación, que reflejamos en el gráfico 6.1. El tipo de traumatismos oculares encontrados serían, por orden decreciente de frecuencia: contusión ocular, herida penetrante, fractura orbitaria, rotura ocular, heridas palpebrales, laceración lamelar y parálisis ocular consecutiva a TCE. Expresamos los porcentajes de cada una en el gráfico. 6.2.

— Hemos estudiado también la **lateralidad** de la lesión, comprobando que se afectan ambos ojos del lesionado en agresión en el 4,98% de los casos, el OD en el 43,28% de los casos y el OI en el 51,74% de los casos. Esta mayor frecuencia de la afectación del OI, aunque no alcanza significación estadística en nuestro caso, pensamos que pudiera deberse a que la mayoría de la población, y por ello de los agresores, son diestros y al dar un puñetazo en la cara a la víctima que tienen enfrente, tienen mejor acceso al ojo izquierdo que al derecho. Está hipótesis ya ha sido planteada en otras revisiones (22).

— Aunque en la mayoría de las agresiones se han producido varias lesiones oculares, con el fin de sistematizar mejor nuestro estudio, hemos clasificado

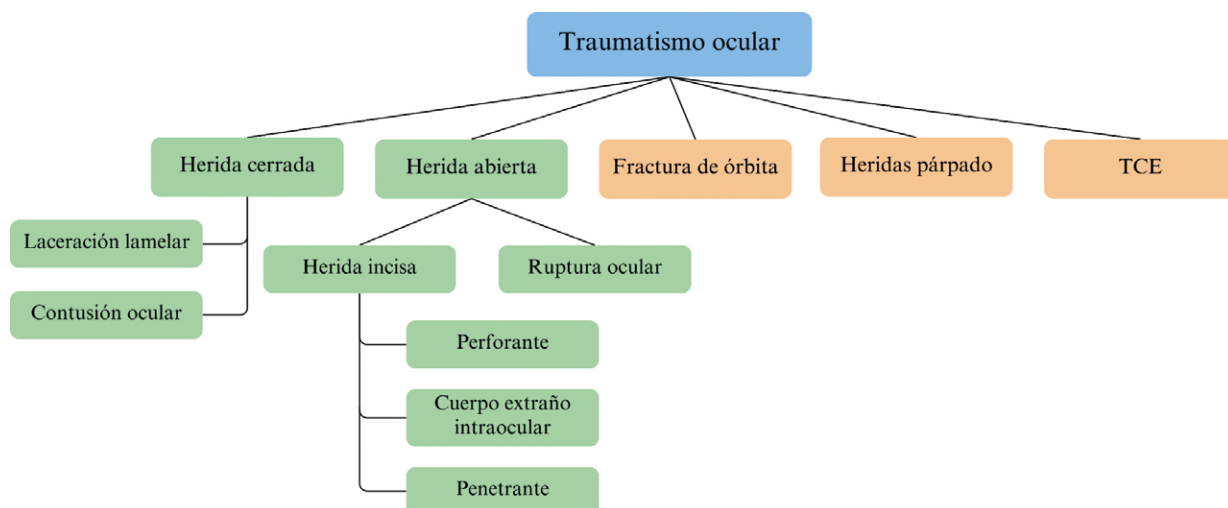
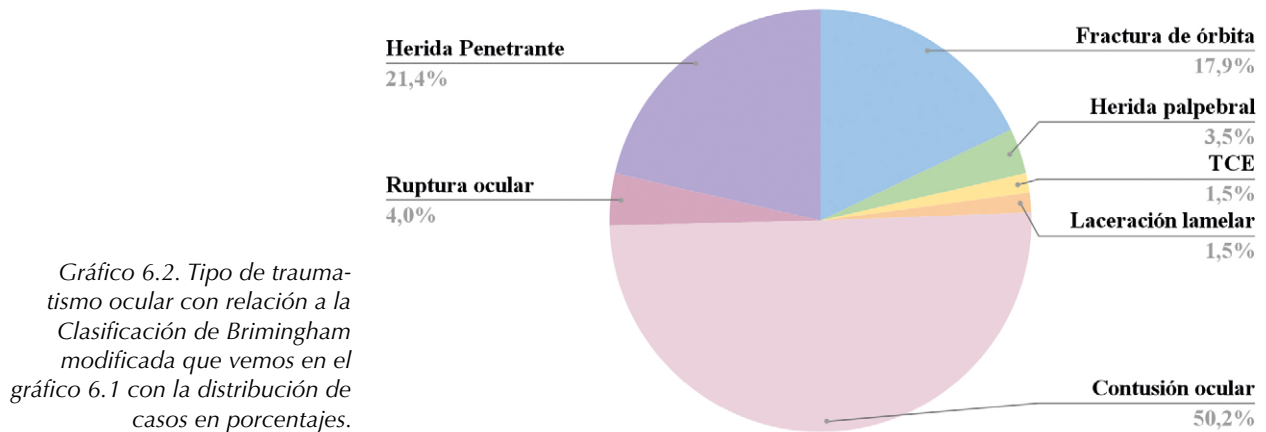


Gráfico 6.1. Clasificación de Birmingham modificada, en donde se añaden como categorías adicionales a la clasificación original, las fracturas orbitarias, las lesiones palpebrales, y las parálisis oculares secundarias a TCE.



los casos en función de la **lesión ocular principal** producida. Reflejamos los porcentajes de cada una en el gráfico 6.3.

— En relación con los **días de curación** hemos hallado que el periodo medio de curación de estas lesiones es de $79,55 \pm 108,59$ días (con un rango entre 2 y 850 días). Los tipos de lesiones en las que hemos detectado mayores periodos medios de curación han sido en las heridas esclerocorneales (134,81 días), los traumatismos de polo posterior (109,69 días) y las fracturas orbitarias (105,90 días). Las que menos, las lesiones de superficie ocular (18,82 días).

— En el 95,52% de las agresiones se produce **baja laboral**, siendo el periodo medio de días improductivos 61 ± 56 días (Rango entre 1 y 730 días). Los tipos de lesiones que requieren más días de baja son las heridas esclerocorneales, los traumatismos del polo posterior y los estrabismos postraumáticos. Las que menos las lesiones de superficie ocular.

— Requieren **hospitalización** tan solo el 32,33 % de las lesiones oculares producidas en agresión, con un periodo medio de $5,66 \pm 5,21$ (Rango entre 1 y 30 días). El tipo de lesión que con mayor frecuencia ha requerido hospitalización, lógicamente han sido

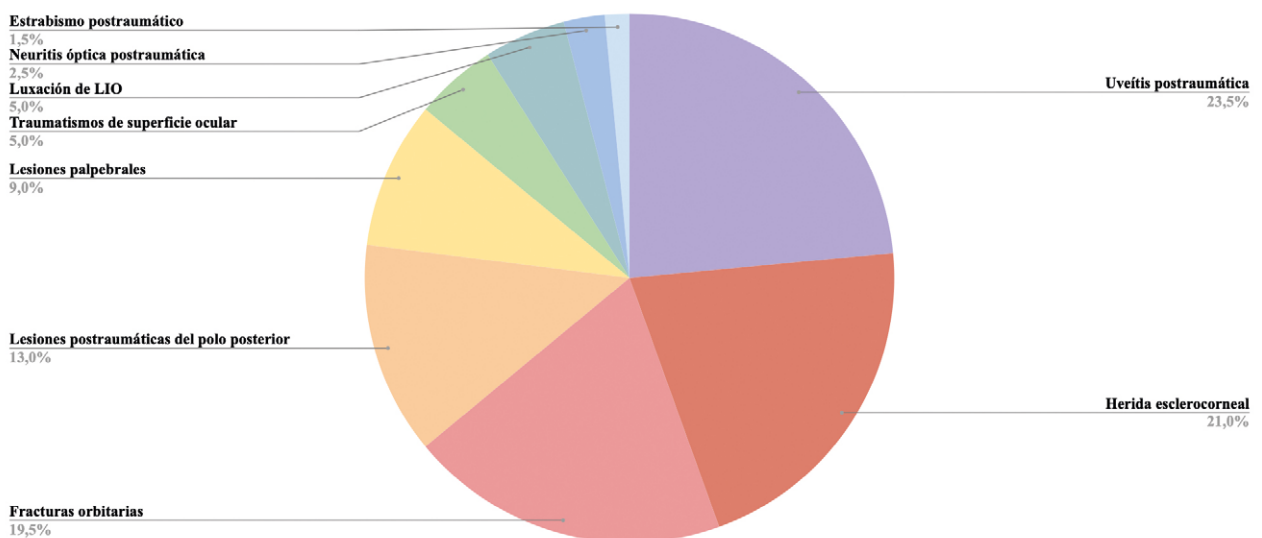


Gráfico 6.3. Lesión ocular principal: Las más habituales fueron la uveítis postraumática, la herida esclerocorneal, las fracturas orbitarias y las lesiones postraumáticas de polo posterior. Entre las de menor frecuencia (inferior al 10 %) estarían las lesiones palpebrales, los traumatismos de la superficie ocular, luxaciones de LIO, las neuritis ópticas postraumáticas y los estrabismos paralíticos.

las heridas esclerocorneales, debido a su gravedad y a que constituyen una emergencia médica.

— Hemos encontrado una **relación inversa entre la edad** del lesionado y la duración del **periodo medio de curación**, para casi todos los tipos de lesiones. Es decir, que los lesionados más jóvenes, curan en menos tiempo, en general.

— Las **secuelas oculares** consecutivas a estas lesiones oculares producidas en agresión han sido muy variadas, por lo que las hemos dividido en 3 grupos principales: secuelas del polo anterior, del polo posterior y otras secuelas, además de un cuarto grupo de 13 lesionados que curaban sin secuelas.

— Con el fin de poder relacionar las lesiones oculares producidas en agresión con las secuelas que dejan, hemos agrupado las secuelas en dos grupos en función de **la gravedad de la secuela**, tal y como se refleja en el gráfico 6.4.

— Hemos comprobado que la **uveítis postraumática**, siendo la lesión ocular más frecuente, es la que habitualmente produce lesiones menos graves (12 casos de DVP, 7 casos de midriasis postraumática) y en la que encontramos mayor número de casos, en los que no se producen secuelas (15 casos).

— Las **heridas corneales** (Fig. 6.1) son el tipo de lesiones oculares que habitualmente produce las secuelas más graves (16 casos de ceguera legal y 7 casos de pérdida anatómica del ojo). Incluimos aquí tanto el traumatismo penetrante, como la rotura ocular de la Clasificación BETT (8). Este tipo de lesiones alteran estructuralmente el ojo y requieren intervenciones complejas para reparar el daño producido en la agresión (23).

— La secuela que hemos encontrado que se asocia, con mayor frecuencia a las **fracturas orbitarias**, como era esperable, es la diplopía (22 casos).

— En las **lesiones postraumáticas del polo posterior**, hemos hallado que se asocian a ceguera legal (8 casos), que está en el grupo de las secuelas graves, pero también se asocia a disminución de AV (6 casos), que estaría en el grupo de las secuelas de menor gravedad de la tabla 6.1.

— Hemos encontrado que se produce **daño estético** en el 42,28 % de los casos, con una puntuación media de $4,14 \pm 3,32$ puntos (con un rango entre 1 y 15 puntos). Las lesiones que producen más habitualmente daño estético han sido las heridas esclerocor-

TABLA 6.1. CLASIFICACIÓN DE LAS SECUELAS OCULARES SEGÚN SU GRAVEDAD CLÍNICA	
Secuelas de mayor gravedad	Secuelas de menor gravedad
Secuelas postraumáticas del cristalino	Astigmatismo postraumático
Glaucoma postraumático	Heridas palpebrales
Neuritis óptica postraumática	Midriasis postraumática
Ceguera legal (AV < 0,10)	Hiperestesias perioculares
Diplopia	Secuelas postraumáticas del polo posterior
Pérdida anatómica del ojo	DVP postraumático
	Disminución de la AV (AV > 0,10)
	Simulación
	Ninguna

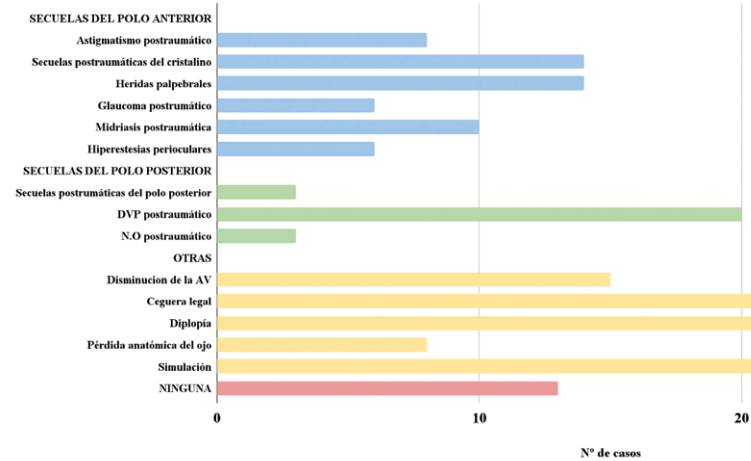


Figura 6.4. Secuelas oculares y su incidencia, donde representamos cada uno de los grupos y su incidencia.

neales y la diferencia es significativa ($p < 0,001$) con el resto de las lesiones. Es debido a que producen lesiones complejas y con graves secuelas. También producen daño importante las heridas palpebrales y los traumatismos de polo posterior. Por el contrario, las que con menor frecuencia producen daño estético son los estrabismos paralíticos y las luxaciones de la LIO. Puede sorprender en el hecho de que los estrabismos no ocasionen daño estético importante, pero en nuestro caso se debe a que de los 4 casos que hemos recogido, tres son por afectación del IV par y el otro por insuficiencia de convergencia, que no producen daño estético relevante, como ocurre en las lesiones del III y el VI par craneal, donde es muy evidente.

— Nos ha parecido interesante, hacer un cálculo sobre cuál sería la **indemnización media** en concepto de responsabilidad civil en estas lesiones oculares consecutivas a agresión; planteamos el **caso hipotético** de un varón de 40 años, que sufre una agresión con lesiones oculares que tardan en curar 80 días (periodo medio de curación), de los cuales son improductivos los primeros 61 días (periodo de baja laboral medio), sin precisar hospitalización (ya que solamente se hospitalizan el 32 % de estos lesionados) y con unas secuelas psicorgánicas valoradas en 12 puntos y daño estético valorado en 4 puntos (puntuaciones medias). Realizando los cálculos oportunos, con base a la última actuación (24) del baremo de la Ley 35/2015, que se aplica por analogía en estos casos, obtendríamos por los días de curación una cantidad de 4.780,28 € por las secuelas psicoorgánicas 15.266,92 € y por el daño estético de 4.303,38 €. Sumadas estas cantidades, el valor total de la indemnización media por la responsabilidad civil de las lesiones oculares producidas en una agresión ascendería a 24.350,58 €.

— Por último, en relación con la **responsabilidad penal** derivada de estos actos violentos, hemos visto que en la mayoría de los casos la calificación penal sería de delito de lesiones en el 59,20 %. Los supuestos de delito leve de lesiones alcanzarían el 18,41 % de los casos y los delitos de lesiones agravados el 22,38 %. Estos supuestos comprendían 41 casos (20,40 %) de delitos de lesiones cualificados por el resultado, mientras que, en 4 casos (1,99 %), concurría la circunstancia agravante de violencia de género. En estos casos de lesiones agravadas (castigadas de 3 a 6 años de prisión —art. 150 CP— y 6 a 12 años de prisión— art. 149 CP—) su enjuiciamiento corresponderá a las Audiencias Provinciales (tribunales formados por tres magistrados que conocen de los

delitos castigados con pena de más de 5 años de prisión). Si en algún caso nos hallamos ante la pérdida o inutilidad de órgano principal o sentido, o una grave enfermedad o deformidad, la pena prevista supera los nueve años de prisión y se deberá acomodar a las normas del procedimiento de sumario, en el que es preceptiva la intervención de dos peritos designados por el juzgado instructor que luego deberán acudir al juicio oral a ratificar sus informes.

CONCLUSIONES

Podemos sacar 10 conclusiones principales de esta revisión de 201 casos de lesiones oculares producidas en agresión, a lo largo de los últimos 10 años, en la Sección del IMLCF de Madrid:

1. Las **lesiones oculares** que más frecuentemente hemos encontrado en los traumatismos oculares producidos en agresión han sido: la uveítis postraumática, seguida de la herida esclerocorneal y de la fractura orbitaria. En la mayoría de los casos 80 % se han producido secuelas, siendo las más frecuentes la diplopía, seguida de la ceguera legal y del desprendimiento del vítreo posterior postraumático.

2. El **perfil típico**, tanto del lesionado como del agresor, es un varón joven y en la mayoría de los casos sin relación previa a la agresión (desconocido).

3. Existe una ligera preponderancia de la localización de las lesiones en el **ojo izquierdo** en este tipo de agresiones.

4. Los **tipos de traumatismo** más frecuentes, según la clasificación de Birmingham modificada, han sido: la contusión ocular, las heridas penetrantes y las fracturas de órbita.

5. La lesión ocular que ha precisado una mayor cantidad de **días de curación, improductivos y hospitalización** ha sido la herida esclerocorneal. Las que ha precisado menores periodos de curación ha sido los traumatismos de la superficie ocular.

6. Hemos hallado una **puntuación media de secuelas oculares** en agresión de 12 puntos, y una puntuación media de **daño estético** de 4 puntos.

7. En la mayoría de los casos hay una correlación inversa entre la **edad** del lesionado y la cantidad de días de curación.

8. La calificación jurídica preponderante en este tipo de agresiones ha sido de **delito básico de lesiones**.

9. La **responsabilidad penal** derivada de una agresión que produce lesiones oculares graves podría conllevar importantes penas de prisión (a partir de

3 años de prisión) para el agresor, en el 22,38 % de los casos, al calificarse los hechos como delito agravado de lesiones.

10. La **indemnización media**, por la responsabilidad civil, que recibiría un lesionado que ha sufrido una agresión con lesiones oculares graves, estaría en torno a los 24.350 euros, realizando el cálculo con los valores medios de referencia que hemos encontrado en el estudio y con las cantidades actualizadas al año 2025.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parver, L. M.: Eye trauma: the neglected disorder (editorial). *Arch Ophthalmol*. 1986; 104: 1452-1453.
2. Aghadoost D. Ocular trauma: an overview. *Arch Trauma Res*. 2014 Jun 29; 3(2): e21639. doi: 10.5812/atr.21639. PMID: 25147781; PMCID: PMC4139697.
3. Nash EA, Margo CE. Patterns of Emergency Department Visits for Disorders of the Eye and Ocular Adnexa. *Arch Ophthalmol*. 1998; 116(9):1222-1226. doi: 10.1001/archophth.116.9.1222
4. Grupo Español Multicéntrico de Traumatismos Oculares (GEMTO) 1989-1991. León F, Taboada JF, Guimerá V et al. Traumatismos Oculares graves en España: Factores epidemiológicos, estudio de las lesiones y medidas de prevención. Ed. León F. Barcelona 1994, pág 12-27.
5. Montero-Arrones J, Merayo-Llodes J. Epidemiología y prevención del trauma ocular. En: García Arumi J, Fernández-Vega A, 94 Traumatología ocular. Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Oftalmología. Madrid: Mac Line SL; 2018: Edición electrónica. Disponible en: https://www.ofthalmoseo.com/libros_seo/ponencia_seo/traumatologia-ocular/
6. Wong TY, Klein BEK. The prevalence and 5-year incidence of ocular trauma, the Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology* 2000; 107: 2196-2202.
7. James T Banta. Epidemiología e impacto económico de los traumatismos oculares. En: James T Banta, Traumatismos oculares. Elsevier. España. Madrid; 2008: 1-6.
8. Kuhn F, Morris R, Witherspoon CD, Mester V. The Birmingham Eye Trauma Terminology system (BETT). *J Fr Ophthalmol*. 2004 Feb; 27(2): 206-10. doi: 10.1016/s0181-5512(04)96122-0. PMID: 15029055.
9. Dannenberg AL, Parver LM, Fowler CJ. Penetrating Eye Injuries Related to Assault: The National Eye Trauma System Registry. *Arch Ophthalmol*. 1992; 110(6):849-852. doi: 10.1001/archophth.1992.01080180121039
10. Parver LM, Dannenberg AL, Blacklow B, Fowler CJ, Brechner RJ, Tielsch JM. Characteristics and causes of penetrating eye injuries reported to the National Eye Trauma System Registry, 1985-91. *Public Health Rep*. 1993 Sep-Oct; 108(5): 625-32. PMID: 8210260; PMCID: PMC1403438.
11. Raju KV. Medico legal aspects of ocular trauma. *Kerala Journal of Ophthalmology*. 22(3):sept 2010: 277-278.
12. Menéndez de Lucas JA, Márquez de Aracena R. Aspectos médico-legales y psicológicos asociados al trauma ocular. En: García Arumi J, Fernández-Vega A, 94 Traumatología ocular. Ponencia Oficial de la Sociedad Española de Oftalmología. Madrid: Mac Line SL; 2018: 33-44. Disponible en: https://www.ofthalmoseo.com/libros_seo/ponencia_seo/traumatologia-ocular/
13. Kuhn F et al. The OTS: predicting the final vision in injury eye. In: Ocular trauma: Principles and practice. New York:Thieme; 2002: 9-13. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Robert-Morris-15/publication/285332946_Predicting_the_Severity_of_an_Eye_Injury_the_Ocular_Trauma_Score_OTS/links/6022d883299bf1cc26b53d5c/Predicting-the-Severitiy-of-an-Eye-Injury-the-Ocular-Trauma-Score-OTS.pdf. Consultado el 1 de mayo de 2025.
14. Kuhn F et Al. The Ocular Trauma Score (OTS). *Ophthalmol Clin North Am*. 2002. 15: 163-166.
15. Kuhn, Ferenc, and Robert Morris. "Counseling the injured individual and the family." *Ocular Traumatology*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2008. 23-32.
16. Menéndez JA, Andreu E. Documentos médico-legales. En: Menéndez JA, Manual de Medicina Legal y Forense para Estudiantes de Medicina. 2ª ed. Barcelona; Elsevier; 2020: 34-40.
17. Ley 41/2002 de 14 de noviembre. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE 274 de 15 de noviembre de 2002.
18. Código de Deontología Médica. Organización Médica Colegiada. Diciembre 2022. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/a8774a7d-9930-469e-8753-eb9e51d29318/codigodeontologia/14/index.html> Consultado el 2 de mayo de 2025.
19. Andrew C et Al. Controversias en los traumatismos oculares. En: Banta JT. Traumatismos oculares. Elsevier. España. Madrid; 2008: 209-217.
20. Ley 5/2025, de 24 de julio, por la que se modifica el Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro (RD Legislativo 08/2024) y la Ley 20/2015 del Seguro. BOE núm.178 de 25/07/2025.
21. Sarrión Ferre MT et Al. Estudio descriptivo y valoración de la cumplimentación de los partes de lesiones generados en un servicio hospitalario de urgencias. *Emergencias*. 1995;7: 245-251.
22. Curbelo Concepción Dany, Triana Casado Idalia, Medina Perdomo Juan. Ocular traumatic behavior in patients discharged from the Cuban Institute of Ophthalmology. *Medi-Sur [Internet]*. 2009 Jun [citado 2025 Mayo 13]; 7(3): 32-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000300005&lng=es. Consultado el 13 de mayo de 2025.
23. Olaia S, Boixadera A. Heridas perforantes del globo ocular: Aspectos generales. En: García-Arumi J y Fernández-Vega A. Traumatología ocular. España: Sociedad Española de Oftalmología; 2018: 183-193.
24. Resolución de 12 de marzo de 2025 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones actualizadas del Sistema para Valoración de Daños y Perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. BOE núm. 71 de 24 de marzo de 2025.