

CAPÍTULO 10

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN OFTALMOLOGÍA. TIPOS DE RESPONSABILIDAD. FRECUENCIA Y ACTUACIONES OFTALMOLÓGICAS MÁS DENUNCIADAS. PREVENCIÓN DE DENUNCIAS

José Antonio Menéndez de Lucas, Laureano Álvarez-Rementeria Capelo, Fernando Dolz Güerri



Diseñado por Freepik.

INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones del oftalmólogo en la actualidad probablemente sea verse implicado en una denuncia por mala praxis. Es cierto que las reclamaciones en oftalmología no resultan tan frecuentes como en ginecología o en cirugía estética, pero algunas publicaciones sitúan a esta especialidad entre las diez más demandadas (1), y en el séptimo puesto en cuanto a la cuantía de las indemnizaciones pagadas en casos de condena (2).

Así, un oftalmólogo que trabaja en la sanidad pública inglesa (NHS) va a sufrir al menos una reclamación a lo largo de su carrera profesional; y si ocupa un puesto de consultor, esta media aumenta a tres (3). En nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) la incidencia de reclamaciones a los oftalmólogos es probablemente muy similar. En EEUU, sin embargo,

la situación se agrava, siendo 2,8 la media de denuncias por negligencia a un oftalmólogo medio a lo largo de su vida profesional (3).

Aunque la cirugía ocular ha evolucionado tecnológicamente de forma vertiginosa en los últimos años, alcanzando unos estándares de seguridad y efectividad cercanos a la excelencia, es inevitable que, en algunos casos excepcionales, se produzcan complicaciones quirúrgicas con graves secuelas que pueden llegar a incapacitar al paciente de forma importante para el resto de su vida. Tenemos que contar con ello, y con que esto le puede suceder al mejor oftalmólogo del mundo en el hospital más prestigioso.

Así sucede desde los orígenes de la oftalmología: en el famoso Código de Hammurabi, como hemos visto en el Capítulo 1, ya se contemplaban las penas con las que se castigaba al cirujano que operaba de cataratas («*quitaba la nube del ojo*») en caso de que

el paciente perdiera la vista, estableciendo diferencias en función de su nivel social; así, se le cortaba la mano al cirujano si el paciente era un hombre libre; pero si se trataba de un esclavo bastaba con pagar la mitad de su precio (4).

Aunque afortunadamente nuestro sistema punitivo no incluye sanciones tan cruentas para el oftalmólogo que sufre una complicación quirúrgica, sí contempla -para los casos más graves- medidas para impedir que siga ejerciendo, como es la inhabilitación profesional, en los casos de condena por delito de lesiones imprudentes (art. 152.1 CP), con una duración entre seis meses y cuatro años.

Hasta hace unos años resultaba impensable en nuestro país denunciar a los médicos por una actuación profesional incorrecta, aunque el delito de lesiones por imprudencia profesional ya se encontrara tipificado en el código penal. Eran los tiempos en los que la relación médico-paciente se desarrollaba en el marco de un modelo paternalista, basado en la confianza mutua, al que nos hemos referido al principio del capítulo 9 al tratar el origen del Consentimiento Informado. Autores de la categoría del Prof. Gregorio Marañón consideraban estas denuncias propias de la cultura anglosajona (*«países menos románticos que el nuestro»*) e impensables en nuestro país (5).

Ese modelo de relación médico-paciente ha evolucionado al actual de autonomía del paciente, basado en la participación de este en la toma de las decisiones concernientes a su salud, pasando a ocupar el médico un papel de asesor o trasmisor de la información. Se trata de un modelo importado de los Estados Unidos, que dio lugar allí a la denominada *«malpractice crisis»* (6) y que, en nuestro entorno, sin llegar afortunadamente a alcanzar esas proporciones, ha podido deteriorar en ocasiones la confianza necesaria para establecer una correcta relación médico-paciente, dando lugar a la aparición de la denominada **«medicina defensiva»**, de nefastas consecuencias no solo para el paciente, sino también para el médico e incluso para el sistema sanitario.

Así, hoy día se incluyen en las coberturas de las pólizas de seguros de salud segundas opiniones de otros facultativos, a las que en muchas ocasiones recurre el paciente.

Y ello, sin entrar aquí a valorar las prescripciones del Dr. Google o las consultas al Chat GPT a las que el paciente invariablemente recurre antes de acudir a la consulta, y sobre las que pretende que el oftalmólogo se pronuncie.

Hace veinte años demostramos que, en la inmensa mayoría de las denuncias contra oftalmólogos en

nuestro medio, no se había producido una actuación médica incorrecta (*mala praxis*), sino que el problema se había generado por un defecto en la información al paciente (7). Se trata de un hecho conocido internacionalmente (8). Al analizar estas denuncias, encontramos que habitualmente el paciente había sufrido una complicación típica de la técnica quirúrgica, y al no haber sido correctamente informado, interpretaba esa complicación como fruto de una actuación incorrecta del cirujano.

No trataremos aquí los aspectos relativos a la información al paciente y al consentimiento informado, que aun siendo inherentes a la responsabilidad profesional, han sido abordados en el capítulo anterior.

Hemos de destacar en todo caso el altísimo nivel profesional de la oftalmología en nuestro país, por lo que las actuaciones contrarias a la *lex artis* ocurren con carácter excepcional. Por esta razón el informe pericial oftalmológico resultó favorable para el oftalmólogo en la inmensa mayoría de los casos analizados (82%), produciéndose las condenas en contadas ocasiones (entre el 2 y 4%), habitualmente por delito leve, lo que no implica la inhabilitación del médico (7).

Por ello, el evidente incremento en los últimos años (9) del número de denuncias a los médicos que se reflejan en los medios de comunicación especializados obedece más bien a una serie de factores de tipo socioeconómico (mayor concienciación de los derechos del paciente, evolución del modelo asistencial paternalista al actual más participativo, así como proliferación de los seguros de responsabilidad civil), y no debe interpretarse como el reflejo de una peor calidad en la asistencia médica, que no ha hecho sino mejorar en los últimos años.

A lo largo de este capítulo analizaremos los aspectos esenciales relativos a la responsabilidad profesional que todo oftalmólogo debe conocer, como son los diferentes ámbitos en los que el paciente puede plantear su reclamación, así como sus consecuencias; las actuaciones oftalmológicas que con mayor frecuencia pueden dar lugar a denuncias en las diferentes subespecialidades oftalmológicas; y las medidas preventivas que podemos incorporar a nuestro ejercicio profesional diario para prevenir, en lo posible, si no la denuncia, al menos la condena.

Al analizar el tema de la responsabilidad profesional inevitablemente tendremos que hacer referencia a temas tratados en otros capítulos del libro, como son el Consentimiento informado (cap. 9), la Seguridad clínica (cap. 11) y al Informe pericial oftalmológico (cap. 5). Intentaremos evitar incurrir en repeticiones, remitiendo al lector al capítulo correspondiente.

Finalmente, incluimos una bibliografía recomendada para aquellos compañeros que se encuentren interesados en profundizar en cuestiones que aquí necesariamente vamos a tratar de forma sucinta.

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN OFTALMOLOGÍA

Concepto y tipos de responsabilidad profesional

La **responsabilidad profesional** médica supone la obligación del facultativo de responder de las consecuencias de sus actuaciones profesionales incorrectas cuando de las mismas haya derivado un daño al paciente.

En estos casos, el facultativo no tiene intención directa de causar un daño al paciente; sin embargo, este se produce consecutivamente a un error, omisión o negligencia, y el mismo debe ser reparado cuando la actuación ha vulnerado la obligación de cuidado, por incumplimiento de la *lex artis*.

Se denomina **obligación de cuidado** (*standard of care*) (10) al nivel de conocimientos, habilidades y diligencia exigible, con carácter general, a los médicos y cirujanos de la especialidad correspondiente, para ese tipo de actuación profesional.

Hasta hace unos años los tribunales de justicia de nuestro país consideraban que la obligación del médico hacia su paciente era tan solo una obligación de medios, con la excepción de las intervenciones de tipo electivo o satisfactivo (cirugía refractiva, etc...). En estas, se exigía al cirujano una obligación de resultados.

Sin embargo, en los últimos tiempos, el criterio jurisprudencial ha cambiado (11), estando plenamente consolidada en la actualidad la consideración de la actuación médica como una obligación de medios, con la única excepción de que se haya garantizado al paciente la consecución de un resultado concreto.

El término jurídico *lex artis* se refiere a los estándares de actuación médica aceptados por la comunidad científica, acordes a los conocimientos científicos del momento para un tipo de actuación médica o quirúrgica en concreto. Se encuentran recogidos en los protocolos o guías de actuación, habitualmente elaborados por las asociaciones profesionales, y constituyen la referencia que emplea el jurista para analizar si la conducta del médico denunciado fue o no correcta, diligente y técnicamente adecuada (12).

Tal referencia no se valora de forma genérica, sino aplicándola al caso concreto, teniendo en cuenta por

tanto sus circunstancias particulares. Así, no es lo mismo una luxación del cristalino en una intervención de cataratas en un paciente con un síndrome pseudoexfoliativo, que en otro que tiene la zónula perfecta. Es decir, se tienen en cuenta las normas de actuación aplicadas al caso concreto, lo que se denomina «*lex artis ad hoc*».

Tipos de responsabilidad profesional

La exigencia de responsabilidades al médico puede llevarse a cabo básicamente de dos formas:

— Responsabilidad **no judicial** (extrajudicial), que se reclama al margen de los tribunales de justicia, lo cual no quiere decir que no pueda implicar sanciones de tipo disciplinario e incluso económico para el médico, derivadas de un procedimiento en vía administrativa o colegial. Podríamos incluir aquí diferentes tipos de responsabilidad:

1. Responsabilidad **moral**: es aquella que escapa al control de los tribunales humanos, pero no a la conciencia del autor, ante la que siempre tendrá que responder. Pongamos el caso del oftalmólogo que realiza procedimientos quirúrgicos de dudosa indicación terapéutica, con el exclusivo fin de conseguir un beneficio económico.

2. Responsabilidad **deontológica**: derivada de actuar al margen del Código de Deontología Médica (13). Se trata de conductas que pueden no resultar contrarias a la ley, como, por ejemplo, el caso de un oftalmólogo que critica sistemáticamente las actuaciones profesionales de sus compañeros ante sus pacientes, para tratar de ganar una reputación a costa del prestigio de sus colegas. Esta conducta no vulnera el Código Penal (CP), pero sí que resulta contraria al artículo 46.2 del Código Deontológico vigente. Este tipo de responsabilidad es exigible ante la comisión deontológica de cada colegio provincial de médicos, pero no ante los tribunales de justicia.

3. Responsabilidad **administrativa**: Es la que surge por incumplimiento de las normas o requisitos de tipo administrativo. Puede incurrir en ella el médico que trabaja en hospital público y no cumple con la normativa, reglamentos o estatutos que rigen en dicho centro: faltas de asistencia, cobro de honorarios indebidos, problemas de incompatibilidad en el ejercicio de su función, etc. También puede incurrir en este tipo de responsabilidad el facultativo que no respete las obligaciones exigidas para el ejercicio legal de la medicina, como la inscripción en el respectivo colegio profesional, darse de alta a efectos fiscales, etc.

Este tipo de responsabilidad puede dar lugar a la apertura de expedientes disciplinarios y a sanciones (suspensiones de empleo y/o sueldo, amonestaciones, multas, etc.) impuestas por el organismo de la Administración Pública correspondiente.

— Responsabilidad **judicial**; exigible ante los tribunales de justicia, en los diferentes órdenes jurisdiccionales. A este respecto, hay que diferenciar:

1. Responsabilidad **penal**, que deriva de la comisión de conductas descritas o tipificadas en el CP como delitos.

Estos pueden ser **dolosos** (intencionales) o **culposos** (imprudentes).

Se trata de la responsabilidad más grave, y es de carácter estrictamente personal, de forma que no resulta cubierta por una póliza de seguros. Las condenas penales pueden implicar penas de prisión, multa e inhabilitación profesional, si bien, en la práctica, la pena privativa de libertad no suele conllevar el ingreso en prisión, al imponerse habitualmente penas inferiores a dos años, que –en ausencia de antecedentes penales– dan lugar a una suspensión de la ejecución de la pena. Resulta por tanto muy excepcional que un médico ingrese en prisión por una condena por mala praxis.

Sí se cumpliría, sin embargo, la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión, que es inherente a una condena penal por delito por imprudencia grave, como hemos visto anteriormente.

No implica, sin embargo, inhabilitación una condena por delito leve, que se produciría en aquellos casos en los que, a criterio del juez, la imprudencia cometida por el médico no ha sido grave, siendo este un criterio valorativo.

Por ello, se denominan **delitos de tipo abierto**, al no existir propiamente un listado de conductas imprudentes que necesariamente sean sancionables, decidiéndolo en cada caso el tribunal en función de las circunstancias.

2. Responsabilidad **civil**: se trata de reclamaciones exigibles tan solo a los médicos que trabajan en la sanidad privada, y se fundan en algún tipo de culpa en la actuación médica. Las condenas en esta vía se limitan a una indemnización económica para compensar el daño producido, que habitualmente cubre una póliza de un seguro de responsabilidad civil profesional.

Si bien nunca implican penas de prisión ni de inhabilitación profesional, no debemos sin embargo menospreciar estas reclamaciones, ya que, si una compañía aseguradora tiene que hacer frente a varias indemnizaciones por actuaciones culposas de

uno de los facultativos asegurados, es posible que le ponga inconvenientes para renovar la póliza cuando llegue el momento o que le incremente sustancialmente la prima.

Por otro lado, así como en la vía penal el denunciante habitualmente no asume gasto alguno, en la vía civil, en caso de que su demanda no prospere, ha de asumir el pago de las costas procesales, algo de lo que el paciente debería ser advertido por su abogado antes de entablar la reclamación.

3. Responsabilidad **contencioso-administrativa**: exigible exclusivamente a los médicos que trabajan para la Administración Pública (sanidad pública, médicos de prisiones, médicos forenses, etc.) ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Es importante distinguir entre este tipo de responsabilidad y la responsabilidad administrativa extrajudicial, que se reclama ante el organismo correspondiente de la Administración del Estado.

La responsabilidad judicial ante los Juzgados de lo contencioso-administrativo se fundamenta en el daño ocasionado en sus bienes o derechos a un ciudadano, a causa del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, art 32 de la Ley 40/2015, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Hasta hace unos años se aplicaban en esta vía criterios de responsabilidad objetiva (sin culpa), pero actualmente el criterio jurisprudencial ha cambiado, y el demandante debe acreditar que la Administración ha incurrido en algún tipo de culpa para que la reclamación prospere.

Dadas las limitaciones propias de este texto, necesariamente nos centraremos en la responsabilidad profesional de tipo judicial, pasando a describir los elementos constitutivos de este tipo de responsabilidad.

Elementos constitutivos de la responsabilidad profesional judicial

Hemos visto que las condenas a los médicos por una presunta mala praxis son muy excepcionales. Ello no solo se debe a que en la mayoría de los casos no hay tanto una actuación negligente como un problema de información al paciente, sino también a que los requisitos jurídicos para que se concrete la responsabilidad por delito culposo (14) se encuentran perfectamente determinados y sólo la concurrencia de todos ellos puede dar lugar a una condena. Veamos cuáles son estos cuatro requisitos:

1. **Obligación prexistente:** Todo médico asume cumplir con el deber de cuidado (*standard of care*), que implica, como hemos visto, poner al servicio de su paciente todos los medios materiales y personales disponibles y actuar con el máximo de diligencia e interés. Hemos visto que se trata de una obligación de medios, y no de la obtención de determinados resultados. La medicina no es una ciencia exacta, y en ocasiones, aunque pongamos todos los medios que están a nuestro alcance, no conseguimos la curación del paciente.

2. Que se produzca una **falta médica:** conducta incorrecta entendida como una actuación al margen de la *lex artis*, es decir, de los protocolos o guías de actuación. Además, esta referencia no se valora de forma genérica, sino tal y como se presentó en el caso concreto, lo que jurídicamente se conoce como *lex artis ad hoc*. La falta médica (Figura 10.1) es, en definitiva, una conducta médica incorrecta, en la que no existe voluntad de dañar al paciente (no dolosa), pero que no guarda el adecuado deber de cuidado; o dicho de otra forma, en la que se actúa de manera imprudente, negligente o con impericia.

Estos tres términos, que a primera vista pueden parecer sinónimos, en la jurisprudencia presentan diferentes matices (Cuadro 10.1 y Gráfico 10.5). Los errores médicos en sus diferentes formas (de diagnóstico, de ejecución, de quirófano, ...) generalmente podrían encuadrarse en alguno de estos tres tipos de conductas culposas.

3. El **perjuicio** ocasionado: para que pueda concretarse una responsabilidad culposa resulta imprescindible que la falta médica haya ocasionado un daño al paciente.

En el ámbito de la responsabilidad profesional médica, cuando hablamos de daño habitualmente nos referimos a lesiones, agravamiento de la enfermedad o incluso a la muerte.

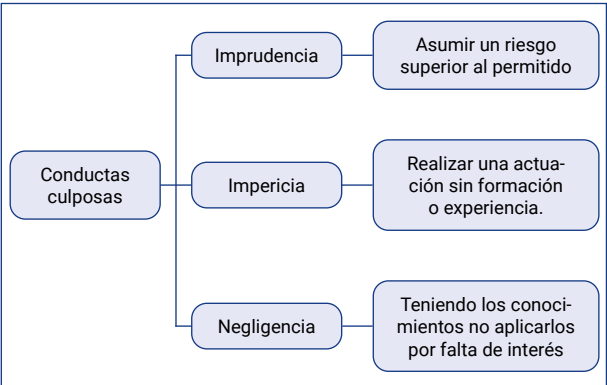
Además de estos daños psico-orgánicos, también pueden ser objeto de reclamación daños de tipo económico (necesidad de utilizar nuevos fármacos o de someterse a nuevas intervenciones, consulta a otros especialistas, prolongación de los días de baja laboral, etc.) o moral (sufrimiento por el dolor ocasionado al paciente y a sus familiares o incluso a terceros).

En el ámbito penal, para que se concrete la responsabilidad, el daño producido debe consistir en una lesión de cierta entidad. En concreto, que haya requerido para su sanidad de «tratamiento médico». Ya vimos en el capítulo 6º el significado de este término jurídico. En las jurisdicciones civil y contenciosa, sin embargo, el daño reclamado puede ser de tipo económico



Diseñado por freepik

Figura 10.1. La **falta médica** o conducta incorrecta del médico, que produce un daño al paciente de forma involuntaria (no hay dolo), por no haber guardado el adecuado deber de cuidado. Ha actuado de forma imprudente, negligente, con impericia, o ha cometido un error médico.



Cuadro 10.1.- Tipos de **conductas culposas**. Aunque estos términos muchas veces se emplean como sinónimos, jurídicamente se diferencian ciertos matices. Los errores ya sean de diagnóstico o de ejecución, también se incluirían en las conductas culposas. (Ver gráfico 10.5).

o incluso moral, como el producido por ejemplo por un defecto en el consentimiento informado.

4. Existencia de **relación de causalidad** (causa-efecto) entre la actuación incorrecta y el daño ocasionado, de forma que, si no puede acreditarse dicha relación, la actuación presuntamente incorrecta no va a generar una responsabilidad sancionable, al menos judicialmente.

A modo de ejemplo (15), consideremos el caso de un cirujano que, al extirpar un apéndice inflamado, olvida negligentemente una gasa en el interior del abdomen del paciente y se produce una peritonitis, para cuya curación se requiere una nueva intervención (laparotomía para extraer la gasa olvidada) y un tratamiento antibiótico para controlar la infección abdominal. En el traslado desde el quirófano a la habitación tras la reintervención, se produce una caída de la camilla que ocasiona un politraumatismo.

En el caso expuesto, podrá exigirse responsabilidad al cirujano por la reintervención, pero no por las lesiones sufridas en la caída, ya que se habría producido una ruptura del nexo causal.

Como hemos indicado, es importante destacar que para que se produzca una condena, no basta con la concurrencia de alguno de los requisitos expuestos, sino que tienen que presentarse los cuatro acumulativamente:

1. Incumplimiento por acción u omisión del deber de cuidado.
2. Antijuricidad (conducta incorrecta).
3. Daño al paciente (en el ámbito penal tiene que tratarse de una lesión).
4. Relación de causalidad entre la conducta incorrecta y la lesión o daño.

Analizaremos a continuación tres situaciones hipotéticas en relación con una intervención de cataratas (15):

Caso 1.- Un cirujano entra al quirófano para realizar una intervención de cataratas en estado de embriaguez (Figura 10.2). Resulta evidente que la conducta es incorrecta. A pesar de ello, la intervención se realiza correctamente: se implanta la lente intraocular y el paciente no sufre lesiones. Este acto cumpliría los requisitos 1 y 2, pero no el 3 y 4, por lo que no se le podría condenar penalmente por delito culposo (el Código Penal sólo sanciona las lesiones imprudentes cuando dan lugar a un resultado lesivo). Evidentemente este tipo de conducta podría dar lugar a unas sanciones de tipo administrativo o incluso deontológico, pero no de tipo penal.



Figura 10.2. Un cirujano borracho opera al paciente y consigue milagrosamente implantar la lente intraocular. Aunque la conducta es evidentemente imprudente no generaría responsabilidad penal al no producirle lesión.

Caso 2.- Supongamos ahora que, en el caso anterior, el paciente, a los dos días de la intervención desarrolla una endoftalmitis posquirúrgica y pierde completamente la visión de ese ojo. Este tipo de infecciones, aunque ocurren de forma muy excepcional (inferior al 0,3 %), constituyen una complicación típica de la cirugía de cataratas. Se deben, en el 80 % de los casos, a que la flora saprofita del propio paciente coloniza el interior del globo ocular. Si durante la investigación del asunto se demuestra que se cumplieron todos los protocolos de asepsia, es muy probable que tampoco se pueda condenar penalmente al cirujano, ya que no se puede establecer una relación causal entre la conducta negligente (entrar borracho al quirófano) y la endoftalmitis causada por la flora saprofita del paciente.

Caso 3.- El cirujano borracho rompe la cápsula posterior del cristalino, se luxa el núcleo y se produce una vitreorragia, un desprendimiento de retina y el paciente pierde la visión. En este caso muy probablemente se le condenará, ya que existe una clara relación de causalidad entre el estado de embriaguez en el que se encontraba el oftalmólogo y las lesiones producidas.

Para valorar todos estos aspectos, es imprescindible que el juez cuente con el correspondiente asesoramiento por parte de peritos médicos que le introduzcan en las cuestiones técnicas. Como vimos en el capítulo 5 al tratar el informe pericial oftalmológico, este tipo de peritajes son los de mayor complejidad y en ocasiones exigen una específica cualificación profesional por parte del del perito (16).

FRECUENCIA DE LAS RECLAMACIONES POR MALA PRAXIS EN OFTALMOLOGÍA

Como hemos comentado en la introducción del capítulo, en los últimos años, se han incrementado las reclamaciones contra los médicos en todas las especialidades (9). No disponemos de datos estadísticos oficiales en España sobre el porcentaje de estas reclamaciones en la especialidad de oftalmología (17) en concreto, pero hay estudios relevantes (18,19) que las cifran en torno al 4 % de todas ellas. En Estados Unidos suponen un 2,6 % del total (20). La cirugía ocular, especialmente la de cataratas y refractiva, ha experimentado un desarrollo tecnológico vertiginoso en los últimos años (21). Cada día se realizan intervenciones más rápidas, eficaces y seguras. Estos avances han ido acompañados de un aumento de las expectativas de los pacientes y una errónea percepción de que se trata de procedimientos sin riesgos. La publicidad sensacionalista de algunas clínicas de cirugía refractiva posiblemente ha contribuido a esta desinformación.

Este riesgo aumenta por el carácter electivo de algunas de las intervenciones oftalmológicas, concretamente la cirugía refractiva y de estética palpebral, en las que los tribunales de justicia son más exigentes en la información dada al paciente y en la correcta cumplimentación del documento de CI. Alguna sentencia del Supremo (STS de 21/10/2005) propone que en intervenciones de cirugía electiva hay que informar de «*cualesquiera secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir*» lo cual, evidentemente es utópico.

Demostramos hace veinte años (7) que las denuncias a oftalmólogos se habían duplicado en incidencia en nuestro medio, en comparación con las que se habían producido diez años antes. Este aumento de reclamaciones era similar en el resto de las especialidades médicas y obedecía a diferentes **motivos** (15):

- **Expectativas desmesuradas** de los pacientes, derivadas de los avances técnicos de la medicina, que a veces dan la sensación de que hoy en día todo se cura.

- **Pacientes mejor informados** de sus derechos. Ya hemos comentado la evolución del modelo asistencial paternalista, al modelo de autonomía del paciente, en el que el paciente es más consciente de sus derechos.

- **Insuficiente información** relativa a los riesgos y complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica. La mayor parte de las reclamaciones son debidas a una complicación típica de la que el paciente no fue

debidamente informado. Ante la aparición de un resultado no deseado, se atribuye la complicación a una actuación incorrecta del médico.

- **La presión asistencial**, que inevitablemente conlleva una limitación del tiempo disponible para asistir a cada paciente y para poder brindarle una adecuada información. Por otro lado, el trabajo en condiciones de estrés implica una mayor predisposición a cometer errores.

En los últimos años, y con motivo de una revisión realizada recientemente (22) en la Sección de Oftalmología del Instituto de Medicina Legal (IML) de Madrid, sobre 141 reclamaciones por presuntas negligencias en esta especialidad, hemos comprobado una marcada tendencia descendente en estas reclamaciones en nuestro medio (Gráfico 10.1). Posiblemente, este descenso venga en parte motivado por el cambio del criterio en los tribunales contencioso-administrativos, que ya no aplican criterios de responsabilidad objetiva, como hacían hace algunos años, y ahora exigen para condenar a la Administración que haya incurrido en algún tipo de culpa.

Por otro lado, los tribunales penales cada vez son más reticentes a condenar a los médicos, aún en casos de secuelas importantes, cuando estas sean consecutivas a complicaciones típicas de ese tipo de intervenciones y no se acredite una negligencia grave por parte del cirujano.

Finalmente, otro factor que ha podido contribuir a consolidar esta tendencia decreciente en el volumen de denuncias es el mayor cuidado de la relación médico-paciente y del consentimiento informado, que constituye un verdadero factor de protección en las reclamaciones (8). Este descenso en el número de

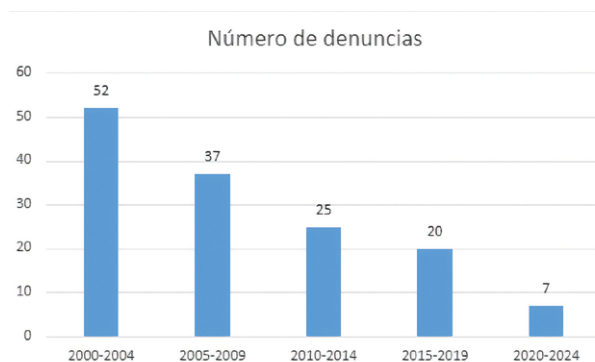


Gráfico 10.1. Tendencia descendente en el número de reclamaciones a oftalmólogos por mala praxis, en nuestro medio en los últimos 25 años (2000-2024). Esta tendencia es estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

reclamaciones no es exclusivo de la especialidad de oftalmología, sino que afecta al resto de las especialidades médicas (23).

ACTUACIONES OFTALMOLÓGICAS MÁS DENUNCIADAS

Son escasas las revisiones de casos de reclamaciones en oftalmología en nuestro país. La más amplia de la que tenemos referencia es la realizada recientemente por el Dr. Fernando Dolz Güerri, de 328 casos del CCMC (Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña) (24).

Nosotros publicamos en 2009 una revisión de 90 denuncias en oftalmología (25) peritadas en la Sección de Oftalmología de la Clínica Médico Forense de Madrid, que hemos actualizado recientemente a 141 casos, como acabamos de ver, con motivo de la realización de un trabajo de investigación (22). Esta revisión presenta un sesgo importante, ya que en la mayoría de los casos (89,36%) se analizan reclamaciones en vía penal y contencioso-administrativa (10,64%) y prácticamente no hay casos de reclamaciones en la jurisdicción civil (tan solo hay un caso de una paciente intervenida de LASIK hipertrópico fuera de indicación, que reclamaba por mal resultado, en el que tuvimos que emitir el informe pericial porque la demandante era beneficiaria de justicia gratuita). Resulta excepcional la intervención de los médicos forenses en las reclamaciones por responsabilidad profesional en la vía civil, ya que en esta jurisdicción las partes aportan los informes de sus peritos.

Actuaciones oftalmológicas más frecuentemente denunciadas

Más de la mitad de las reclamaciones se producen en intervenciones de cataratas (36%) y de cirugía refractiva (20%), en concordancia con las series publicadas a nivel internacional (8,20).

La cirugía de cataratas es actualmente la intervención quirúrgica más habitual en el sistema sanitario español, con más medio millón de intervenciones al año y aumentando en frecuencia, especialmente en la población mayor de 50 años. La cirugía refractiva también es muy habitual en nuestro país, realizándose en 2016, 105.000 intervenciones al año (17). El gran volumen de estas intervenciones incrementa el número absoluto de

reclamaciones, a pesar de que ese riesgo individualmente sea bajo (8,26).

En ambas cirugías –cataratas y refractiva–, las expectativas elevadas de los pacientes, favorecidas por los avances tecnológicos que permiten una mayor precisión en los resultados refractivos, pueden provocar que la no consecución del resultado deseado, sea interpretada como una actuación incorrecta por parte del profesional (20).

La cirugía de órbita y anejos se encuentra en tercer lugar en frecuencia (12%) en el estudio que hemos realizado. El carácter electivo de estas intervenciones de cirugía estética, cada vez más populares, implica un mayor riesgo de reclamaciones cuando surgen complicaciones como cicatrización excesiva, lagofthalmos o queratitis de exposición (27). Hemos agrupado las actuaciones oftalmológicas más denunciadas (22) en siete categorías (Gráfico 10.2):

1. Cirugía de cataratas (34%): Es la actuación oftalmológica más demandada en todas las series publicadas. Suele tratarse de complicaciones típicas de este tipo de intervenciones (12 roturas de la cápsula posterior con luxación de cristalino o de masas al vítreo, 9 desprendimientos de retina, 7 endoftamitis posquirúrgicas, 6 descompensaciones endoteliales, 3 hemorragias expulsivas, ...).

Hemos detectado, como ocurre en otros países (20), una disminución importante de estas graves complicaciones en los últimos años, debido fundamentalmente al alto nivel tecnológico que ha alcanzado la cirugía de cataratas mediante facoemulsificación.

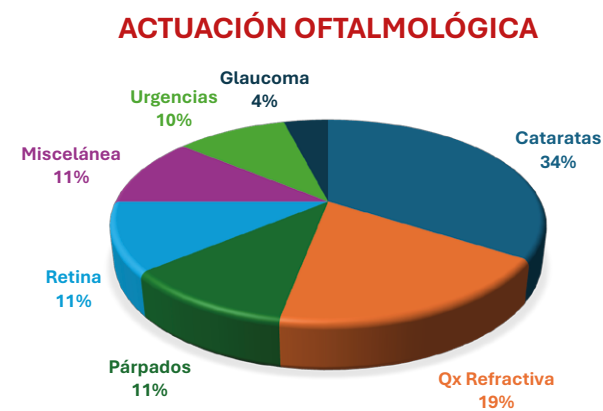


Gráfico 10.2. Las actuaciones oftalmológicas más denunciadas son la cirugía de cataratas y refractiva. Ambas suponen algo más de la mitad de las denuncias. La cirugía de párpados ocuparía el tercer lugar y en menor proporción la patología vítreo-retiniana, las urgencias oftalmológicas, y el glaucoma.

Estas complicaciones a veces producen graves secuelas e incluso la pérdida anatómica o funcional del ojo, pero este mal resultado no implica necesariamente una actuación incorrecta del cirujano.

En estos casos, el informe pericial suele ser favorable al oftalmólogo. Hemos visto alguna denuncia motivada por un claro interés económico, como el caso de un paciente que ocultó al cirujano la ambliopía que sufría previamente en el ojo operado y luego reclamó por el mal resultado de la intervención.

Hay algunos casos de errores de quirófano, con equivocaciones de la lente implantada o un caso en el que se administró mitomicina C intracamerular en lugar de cefuroxima, ocasionando una descompensación endotelial. Tuvimos un caso de denuncia por estafa, al cobrar al paciente una lente intraocular que nunca se llegó a implantar. La defensa planteaba que la lente era de cámara anterior y se explantó en la lámpara de hendidura en una de las revisiones. Este caso llegó a juicio, pero finalmente no se celebró porque se admitió, como cuestión previa, la prescripción del delito.

La inmensa mayoría de estas reclamaciones por intervenciones de cataratas se archivan y no llegan a juicio. Solo tenemos referencia de dos condenas: una por un caso de amaurosis consecutiva a un bloqueo pupilar, en un implante de una lente de cámara anterior, en el que no se hizo iridotomía; y otro que terminó en ptosis, por una luxación posterior de la lente, que el cirujano intentó disimular implantando otra lente en cámara anterior, y dejando en el vítreo la primera. En este último caso, el cirujano que tenía múltiples condenas previas, asumió los hechos y llegó a una conformidad.

2. Cirugía refractiva (19%): La inmensa mayoría de denuncias (88 %) dentro de este grupo son por intervenciones con láser Excimer; habitualmente LASIK miópico o hipermetrópico y PRK (queratectomía foto refractiva). El resto son por intervenciones mediante lentes fáquicas y de cristalino transparente.

Las intervenciones de LASIK tienen alta seguridad y eficacia, pero ocasionalmente presentan complicaciones, la mayoría en relación con el tallado del «flap», por lo que actualmente algunos cirujanos refractivos prefieren realizar PRK para evitar estas complicaciones. Los pacientes suelen denunciar por sequedad ocular y reducción de la calidad visual, principalmente en condiciones escotópicas. Se trata de complicaciones típicas de este tipo de intervenciones (descamamientos de la ablación, defectos en el corte del «flap», queratitis postquirúrgica), que habitualmente se encuentran recogidas en el consentimiento infor-

mado, por lo que el informe pericial es favorable al oftalmólogo y la denuncia se suele archivar.

La cirugía refractiva intraocular también es muy segura y eficaz, pero en los casos excepcionales en los que ocurren complicaciones, éstas pueden resultar más graves. Tuvimos que informar en un caso de una persona joven que quedó con una midriasis muy incapacitante por una hipertensión ocular consecutiva a un bloqueo pupilar al obstruirse el orificio central de la ICL por viscoelástico.

Tuvimos dos casos de endoftalmitis; uno, en un implante secundario y otro, en uno de los ojos en una intervención de cirugía de cristalino transparente, que se realizó de forma bilateral simultánea. Este último caso llegó a juicio y terminó con una sentencia absolutoria.

En este tipo de intervenciones es esencial ajustarse estrictamente a las indicaciones quirúrgicas (28) para poder obtener buenos resultados, si no lo hacemos es más probable que surjan complicaciones. Está claro que no podemos pretender operar a todo paciente que entre por la puerta de consulta de cirugía refractiva.

Tuvimos que informar en un caso de una intervención de LASIK bilateral simultánea en un paciente con un ojo ambliope de -22D y el otro de -9,5D. El resultado fue malo, como era previsible y esperable, y el cirujano fue condenado penalmente, pero no por imprudencia grave, por lo que evitó la inhabilitación. Tuvimos otros tres casos de mal resultado al intervenir mediante LASIK a pacientes con más de 5D de hipermetropía. En dos de estos casos las denuncias se dirigían contra el mismo cirujano, que finalmente resultó absuelto.

Los tribunales de justicia, como hemos visto anteriormente, son mucho más exigentes con la información dada al paciente en estas intervenciones de tipo electivo, que en las de tipo curativo. Así, por ejemplo, aunque una intervención de cirugía de cristalino transparente pueda ser técnicamente similar a una de cataratas, hoy día no sería correcto utilizar un modelo de consentimiento informado de cirugía de cataratas, en una intervención de cirugía de cristalino transparente.

3. Cirugía de párpados (11 %): la mitad de las denuncias de este grupo son por intervenciones de blefaroplastia en las que el resultado no ha sido el deseado. Además de la secuela estética, en los casos que llegan a los juzgados suele haber importantes repercusiones funcionales que afectan a la oclusión ocular, lo que da lugar a ojo seco, a veces grave, con queratitis de repetición y necesidad de utilizar trata-

mientos lubricantes de por vida. Son complicaciones de las que el paciente habitualmente ha sido informado y constan en el documento de consentimiento informado y cuya aparición muchas veces es debida a factores de tipo individual en el proceso de cicatrización y no a una resección excesiva de tejidos palpebrales. Por ello, no tenemos referencia de condenas en vía penal en los casos analizados.

Dentro de este grupo hemos visto denuncias con secuelas mínimas o incluso inexistentes, que probablemente se interponían por motivaciones de tipo económico, y que no consiguieron su propósito, al menos en la jurisdicción penal.

Finalmente, también valoramos el caso de una paciente que denunció al cirujano que le realizó, en un hospital público, una dacriocistorinostomía (DCR) en el lado equivocado. Se trató de una reclamación penal, no en vía contenciosa. Al explicar a la paciente que una eventual condena por delito al oftalmólogo implicaría su inhabilitación para el ejercicio profesional, se mostró muy contrariada. Aunque seguía con epífora en el ojo no operado y se encontraba pendiente de que le operara el mismo cirujano al que había denunciado, nos aseguró que ella no quería perjudicarlo en absoluto, que estaba encantada con él, pendiente de una nueva intervención, y que lo único que buscaba con la denuncia era una posible indemnización.

4. Desprendimiento de retina (11 %): De las 15 denuncias de este grupo, un tercio se debieron a errores o retrasos en el diagnóstico de un desprendimiento de retina.

Se suele denunciar por el agravamiento en el pronóstico que pudo suponer este retraso diagnóstico, al evolucionar y afectar a la mácula, o al dar lugar a un desprendimiento en embudo de toda la retina.

Cuando el paciente acude a la consulta, aunque sea a última hora, refiriendo miodesopsias, con o sin fosfenos, debemos dilatarle la pupila y examinar el fondo de ojo. Probablemente se trate un desprendimiento del vítreo posterior (DVP) no complicado, pero si encontramos algún desgarro o tracción y lo tratamos, podemos evitar la progresión al desprendimiento de retina. Hacer esto supone un retraso en la consulta, pero es nuestra obligación como médicos y en caso de no hacerlo, podríamos estar incumpliendo el deber de cuidado.

Ahora bien, es diferente el caso en que sí se le explora el fondo de ojo y no se localiza un pequeño desgarro periférico, de difícil visualización.

No se podría atribuir al médico un error diagnóstico, cuando el paciente no refirió claramente la sintomatología.

Tuvimos el caso de una paciente que acudió a urgencias por un orzuelo y volvió a la semana con toda la retina desprendida en ese mismo ojo. En el informe de urgencias figuraba claramente como motivo de la misma «tumoración dolorosa en el párpado superior derecho».

Estas situaciones en las que el paciente acude a urgencias refiriendo una sintomatología que indica la realización de algún tipo de exploración o prueba complementaria que habría evitado el error diagnóstico, se consideran como conductas de riesgo de denuncias (15).

El resto de las denuncias en este grupo consistieron en errores en la ejecución, muchas veces planteados «a posteriori»; como en un DR superior tratado mediante neumoretinopexia, en el que junto a la denuncia se aportaba un informe oftalmológico que planteaba que debería haberse realizado una vitrectomía desde el principio. No se puede considerar una actuación contraria a la *lex artis* sólo por el resultado final, sino que hay que valorar la conducta del oftalmólogo tal y como se presentó el caso (29,30). En el mismo, estaba indicado realizar neumoretinopexia, que podía haber resuelto perfectamente el DR superior, sin necesidad de someter al paciente a una vitrectomía como primera opción terapéutica.

Finalmente, en este grupo hay que resaltar que algunas veces el paciente denuncia por el mal resultado de la intervención. A este respecto, es necesario explicar bien al paciente, que en la cirugía del desprendimiento de retina, algunas veces es necesario reintervenir, y que no siempre se recupera el 100% de visión, aunque la cirugía haya conseguido reponer la retina a su posición anatómica. No hemos hallado condenas al oftalmólogo en este grupo.

5. Miscelánea (11 %): Hemos clasificado aquí denuncias que no podíamos incluir en ninguno de los otros grupos. Muchas de ellas reflejaban evidentes problemas de información y en la relación médico-paciente.

Así, por ejemplo, hay denuncias por recidiva de una exotropía o por varios rechazos endoteliales en una intervención de trasplante corneal.

Otras veces, la reclamación se plantea por un retraso diagnóstico en patologías poco habituales (queratitis por acantamoeba, maculopatía por antipalúdicos, cataratas congénitas o un melanoma coroideo) y ocasionalmente, hemos tenido que informar en algunas denuncias (reclamación en vía penal) inverosímiles, como la de una paciente que aseguraba haber sufrido disminución de agudeza visual, visión borrosa y «ver todo blanco» durante seis meses, consecutivamente

a las gotas que le pusieron para dilatar la pupila en la consulta; u otra paciente que, por el mismo motivo, sufría fibromialgia, síndrome de fatiga crónica y sensibilización múltiple a productos químicos.

Debemos tener claro que el ejercicio de la oftalmología es una actividad de riesgo, y hay que asumir que nos puedan denunciar ocasionalmente. Aunque, como es lógico, este tipo de denuncias habitualmente, no van a prosperar.

6. Urgencias oftalmológicas (10 %): De las 14 denuncias que analizamos por actuaciones en urgencias oftalmológicas 11 son por errores diagnósticos. Tres de ellas son por endoftalmitis consecutivas a no haber detectado un cuerpo extraño intraocular (CEIO) en urgencias. En dos de ellas el paciente cuando acudió a urgencias no refirió el antecedente de actividad de riesgo de CEIO (picar, taladrar, soldar,...). Cuando el paciente cuenta este tipo de antecedente, está indicado hacer una prueba de imagen (radiografía, tomografía de órbita) para detectarlo y tratarlo, evitando así las graves secuelas que suelen producirse.

Otros dos de estos errores diagnósticos fueron queratitis herpéticas, tratadas con corticoides tópicos y que dejaron importantes leucomas con reducción de la agudeza visual.

Otro de los errores fue un retraso en el diagnóstico de una queratitis por acantamoeba. El paciente acudió en tres ocasiones a urgencias oftalmológicas hasta que se dio con el diagnóstico, pero en estos cuadros es habitual que el diagnóstico se retrase.

Finalmente, valoramos una denuncia por un DR post-traumático, en un niño de 14 años, que no fue detectado en urgencias, al no explorar el fondo de ojo. La jurisprudencia suele ser más benévola con los errores diagnósticos que se producen en las actuaciones de urgencias, ya que se considera que muchas veces no es posible establecer un diagnóstico definitivo. Por lo tanto, son raras las condenas a los médicos por actuaciones de urgencia, salvo que hayan cometido un **«error inexcusable»** (31). Jurídicamente, se considera como tal aquel que nunca cometería un facultativo de formación media de esa especialidad. En este grupo hay dos denuncias debidas no a errores diagnósticos, sino a errores de ejecución; en uno de ellos se produjo una catarata traumática por una aguja que penetró a través de la córnea, al tratar de extraer un cuerpo extraño enclavado mediante irrigación con la aguja montada en la jeringa, que salió disparada; y el otro fue por una queratitis por salpicadura de pegamento biológico a la córnea, al aplicarlo para cerrar una herida palpebral en un niño. En ambos casos, los médicos denunciados no eran oftalmólogos.

7. Glaucoma (4 %): Encontramos solo 6 casos, entre las 141 denuncias revisadas. Dos de ellos por errores diagnósticos; uno por retraso diagnóstico en un glaucoma congénito, y otro en sentido contrario, al indicarse una trabeculectomía, que no se llegó a realizar, en un paciente que realmente no tenía glaucoma.

Otro caso se debió a una denuncia claramente fraudulenta en un paciente que pretendía atribuir la pérdida del campo visual de uno de sus ojos, al hecho de no haber sido atendido por un oftalmólogo en urgencias, cuando era perfectamente consciente del daño glaucomatoso que padecía previamente a los hechos. Solicitamos información a su historial oftalmológico, y vimos que padecía un glaucoma absoluto en ese ojo, en una campimetría realizada cinco días antes por su oftalmólogo habitual. Se aportó copia de dicha campimetría al informe pericial y se procedió al archivo de las diligencias penales. En este caso, se podría plantear la comisión por parte del paciente de un delito de denuncia falsa.

Este grupo de denuncias suele ser minoritario en las series publicadas, su incidencia está entre el 5 y 7 %, pero, la reclamaciones por glaucoma son las que con mayor frecuencia se resuelven a favor del paciente, que consigue una indemnización aproximadamente en la mitad de los casos (entre el 64 % en Reino Unido (32) y el 42 % en Estados Unidos (33)).

La información y la relación médico-paciente en las reclamaciones en oftalmología

Las reclamaciones por responsabilidad profesional médica están muchas veces relacionadas con problemas de información o con la forma en que se aborda la relación médico-paciente.

Hemos evitado entrar en aspectos básicos sobre el consentimiento en oftalmología, porque ya han sido vistos en el capítulo 9, que trata ampliamente el tema del consentimiento informado y la historia clínica en oftalmología, pero hay algunos aspectos importantes que no podemos dejar de resaltar:

— En los últimos años, hemos comprobado una mayor implantación del documento de **consentimiento informado** y unos formularios más correctos. Así, cuando analizamos los documentos de CI en el grupo de denuncias interpuestas desde 2000-2009, este documento se consideró ausente o incorrecto en el 70 % de los casos, mientras que, en el grupo de las que se plantearon entre 2010 y 2024, este porcentaje disminuyó a un 47 %.

Aunque no es un porcentaje óptimo, refleja una mejora significativa ($p > 0,01\%$) en un aspecto clave para reducir el número de reclamaciones. Esta mejora confirma que se ha incrementado la conciencia sobre la importancia de una información completa y rigurosa al paciente, con la implementación casi universal de documentos de CI detallados para todas las intervenciones que impliquen un cierto riesgo.

Múltiples estudios subrayan su relevancia, tanto para reducir el riesgo de denuncias, como para servir de herramienta legal a la defensa del médico (8,23,34,35). El oftalmólogo debe explorar las expectativas del paciente y alinearlas con el pronóstico real de la intervención en caso de que sean equivocadas. Comparando el tipo de actuación oftalmológica con la corrección de la información dada al paciente, hemos encontrado que el porcentaje de casos con información incorrecta, era significativamente superior al esperado ($p < 0,001$), en los grupos de urgencias oftalmológicas y desprendimiento de retina, posiblemente por la premura con la que se desarrollan los acontecimientos en estos dos tipos de actuaciones.

Por el contrario, hemos hallado un número significativamente mayor al esperado ($p < 0,001$), de denuncias en las que la información fue correcta, en el grupo de cirugía de cataratas. En dos tercios de estos casos se consideró correcto el documento de CI aportado a las actuaciones. Posiblemente, el motivo de ello reside en que, al tratarse de una intervención tan frecuente, los riesgos y complicaciones son bien conocidos (20) y los documentos de CI utilizados habitualmente se encuentran estandarizados y actualizados periódicamente por las Sociedades científicas. Hemos detectado un número de documentos de CI incorrecto superior al esperado ($p < 0,001$) en aquellas denuncias motivadas por error diagnóstico y por resultado no deseado, lo cual puede considerarse lógico.

— Otro aspecto claramente relacionado con las reclamaciones en oftalmología es la corrección o no de la **relación médico-paciente** (Gráfico 10.3). En concreto, la sensación de **abandono** que puede tener el paciente cuando surge una complicación o un resultado no deseado, ha sido considerado un factor de riesgo para sufrir una reclamación (35,36). Hemos encontrado una reducción en el porcentaje de denuncias en las que se apreciaba una mala relación médico paciente, pasando de un 66 % en las del periodo entre los años 2000 a 2009, a un 37 % entre las que se producían entre 2010 y 2024.

Asimismo, la compasión y empatía hacia la situación del paciente supone un claro factor de protección frente a denuncias. Cuando surge una complicación

RELACIÓN MÉDICO PACIENTE



Gráfico 10.3. La relación médico-paciente es un factor esencial con relación a la incidencia de reclamaciones por supuesta mala praxis. El informe pericial hacía referencia a ella en un 76 % de las denuncias, considerándola mala en el 23 % de los casos y constatando sensación de abandono por parte del paciente en el 14 %.

quirúrgica, el cirujano tiene la obligación de ofrecer las explicaciones oportunas al paciente y a los familiares, y transmitirles la certeza de que se están poniendo todos los medios para resolver la situación; o en caso de no poder hacerlo personalmente, que se están tomando las medidas oportunas para derivarle a un compañero que se encuentre capacitado para resolver ese tipo de complicaciones. Si el paciente se siente abandonado tras haber sufrido una complicación, es posible que reclame en el juzgado las explicaciones que no se le ofrecieron a la puerta del quirófano.

Valoración de las complicaciones surgidas y de la existencia o no de mala praxis

Las complicaciones surgidas se hallan recogidas en la Tabla 10.1.

Hemos de destacar una disminución de la incidencia de las complicaciones típicas en los últimos años. Así las complicaciones de LASIK han disminuido de un 15 % a un 11 %, las endoftalmitis de un 15 % a un 6 %, los desprendimientos de retina de un 13 % a un 10 % y las hemorragias expulsivas de un 6 % a un 4 %.

Esta disminución se debe principalmente a los avances tecnológicos y de seguridad clínica que ha experimentado la cirugía oftalmológica, maximizando el éxito de las intervenciones y disminuyendo las complicaciones (37). Un ejemplo de ello es el efecto

COMPLICACIONES SURGIDAS	
Poco habituales	18 %
Complicaciones típicas de LASIK	11 %
No hay ninguna lesión	11 %
Retraso en aplicar el tratamiento	11 %
Rotura de la cápsula posterior	10 %
Descompensación endotelial	10 %
Endoftalmitis	6 %
Lagofthalmos	6 %
Hemorragia expulsiva	4 %
Queratitis	4 %
Neuropatía óptica	1 %
TOTAL	100 %

Tabla 10.1. El grupo más frecuente de complicaciones es el de las poco habituales, lo cual sugiere que las complicaciones habituales se manejan bien habitualmente. El resto son complicaciones típicas descritas en este tipo de intervenciones.

profiláctico de las endoftalmitis postquirúrgicas debido al uso de los antibióticos intracamerulares, al finalizar la cirugía de cataratas (20).

Para poder determinar la responsabilidad es esencial valorar la previsibilidad y evitabilidad de las complicaciones surgidas. Y además, debe hacerse desde una perspectiva *ex ante*, es decir, antes de ocurrir. Así, las complicaciones de carácter imprevisible lógicamente no van a dar lugar a responsabilidad alguna del cirujano. Lo mismo que aquellas otras que son previsibles, pero inevitables, ya que, aun siendo conocidas en ese tipo de intervenciones, no disponemos actualmente de medidas preventivas para evitar su aparición en un cierto número de casos.

El problema se plantea cuando surge una complicación previsible y que es evitable mediante una serie de medidas o actuaciones profilácticas que actualmente suelen estar incorporadas a los protocolos o guías de actuación clínica.

Aún así, no podemos identificar necesariamente la aparición de una complicación previsible y evitable, con la actuación negligente o incorrecta por parte del oftalmólogo, ya que aquellas complicaciones pueden producirse en algunos casos, aun habiendo seguido correctamente todos los pasos del protocolo de actuación. Solo se producirá falta médica en el caso de que se demuestre que la complicación ha sido consecutiva al incumplimiento del deber de cuidado.

En nuestra revisión hemos encontrado un 76 % de complicaciones imprevisibles e inevitables. Solo en el 17 % de los casos pudieron haberse evitado, pero no se hizo (Gráfico 10.4).

En cuanto a las **secuelas** encontradas, la más frecuente ha sido la disminución de agudeza visual (24 %) y la amaurosis o pérdida funcional completa (23 %). En un 16 % de los casos no se encontraron secuelas consecutivas a la presunta negligencia, con lo que la denuncia no prosperó. Otra secuela frecuente fue la disminución de la calidad visual, habitualmente en intervención de cirugía refractiva.

En cuanto al **ámbito asistencial**, no encontramos diferencia significativa entre las denuncias planteadas en hospitales públicos (46 %) o clínicas privadas (54 %). Tampoco hemos encontrado diferencias comparando en estos ámbitos la calidad del documento de CI, ni la existencia de mala praxis.

Quizás el aspecto más interesante de esta revisión realizada es que nos permite analizar **si la actuación del oftalmólogo fue o no correcta**, desde el punto de vista médico legal, es decir, con relación a la *lex artis ad hoc*, ya que se trata de reclamaciones judiciales en las que precisamente esta es la finalidad de la prueba pericial solicitada por el tribunal.

El informe pericial fue favorable al oftalmólogo en el 86 % de los casos. En el 14 % restante se apreció que la conducta incurrió en algún tipo de incorrección (Gráfico 10.5). En oftalmología, dos tercios de las denuncias son habitualmente desestimadas o archivadas, y de las que llegan a juicio, el 90 % terminan en sentencia favorable para el oftalmólogo (20).



Gráfico 10.4. El tipo de complicación que tiene mayor trascendencia, son las previsibles y evitables (20%), ya que las imprevisibles o previsibles pero inevitables (76%), en principio, no generan responsabilidad.



Gráfico 10.5. Tipo de conducta incorrecta expresada en porcentajes. Incluimos los errores diagnósticos o de ejecución dentro del grupo de impericia. (Ver Cuadro 10.1).

En EEUU, el porcentaje de reclamaciones indemnizadas ha disminuido del 18,9 % (1992-1997) al 10,2 % (2009-2014) (38), siendo algo superior al resto de las especialidades, que se sitúan en torno al 8,9 %.

Estos datos son claramente tranquilizadores para el médico, ya que, aunque el riesgo de sufrir una reclamación por una actuación profesional supuestamente incorrecta existe y debemos asumirlo siempre, la mayoría de los veredictos son favorables al oftalmólogo.

No obstante, también es cierto que verse implicado en un procedimiento judicial, que tarda habitualmente en nuestro medio más de dos años en resolverse (7), genera sentimientos de culpa, inseguridad y una cierta tendencia a practicar medicina defensiva, que empeora la calidad asistencial e incluso se ha visto que aumenta el riesgo de sufrir una nueva reclamación por mala praxis (7,39,40).

PREVENCIÓN DE DENUNCIAS EN OFTALMOLOGÍA

Finalmente, proponemos el siguiente decálogo para evitar, en lo posible, reclamaciones por mala praxis (7,41):

1. Cuidar la información al paciente. Es fundamental. Los médicos que se comunican bien con sus pacientes son los que menos reclamaciones sufren. En las reclamaciones por este motivo, se suele argumentar que de haber conocido el paciente el riesgo de la complicación ocurrida, no se habría sometido a la intervención. La información facilitada debe cons-

tar en el documento de CI. Y es una obligación legal que en dicho documento consten los riesgos particulares del paciente (Art. 10.1.b de la LAP 41/2002).

2. Mantener un buen nivel de competencia profesional y actualizar los conocimientos y habilidades periódicamente. Es una obligación deontológica del médico (art. 77.1 del Código Deontológico) y una de las mejores maneras de prevención de mala praxis.

3. Tratar de mantener una buena relación con el paciente. Cuando se produce una complicación o un efecto adverso grave, es esencial dirigirse al paciente y a sus familiares con empatía y ofrecer las explicaciones correspondientes. Evitar que el paciente tenga sensación de abandono, ya que es un factor de riesgo de demandas.

4. Ser cuidadosos al cumplimentar la historia clínica. Debe ser completa y simultánea al acto médico. Evitar correcciones *a posteriori*. En las reclamaciones por presunta negligencia médica viene a ser como la «caja negra» del avión en un accidente aéreo.

5. Seguir los protocolos y guías de actuación. Son las pautas consensuadas por las sociedades científicas de una actuación correcta desde el punto de vista profesional y, por lo tanto, lo que jurídicamente configura la *lex artis*. En principio, si hemos seguido los protocolos, la actuación habrá sido correcta. No es imprescindible seguir siempre los protocolos, pero, en caso de no hacerlo, puede ser conveniente reflejar en la historia clínica los motivos de no haberlo hecho, en ese caso concreto.

6. Guardar el secreto profesional. Hay algunos casos de condenas a médicos por este motivo. Además, al tratarse de un delito doloso (intencional), estas conductas implican penas importantes de prisión e inhabilitación profesional.

7. Conocer las obligaciones médico-legales del médico y la legislación sanitaria fundamental.

8. Elaborar listas de verificación pre-quirúrgica. Su finalidad es reducir los errores de quirófano, que resultan muy difíciles de defender.

9. Evitar hablar mal de otros médicos. Algunas veces son el factor desencadenante de la reclamación. Muchas veces el médico que critica a un compañero desconoce datos esenciales sobre la forma en la que ocurrieron los hechos (por ejemplo, que el paciente no paró de moverse durante la intervención u ocultó información esencial al médico).

10. Evitar al paciente riesgos innecesarios y estar siempre al tanto de los factores de riesgo específicos del mismo. Estos últimos siempre deben reflejarse en el apartado de riesgos personales del documento de CI, como hemos visto anteriormente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dolors Giménez et Al. Denuncias por responsabilidad médica en Barcelona (2004-2009). Análisis médico-forense. *Rev Esp Med Leg*, vol 46, issue 2, April-June 2020. Pag. 56-65.
2. Las mayores indemnizaciones por negligencia médica en la última década cuestan más de 22 millones. Blog de UNITECO. 19 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.unitecoprofesional.es/blog/mayores-indemnizaciones-negligencias-medicas-ultima-decada/> consultado el 23/07/25.
3. Ali, N. (2007). A decade of clinical negligence in ophthalmology. *BMC ophthalmology*, 7(1), 20.
4. Lara Peinado F. Código de Hammurabi. 3ª ed. Madrid: Tecnos; 1997.
5. Marañón G. Prólogo. En: Benzo Cano E la responsabilidad profesional del médico. Madrid: Escelicer; 1994; 3-30.
6. Virtual Mentor. 2005; 7(4): 325-327. doi: 10.1001/virtualmentor.2005.7.4.oped2-0504. Disponible en: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/malpractice-crisis/2005-04>. Consultado el 23/07/25.
7. Menéndez JA. El informe pericial oftalmológico en las reclamaciones por mala praxis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2005; 292 pps. Thesis Doctoralis.
8. Mavroforou A, Michalodimitrakis E. Physicians liability in ophthalmology practice. *Acta Ophthalmol Scand* 2003; 81: 321-325.
9. Situación de la mala praxis médica en España durante 2022. Blog de UNITECO. 27 de enero de 2023. Disponible en <https://www.unitecoprofesional.es/blog/situacion-mala-praxis-medica-2022/> Consultado el 23/07/25.
10. Kopitnik NL, Nouhan PP. Expert Witness. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. 2024 Dec 7. PMID: 28613772.
11. STS 1194/2007, 22 de Noviembre de 2007. Sala Civil. Ponente: Magistrado JA Xiol Rius. Disponible en: <https://vlex.es/vid/casacion-responsabilidad-medica-fundamento-51927448>. Consultado el 32 de julio de 2025.
12. Martínez L. La responsabilidad civil profesional. Madrid: Colex; 1996.
13. Código de Deontología Médica. Organización Médica Colegiada. Diciembre 2022. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.icomem.es/adjuntos/adjunto_4787.1679917466.pdf. Consultado el 23/07/25.
14. Romero Casabona CM. El médico ante el derecho. Madrid: Secretaría técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1986.
15. Menendez de Lucas JA. Cap. 3: Responsabilidad Profesional Médica. En: Manual de Medicina Legal para Estudiantes de Medicina. 3ª Ed. Elsevier. Barcelona. 2025.
16. De la Cruz Rodríguez JG. La peritación médico forense en los casos de responsabilidad médica. En: Análisis de la responsabilidad profesional del médico. Responsabilidad del médico forense. Madrid. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia 1999; 36.
17. OpenAI. ChatGPT (GPT-4.5) [Internet]. San Francisco: OpenAI; 2025 [citado el 15 de julio 2025]. Disponible en: <https://chat.openai.com>.
18. Curriel J. De médicos, jueces e historia clínica. *Diario Médico* de 4 de abril de 2000.
19. Hernández Gil, A. Estudio médico forense de la responsabilidad profesional médica. *Revista de estudios jurídicos* nº 8. 2008. Disponible en: [file:///Users/joseantoniomenendezdelucas/Downloads/mtalonso,+13-51-1-CE%20\(1\).pdf](file:///Users/joseantoniomenendezdelucas/Downloads/mtalonso,+13-51-1-CE%20(1).pdf) Consultado el 25/05/25.
20. Thompson AC, Parikh PD, Lad EM. Review of Ophthalmology Medical Professional Liability Claims in the United States from 2006 through 2015. *Ophthalmology*. 2018 May; 125(5): 631-641. doi: 10.1016/j.ophtha.2017.11.018. Epub 2018 Jan 17. PMID: 29342439.
21. Mack HG. Technology driving advances in ophthalmology. *Aust J Gen Pract*. 2019 Aug; 48(8): 501. PMID: 31422586.
22. Simó García E. Denuncias por mala praxis en oftalmología en los últimos años. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 2025; 32pps. TFG.
23. Klemann D, Mertens H, van Merode F. Trends and Developments in Medical Liability Claims in The Netherlands. *Healthcare (Basel)*. 2022 Oct 1; 10(10): 1929. doi: 10.3390/healthcare10101929. PMID: 36292376; PMCID: PMC9601672.
24. Dolz Güerri, F. Seguridad clínica y responsabilidad profesional en oftalmología. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 2023; 240pps Thesis Doctoralis.
25. Menéndez JA, Luque F, Molina V. Denuncias en oftalmología en España. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2009; 84: 459-468.
26. Brick DC. Risk management lessons from a review of 168 cataract surgery claims. *Surv Ophthalmol* 1999; 43: 356-360.
27. Svider PF, Blake DM, Husain Q, Mauro AC, Turbin RE, Eloy JA, et al. In the eyes of the law: Malpractice litigation in oculoplastic surgery. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2014; 30(2): 119-23.
28. Llovet Osuna F, Ortega-Usobiaga J. Cirugía Refractiva: Protocolos. Comunicación solicitada. Congreso SEO 2014. Disponible en: https://www.ofthalmoseo.com/libros_seo/comunicacion-solicitada_seo/cirugia-refractiva-protocolos/ Consultado el 30/07/25.
29. Menéndez JA. Cap. 4º: Aspecto formal del informe pericial en las reclamaciones por imprudencias oftalmológicas. En: Menéndez JA La responsabilidad en oftalmología. Madrid: Mac Line SL ; 2010; 56-64.
30. De la Cruz Rodríguez JG. La peritación médico forense en los casos de responsabilidad médica. En: Análisis de la responsabilidad profesional del médico. Responsabilidad del médico forense. Madrid. Centro de Estudios jurídicos de la Administración de Justicia; 1999; 36.
31. Menendez de Lucas JA. Cap. 14: Problemas médico legales en urgencias. En: Manual de Medicina Legal para Estudiantes de Medicina. 3ª Ed. Elsevier. Barcelona. 2025.
32. Ali N. A decade of clinical negligence in ophthalmology. *BMC Ophthalmol* 2007; 7: 20.
33. Bettman JW. Seven hundred medicolegal cases in ophthalmology. *Ophthalmology* 1990; 97: 1379-1384.
34. Bernard B. Virshup, Andrew A. Oppenberg, Marlene M. Coleman. Strategic Risk Management: Reducing Malpractice Claims Through More Effective Patient-Doctor Communication. *American Journal of Medical Quality*. 1999 Jul;14.
35. Menéndez de Lucas JA, Zato Gomez de Liaño MA. La Responsabilidad Profesional del Oftalmólogo. 1ª. Mac Line, SL; 2006.
36. Bernard B. Virshup, Andrew A. Oppenberg, Marlene M. Coleman. Strategic Risk Management: Reducing Malpractice

- Claims Through More Effective Patient-Doctor Communication. American Journal of Medical Quality. 1999 Jul;14.
37. Pandey S, Sharma V. Robotics and ophthalmology: Are we there yet? Vol. 67, Indian Journal of Ophthalmology. Wolters Kluwer Medknow Publications; 2019. p. 988-94.
38. Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA, Singh H, Chalasani V, Kachalia A. Rates and Characteristics of Paid Malpractice Claims Among US Physicians by Specialty, 1992-2014. 2017.
39. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. Updat Surg. diciembre de 2015; 67(4): 331-7.
40. Perea-Pérez B, Santiago-Sáez A, Labajo-González E, Albarrán-Juan ME, Sánchez-Sánchez JA. Consecuencias de las reclamaciones judiciales sobre los médicos afectados. Rev Clínica Esp. 1 de enero de 2011; 211(1): 17-22.
41. Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barberia E, Ferrer F, Sala J, et al. Guía para prevenir las reclamaciones por presunta mala praxis médica, de cómo actuar cuando se producen y cómo defenderse judicialmente. Rev Clínica Esp. 1 de abril de 2012; 212(4): 198-205.