

# Aspectos legales en urgencias oftalmológicas

## Aspectos legales de las actuaciones en las urgencias oftalmológicas

**T. Solans.** *Vicepresidenta de la Societat Catalana d'Oftalmologia y coordinadora del Grupo de Oftalmologia Legal.*

Correspondencia: Teresa Solans Barri. Hospital de Sant Pau. Sant Antoni Maria Claret, 167. 08025 Barcelona.

Si ante toda actuación médica es importante reflejar todo lo que acaece en la historia clínica, en el caso que nos ocupa, en las urgencias en oftalmología, sean éstas de tipo médico o quirúrgico, es cuando debemos reflejar estos actos con más veracidad. Por dos conceptos:

- Primero, porque después de la urgencia, cuando queden las secuelas, es cuando será preciso consultar la historia ante una posible reclamación.
- Segundo, porque no olvidemos que para el médico que ha atendido la urgencia (por ejemplo en el caso de un traumatismo perforante con herida corneal, catarata y pérdida de vítreo) se trata de un ojo que sólo tiene percepción de luz; mientras que para el paciente y sus familiares, antes del accidente el ojo tenía una visión del 100% y el resultado, por muy bien que quede, nunca será del 100%. Lo que para el cirujano es un gran éxito, para el paciente es una gran pérdida.

Por ello, el primer consejo es documentar bien la urgencia, a poder ser con fotografías, en el caso de que sea posible, con una minuciosa historia del accidente o de la urgencia y, a ser posible, del estado previo del paciente.

En el caso de que no exista acompañante y el paciente entre en estado de shock, siendo imposible establecer una relación verbal con el mismo, hacer un examen minucioso y reflejar el resultado de la exploración en la historia clínica. Si es preciso actuar quirúrgicamente, y el paciente no puede ser informado y no acude acompañado, es el caso en el que la ley contempla que se puede actuar sin el consentimiento escrito del paciente, pero en todos los demás, y a pesar de ser urgente, es preciso recabar la autorización del paciente. En este consentimiento deberemos ser lo más precisos posibles en el pronóstico de la lesión.

Debemos recordar que el médico está obligado a aportar todos los medios a su alcance acordes con la práctica médica del momento para lograr la curación del paciente y que no está obligado a lograr resultados.

De la misma manera que el médico está obligado a informar al paciente sobre el pronóstico y las actuaciones a realizar, así como de los posibles resultados y de las alternativas terapéuticas si las hubiere, el paciente a su vez viene obligado a no alterar el curso de la curación con una interrupción o abandono del tratamiento o ingesta excesiva de medicamentos, aunque

éstos fueran prescritos por el médico, y a acudir a los controles que se le indiquen; en el caso de que el paciente no acuda, se aconseja al médico que lo refleje en la historia, de la misma manera que deberá reflejar los comentarios negativos si los hubiere.

No siempre se puede cumplir el principio de hacer la historia minuciosamente, por ejemplo, en las causticaciones corneales no se puede esperar a hacer la historia clínica ya que es de obligada atención urgente, se deben intentar minimizar las secuelas, y se debe advertir al paciente que pueden tener efectos secundarios, como leucomas y ojo seco.

Las heridas palpebrales son de atención quirúrgica y deben revisarse minuciosamente, ya que pueden esconder perforaciones oculares con posibles cuerpos extraños intraoculares.

Las iritis traumáticas deben ser sometidas a controles periódicos para que no escondan otras alteraciones intraoculares.

En el caso de que el paciente sea remitido por una entidad aseguradora de las que se debe pedir permiso para realizar las exploraciones, por ejemplo una campimetría, debe ésta realizarse, ya que de lo contrario, si debido a la falta del examen no se detecta la presencia de un tumor, se puede ser acusado de negligencia por falta de aplicación de los medios necesarios en la práctica de la medicina actual.

En el caso de tratarse de un politraumatizado que presente una lesión grave en uno de los globos oculares, y sobre todo si son los dos, nunca debe enuclearse en la primera intervención. Para ser sometido a una enucleación, el paciente debe estar preparado psicológicamente, tanto si se trata de un traumatismo como si se trata de un tumor. El mismo caso cuando se trate de una enucleación en un niño: debe darse a los padres o tutores legales, y al mismo niño si es mayor de 6 años, apoyo psicológico antes de someterlo a la intervención, a la vez que si es mayor de 12 años debe consultarse con él las decisiones terapéuticas. Si el joven ya ha cumplido los 16, puede acudir sólo al médico y es suficiente con su consentimiento.

Es muy importante sospechar la presencia de un cuerpo extraño después de un traumatismo que más adelante puede dar lugar a siderosis o catarata, hemorragia vítrea o desprendimiento de retina. A tenor del desprendimiento de retina deberemos recordar que éstos se consideran consecuencia de un traumatismo incluso a los 2 años del traumatismo.

En cuanto a los desprendimientos de retina, no se consideran urgencia vital pero sí intervenciones preferentes. En ello interviene el hecho de que esté la mácula desprendida o no, siendo estos últimos los más urgentes ya que son los que tienen mejor pronóstico visual.

La sección de los canalículos lagrimales se considera urgencia vital ya que la recuperación de la permeabilidad de los mismos dependerá de si los podemos reopermeabilizar y de que no existan bridas.

Dentro de las urgencias vitales en oftalmología podríamos enumerar la embolia de la arteria central de la retina, el glaucoma agudo, las causticaciones corneales, los cuerpos extraños corneales (por el dolor que provocan), las erosiones corneales (por la misma razón) y las úlceras corneales infecciosas que precisan tratamiento médico urgente.

En la conjuntiva, las infecciones, las conjuntivitis, son urgentes en su tratamiento por el peligro de la bilateralidad y, en el caso de darse en un niño pequeño, pueden derivar en una celulitis que sea un verdadero peligro para la vida del niño.

En patología escleral, la urgencia viene determinada por el traumatismo habitualmente perforante, por las inflamaciones y por las extensiones tumorales, y en la úvea, la urgencia suele ser debida a la uveítis; el paciente acude rápido en el caso de pérdida de visión; no olvidar en los traumatismos uveales la posibilidad de presentarse una uveítis simpática.

La patología tumoral no suele acudir como urgencia, sino que es el propio médico el que establece la urgencia al diagnosticar el tumor.

En cuanto a la órbita, puede ser lesionada directa o indirectamente. Su intervención puede demorarse sin que por ello se sea negligente.

Como conclusión, añadir que es preciso consensuar el lapso de tiempo que se pueden demorar cada una de las urgencias enumeradas, pues es sabido que el pronóstico de determinadas urgencias mejora si no somos interencionistas inmediatamente; pero esta dilación en la atención quirúrgica no quiere decir que no se deba atender la urgencia en cuanto se presenta.

## Bibliografía

- Menéndez de Lucas JA. *Lesiones traumáticas más frecuentes en la práctica forense, valoración del daño en oftalmología*. 2004;4342-61.
- Kuhn F, Pieramici DJ. *Ocular Trauma Principles and practice*. Thieme, 2002.
- Mederos D. *Medicina Legal en Oftalmología*. Suplemento de derecho médico.